

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 117 (2019)
Heft: 7-8

Artikel: 125 années d'empowerment [Conrès-anniversaire]
Autor: Azer, Miryam / Honigmann, Silvia / Meier Magistretti, Claudia
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948996>

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: 02.04.2025

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



125 années d'empowerment

C'est sous le titre «Femme – Sage-femme – Société» qu'a eu lieu en mai, à Lucerne, le Congrès-anniversaire de la Fédération suisse des sages-femmes. Sept intervenant-e-s ont traité de thèmes divers, comme les perspectives professionnelles, la salutogénèse, le déclenchement de l'accouchement, la gestion ambulatoire de la rupture des membranes à terme et du diabète gestationnel. Par ailleurs, un hommage a été rendu à plusieurs membres des sections lors de la cérémonie officielle.

TEXTE :
MIRYAM AZER



La Fédération suisse des sages-femmes a 125 ans, une bonne raison de faire la fête! Mais auparavant, nous allons approfondir quelques thématiques professionnelles.» C'est par ces mots que Carmen Zimmermann-Steiger et Karrien Nöpflin-Defloor, les deux co-présidentes de la section Suisse centrale et membres du Comité d'organisation, ont ouvert le Congrès suisse des sages-femmes qui s'est tenu le 23 mai au KKL de Lucerne sous le titre «Femme – Sage-femme – Société». Plus de 700 participant-e-s ont pu entendre de passionnants exposés dans la magnifique salle de concert, participer à divers ateliers et s'informer auprès des nombreux exposants. La modératrice Milena Haller a été le fil rouge de cette journée placée sous la devise *Let's celebrate!* et clôturée par une cérémonie officielle.

L'histoire tumultueuse de la Fédération

Lors de son allocution, Barbara Stocker Kalberer, présidente de la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), a retracé quelques moments clés de l'histoire de la FSSF. «Il y a 125 ans, lorsque nos ancêtres ont organisé la première journée des sages-femmes, elles n'imaginaient probablement guère que l'association des sages-femmes de l'époque durerait aussi longtemps.» Les sages-femmes luttèrent alors pour la reconnaissance scientifique de leur profession, elle souhaitaient bénéficier d'une meilleure estime dans l'opinion publique et d'une rémunération plus juste de leur travail. Elle voulait aussi créer une formation uniformisée et reconnue au niveau suisse. «L'histoire de la Fédération n'a pas toujours été rose», a

«Il y a 125 ans, lorsque nos ancêtres ont organisé la première journée des sages-femmes, elles n'imaginaient probablement guère que l'association des sages-femmes de l'époque durerait aussi longtemps.»

BARBARA STOCKER KALBERER

souligné Barbara Stocker Kalberer, «à plusieurs reprises, elle a été mise à rude épreuve.» En relisant les anciens procès-verbaux des assemblées des délégué-e-s, la présidente a essayé d'imaginer quelle avait été la vie des femmes pendant les années de guerre mondiale, comment les sages-femmes avaient vécu l'exode des femmes vers les hôpitaux et comment elles avaient réussi à s'adapter encore et toujours aux changements. Pour en savoir plus sur l'histoire de la FSSF, une publication commémorative éditée spécialement en cette année de jubilé est disponible à la commande.

Les thématiques qui préoccupent les sages-femmes d'aujourd'hui ne diffèrent pas vraiment de celles de l'année d'origine de la Fédération. Toutefois, les formations continues ne sont désormais plus seulement l'affaire des médecins, mais aussi des sages-femmes et, grâce au réseau interprofessionnel, de représentant-e-s d'autres spécialités.

«Vous êtes indispensables!»

Dans son mot de bienvenue, la conseillère nationale Andrea Gmür-Schönenberger a souligné que la profession de sage-femme était plus qu'une profession: «C'est une vocation». Lors des quatre accouchements qu'elle a elle-même vécus, les sages-femmes l'ont soutenue et confortée, rendant ces événements inoubliables, impressionnants et enrichissants. Tous ces gestes, les sages-femmes les font pour d'innombrables femmes en Suisse et dans le monde: «Vous créez les conditions pour que chaque naissance soit un moment unique et se déroule le mieux possible.»

C'est là qu'elle a vraiment pris conscience de la diversité et de la complexité du métier de sage-femme. Non seulement les sages-

femmes accompagnent les femmes, mais elles tiennent également compte avec souplesse des souhaits des parents, et remplissent de nombreuses tâches dès avant la naissance. «Bref, vous êtes indispensables!»

«Vous créez les conditions pour que chaque naissance soit un moment unique et se déroule le mieux possible.»

ANDREA
GMÜR-SCHÖNENBERGER

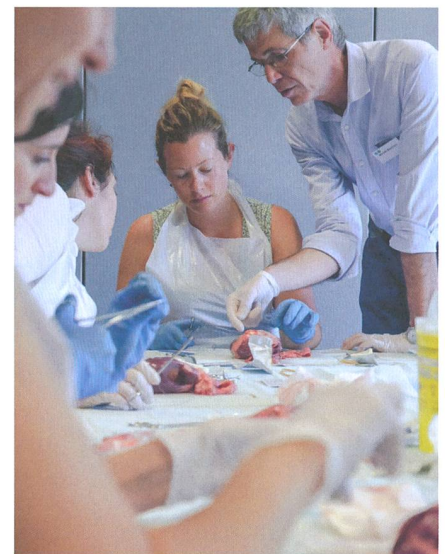


Andrea Gmür-Schönenberger

En outre, elles doivent prendre les bonnes décisions au bon moment. La formation au métier de sage-femme est elle aussi très exigeante. Bien que les études soient reconnues, la lutte pour un salaire correspondant à leur travail est encore laborieuse. «Sachant que vous êtes aussi expertes en matière d'accouchements difficiles, je suis persuadée que grâce à votre patience et à votre opiniâtreté, vous saurez atteindre vos objectifs.»

