Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 105 (2007)

Heft: 3

Artikel: Sages-femmes indépendantes ; une analyse détaillé des besoins de formation

Autor: Bernard Delorme, Josée

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949991

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: 08.07.2025

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

EDITORIAL

Un journal du dimanche suisse romand titrait récemment «Bébés: non aux tyrans en couches-culottes?» Et de continuer: «Pour les tétées et les dodos, maman doit être à disposition... Ce discours nous est servi dans les maternités suisses» Etc.

Etc. Le ton est donné, polémique, provocateur. Il devient plus nuancé au fil de l'article. Cependant, le discours m'interpelle et reflète aussi la difficulté de concilier, en 2007, vie familiale et professionnelle. La puériculture n'échappe pas aux modes. Il y a quarante ans, nos mères devaient presque demander la permission d'«emprunter» leur bébé pour la tétée en respectant à la lettre les sacro-saints horaires, tirés de je ne sais quel grimoire. En tous cas, pas de celui de Dame Physiologie.

Retour du balancier, changement des priorités ou sages-femmes à côté de la plaque, dépassées tout simplement, plus au diapason des femmes actuelles? Beaucoup de femmes aujourd'hui, soumises (même inconsciemment) au modèle médicalisé de la naissance, acceptent sans sourciller des inductions du travail, des césariennes pour des raisons d'agenda personnel, marital, médical, etc. On pourra bientôt lire: «Fœtus: non aux tyrans dans leur piscine de liquide amniotique?» Mais j'exagère... Si peu, peut-être.

Nos clientes baigneraient-elles dans l'illusion qu'elles pourront accoucher à la minute choisie, sous «Fée» Péridurale? Qu'elles mettront au monde un enfant «modèle» (celui qui «passe ses nuits à trois mois») et qu'en suite tout rentrera dans l'ordre? C'est une question que je me pose souvent.

Il est urgent pour nous, les sages-femmes, de prendre encore plus notre place dans cet échange avec les parents, et même avec la société, non pour imposer, «servir» des recettes indigestes, mais pour aider chaque couple à trouver son chemin individuel suite à un choix éclairé. Nous devons maintenir un dialogue intelligent basé sur des connaissances solides, scientifiques, sur des connaissances bâties sur une pratique professionnelle. Pour que les familles se sentent soutenues dans leur choix individuel, et non pas sous pression. J'entrevois aussi de plus en plus un rôle politique de la sage-femme dans la re-création d'une politique suisse de la famille, plus respectueuse de ce temps sacré du début de la vie.

Bonne lecture!

Christiane Allegro

Sages-femmes indépendantes

Une analyse détaillé

Dans un mémoire[1] présenté en décembre 2005, Josée Bernard Delorme montre que les sages-femmes indépendantes développent des compétences nouvelles et prennent des mesures considérables pour continuer à se former. Des encouragements sont formulés en termes de formation vers la professionnalisation de la sage-femme indépendante. Diverses propositions pour des objectifs pédagogiques visent aussi bien la formation initiale que la formation continue. Condensé des résultats.

1. Les pratiques

1.1. Actes ou gestes spécifiques nouveaux

Deux-tiers des répondantes (22 sur 32) révèlent qu'elles n'utilisent pas d'actes spécifiques nouveaux à leur exercice professionnel: a priori, la nouveauté ne se situe pas au niveau des techniques mais plutôt dans l'approche professionnelle. C'est la provenance du lieu de formation ainsi que le milieu hospitalier (sectorisé ou non) dans lesquels elles ont évolué par le passé qui amènent la nouveauté.

Josée Bernard Delorme, sage-femme indépendante, responsable du Centre des Sages-Femmes à Vevey.

1.2. Situations cliniques récurrentes

Sept sages-femmes indépendantes accoucheuses rencontrent le plus souvent la physiologie de la naissance. Notez déjà une sélection naturelle des situations qui vont bien par l'obligation d'exercer les accouchements dans les limites de la physiologie. Une répartition qui se fait déjà pendant la grossesse.

