

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 6

Artikel: "Le rôle autonome de la sage-femme varie beaucoup selon son institution"
Autor: Fagan Tournier, Bernice
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949510>

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: 16.03.2025

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

«Le rôle autonome de la sage-femme varie beaucoup selon son institution»

Sage-femme puis cadre, Bernice Fagan Tournier a exercé pendant une trentaine d'années dans de nombreuses institutions de Suisse romande et dans d'autres pays. Actuellement infirmière-chef de département à l'Hôpital fribourgeois, elle partage ici ses expériences et sa vision quant au transfert de connaissances dans la pratique.

«Sage-femme.ch»: Durant votre carrière de sage-femme, quels sont les grands changements ou innovations dans les prises en charge des femmes et des nouveau-nés que vous avez rencontrés?

Bernice Fagan Tournier: Il y en a énormément! Citons d'abord l'évolution hospitalière: Enormément d'hôpitaux et de cliniques ont fermé leurs maternités, donc beaucoup plus de femmes accouchent dans les plus grands centres universitaires et autres hôpitaux régionaux. La prise en charge par les assurances entre l'hôpital et la clinique change d'un canton à l'autre.

Pour des raisons financières et liées aux assurances, celles qui accouchaient en clinique vont à l'hôpital, et il y a aussi moins de mouvements inter-cantonaux, même si en théorie, les femmes en ont le droit.

A Fribourg il y a les deux options, hôpital ou clinique, même avec une assurance de base.

La médecine obstétricale internationale évolue toujours et la Suisse suit les normes à son rythme. Donc les rôles et métiers de la sage-femme varient beaucoup entre les différents pays et cantons et selon son lieu de pratique. Cette différence politico-médicale devient encore plus évidente si on parle des autres pays et plus particulièrement des pays en voie de développement. Mais les tendances changent encore.

La patiente est devenue plus cliente ou plus active dans ses décisions malgré la naissance à l'hôpital. Par exemple, ces dernières années, certains couples ont opté pour la césarienne électorale. En général, le désir des patientes est davantage pris en compte, le rôle et la présence des pères, la possibilité d'assister à certains gestes à la naissance, de pratiquer le peau à peau avec le bébé, la mère ou le père. Il y a de plus en plus d'autonomie de la demande des couples. Mais cela dépend toutefois de leur culture

d'origine. Il y a un écart entre les indigènes et les migrants, chez qui le modèle ancien du médecin qui détient l'autorité est encore très présent.

Des effets de mode aussi: l'accouchement dans l'eau, très demandé dans les années 90, l'est beaucoup moins aujourd'hui, néanmoins l'eau a sa place pour la relaxation et l'immersion.

L'accès à l'antalgie et l'attitude à son égard ont d'ailleurs également beaucoup évolué. La péridurale est devenue un droit, même évident. Toutefois là encore, certaines patientes, suivant leurs origines, ont davantage peur de la péridurale que de la douleur. Mais du côté du corps soignant (médecins et sages-femmes), l'usage répandu a aussi favorisé une expertise en la matière. Le protoxyde d'azote, très en vogue dans les années 60-70, a également été réintroduit parmi les options d'antalgie.

Au niveau des séjours, leur durée a diminué, autant au prénatal qu'en post-partum. Avant, s'il y avait une menace de naissance prématurée, une femme pouvait être hospitalisée plusieurs mois en prénatal. Du même coup, le réseau postnatal à domicile s'est bien développé, par les sages-femmes indépendantes. Le retour à domicile après la naissance est encore beaucoup plus rapide, nécessitant plus de suivi et d'intervention par une sage-femme indépendante.

Le *rooming-in* en post-partum est devenu une norme plutôt qu'une option ces dernières années.

Pour ce qui est des sages-femmes, c'est évidemment la formation qui a énormément changé, la plupart de nos sages-femmes étant diplômées d'un bachelors.

En quoi justement l'académisation des sages-femmes a-t-elle pu faire évoluer la profession?

D'un côté, les sages-femmes bénéficient d'une formation plus approfondie au niveau académique, elles détiennent plus de compétences de recherche et pour appréhender l'aspect scientifique du métier. Ce savoir théorique va impliquer des changements. La réflexion et la recherche font partie de notre quotidien désormais, mais l'aspect pratique et clinique du métier s'apprend mieux sur le terrain et ne peut pas être remplacé. La profession évolue énormément dans la reconnaissance de notre savoir et l'implication des sages-femmes encore plus spécialisées dans les études et décisions au plus haut niveau.

Entretien avec

Bernice Fagan Tournier, infirmière-chef de département (ICD) de gynécologie-obstétrique-pédiatrie à l'Hôpital fribourgeois (HFR).