Miryam Azer

Texte traduit de l'allemand par Anne-Christine Kasser-Sauvin.



Photos: Anje Kroll-Witzer

Le workshop de suture périméale était animé par le Pr Michel Boulvain.

Allaiter après un diabète gestationnel

Bénéfique à de nombreux égards pour la santé de la mère et du nourrisson, le lait maternel est la nourriture idéale des nouveau-nés (Victora *et al.*, 2016). Pour les femmes ayant souffert de diabète gestationnel (DG) et leurs enfants, l'allaitement a un effet positif sur la santé cardio-métabolique, il améliore la tolérance au glucose, augmente la réceptivité à l'insuline, réduit le risque de contracter un diabète de type II et atténue

actuelle, il est encore beaucoup trop fréquent qu'une alimentation précoce avec du lait pour nourrissons soit prescrite dans le but de prévenir une hypoglycémie chez le nouveau-né. La ligne directrice pour les soins aux nourrissons de mères diabétiques (Segeer *et al.*, 2017) reconnaît la valeur de l'allaitement et recommande: «Dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, les nourrissons de mères diabétiques doivent être alimentés, idéalement par une

Pour les femmes ayant souffert de diabète gestationnel et leurs enfants, l'allaitement a un effet positif sur la santé cardio-métabolique.

la tendance à développer de l'obésité et du diabète chez l'enfant (Much *et al.*, 2014). Or, après un DG, les mères allaitent nettement moins souvent et moins longtemps que les femmes dont la santé métabolique est bonne. Les facteurs qui ont un effet négatif sur l'allaitement sont notamment les modalités thérapeutiques du DG, l'obésité maternelle et un début difficile de l'allaitement (Matias *et al.*, 2014).

La démarche après l'accouchement est décisive

Pour toutes ces raisons, un accompagnement global de la femme et une bonne préparation à l'allaitement sont de la plus haute importance. La confiance en soi de la femme est ainsi renforcée, car si elle doute de sa capacité à allaiter, les perspectives de succès sont réduites.

La démarche adoptée après l'accouchement et dans les premiers jours du post-partum constitue l'un des éléments-clés de l'allaitement réussi. Dans la pratique

mise au sein prolongée. La mise au sein d'un bébé âgé d'environ 30 minutes, possible aussi après une césarienne, stabilise durablement les concentrations de glucose sanguin du bébé et abaisse son taux d'hypoglycémie. Si la mise au sein n'est pas possible, le bébé doit être nourri avec du lait artificiel ou du lait maternel recueilli par tire-lait.»

Prélever le colostrum avant l'accouchement a pour but de réduire l'apport additionnel de lait au cours des premiers jours.

Prélever le colostrum avant l'accouchement

La méthode consistant à prélever le colostrum avant l'accouchement a été élaborée pour les mères diabétiques dans le but de réduire l'apport additionnel de lait au cours des premiers jours. On apprend aux femmes enceintes à prélever manuellement leur colostrum dès la 37^e semaine de gestation. Puis celui-ci est congelé dans des seringues que la future mère emporte avec elle pour l'accouchement. Une première étude (Forster *et al.*, 2017) montre que la méthode n'a aucune incidence négative sur la durée de la grossesse et ne nécessite pas de transfert aux soins intensifs, mais elle a un effet positif sur l'allaitement durant la phase du port-partum.

Silvia Honigmann, *prof. h. c., BSc en alimentation et diététique, consultante en lactation IBCLC, MAS en promotion de la santé et en prévention, Berner Fachhochschule Gesundheit*

Texte traduit de l'allemand par Anne-Christine Kasser-Sauvin.

Références

- Forster, D. A., Moorhead, A. M., Jacobs, S. E., Davis, P. G., Walker, S. P., McEgan, K. M., Opie, G. F., Donath, S. M., Gold, L., McNamara, C., Aylward, A., East, C., Ford, R. & Amir, L. H. (2017)** Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy: a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *Lancet*; 389:2204-2213.
- Matias, S. L., Dewey, K. G., Quesenberry, C. P. Jr & Gunderson, E. P. (2014)** Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus. *Am J Clin Nutr*; 99:115-121.
- Much, D., Beyerlein, A., Roßbauer, M., Hummel, S. & Ziegler, A.-G. (2014)** Beneficial effects of breastfeeding in women with gestational diabetes mellitus. *Molecular Metabolism*; 3:284-292.
- Segeer, H., Bühner, C., Kapellen, T., Mattern, E., Ramsauer, B., Somville, T. & Trotter, A. (2017)** Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter. Leitlinie der GNPI, DGPM, DDG, DGHWi, dem DHV, der DGKJ und DGGG (2k-Level, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/006, Juli).
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros A. J. D., França, G. V. A., Horton, S. & Krusevec, J. et al. (2016)** Breast-feeding in the 21st Century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet*; 387:475-90.

Sage-femme et développement des tout-petits du point de vue de la salutogenèse



Anjje Kroll-Witzer

Claudia Meier Magistretti

Les sages-femmes peuvent tracer la voie. La qualité de l'accompagnement des femmes avant et pendant la grossesse et durant l'accouchement ainsi que la période du post-partum est essentielle pour la santé et le développement psychique, cognitif et social du bébé, de la mère, du père et de leur famille.