Pour les autres, la majorité des situations se situent dans une période postnatale, avec en majorité des pathologies ou des problèmes d'allaitement et des suivis postnataux. Les situations cliniques pédiatriques restent des suivis pour pathologies d'ictère ou de surveillance de poids.

1.3. Divergences par rapport à la pratique hospitalière

Les auteurs Bourassa, Serre et Ross nous apprennent qu'au fur et à mesure de nos pratiques professionnelles, nous nous adaptons le mieux possible à la réalité en construisant par des habitudes conditionnées, nos modèles d'action. Ceux-ci sont définis par les représentations de la réalité, les intentions et les stratégies mises en œuvre et répétées.

1.3.1. Changements dans la consultation

L'accompagnement de la patiente devient «qualifié» et fait partie du processus de changement de la sage-femme indépendante. L'identification de ses rôles s'oriente davantage vers la physiologie qu'en milieu hospitalier.

Stratégies-réactions:
- Organiser des soins pas uniquement autour du symptôme
- Proposer de consulter à un moment opportun
- Accompagner la patiente dans ses émotions
- Chercher l'origine du problème
- Trouver des solutions au problème
- Prescrire des solutions thérapeutiques au problème
- Expliquer la théorie de la physiologie
- Observer la clinique

Intentions:
- Avoir une vision globale
- Favoriser l'accompagnement et l'exécution du soin
- Tenir compte de la personne
- Établir un diagnostic
- Apporter les soins spécifiques
- Adopter des prescriptions au problème
- Faire comprendre le phénomène par une action pédagogique

[1] Bernard Delorme, Josée: Analyse contextualisée des pratiques et des besoins de formation chez la sage-femme indépendante dans le canton de Vaud (Suisse). Mémoire de maîtrise universitaire de pédagogie des sciences de la santé, Université de Paris Nord, 2005, 126 p.

des besoins de formation

Illustrations Tout au long de ce dossier, Catherine Monnot-Vincent (13, Pré de la fontaine – 1217 Meyrin GE) présente ses poteries. (Photos: JBS)

- Se fier à des critères pour vérifier la situation

Représentations-interprétations:
- Une impression de faire le tour de la situation
- La technique passe au second plan
- Les priorités changent
- L'arrivée d'un enfant suscite une crise dans la famille

Croyances:
- Le temps est un facteur de qualité et un atout

1.3.2. Changements dans l'accompagnement

La sage-femme indépendante devient l'entière responsable et/ou la référente de la situation clinique.

Stratégies-réactions:
- Gérer le suivi des grossesses physiologiques
- Demander les examens de laboratoire
- Évaluer la situation clinique
- Surveiller l'évolution de la situation clinique, psychosociale
- Assurer un continuum dans les soins
- Tenir compte du père
- Assumer une prise de position professionnelle
- Intervenir dans les limites professionnelles
- Travailler en réseau

Intentions:
- En évoluant sur le long terme, elle ne s'exécute plus dans un soin ponctuel
- En «étendant ses filets», elle renforce ses limites de fonction

Émotions:
- Se sent l'unique responsable de la situation clinique
- La prise de décision la soumet à la prise de risques
- Ressent la nécessité de mettre un cadre
- L'arrivée d'un enfant suscite une crise dans la famille

1.3.3. Changements dans l'intervention professionnelle et la démarche éducative

Elles ont l'impression qu'à l'hôpital, elles n'avaient pas réellement l'information, le temps, ni la connaissance du contexte de la patiente, du fait de l'urgence avant tout. Comme indépendantes, elles tiennent plus souvent compte des représentations et des acquis des patientes.

Stratégies-réactions:
- Reléguer les compétences d'apprentissage à la patiente
- Renforcer les compétences d'apprentissage de la patiente
- Apprendre à connaître la patiente en tant que personne
- Cibler les besoins de ressources de la patiente

- S'adapter aux gens et au milieu familial
- Dispenser des conseils en regard au milieu/contexte/matériel

Intentions:
- Mettre en valeur les compétences de la patiente
- Rendre la patiente autonome
- Prendre en compte la personne dans son processus d'éducation
- Tenir compte des acquis et des représentations de la patiente
- Personnaliser son enseignement

Représentations-interprétations:
- Vit les situations dans le long terme
- Ne rencontre pas les mêmes problèmes qu'à l'hôpital
- Ce n'est plus le personnel qui intègre les soins, mais les femmes qui assurent leurs rôles
- La patiente devient prioritaire
- À l'hôpital, on généralise
- À l'hôpital, on les charge de conseils alors qu'à la maison, elles sont leurs propres ressources

1.3.4. Changements au niveau de la patiente/famille

Être référente constitue un «plus» (une ressource au-delà du symptôme).