Le rôle autonome de la sage-femme varie beaucoup selon son institution. Le poste qu'elle remplit et le corps médical avec lequel elle collabore ainsi que la politique institutionnelle. Dans un hôpital universitaire par exemple, il y a beaucoup de types et niveaux de soignants qui donnent leurs avis, la sage-femme fait partie de ce groupe décideur, son avis est précieux. Mais plus elle a de savoir scientifique, doublé par son expérience du terrain, plus son avis est sûr et sécuritaire pour la maman et son bébé. Maintenant, les gens sont poussés à être plus formés, faire des masters, initier des réflexions approfondies. Mais la connaissance du terrain est essentielle. Il faut vraiment un mélange des deux dans une équipe pour pousser le développement et la recherche.

Quelles sont les origines et les buts des changements?

Cela dépend. Parfois ils émanent des médecins, parfois des sages-femmes ou des femmes. Les patientes / clientes amènent des changements par leurs demandes, les modes, leurs idées, leurs savoirs, leur participation. Il y a aussi une grande influence de la société, de l'internet et bien sûr des motifs économiques et politiques. Quand le changement est initié par le corps médical ou la sage-femme, le grand but est la sécurité de la patiente, l'efficacité des soins, la satisfaction. De nos jours, l'aspect économique est aussi une grande considération. La diminution des prix de la santé constitue également un objectif.

Quels ont été les rôles des sages-femmes dans les changements?

En général, les sages-femmes ont initié des changements pour tout ce qui concerne la prise en charge mère-enfant, les positions différentes pour l'accouchement, l'allaitement, les bains des bébés plus tard, le peau à peau et autres. La manière dont se fait la réflexion a changé, elles ont davantage confiance en elles, complémenté par l'*Evidence based practice* (EBP) et l'expérience clinique. Je dirais que dans un premier temps, les jeunes diplômées se montrent hésitantes. Elles ont envie d'avancer et de montrer leurs connaissances mais peuvent être freinées si ces compétences ne sont pas mises à profit. Là encore, cela dépend énormément de l'institution où elles exercent et la grandeur de l'équipe. Le rôle dans les changements dépend surtout des facteurs ci-mentionnés, mais les sages-femmes initient davantage la réflexion et participent très activement (EBP).

Quels changements ont été soutenus, ou pas, par les sages-femmes?

Certains ont été particulièrement soutenus, comme le périnée intact, les accouchements non-violents, l'*empowerment* ou le droit pour les femmes de choisir, et multiples changements dans la prise en charge de la mère et son enfant en post-partum. De manière générale, les sages-femmes sont souvent les innovatrices de la médecine alternative (aromathérapie, hypnose, fleurs de Bach, médecine anthroposophique, ...).



Lucia Floris

Professeure Associée à la Haute école de Santé Vaud à Lausanne (HES-SO) et chargée de recherche et qualité des soins, HUG

Chère lectrice, cher lecteur,

Il est étonnant de constater la vitesse à laquelle certaines pratiques de soins non validées par des résultats scientifiques se mettent en place.

A contrario, lorsque les revues de littérature rapportent qu'un suivi périnatal spécifique est bénéfique pour la mère et son enfant, qu'il limite le risque de complications obstétricales et néonatales, garantit la satisfaction de la mère et implique des coûts inférieurs à ceux du suivi habituellement pratiqué, il peine malgré tout à se concrétiser.

Quelle méthode devons-nous suivre pour implanter de manière durable des données probantes dans les soins?

Le premier recours à la portée de toutes est l'acquisition de connaissances, par exemple à l'occasion d'une formation ou à travers la lecture d'articles scientifiques. Détenir ce type de connaissances permet d'argumenter, de soutenir, de défendre, de dénoncer et d'écrire sur ce sujet, en gardant toutefois à l'esprit que tous les soins que nous pratiquons n'ont pas forcément été étudiés en termes de qualité et de sécurité.

Enfin, le second élément qui entre en compte, tout aussi indispensable, est notre capacité à réaliser des soins en accord avec nos propres valeurs, tout en respectant celles des femmes et de leurs proches.

Ainsi, implanter des pratiques adaptées ne se résume pas à appliquer une «méthode idéale» suggérée par la littérature, un médecin ou un cadre de bonne volonté, mais implique un savant dosage de connaissances, de valeurs, de respect et d'écoute des femmes et de ses proches. Somme toute, il s'agit de mettre en pratique l'«Evidence-Based Practice» (EBP) qu'il convient alors de promouvoir auprès des décideurs, cadres soignants, collègues, médecins, politiciens et autres responsables de santé.