Le sens de la cohérence est une variable qui peut non seulement décrire et influencer un développement sain, mais aussi le prédire.

Des études montrent que ces tout premiers moments dans la vie peuvent déterminer la santé et les chances de développement de l'enfant jusque dans l'adolescence.

Obtenir une réponse à la question de savoir quels sont les facteurs décisifs pour garantir la qualité et un développement favorable des mères et de leurs familles semble toutefois moins évident. L'attitude et la pratique des sages-femmes jouent à ce sujet un rôle important, qui, du point de vue de la salutogenèse, est étroitement lié au «sens de la cohérence». Le sens de la cohérence est une variable qui peut non seulement décrire et influencer un développement sain, mais aussi le prédire. Cela comprend une attitude de confiance relativement stable mais aussi dynamique dans divers aspects de ses propres aptitudes et des ressources utilisables.

Développer un «sens de la cohérence»

Depuis relativement peu de temps, on sait que la naissance d'un enfant est une période au cours de laquelle il est possible d'influencer positivement et de renforcer le sens de la cohérence chez la mère, et donc les chances de santé et de bon développement de l'enfant. Cette capacité complexe est définie dans le nouveau concept de *Sense For Coherence* («sens de la cohérence») et fait actuellement l'objet de recherches. Les résultats d'études internationales permettent d'ores et déjà de montrer comment la prise en charge, favorable à la santé et au développement, des femmes enceintes, des parturientes et des jeunes mères par la sage-femme est structurée et comment elle agit sur les bébés, les enfants et leurs familles. A partir du savoir implicite des sages-femmes, il est possible de décrire les éléments d'une telle prise en charge lors de la préparation à la grossesse, au cours de l'accouchement et durant le post-partum, et de montrer comment le «sens de la cohérence» se réalise dans la pratique. En outre, une pratique de sage-femme encourageant le développement et la santé peut également être décrite à l'aide de nouvelles procédures techniques et devenir ainsi plus facile à relier au système médical.

Où se trouvent les lacunes dans la pratique?

La pratique salutogène devrait être largement ancrée et accessible à toutes les familles. Le fait que ce n'est pas encore le cas a été démontré lors du Congrès suisse des sages-femmes à l'aide de données récentes recueillies en Suisse alémanique. Sur la base d'une étude actuelle sur les offres en

La pratique salutogène devrait être largement ancrée et accessible à toutes les familles.

matière de développement de la petite enfance, il a été montré quelles familles bénéficient réellement d'une (bonne) prise en charge par la sage-femme et lesquelles n'y ont que trop peu accès, surtout en ce qui concerne le suivi postnatal. L'accent a été mis sur le point de vue des mères et on a rapporté les expériences que les parents jugent rétrospectivement utiles et efficaces concernant le suivi par les sages-femmes. Enfin, on a montré comment une pratique de sage-femme favorisant la santé peut être conçue de manière à profiter à toutes les mères et comment les sages-femmes peuvent tirer pleinement parti de leur rôle clé en tant que personne de confiance dans le développement des tout-petits en assurant le suivi non seulement médical mais aussi psychosocial des familles.

Claudia Meier Magistretti, Prof. Dre, psychologue FSP, Haute école de Lucerne – Travail social

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin.

Le diabète gestationnel: dépistage, traitement, prévalence

L'association entre le diabète sucré maternel (Dm) et l'issue défavorable de la grossesse est un problème reconnu depuis longtemps déjà. A l'époque, la mortalité périnatale élevée, le poids de naissance excessif de ces enfants présentant des organomégalies (cœur, pancréas et autres glandes) et des troubles d'adaptation ont été attribués au dérèglement du métabolisme du sucre chez la mère (Miller, 1946). Pedersen a étudié la corrélation entre une hyperglycémie maternelle et une hyperglycémie fœtale et le fait qu'elle permettait d'expliquer bon nombre des complications fœtales et néonatales qu'on pouvait observer. Cette «hypothèse de Pedersen» constitue aujourd'hui encore la base de la compréhension des conséquences physiopathologiques d'un diabète durant la grossesse (Pedersen, 1952).

Le test de dépistage a été adapté au fil des ans

Afin de pouvoir détecter un état «prédiabétique» au cours de la grossesse, on a établi pour la première fois, par calcul statistique, des seuils glycémiques à partir d'un test oral de tolérance au glucose (oGTT) de 100 g, définissant ainsi un diabète de grossesse, ou plus précisément, un diabète gestationnel (DG; O'Sullivan & Mahan, 1964). Au fil des ans, ce test de dépistage a subi des adaptations, en raison, d'une part, du passage du sang initialement complet au plasma pour déterminer la glycémie et, d'autre part, de l'utilisation de méthodes enzymatiques pour la mesure du glucose. En conséquence, les seuils diagnostiques ont plusieurs fois été changés (Mishra *et al.*, 2016). Mais toutes ces différentes méthodes de dépistage avaient un élément en commun: l'objectif. Autrement dit, les seuils diagnostiques étaient fixés de manière à mieux rendre compte du risque lié au développement futur d'un Dm de type 2 que les complications effectives d'une grossesse. Il n'est donc pas étonnant qu'un diagnostic de DG ait été posé pour moins de 5% des grossesses.

La prévalence d'un DG varie en fonction du nombre de facteurs de risques présents ou du fait que l'on effectue un dépistage général ou seulement sélectif (Mishra *et al.*, 2016). C'est seulement avec les découvertes d'une grande étude randomisée, l'étude HAPO, que cette «imprécision» a pu être corrigée (The HAPO Study Cooperative Research Group, 2008). Par la suite, les résultats de cette étude ont été repris par l'International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group en tant que recommandations pour le dépistage du DG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, 2010).