Stratégies-réactions:
- Mettre en valeur la relation mère/enfant
- Mettre en valeur la relation parent/enfant
- Répartir le temps de consultation en fonction des besoins de la patiente
- Prendre en compte le désir de la patiente
- Proposer les propres ressources de la famille
- Adapter son langage et son message selon l'origine culturelle

Intentions:
- Être une ressource sur le long terme
- Individualiser les soins
- Écouter la patiente dans ses exigences propres
- S'adapter à la patiente
- Rendre la famille autonome

Emotions:
- Ressent une confiance réciproque

Représentations-interprétations:
- L'expérience hospitalière tendait à sectoriser le travail avec la mère et l'enfant
- Le fait qu'il n'y a plus qu'un intervenant, est moins difficile pour le couple
- La culture des patientes est un indicateur pour l'approche professionnelle
- La patiente n'est pas considérée comme un «cas» médical
- La patiente est plus à l'aise dans son milieu

Croyances:
- C'est un bien, pour la famille, d'avoir une ressource au-delà du symptôme
- À l'hôpital, les couples sont de passage: c'est trop tôt pour capter les informations et leurs rôles de parents

1.3.5. Changements survenus au niveau personnel et aux ressources internes

La sage-femme indépendante peut se sentir plus consciente de ce qu'elle doit faire. Elle se sent surtout libre d'agir, parce qu'elle n'a pas d'équipe autour d'elle,

Méthodologie

Une enquête par entretiens semi-dirigés

Hypothèses: La sage-femme indépendante développe des compétences spécifiques dans ses nombreux lieux de pratique et situations cliniques aussi par la proximité et l'intégralité de son rôle dans une approche professionnelle sur le terrain.

Hypothèse 1: La pratique de terrain exige des changements face aux attitudes professionnelles de la sage-femme[2].

Hypothèse 2: La sage-femme indépendante multiplie ses fonctions dans son cadre professionnel, la professionnalisation et la structure opérationnelles de ses activités supposent d'autres ressources internes et externes.

Hypothèse 3: Le programme de formation initiale hospitalo-centré forme des sages-femmes en vue de l'acquisition de qualifications professionnelles, les sages-femmes se réinvestissent dans de nombreuses actions de formation pour répondre aux réalités du terrain, un programme de formation doit tendre vers la professionnalisation de la sage-femme indépendante.

Echantillon: *Au total:* 32 sages-femmes indépendantes sur les 41 enregistrées comme indépendante dans le canton de Vaud.

Lieux de pratique: 18 en cabinet de groupe ou privé, 14 à domicile, dont 7 en maison de naissance

Âge: principalement entre 40 et 60 ans.

Date du diplôme: La plus jeune diplômée l'a été 8 ans auparavant. Treize ont moins de 20 ans l'ancienneté. Une majorité se situe entre 20 et 25 ans de diplôme.

Lieu de formation: 25 sages-femmes en Suisse, 4 en France, 2 en Angleterre, 1 en Belgique.

ou simplement pas de hiérarchie. Elle ressent moins de contraintes.

Stratégies-réactions:
- Adopter une approche plus humaniste
- Se sentir plus consciente de ce qu'on doit faire
- S'imposer des limites
- Devenir anticipative et avoir de l'intuition
- Avoir une grande disponibilité

Intentions:
- Voir les personnes différemment les unes des autres
- Avoir besoin d'être sécurisée
- Vouloir ne rien oublier

Émotions:
- Se sent plus mobile intérieurement
- Est «avec» la personne
- Sent plus de facilité
- Sent intimité, complicité, proximité, confiance réciproque
- Est plus investie

Représentations-interprétations:
- Ressent moins de contraintes
- Ne se sent plus surveillée
- A une certaine liberté d'expression
- Trouve l'individu plus intéressant dans son contexte
- C'est elle qui devient l'étrangère à domicile
- Est perdante du point de vue salarial

1.3.6. Changements au niveau santé publique et face aux situations cliniques

Elle se dit «sage-femme de famille» et éduque à la parentalité.