Cordialement,
Lucia Floris

Les changements qu'elles argumentent et négocient sont l'augmentation des césariennes et les instrumentations, le taux élevé ou croissant des provocations et tout cela appuyé par des arguments EBP. Certaines qui sont dans le métier depuis longtemps utilisent leur savoir clinique qui a toujours sa place, bien sûr.

Combien de temps a-t-il fallu pour que ces pratiques/ changements fassent partie de la «routine» et quels changements ont échoué?

Les pratiques de ces changements n'existent pas partout et il n'y a pas une méthode d'évaluer le rythme ni la vitesse d'évolution. Tous les changements ne se font pas en même temps. Certaines propositions ou changements ont eu lieu d'une manière tout à fait naturelle, d'autres prennent plus de temps. La philosophie ou la politique de chaque institution et canton facilite ou retarde les changements.

Et du côté des femmes?

Les patientes ont amené beaucoup de changements, en étant plus actives et mieux informées. Beaucoup arrivent à l'hôpital en sachant exactement ce qu'elles veulent, notamment avec un plan de naissance. On est beaucoup plus dans le suivi du désir des femmes. Concernant le choix de la péridurale ou de la césarienne par exemple. D'autres femmes/couples restent dans une acceptation et délégation de la responsabilité, plutôt passivement.

Quelles sont les stratégies qui facilitent l'implémentation des changements?

Le soutien politique et institutionnel est impératif pour amener le changement. La diffusion de l'information et le sentiment d'appropriation, la collaboration interdisciplinaire, la transparence, la visibilité de la place de l'autre. Avec toujours au centre des préoccupations: la patiente, la famille, le couple.

L'implémentation des changements se fait par l'information, la communication et la collaboration. Les différents moyens de communication de nos jours facilitent le transfert d'information et un accès rapide aux comparaisons et études.

Le soutien politique et institutionnel est impératif comme facilitateur.

Est-ce que les sages-femmes sont promotrices de transfert de connaissances?

Oui, sans hésitation. Elles participent énormément dans les progrès internes et externes à leurs institutions. Elles facilitent la transmission du savoir, participent dans les groupes de travail de recherche et de développement dans leurs domaines d'activité. Elles assistent à des colloques, lisent des articles et défendent leur point de vue scientifiquement.

En tant que formatrices, elles prennent également en charge les jeunes sages-femmes en formation et là, il y a beaucoup de transfert de connaissances. Elles préparent et informent les futurs parents pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Est-ce que l'âge ou le type de formation interviennent comme facilitateurs ou barrière?

L'âge amène l'expérience mais souvent aussi les sages-femmes ont suivi beaucoup de formations en cours d'emploi, elles sont extrêmement capables de réflexion approfondie.

Le type de formation seule ne garantit ni facilité ni barrière. La toute jeune sage-femme, même avec une formation bachelor ne va pas nécessairement être dans une position de référence ni de confiance. Dans certaines situations, on n'aura pas les capacités d'exercer toutes nos compétences théoriques. Heureusement, ce n'est pas un facteur seul qui décide la compétence mais un joli mélange des deux, la complémentarité et la richesse du partage des deux savoirs.

Y a-t-il un besoin de formation continue? De sage-femme clinicienne? De support par les cadres?

Il y a un programme de formation continue au sein de différentes institutions. On encourage les sages-femmes à participer et à se former en interne et en externe selon la pertinence, les besoins du service et institutionnel et le budget disponible. La formation continue est toujours bénéfique et à promouvoir en tout temps.

Dans certains pays, la formation continue est même obligatoire afin de pouvoir continuer de pratiquer (Royaume Uni, Australie).

Qu'aimeriez-vous voir implémenter comme transfert de connaissance ou nouvelle pratique par ou pour les sages-femmes, pour les femmes et les nouveau-nés?

L'amélioration des connaissances pour augmenter la sécurité dans la prise en charge. Une offre plus large dans le choix de prise en charge, autonomiser le couple et la famille, tout en respectant la sécurité et l'évolution de la grossesse, l'accouchement et le postnatal.

Je ne peux pas oser dire que je souhaiterais diminuer les césariennes parce que c'est aussi une période de la vie où l'on est comme ça parce qu'il y a un besoin. Mais j'aspire à ce que les couples soient bien informés pour être autonomes dans leur prise de décision.

Idéalement, j'aimerais voir un plan de naissance évolutif et adapté, qui suive la personne individuellement à chaque étape, un document actif, créé avec des professionnels, avec des conseils réguliers qui suivent la prise en charge. Un bon plan permet de répondre aux besoins sur le moment. Des consultations de grossesses physiologiques par les sages-femmes (avec une reconnaissance financière équivalente). Plus d'autonomie pour les sages-femmes dans la physiologie, l'accouchement, la prescription et les décisions au sujet des nouveau-nés sains.