La prévalence d'un DG varie en fonction du nombre de facteurs de risques présents ou du fait que l'on effectue un dépistage général ou seulement sélectif.

Le diagnostic de DG sera posé chez plus de femmes à l'avenir

Ces recommandations ont également été reprises en Suisse un peu plus tard (Boulevard, 2011) et harmonisées dans l'espace germanophone (Allemagne, Suisse et Autriche) en 2018 (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft [DDG] & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe [DGGG], 2018). Il y est recommandé de procéder à un dépistage général avec un oGTT de 75 g, afin d'exclure, dans une population à risque définie, la préexistence d'un diabète à l'aide d'une glycémie à jeun ou d'un oGTT de 75 g avec mesure de la glycémie après 2 heures ou d'un dosage du taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) au premier trimestre. Les valeurs normales recomman-

dées correspondent à celles de la population «non enceinte».

L'application de ces nouvelles directives a permis de diagnostiquer un diabète gestationnel chez 10 à 15% des femmes enceintes. Toutefois, des méta-analyses montrent clairement qu'un dépistage approprié suivi par une prise en charge interprofessionnelle et interdisciplinaire cohérente de la femme permet en fait de réduire les complications de la grossesse à court terme (Hartling *et al.*, 2013). Cela dit, on ignore pour l'instant quel est, à long terme, le niveau de risque effectif de Dm de type 2 pour ce collectif sélectionné selon les critères de l'étude HAPO.

Effectuer un dépistage dès le premier trimestre

La gestion des accouchements n'est pas non plus réglée. Il est évident que le taux déjà élevé de déclenchements des accouchements continuera d'augmenter à la suite de ce changement de stratégie. On peut regretter le fait qu'il n'existe aucune bonne étude randomisée permettant de comprendre quand et si des médicaments sont vraiment nécessaires pour un tel déclenchement en cas de DG. Cela vaut en particulier pour les femmes ayant un bon réglage métabolique. Il n'existe que des recommandations consensuelles établies le plus souvent à partir de données se référant à des collectifs d'études menées sans application des recommandations HAPO. Dans les lignes directrices S3 sur le diabète gestationnel (Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwan-

Dans les lignes directrices S3 sur le diabète gestationnel un déclenchement est déconseillé avant la semaine 39+0 et plutôt recommandé vers la semaine 40.

gerschaft de la DDG & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin de la DGGG, 2018), un déclenchement est déconseillé avant la semaine 39+0 et plutôt recommandé vers la semaine 40. Cela vaut également pour les femmes au réglage métabolique sous-optimal. En pareil cas, il serait mieux de profiter du temps disponible pour optimiser le métabolisme materno-fœtal. Des études récentes montrent qu'un dépistage pourrait déjà être effectué au premier trimestre (Amylidi *et al.*, 2016; Mosimann *et al.*, 2016). Ainsi, par des interventions précoces, il serait possible d'éviter une influence épigénétique défavorable sur l'enfant (Ismail-Beigi *et al.*, 2016) et de réduire encore plus, chez la mère, le risque de complications de la grossesse comme la pré-éclampsie et/ou les traumatismes liés à l'accouchement.

Luigi Raio Bulgheroni, Prof. Dr. méd., exerce depuis 1999 à la clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'Université de Berne, principalement dans le domaine de la médecine fœto-maternelle

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin.

Références

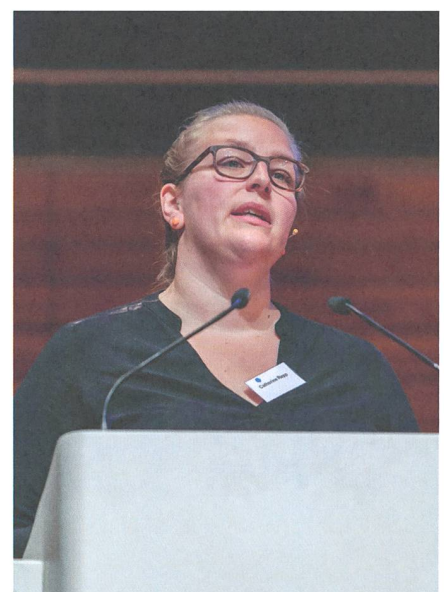
- Amylidi, S., Mosimann, B., Stettler, C., Fiedler, G. M., Surbek, D. & Raio, L. (2016)** First-trimester glycosylated hemoglobin in women at high risk for gestational diabetes. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 95(1):93-7.
- Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) & Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2018)** S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- Boulvain, M., Brändle, M., Drack, G., Hoesli, I., Honegger, C., Lehmann, R., Raio, L., Singer, M., Troendle, A., Zimmermann, R. & Surbek, D. (2011)** Dépistage du diabète gestationnel. Avis d'experts No 37. www.sggg.ch
- Hartling, L., Dryden, D. M., Guthrie, A., Muise, M., Vandermeer, B., Donovan, L. (2013)** Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U. S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Review. Ann Intern Med*; Jul 16; 159(2):123-9. doi:10.7326/0003-4819-159-2-201307160-00661.
- International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel (2010)** International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care*; 33:676-682.
- Ismail-Beigi, F., Catalano, P. M. & Hanson, R. W. (2006)** Metabolic programming: fetal origins of obesity and metabolic syndrome in the adult. *Am J Physiol Endocrinol Metab*; 291:E439-40.
- Miller, H. C. (1946)** The effect of diabetes and prediabetic pregnancies on the fetus and newborn infant. *J Pediatr*; 29:455-461.
- Mishra, S. Rao, C. R. & Shetty, A. (2016)** Trends in the Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. *Scientifica*; Article ID 5489015. <https://doi.org/10.1155/2016/5489015>
- Mosimann, B., Amylidi, S., Risch, L., Wiedemann, U., Surbek, D., Baumann, M., Stettler, C. & Raio, L. (2016)** First-Trimester Placental Growth Factor in Screening for Gestational Diabetes. *Fetal Diagn Ther*; 39(4):287-91.
- O'Sullivan, J. B. & Mahan, C. M. (1964)** Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. *Diabetes*; 13; 278-285
- Pedersen, J. (1952)** Diabetes and pregnancy: blood sugar of newborn infants. Ph.D.-Thesis. Copenhagen: Danish Science Press, 230.
- The HAPO Study Cooperative Research Group (2008)** Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes. *N Engl J Med*; 358:1991-2002.