Stratégies-réactions:
- Défendre une identité
- Orienter et guider les couples
- Corriger les erreurs, les manières inadéquates
- Soutenir les couples dans leur démarche
- Toucher à des questions sensibles
- Utiliser une médecine naturelle
- Reconnaître les problèmes tacites en étant dans le milieu
- Conforter les rôles des parents

Intentions:
- Mettre en avant le sens de la parentalité et la promotion de la santé
- Aider les personnes à voir leurs ressources

Représentations-interprétations:
- Peut percevoir quel domaine est en difficulté
- La situation devient elle-même constructive
- À l'hôpital, c'est la mise en route, les explications et le fonctionnement. À la maison, ce sont les problèmes psychologiques et les angoisses

1.4. Difficultés rencontrées

Le manque de connaissances sur la «physiologie» du passage de femme à mère, de l'évolution physique et des compétences du nouveau-né dans les premières semaines de vie semble majeur.

La démarche professionnelle vis-à-vis de la prise en charge globale de la patiente ne facilite pas l'intégration, il s'en dégage un large sentiment d'insécurité.

Un coaching de collègues indépendantes devient nécessaire et représente un atout précieux pour les premiers temps de l'activité professionnelle indépendante.

2. Les besoins de ressources et de formation ainsi que leurs influences dans la pratique

2.1. Préparation à la naissance

L'expérience professionnelle et personnelle est une ressource en soi et elle est ressentie comme un support pédagogique. Il en découle une multitude de possibilités de pratiquer l'enseignement à la préparation à la naissance. Synesthésie, eutonie, énergie du cœur, énergie du corps, etc. Chacune y va de sa science et celle-ci devient un élément d'enseignement en lui-même.

Les besoins de formation actuels s'apparentent à l'écoute, la technique d'entretien et la communication. Du côté des moyens pédagogiques, il manque des techniques d'animation, une approche pour un public différencié d'adultes, une évaluation des besoins de formation et une évaluation des objectifs poursuivis.

2.2. Éducation du patient

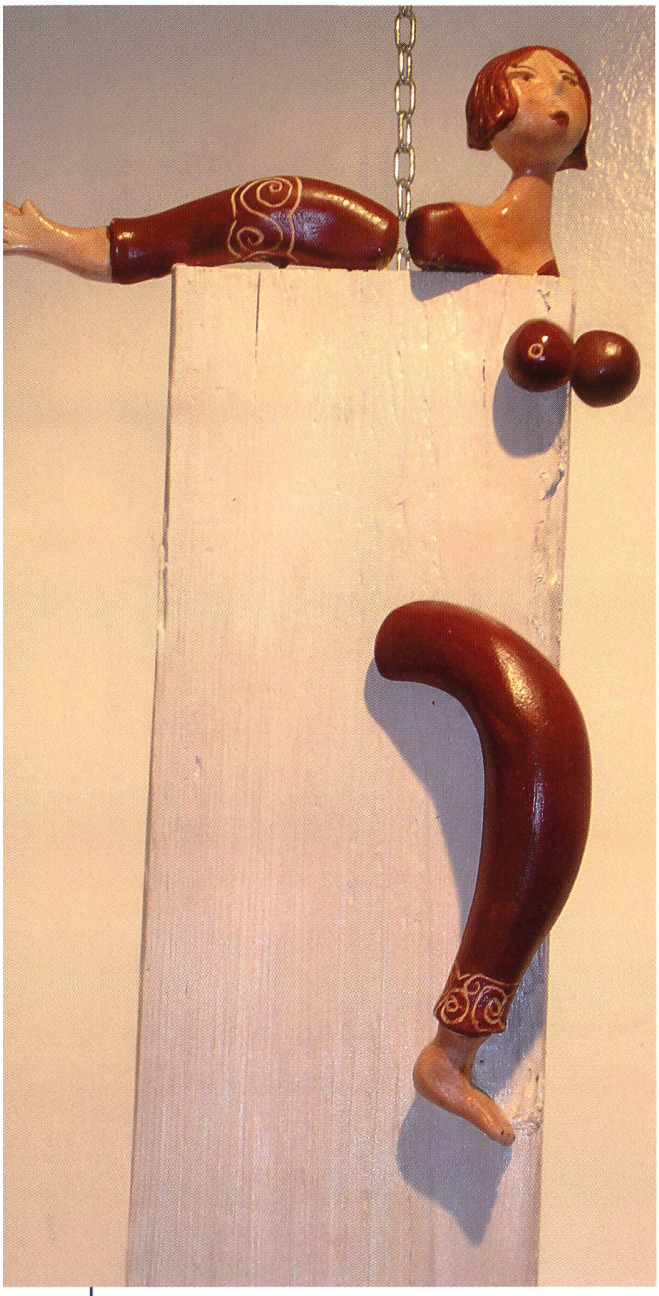
Les sages-femmes indépendantes accompagnent continuellement les patients dans des situations d'apprentissage. La connaissance de la démarche d'éducation du patient devrait faire par-

