Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 119 (2021)

Heft: 1-2

Artikel: La sage-femme et le liquide amniotique, le temps du passage

Autor: Gunzbourg, Hélène de

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-976822

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

La sage-femme et le liquide amniotique, le temps du passage

Dans ce texte, Hélène de Gunzbourg, sage-femme et philosophe, propose une plongée dans le monde intra-utérin aux côtés du fœtus. Elle décrit le passage du monde de l'eau au monde de l'air que représente la naissance, véritable séparation initiale reprise par les mythes fondateurs et influant le travail des professionnel·le·s qui, hier et aujourd'hui, accompagnaient et accompagnent l'accouchement.

TEXTE:
HELENE DE GUNZBOURG

Protégé du monde extérieur dans un milieu stérile et chaud en même temps, le foetus prend forme, jour après jour et dans un silence relatif.

Dans le liquide amniotique qui se constitue très précocement dans une petite cavité liquidienne se développant dès la formation embryonnaire, baigne le fœtus humain comme chez tous les mammifères. L'existence du liquide qui remplit le sac amniotique des mammifères est connue depuis la plus Haute Antiquité. Dans l'espèce humaine, ce liquide est incolore, plus ou moins opalescent et sa composition chimique reste assez voisine de celle du sérum sanguin fœtal en ce qui concerne les constituants minéraux, mais en diffère par un très faible taux en protéines.[1]

Monde protégé

Dans ce bain amniotique l'être humain en gestation se constitue, ses organes se différencient, ses sens s'affinent, son cerveau mature et il bouge ses membres. Ses forces musculaires se développent harmonieusement dans cette bulle aquatique enveloppée de membranes souples et très résistantes aux pressions considérables qu'elles subissent à la fois par la croissance du fœtus, la modification permanente du volume d'eau et les pressions utérines dues aux contractions: l'amnios et le chorion, jusqu'à leur rupture au moment de la naissance. Protégé du monde extérieur dans un milieu stérile et chaud en même temps, il prend forme, jour après jour et dans un silence relatif puisqu'il perçoit, assourdis, les bruits extérieurs et les modulations de la voix de sa mère qui vibre à l'intérieur même de l'eau. Dans un monde clos mais environné de sons et de vibrations, il est bercé par les mouvements du corps maternel. Un monde protégé qui n'est pas encore le monde mais le fœtus lui même est encore un humain en devenir.

Sens, sensations et liquide amniotique

D'ailleurs pour le droit il n'a pas encore de statut juridique de personne humaine. Il ne respire pas encore; il ne se nourrit pas puisqu'il est alimenté et oxygéné par le placenta et le cordon ombilical, encore totalement dépendant du corps donc du psychisme et de la vie de sa mère, il n'en sait rien, il ne manque de rien et n'a pas encore connu de perte ni d'absence ni de manque, donc pas encore de désir. Pourtant il sent déjà l'eau autour de lui les mouvements les rythmes internes et externes du corps maternel, le battement de son cœur, sa respiration, le balancement de sa marche et ses changements posturaux. Plus tard il s'apaisera au rythme des bercements et des berceuses chantées. Dès que le fœtus peut déglutir, il ingère du liquide amniotique qu'il peut ainsi assimiler par la voie digestive. Il existe donc une régulation physiologique permanente dans le système amniotique entre la circulation maternelle fœtale et l'eau amniotique entre lesquels s'effectuent tout au long de la gestation des échanges très importants et très rapides. Il entend dès la fin du quatrième mois, il déglutit donc et avale, il urine dans l'eau souvent, il tète ses doigts et parfois il s'empare de son cordon qui flotte avec lui. Il perçoit lorsqu'il ouvre ses paupières une lumière douce qui passe à travers les parois du corps de sa mère, l'utérus et se diffuse dans l'eau, mais il ne regarde pas encore, il goute les saveurs du liquide qui changent avec l'alimentation maternelle, plus sucrée, plus acide ou amère et même le goût subtil des épices parfois, qu'il reconnaitra plus tard.