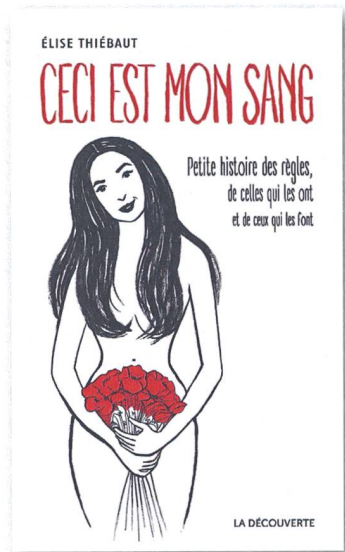
Qu'est-ce qui peut constituer un frein à l'implémentation?

Une attitude politique ou institutionnelle qui n'est pas claire. Une moins bonne collaboration, une communication divisée. Il faut être sur une ligne parallèle pour bien travailler. Le respect mutuel est primordial, mais pour respecter, il faut comprendre la fonction et la vision de l'autre.

Elise Thiébaud

Ceci est mon sang

Petite histoire des règles, de celles qui les ont et de ceux qui les font



Editions La Découverte
2017, 247 p., CHF 26.–
ISBN 2707192929

«Si elles arrivaient aux hommes et non aux femmes, les règles deviendraient un événement masculin enviable et digne de fierté. Les hommes se vanteraient de la durée et du flot. Les garçons marqueraient l'arrivée de leurs règles, ce symbole tant attendu de virilité, avec des célébrations religieuses et des fêtes strictement masculines. Le Congrès créerait un Institut national de dysménorrhée pour combattre les douleurs mensuelles et le Gouvernement fournirait les fonds pour des protections sanitaires gratuites.» Empruntée à la féministe américaine Gloria Steinem, cette citation donne le ton du livre: souvent drôle, très documenté tout en étant également assez personnel. Avec une écriture alerte, Elise Thiébaud, ménopausée au moment de la rédaction de l'ouvrage, fait le tour de la question sous tous ses angles: scientifique, économique, historique, mythique, théologique, étymologique, etc. De la composition des protections périodiques aux applications pour smartphone, en passant par la déesse Artémis ou le contenu en cellules souches du sang menstruel, tout, vous saurez tout sur cet événement que connaît chaque femme environ 400 fois au cours de sa vie, soit pendant 2400 jours. Un chapitre entier est consacré à l'endométriase.

Géraldine Magnan, rédactrice

Ce compte rendu a été initialement publié dans le numéro d'avril 2017 de la revue française «Profession sage-femme»

Et qu'est-ce qui au contraire peut la faciliter?

Un soutien politico-médical fort. Un bon encadrement depuis le plus haut niveau, la gouvernance au sein de l'institution ou d'un service, une politique institutionnelle, la formation continue, notamment des formations interdisciplinaires, des financements, des politiques sanitaires. Une communication transparente et respectueuse.

Avant l'académisation de la profession, y avait-il moins de transfert de connaissances dans la pratique?

Peut-être oui. Avant, les sages-femmes argumentaient autrement, à partir de leur expérience, leurs connaissances émanaient plus du terrain. Le savoir expérimental a désormais moins de poids tout seul, le savoir scientifique a pris le dessus, plus évidemment dans les grands hôpitaux. En clinique privée ou petite institution, s'il n'y a pas de médecins sur place (rare de nos jours), le médecin est à son cabinet, la sage-femme l'appelle et dit qu'elle a un problème, elle argumente mais le médecin ne peut pas venir trop souvent et donc doit vraiment faire confiance dans les compétences cliniques de la sage-femme. Son jugement doit être sûr et rapide. Voilà juste un exemple du contexte.

J'espère que ce savoir clinique ne se perdra pas, parce que le transfert de savoir clinique passe par la démonstration des gestes. On ne peut pas l'apprendre dans un document.

Le métier est et doit rester très pratique, cela ne se perdra pas. On doit s'appuyer sur les apports théoriques pour notamment argumenter notre point de vue. Mais la sage-femme doit toujours savoir faire les gestes, et pour cela il faut pratiquer.

On est devenu plus descriptif de ce qu'on fait, mais notre métier reste clinique. C'est primordial. Je suis confiante que l'académisation ne touchera pas l'essence de ce qui constitue notre profession: travailler dans l'intimité d'une vie de couple pour aider à la naissance avec un maximum de sécurité. Le côté pratique ne change pas, quelle que soit l'académisation.

Au final, que la sage-femme reste la personne qui s'engage en première ligne auprès des couples et leurs bébés et qu'elle maintienne ce rôle de confiance tout en étant plus informée et compétente: la sage-femme mythique mais moderne.

Propos recueillis par Cynthia Khattar