Pratique hospitalière: 2 ans à 35 ans, une sage-femme n'a pas de pratique hospitalière.
Pratique indépendante: minimum une année à 35 ans d'expérience.

Entretiens: réalisés entre fin avril et début juin 2005. Un rendez-vous était fixé par téléphone deux mois à l'avance. En moyenne, ils duraient une heure à une heure et demie.

Méthodes d'analyses: inspirées du «processus d'analyse et d'interprétation» de Poisson[3].

[2] Bourassa, B.; Serre, F.; Ross, D.: Apprendre de son expérience. Sainte-Foy, Presses de l'université du Québec, 181 p.
[3] Poisson, Y.: La recherche qualitative en éducation. Québec, Presses de l'université de Québec, 1991, 174 p.



tie de leur quotidien. La réalisation d'une telle démarche n'est pas une constante comme outil bénéfique pour la relation soignant/soigné en consultation.

2.3. Relation thérapeutique

On constate un manque de connaissances et, par conséquent, d'application. Un certain cadre est adopté, plus explicite, par celles qui possèdent une formation, mais les influences sur la pratique demeurent encore floues.

2.4. Gestion des appels téléphoniques

Beaucoup le vivent comme une dépendance, n'arrivant pas à y mettre une structure. Personne n'aborde la consultation téléphonique, ni les moyens diagnostiques ou les compétences nécessaires à la consultation téléphonique.

2.5. Transmission clinique

Une grande partie du travail effectué en cabinet ou à domicile n'est pas transmise aux personnes médicales de référence. Il se limite souvent au carnet de santé. Le rapport écrit n'est pas vu comme un outil nécessaire. Aucune sage-femme indépendante ne fait mention de l'utilité de la traçabilité de ses actes professionnels. Aucune ne mentionne le besoin de ressources face à ce thème.

2.6. Dépistage des risques médicaux, sociaux et psychologiques par les techniques d'entretien

Les sages-femmes ayant une formation en santé communautaire ou technique d'entretien prennent la mesure du dépistage. Le paramètre de la physiologie semble écarter, quant à lui, la notion de dépistage des risques autour et après la naissance. Il est fait abstraction du dépistage des problèmes psychosociaux.

2.7. Travail en réseau

Les sages-femmes indépendantes ne sont pas demandeuses d'une formation malgré les difficultés ressenties à l'installation en milieu libéral. La représentation du réseau est décrite plutôt comme une liaison de soins non pas comme une entité ou une unité de travail.

2.8. Analyses en laboratoire

Des besoins de formation se font sentir en termes d'interprétation et de réactualisation des connaissances.