Gestion ambulatoire de la rupture prématurée des membranes à terme

Depuis novembre 2012, la maternité de l'Hôpital universitaire de Bâle propose aux femmes enceintes la gestion ambulatoire en cas de rupture prématurée des membranes à terme (RPM). Grâce à cette méthode, les femmes peuvent rester aussi longtemps que possible dans leur environnement familial, le déroulement physiologique de l'accouchement est stimulé et la durée du séjour à la maternité est raccourcie. Après avoir opté pour la gestion ambulatoire, le couple reçoit des informations standardisées sur les comportements à adopter à domicile, les règles d'hygiène à observer, ainsi que les recommandations sur l'apparition des symptômes nécessitant une prise en charge immédiate. L'essentiel est résumé dans une notice d'information.

Effets positifs sur les femmes et l'équipe soignante

Premières interlocutrices dans ce processus, les sages-femmes établissent le diagnostic déterminant quelles sont les femmes qui se qualifient pour la gestion ambulatoire. Puis le médecin évalue la situation et informe les femmes sur la possibilité de choix de la méthode. Les sages-femmes soutiennent le couple dans sa décision et lui donnent les informations nécessaires. Si, ayant des contractions régulières, la femme ne se présente pas à la maternité dans les 12 heures, elle doit s'y rendre pour un contrôle ambulatoire. Au plus tard 24 heures après la RPM, les femmes enceintes sont admises aux soins stationnaires et l'accouchement est déclenché lorsqu'il n'y a pas de contractions.



Catherine Rapp

Anje Kröll-Witzer

Fin 2013, les expériences faites par les femmes et l'équipe soignante avec ce mode de gestion ont été recueillies. 15 femmes ont été interviewées par téléphone et leurs réponses analysées par thèmes. L'équipe soignante – 25 sages-femmes, 12 médecins – a été interrogée par questionnaire.

Une information standardisée et un soutien mieux ciblé dans la prise de décision pourraient améliorer la méthode.

Les résultats montrent que la gestion ambulatoire a des effets positifs tant sur les femmes que sur l'équipe soignante. Les femmes constatent une nette augmentation de leur bien-être. Elles apprécient de pouvoir choisir entre gestion ambulatoire et gestion stationnaire; les primipares manifestent toutefois une certaine inquiétude et ont besoin de plus de soutien. Le fait de pouvoir contacter la maternité à tout moment et obtenir des renseignements compétents par téléphone procure la sécurité nécessaire pendant les heures passées chez elles. Il s'est avéré qu'une information standardisée et un soutien mieux ciblé dans la prise de décision pourraient améliorer la méthode.

Stimulation du déroulement physiologique de l'accouchement

L'équipe soignante se sent majoritairement en confiance lors de la mise en œuvre du processus. Des hésitations se sont manifestées notamment par rapport à la liste des critères tels que l'évaluation de la «tête engagée» ou les critères d'inclusion «stricts». Jusqu'ici, dans le souci de prendre en compte la sécurité de la femme et du bébé, la liste des critères a été sciemment établie de façon restrictive. Entre-temps, une analyse retrospective des documents a montré qu'il n'y avait pas de différences entre la gestion ambulatoire et la gestion stationnaire quant à l'état de santé de la mère et du nouveau-né. Seul le séjour plus bref en maternité, et ainsi le coût fortement réduit, caractérisent la gestion ambulatoire.

Cette étude a permis de montrer que les femmes interrogées apprécient l'offre de gestion ambulatoire et que les deux groupes professionnels ne souhaitent plus s'en passer. D'un point de vue médical, la gestion ambulatoire stimule le déroulement physiologique de l'accouchement, car elle nécessite moins d'interventions et libère des ressources en matière de personnel et de locaux.

Catherine Rapp, sage-femme BSc, MAS ZFH en Managed Health Care, sage-femme et responsable d'équipe à la maternité de l'Hôpital universitaire de Bâle

Texte traduit de l'allemand par Anne-Christine Kasser-Sauvin.

Chassé·e du paradis? Le déclenchement de l'accouchement aujourd'hui

Avec une fréquence de 22 à 25%, le déclenchement de l'accouchement reste une intervention qui concerne de très nombreuses femmes enceintes. L'idée est qu'on peut recourir à cette intervention chaque fois que le résultat présumé de la mesure est meilleur qu'il ne l'aurait été sans celle-ci. Cela soulève cependant beaucoup de questions:

- A quoi ressemblerait vraisemblablement un mauvais, un bon, ou un «meilleur» résultat, avec et sans déclenchement de l'accouchement? Qu'entend-on exactement par «meilleur»? Plus rapide? Plus sain? Plus agréable? Plus sûr? Pour qui? La mère, l'enfant ou les professionnels?