Il est libre de ses mouvements flottant ainsi mais il est enfermé et protégé sans le savoir, puisque jusqu'à présent il ne connaît rien

[1] *Encyclopédie Universalis*, article embryologie

d'autre que son monde aquatique utérin. Parfois autour de lui il sent la bulle se refermer rythmiquement mais sans trop le comprimer, puisqu'il est dans l'eau encore au moins jusqu'à l'accouchement, où les parois se resserreront sur lui plus puissamment et surtout lorsqu'il sera confronté au passage dans la filière osseuse du bassin maternel, cette fois sans ce doux liquide qui s'échappe et l'entraine vers un autre monde.

La perte du liquide amniotique

Le monde intra-utérin n'est pas encore le monde, puisque l'enfant en gestation ne reçoit encore ni caresse, ni signe, ni nourriture, ni vêtement pour le protéger, ni langage, même s'il perçoit déjà tant de signes. Il est seul, il ne peut encore les comprendre, il n'a nul besoin de s'y adapter, il est comblé. Ce monde est inconnu, à jamais oublié, espace transitoire de la vie humaine. Mais il représente le lieu à jamais perdu du temps d'avant la séparation, le manque et l'apparition du désir qui s'en suit, comme le dit Platon dans le *Banquet:* à l'origine, raconte Aristophane, les hommes vivaient dans une totale complétude, hommes et femmes en même temps, parfaitement androgynes, de forme ronde avec quatre membres, ils furent brutalement séparés en deux et perdirent leur moitié. Dès lors ils n'eurent de cesse de retrouver leur autre et ce fut la naissance du désir amoureux, *Eros.*

Mythes originels

Cette perte qui nous frappe tous est aussi celle du pays perdu, une nostalgie de l'Éden, en même temps parfois qu'une terreur de l'enfermement, de la toute-puissance organique, maternelle, fusionnelle. Lieu d'avant la parole où l'être humain que nous fûmes, est livré aux seules forces de la nature, de l'expression de la vie prenant forme.

La vie amniotique, celle d'avant la naissance, nous a donné vie et nous a préparé à sentir, à connaître, à comprendre, à aimer, à regretter et à imaginer sûrement. Mais au prix de cette séparation, de cette perte matricielle qu'est la naissance et nul retour n'est possible, mais il en reste trace.

Dans tous les mythes originels ou les récits initiatiques il y a rupture, perte du monde d'avant, indifférencié, protecteur ou maléfique selon les variantes et départ vers un autre monde, souvent l'épreuve de la traversée d'une forêt sombre ou d'un large fleuve ou même d'une mer qui symboliserait ce monde amniotique à quitter pour toujours, un nouveau voyage. Le mythe de l'arche de Noé, les rites d'ondoiement et de baptême pour les chrétiens en sont des représentations familières dans nos cultures.

Dans tous les mythes originels ou les récits initiatiques il y a rupture, perte du monde d'avant, indifférencié, protecteur ou maléfique selon les variantes et départ vers un autre monde.

Tentation du retour à l'origine

Dans un long poème en prose, Pascal Quignard relate la légende de Boutès, ce compagnon des Argonautes et d'Orphée, qui ne résista pas au chant de la sirène. Seul Boutès sauta, attiré irrésistiblement par la voix de l'eau primordiale, musique d'avant le rythme, avant la césure, avant la parole (Quignard, 2008).Quignard parle de ce chant comme du surgissement d'une musique redoutable, puisqu'elle attire irrésistiblement vers la mort, le désir de se jeter à l'eau. Le rythme de la cithare, le battement des rames des compagnons d'Ulysse, leurs oreilles remplies de cire d'abeille, qui est la représentation de la parole ou de l'écriture, repoussent ce chant originaire et donnent à l'homme la force d'y résister.

Mais pour Quignard il y a toujours une nostalgie, celle du temps d'avant, du pays perdu, avec tous ses dangers: cette musique archaïque n'est pas seulement celle de l'eau originaire mais déjà celle de la voix de la mère, la voix qui fait vibrer l'eau avec ce rythme encore sourd des battements cardiaques, des sons filtrés des voix du monde avec le souffle sourd et à peine battant du placenta.

La tentation du retour vers la condition originaire est une illusion mortelle et les légendes d'Ulysse, d'Orphée et de Boutès l'évoquent tour à tour, et toujours l'appel qui attire vient du chant de l'ombre ou de

iStock

l'eau, et le salut de la musique. L'origine est tentatrice mais illusoire, il y a toujours une séparation, un commencement et c'est ainsi qu'advient l'être humain au monde, par la naissance et la section du cordon, la perte du liquide originel et des ses membranes protectrices. La vie utérine est destinée à être quittée pour toujours.