2.9. Problèmes d'alcool, tabac et drogues

Un réseau spécialisé est souvent mis en place pour les cas difficiles comme les drogues. En revanche, le tabac et l'alcool semblent des problèmes plus sournois. Le positionnement professionnel n'est pas clair. Les sages-femmes indépendantes ne parlent pas de prévention. Une seule témoigne d'un besoin de formation.

2.10. Sexologie clinique

Le manque de positionnement professionnel et le manque de formations demeurent une barrière dans les consultations et dans les cours de préparation. Faut-il aborder le sujet pendant la consultation? La formation apporterait des repères significatifs.

2.11. Prématurité, handicap et deuil

Des formations aideraient à conceptualiser une démarche d'accompagnement.

2.12. Gestion des situations difficiles

Le statut social de la mère célibataire est mentionné. Dans les cas lourds, le service social est apparemment une ressource de premier secours.

2.13. Accueil des étudiantes

Il manque un lien entre l'école et les sages-femmes indépendantes qui dénotent l'absence d'un mandat clair, la reconnaissance et la disponibilité pour cet accompagnement. Des supports pédagogiques seraient bienvenus. La volonté de recevoir des étudiantes est une réalité, mais les conditions dans lesquelles cela se déroule, sont discutables et deviennent problématiques (investissement nécessaire, temps, organisation, argent).

2.14. Gymnastique postnatale

C'est une fonction peu pratiquée chez les sages-femmes indépendantes.

2.15. Rééducation postnatale, périnéale et uro-génitale

Les sages-femmes indépendantes doivent se spécialiser pour pratiquer la rééducation périnéale. Six d'entre elles ont une formation.

2.16. Gestion d'un cabinet et informatisation

La gestion du cabinet est une réalité professionnelle sous-estimée par les institutions de formation et par les sages-femmes elles-mêmes. Le travail de groupe améliore les conditions de travail, le partage des tâches et des responsabilités. L'apprentissage se fait sur le terrain. Plusieurs répondantes peuvent profiter des talents informatiques de leur mari.

2.17. Autres besoins mentionnés

- Droit à l'ordonnance, les médicaments et leur prescription
- Intégration au sein d'une association des sages-femmes indépendantes
- Comptabilité
- Facturation
- Convention et assurances maladies

3. Formation initiale et formation continue

3.1. La formation initiale t'a-t-elle préparée à la profession de sage-femme indépendante?

La majeure partie des répondantes (25 sur 32) affirment que la formation ne les a pas préparées à cette nouvelle pratique. Les sages-femmes indépendantes parlent d'une grande sensibilité à la santé communautaire. Des cours d'éducation au patient sont mentionnés. Un autre aspect important: le nouveau-né à un stade plus âgé et les modifications psychologiques vécues par la mère dans un post-partum de plus long terme. Il manque aussi des techniques d'entretien, des cours supplémentaires sur le post-partum et sur l'allaitement.

3.2. Que serait une formation pertinente?

Les stages sont une demande pour toutes celles qui pensent qu'il est important d'apporter un complément à la formation de sages-femmes indépendantes. Elles évoquent deux semaines, voire une année d'assistanat. Ces stages seraient obligatoires.

3.3. Faut-il intégrer une formation de sages-femmes indépendantes?

Dix-huit répondantes (sur 29) disent oui, neuf ont des réponses vagues, deux disent non.

3.4. La formation continue actuelle est-elle satisfaisante?

Dix-sept répondantes (sur 27) disent oui, dix n'y trouvent pas leur compte.

Conclusion

Les hypothèses vérifiées, il est démontré que la pratique de sage-femme indépendante amène à développer des compétences spécifiques. Il a fallu parfois des années à la sage-femme pour s'adapter dans ce nouveau milieu souvent au gré de nombreuses formations de spécialisation. La professionnalisation du rôle de la sage-femme en santé publique requiert d'une part la reconnaissance de ce statut dans la formation, d'autre part des objectifs pédagogiques répondant aux exigences de terrain visant des connaissances théoriques et l'acquisition de nouvelles compétences. Des recommandations de formation sont formulées, mentionnons en particulier les stages pratiques de l'étudiante sage-femme chez la sage-femme indépendante. ◀