- Qui les risques concernent-ils? Toutes les femmes enceintes? Tous les enfants? Ou seulement certaines personnes, et dans ce cas, lesquelles?
- Si on opte pour un déclenchement, quand faut-il l'effectuer? Au terme prévu, avant, après? Combien de temps avant ou après?
- Comment doit-on procéder au déclenchement? Avec des médicaments, par naturopathie, de façon mécanique? Avec quels médicaments, à quelle dose et à quelle fréquence? Ou bien, faut-il combiner des méthodes? L'une après l'autre, dans quelle séquence? Où? A la clinique ou à domicile?

- Y a-t-il des questions ouvertes sur le déclenchement de l'accouchement, des effets ou des effets secondaires qu'on ignore? Des dangers?
- La femme enceinte est-elle au courant de tout cela avant le déclenchement de l'accouchement?
- Dans quelle mesure a-t-elle son mot à dire? A quel point la consultation était-elle sans parti pris?

Quelle est la validité des indications les plus fréquentes?

L'indication de dépassement du terme n'est pas posée en raison d'un problème réel, mais en fonction d'une probabilité statistique. Celle-ci est calculée à partir du risque



Anja Kroll-Witzer

Christiane Schwarz

L'indication de dépassement du terme n'est pas posée en raison d'un problème réel, mais en fonction d'une probabilité statistique.

qu'un enfant à naître pourrait mourir *in utero*. Ce risque augmente depuis la semaine de grossesse (SG) 42+0, mais seulement de manière très faible. Autres indications:

- Surtout la macrosomie fœtale: cette indication semble très menaçante pour les femmes enceintes, mais n'est souvent pas confirmée dans la réalité.
- L'insuffisance placentaire: l'utilité d'un déclenchement n'est pas clairement démontrée.
- Le diabète gestationnel: les recommandations internationales à ce sujet sont très hétérogènes.

Méthodes de déclenchement et avis des femmes

Quelles sont les méthodes de déclenchement de l'accouchement?

- les médicaments: l'ocytocine, la prostaglandine (la dinoprostone), le mésoprostol;
- les méthodes mécaniques: le décollement des membranes, la dilatation, la sonde à ballonnet, l'amniotomie;
- les méthodes naturopathiques: l'huile de ricin, l'homéopathie, l'acupuncture, l'hypnose, l'aromathérapie.

Jusqu'à présent, l'avis des femmes n'a guère été pris en compte dans le contexte de la recherche. Dans une enquête (Schwarz *et al.*, 2016), il est clairement apparu que la plupart des femmes auraient aimé en savoir plus sur l'indication au déclenchement, les alternatives et les méthodes. La plupart ont aussi le sentiment de ne pas avoir été assez consultées pour la décision de déclenchement.

Christiane Schwarz, Dre, sage-femme, MSc Public Health et naturopathe, Allemagne

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin.

La plupart des femmes auraient aimé en savoir plus sur l'indication au déclenchement, les alternatives et les méthodes.

Référence

Schwarz, C., Gross, M. M., Heusser, P. & Berger, B. (2016) Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*; 35, April, 3-10. www.sciencedirect.com



Quelles sont les études actuelles qui devraient être connues?

- Grobman, W. A., M.D., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M. *et al.* (2018) Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med*; 379:513-523. www.nejm.org
Le grand essai ARRIVE a donné lieu à de vives discussions entre experts sur la question de savoir si les accouchements devraient être déclenchés de façon générale avant 40+0 semaines de grossesse, afin de réduire le taux de césariennes, car c'était la conclusion des auteurs. Cependant, cette étude présente de sérieuses faiblesses méthodologiques. (voir aussi p. 60)
- Keulen, J. K. J., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., van der Post, J. A. M., de Miranda, E. (2018) Timing induction of labour at 41 or 42 weeks? A closer look at time frames of comparison: A review. *Midwifery*; Vol. 66, 111-118. www.midwiferyjournal.com
Pour ce travail de revue, les auteures ont analysé 22 études randomisées contrôlées. Elles n'ont trouvé aucune preuve d'utilité d'un déclenchement de l'accouchement effectué de façon générale avant 42+0 semaines de grossesse.

Stratégies pour les sages-femmes: nouveaux domaines et perspectives professionnelles

« Le point de départ des réformes de la formation a été la prise de conscience que les exigences envers la profession avaient changé à bien des égards et continueraient de changer », a déclaré Friederike zu Sayn-Wittgenstein, professeure en soins infirmiers et en science sage-femme à la Haute école d'Os-nabrück (Allemagne), en introduction de son exposé. Il s'agit, d'une part, de préserver les connaissances, par exemple pour promouvoir les naissances normales/physiologiques, et d'autre part d'élargir et de faire progresser les connaissances face aux nouveaux défis sociaux, médico-sociaux et démographiques. Tout cela nécessite de modifier et d'élargir le profil de compétences des sages-femmes.

Les exigences professionnelles et la pratique des soins

Friederike zu Sayn-Wittgenstein a ensuite décrit trois qualifications des hautes écoles: le bachelor, le master et la thèse de doctorat. Ces qualifications figurent dans le cadre européen des certifications pour un apprentissage tout au long de la vie, chacun correspondant à un niveau de formation spécifique. Elles permettent de comparer les qualifications et compétences professionnelles en Europe.