L'eau et l'accueil du nouveau-né

En 1928, Otto Rank, psychanalyste viennois disciple de Freud, publie *Le traumatisme de la naissance.* Il soutient l'idée qu'à la naissance l'être humain subit un traumatisme majeur, qui marquera fondamentalement toute son existence et qu'il cherchera à surmonter en aspirant inconsciemment à retourner dans l'utérus maternel. Le premier sentiment d'angoisse ressenti par le nouveau-né lors de la séparation d'avec le corps maternel reste vivant, intact et marquera toutes ses productions psychiques qu'elles soient névrotiques, érotiques ou symboliques, d'un désir de retour (Rank, 2008).
On retrouve cette théorie de l'angoisse de la naissance et son traumatisme chez des médecins, gynécologues ou pédiatres qui réfléchirent sur les conditions d'accueil du nouveau-né dans les années soixante-dix et dont les ouvrages polémiques à l'époque eurent une réelle influence sur les soignant·e·s comme sur les couples. D'ailleurs, l'une de leur préconisation fut d'accoucher dans l'eau et que le père puisse donner un bain à son nouveau-né en le laissant flottant doucement et en le sortant lui-même afin de simuler symboliquement une naissance à laquelle lui-même serait partie prenante (Odent, 1976 et Leboyer, 2000).

Les sages-femmes et le liquide amniotique

De nos jours où la grossesse et l'accouchement sont devenus objets de la médecine, et les femmes surveillées et contrôlées par la technique médicale, la plongée à l'intérieur de l'utérus dans le liquide amniotique est proposée par l'échographie de plus en plus performante. L'intérieur, le lieu silencieux et sacré de la gestation, inquiétant car la vie y prend forme, n'échappe plus au regard de l'humain, à son emprise. En outre ce liquide peut être prélevé par amniocentèse, donnant ainsi des informations sur l'état du fœtus, et en particulier la possibilité d'analyser ses chromosomes et ses gènes.
Entre l'intérieur et l'extérieur de l'utérus, entre l'image virtuelle de la technique médicale et la rencontre du vivant avec sa propre finalité, la sage-femme navigue. Elle veille toujours, car la femme ne peut mettre au monde son enfant dans un monde où seule la science médicale et sa technique viendraient l'assister.

Monde de l'eau, monde de l'air

Bien sûr avec sa formation clinique et médicale, elle surveille la quantité de liquide au long de la grossesse, sa qualité lors de l'accouchement, prélevant si besoin afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'infection, observant sa couleur qui se modifiant pourrait signifier une souffrance fœtale en cours de travail. Elle sait interpréter ces signes, y remédier si nécessaire, prévenir et soigner avec les moyens les plus performants de notre médecine. Mais elle sait aussi garder cette relation symbolique et charnelle avec le liquide amniotique, accompagner la parturiente lorsqu'elle «perd les eaux», retarder si elle le peut le moment de rupture si elle n'est pas spontanée mais liée à un déclenchement programmé, la rassurer, l'aider à supporter les contractions qui deviennent à ce moment-là plus douloureuses, à adapter ses postures puisque la position debout et la marche deviennent plus difficiles. Elle sait aussi accompagner le nouveau-né dans son passage d'un monde à l'autre, lorsqu'il perd brutalement son environnement aquatique et qu'il arrive dans le monde de l'air qui emplit ses poumons, de la lumière du bruit du froid et du contact avec les mains de la sage-femme qui deviendra toucher et même caresse plus tard sur le ventre de sa mère; lorsque ne pouvant plus se mouvoir librement, étirer ses membres et changer de position, il se retrouve, comme dit Freud, *en détresse* et totalement dépendant des soins de la nourriture et surtout des paroles accueillantes et rassurantes. La sage-femme qui sait tout cela le transmet à la jeune mère qui le découvre. ⊙

Entre l'intérieur et l'extérieur de l'utérus, entre l'image virtuelle de la technique médicale et la rencontre du vivant avec sa propre finalité, la sage-femme navigue.