- Le but des études de bachelor est de transmettre les connaissances théoriques et pratiques pour l'exercice professionnel de la profession. En outre, l'activité professionnelle permet d'approfondir les connaissances. Ainsi, dans les études de bachelor, on apprend à traiter les problèmes de façon fondamentale.
- Dans le programme de master, les sages-femmes perfectionnent leurs qualifications en soins périnataux et appliquent à un niveau supérieur les compétences acquises dans le programme de bachelor.

- La thèse de doctorat traite une question fondamentale. Avec la capacité de mener des recherches scientifiques de façon autonome, des possibilités de carrière dans des hautes écoles, notamment, s'ouvrent aux sages-femmes.

Selon Friederike zu Sayn-Wittgenstein, il est nécessaire pour la mise en œuvre de ces diplômes d'établir un lien entre les exigences professionnelles et la pratique scientifique des soins. Une autre étape importante consisterait à mettre en place une promotion systématique de la relève par le biais de programmes doctoraux structurés afin de créer une alternative à la voie actuellement habituelle des doctorats individuels. À l'avenir, les filières d'études (de master) auront besoin d'enseignant·e·s et de responsables de programme titulaires d'un doctorat.

Orientations du modèle *Advanced Midwifery Practice*

À titre d'exemple pour la création de nouvelles spécialités professionnels pour les sages-femmes titulaires d'un master, Friederike zu Sayn-Wittgenstein a présenté le modèle *Advanced Midwifery Practice* (AMP), qui existe déjà à l'étranger. Depuis de nombreuses années, il y a, au plan international, des discussions sur deux orientations possibles pour les sages-femmes titulaires d'un master:

- Les *Clinical Midwife Specialists*, qui fournissent des conseils et des instructions pour soutenir les situations de soins complexes et travaillent dans le même cadre réglementaire que les sages-femmes diplômées.
- Les *Advanced (Nurse) Practitioner*, qui exercent une activité autonome et élargie, posent des diagnostics, prescrivent des médicaments et opèrent dans un cadre réglementaire élargi.

Pour la Suisse alémanique, la Berner Fachhochschule et la Zürcher Hochschule für

Angewandte Wissenschaften ont développé les spécialités suivantes pour les sages-femmes titulaires d'un master: sage-femme MSc experte, sage-femme MSc leadership et management ainsi que sage-femme MSc recherche et développement (voir *Obstetrica* N° 12/2017).

Salle d'accouchement gérées par les sages-femmes

« Pour renforcer et assurer la qualité des soins périnataux, nous devons continuer à développer les salles d'accouchements gérées par les sages-femmes » (*Hebammen-Kreisssaal* en allemand, NDLR), a expliqué Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Ce modèle, dans lequel les sages-femmes d'un hôpital se chargent de l'organisation sous leur propre responsabilité et exercent leur activité en toute indépendance, existe en Allemagne depuis 2003 et correspond aux soins périnataux gérés par les sages-femmes

« Pour renforcer et assurer la qualité des soins périnataux, nous devons continuer à développer les salles d'accouchements gérées par les sages-femmes. »

en Suisse. Sur environ 860 hôpitaux avec service d'obstétrique en Allemagne, environ 20 ont actuellement mis en place une salle d'accouchement gérée par les sages-femmes. « À mon avis, des sages-femmes titulaires d'un master (au sens de *Clinical Midwife Specialist*) sont nécessaires pour soutenir ou promouvoir la mise en œuvre

«durable de ce concept de soins complexe dans les hôpitaux», a ajouté Friederike zu Sayn-Wittgenstein. Pour y parvenir, il faudra que les conditions de base pour la constitution d'une discipline de science des sages-femmes soient remplies à moyen et à long terme. Il s'agira notamment de consolider les programmes d'études à tous les niveaux du cycle de Bologne, en particulier les qualifications de la relève scientifique par des doctorats, l'extension des compétences de recherche à tous les niveaux de qualification et le développement de la théorie.

Pour le développement des spécialités des AMP, les problèmes devront être identifiés et les questions, traitées par la recherche. Tous les acteurs, y compris ceux répondant des coûts, devront être impliqués dans la mise en œuvre ultérieure. Les résultats devront être modélisés dans la pratique, évalués et, le cas échéant, modifiés afin

«La sage-femme passionnée par sa profession doit garder à l'esprit les réalités sociales, la diversité des femmes et des évolutions.»

de les consolider. Friederike zu Sayn-Wittgenstein a terminé son exposé sur ces mots: «La sage-femme passionnée par sa profession, à savoir par l'accompagnement des femmes dans cette phase sensible de leur vie, doit garder à l'esprit les réalités sociales, la diversité des femmes et des évolutions afin de pouvoir agir de manière adéquate et professionnelle. La zone de

tensions et de défis réside dans le fait que seul ce processus permet de reconnaître à quel point la réalité sociale est colorée et source de différenciation.»

Miryam Azer

Texte traduit de l'allemand par Marco Fachin.

Les 125 ans de la FSSF: une cérémonie officielle internationale



Anja Koell-Witzler

Mervi Jokinen

«Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite.» Lors du Congrès suisse des sages-femmes, c'est par cette citation de Henry Ford que Mervi Jokinen, présidente de l'European Midwives Association (Association européenne des sages-femmes, EMA), a débuté son exposé. L'EMA représente 37 organisations membres provenant de 30 pays, donnant ainsi une voix à plus de 120 000 sages-femmes en Europe dont le nombre varie fortement d'un pays à l'autre. Selon la vision de l'EMA, la santé générale et reproductive des femmes doit être améliorée – et c'est précisément ce qu'accomplit la Fédération suisse des sages-femmes (FSSF), souligne Mervi Jokinen.