AUTEURE

Hélène de Gunzbourg,
sage-femme, Dre en philosophie diplômée de l'École éthique de la Salpêtrière (France). Auteure de *Naître mère. Essai philosophique d'une sage-femme,* L'Harmattant, 2014 et co-auteure de la réédition de *Notre Corps, nous-mêmes. Ecrit par des femmes, pour les femmes,* Hors-d'atteinte, 2020.

Références
Leboyer, F. (2000) Pour une naissance sans violence. Paris: Seuil, Points.
Odent, M. (1976) Bien naître. Paris: Seuil.
Quignard, P. (2008) Boutès. Paris: Galilée.
Rank, O. (2008) Le traumatisme de la naissance. Paris: Petite bibliothèque Payot.

Recommandations de littérature

Garabedian, C. *et al.* (2016)

Rupture prématurée des membranes: peut-on proposer une prise en charge à domicile?

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction; 45, 278-28.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.02.018

La rupture prématurée des membranes (RPM) survient dans 1 à 3 % des grossesses et est une des causes principales de prématurité. Elle est responsable de 30 % des naissances prématurées et d'hospitalisation prolongée avec une morbi-mortalité maternelle et néonatale non négligeable. La pratique habituelle de prise en charge des RPM non compliquées (travail prématuré, hématome rétro-placentaire, chorioamniotite, souffrance fœtale) consiste en une hospitalisation dans une maternité de niveau adapté. Cette étude vise à identifier les différences en termes de complications maternofœtales entre les deux prises en charge. Les auteur·e·s démontrent une supériorité de l'hospitalisation à domicile pour la prise en charge des patientes suivies pour RPM car elle permet un allongement de la période de latence sans être associée à une majoration des complications.

de Souza, A. *et al.* (2018)

Liquide amniotique teinté ou méconial: doivent-ils modifier notre prise en charge obstétricale?

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie; Volume 46, Issue 1, January, Pages 28-33.
https://doi.org/10.1016/j.gofs.2017.11.005

Le diagnostic de liquide amniotique méconial est rare avant 32 semaines d'aménorrhée (SA) et plus fréquent après 41 SA; selon les auteur·e·s, son incidence peut atteindre jusqu'à 50 % des naissances après 42 SA. Les résultats de cette étude ne montrent aucune différence significative de pH de naissance mais également d'acidose néonatale sévère entre les groupes liquides amniotiques clairs ou anormaux. Cette absence de différence peut s'expliquer par une surveillance du travail adaptée, avec un enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal en phase active mais surtout la réalisation d'un examen de seconde ligne, en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. La survenue d'une acidose métabolique néonatale sévère n'était pas plus fréquente en cas de mise en évidence d'un liquide amniotique teinté ou méconial. Cependant, les anomalies du rythme cardiaque fœtal plus fréquentes en cas de liquide amniotique méconial sont responsables d'une majoration du recours au pH au scalp, aux extractions instrumentales et à la césarienne. La prise en charge obstétricale d'un liquide amniotique teinté, notamment en cas de rupture prématurée des membranes, devrait être la même que lorsque le liquide est clair, alors qu'elle doit rester active lorsque le liquide est méconial.

Abdel-Latif, M. E., Osborn, D. A. & Challis, D. (2010)

Intra-amniotic surfactant for women at risk of preterm birth for preventing respiratory distress in newborns (Review)

Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 1. Art. No.: CD007916.
doi: 10.1002/14651858.CD007916.pub2

L'administration précoce de surfactant permet de réduire la mortalité et les complications pulmonaires chez les nourrissons prématurés présentant un syndrome de détresse respiratoire. Cependant, les stratégies actuelles d'administration de surfactant nécessitent une intubation endotrachéale avec ou sans poursuite de la ventilation mécanique. La dysplasie broncho-pulmonaire et les maladies pulmonaires chroniques (MPC) sont associées à la ventilation mécanique et à des effets pouvant durer toute la vie. Les méthodes non invasives d'administration de surfactant, notamment en intra-amniotique, peuvent éviter d'avoir à recourir à l'intubation endotrachéale et à la ventilation mécanique, en pouvant ainsi prévenir le développement de MPC.

Peru, J., Garabedian, C., Drumez, E. & Ghesquière, L. (2020)

Quel est l'impact de la rupture des membranes amniotiques sur le rythme cardiaque fœtal au cours du travail spontané?

Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie; 48(10), 715-721.
Doi: 10.1016/j.gofs.2020.02.008

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de la rupture des membranes amniotiques (spontanée ou artificielle) sur le rythme cardiaque fœtal (RCF). Les auteur·e·s ont rapporté qu'après la rupture des membranes, les ralentissements prolongés étaient plus fréquents dans le premier quart d'heure par rapport au deuxième quart d'heure.

Jacob, N., Golmard J. L. & Berlin, I. (2017)

Fetal exposure to tobacco: nicotine and cotinine concentration in amniotic fluid and maternal saliva

The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine; Volume 30, Issue 2. Pages 233-239.
doi: 10.3109/14767058.2016.1169523

L'exposition aux composants du tabac est un facteur de risque pour les résultats négatifs à la naissance. Les auteur·e·s ont cherché à déterminer les relations entre les concentrations de nicotine et de cotinine dans le liquide amniotique et la salive maternelle. Il·elle·s ont démontré que le prélèvement de salive pour la détermination de la concentration de cotinine est intéressant pour surveiller l'exposition du fœtus à la nicotine, quelle qu'en soit l'origine.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (2017)

Amniotic Fluid: Technical Update on Physiology and Measurement

J Obstet Gynaecol Can; 39(1):52e58.
doi: 10.1016/j.jogc.2016.09.012 J

«L'évaluation du liquide amniotique par échographie est devenu une partie intégrante de l'évaluation du fœtus dans l'obstétrique. Les anomalies du volume de liquide entraînent une intervention obstétricale et des examens complémentaires. Alors qu'aujourd'hui, la littérature suggère qu'il existe des changements détectables et modestes dans le liquide amniotique qui peuvent se produire dans l'heure ou dans les deux heures suivant des manœuvres physiologiques normales.»

Dorne, R. *et al.* (2004)

Embolie de liquide amniotique

Le praticien en anesthésie-réanimation; 8, 1.

«L'embolie de liquide amniotique (ELA) est une complication aiguë de la grossesse et de l'accouchement. L'ELA est rare mais reste une pathologie gravissime de mauvais pronostic tant pour la mère que l'enfant. Dans l'état actuel des connaissances, de nombreuses inconnues persistent. La physiopathologie est incertaine. Elle ne peut être ni prévue, ni prévenue. En raison de sa gravité et malgré sa grande rareté un haut niveau de suspicion clinique est nécessaire.»

Van Teeffelen, S. *et al.* (2013)

Transabdominal amnioinfusion for improving fetal outcomes after oligohydramnios secondary to preterm prelabour rupture of membranes before 26 weeks (Review)

Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 8. Art. No.: CD009952.
https://doi.org/10.1002/14651858.CD009952.pub2

La rupture prématurée des membranes avant 26 semaines peut retarder le développement des poumons et peut provoquer une hypoplasie pulmonaire, en raison de l'oligohydramnios. La restauration du volume du liquide amniotique par amnioinfusion transabdominale pourrait prévenir le développement anormal des poumons et avoir un effet protecteur contre les complications neurologiques, les malformations fœtales et la septicémie néonatale.

Nabhan, A. F. & Abdelmoula, Y. A. (2008)

Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket as a screening test for preventing adverse pregnancy outcome.

Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 3. Art. No.: CD006593.
doi: 10.1002/14651858.CD006593.pub2.

Le volume du liquide amniotique est un paramètre important dans l'évaluation du bien-être du fœtus. Il n'existe pas de consensus clair sur la meilleure méthode d'évaluation du liquide amniotique.

Jodi, S. D. *et al.* (2018)

SMFM Consult Series #46: Evaluation and management of polyhydramnios

Am J Obstet Gynecol; Oct;219(4):B2-B8.
Doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.016.

L'objectif de ce document est de fournir les recommandations de la Société de médecine materno-fœtale dans l'évaluation et la gestion des polyhydramnios.

REVUE DE LITTÉRATURE

Jessica Di Vincenzo-Sormani,
collaboratrice scientifique à la Haute école de santé Genève et aux Hôpitaux universitaires de Genève. Sage-femme et titulaire d'un master en santé publique, elle effectue actuellement un doctorat à la Faculté de Médecine et Biologie de l'Université de Lausanne.