Travaux de recherche en anglais

A propos des divers domaines d'engagement de l'EMA, notamment la formation, la présidente relève que le modèle de Bo-

logne (bachelor, master et doctorat) n'est pas appliqué partout et que des différences d'attribution des crédits ECTS subsistent dans plusieurs pays. Contrairement au modèle de Bologne, le cadre européen de qualifications reconnaît aussi d'autres diplômes.

Si l'EMA ne dispose pas de ressources pour effectuer ses propres recherches, elle parraine toutefois activement des projets de l'Union européenne. «J'estime qu'en Europe, la recherche est d'un haut niveau. Mais si les travaux de recherche ne sont pas formulés en anglais, ils n'ont hélas aucun écho au-delà des frontières nationales. L'anglais est la donnée de référence», poursuit Mervi Jokinen, persuadée que les sages-femmes doivent être représentées autour des tables internationales. Ainsi l'EMA est membre du *Health Policy Forum* et du *European Alcohol Forum* et coopère avec des groupes de femmes, avec d'autres professions apparentées et avec



Hommage à quelques membres des sections et aux anciennes présidentes de la Fédération



Les anciennes présidentes de la FSSF, ravies de l'hommage rendu.



Les membres de section mises à l'honneur pour leur travail par des mots personnels écrits par les président-e-s de section.

Photos: Anja Koll-Witzer

Barbara Stocker Kalberer, présidente de la FSSF, a rendu hommage aux anciennes présidentes de la FSSF: Erika Balmer (1987-1988), Irene Lohner (1988-1989) (excusée), Annemarie Wagner-Zogg (1989-1992), Ruth Brauen (1992-1997), Clara Bucher (1997-2001), Lucia Mikeler Knaack (2001-2009) et Liliane Maury Pasquier (2009-2013) (excusée).

Avant le Congrès suisse des sages-femmes, les présidentes de section avaient été invitées à désigner un-e membre de leur section qui pouvait être honoré-e pour des mérites particuliers. Barbara Stocker Kalberer et Franziska Schläppy, membre du Comité central, ont fait la lecture des remerciements personnels rédigés par les présidentes. Ont été honorées: Bea Angehrn, section sages-femmes des maisons de naissance et accoucheuses à domicile; Christine Brändli, section Argovie-Soleure; Ruth Brauen, section Vaud-Neuchâtel-Jura; Heidi Caprez, section Suisse centrale; Francesca Coppa Dotti, section Tessin; Helene Creo, section Glaris; Petra Graf Heule, section Zurich et Schaffhouse; Madeleine Grüninger, section Suisse orientale; Marianne Haueter, section Berne; Penny Held, section Les deux Bâle; Ines Lehner, section Haut-Valais; Liliane Maury Pasquier, section Genève; Daniela Sintado, section Valais romand; Elisabeth Wyler, section Fribourg. La section Schwytz, qui n'avait pas désigné de membre, a remercié l'ensemble des sages-femmes de la section. Pour ses 25 ans d'activité à la Fédération, Christine Brändli a été honorée par toutes les membres du Comité central qui ont déclamé des textes en vers spécialement conçus pour l'occasion.

le *European Board of Obstetricians and Gynaecologists* (Commission européenne des obstétriciens et gynécologues). Car «nous autres sages-femmes ne pouvons pas agir seules, nous avons besoin d'être secondées par d'autres femmes».

Dans les jours précédant le Congrès, il avait été souligné plusieurs fois lors de l'assemblée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) que les infirmières et les sages-femmes étaient au centre de l'action, toujours selon la présidente de l'EMA. Et de citer le Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS: «En mettant à disposition des prestations de santé pour des millions d'êtres humains dans le monde, les infirmières et les sages-femmes ne jouent pas seulement un rôle déterminant, elles contribuent aussi à la restructuration de la politique de santé, à l'encouragement de la santé dans les communes et au soutien des patient-e-s et des familles.»

«Si les travaux de recherche ne sont pas formulés en anglais, ils n'ont hélas aucun écho au-delà des frontières nationales.»

«Nous sommes utiles dans tous les systèmes nationaux»

Parmi les défis à relever dans le contexte de Santé2020, Mervi Jokinen cite l'*empowerment* des femmes, qui devraient avoir davantage de contrôle sur les décisions et les actions ayant des conséquences sur leur santé pendant la grossesse et l'accouchement. La présidente de l'EMA constate qu'il y a souvent des différences entre les soins privés et publics et que les équipes dispensant les soins de base, voire le système de santé tout entier de certains pays, manquent de sages-femmes. «Ces différences ne devraient plus exister, nous devrions agir avec plus de détermination politique et faire front ensemble. En fournissant des informations à l'OMS, nous sommes utiles dans chacun des systèmes nationaux.»

Parmi les missions actuelles des sages-femmes européennes, Mervi Jokinen estime que l'autonomie et la liberté d'action permettant aux professionnel-le-s de remplir leur rôle, la continuité des soins et du personnel, les droits humains et la santé psychique périnatale ont une importance primordiale. Pour terminer, elle affirme: «Nous sommes fières de notre passé et croyons en notre avenir, tel est notre credo à l'EMA».

La cérémonie officielle a été agrémentée par les chants du chœur de femmes *donne cantabile*. Sous la direction de Franziska Wigger, 40 choristes ont interprété des pièces et œuvres de styles divers.

Miryam Azer

Texte traduit de l'allemand par Anne-Christine Kasser-Sauvin.