

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 82 (1984)

Heft: 9-10

Artikel: La petite valise

Autor: Cergneux, Marianne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951257>

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: 24.01.2026

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

La petite valise

Par Marianne Cergneux, sage-femme



Pendant ma formation, j'ai été très frappée par les différences de comportement des parturientes dès leur entrée en salle d'accouchement. Les unes arrivent détendues, confiantes, positives, alors que chez d'autres, l'angoisse est carrément palpable.

Ces états d'esprit influencent assez fortement le déroulement du travail et de l'accouchement, marquent aussi les premiers contacts avec le nouveau-né. Mais d'où viennent ces différences?

Traditionnellement, la parturiente arrive avec sa «petite valise». En plus des objets utiles, cette valise transporte aussi tout un contenu invisible: au long de la grossesse, la femme récolte une foule de renseignements, d'informations, de préjugés, d'espoirs et de craintes qui constituent une sorte de bagage psychologique plus ou moins lourd.

Dans la première partie de ce travail j'aimerais examiner le contenu psychologique de la «petite valise», et plus particulièrement trois catégories d'éléments: ceux hérités des générations précédentes, ceux qui proviennent de l'environnement et ceux qui proviennent des professionnels de la santé. Il faudrait parler aussi de l'appartenance ethnique, socioculturelle, professionnelle, de l'éducation reçue, et surtout des relations existant à l'intérieur du couple, mais je suis obligée de me limiter.

Ensuite, j'aborderai le rôle de la sage-femme dans ce contexte.

Je parle surtout de la femme. Mais je n'oublie pas que le futur père est aussi très sensible à toutes les influences qui marquent sa compagne, et qu'il joue souvent un rôle déterminant. Par exemple, portée à deux, la valise est déjà plus légère...

Contenu de la valise

Héritage

Pourquoi un tel chapitre? Qui, aujourd'hui, prendrait au sérieux les mythes et les tabous qui terrorisaient nos grands-mères?

Eh bien, à notre époque où les progrès scientifiques apportent une réponse rationnelle, objective à presque toutes les questions, certains mythes résistent encore farouchement. Très souvent, la peur du ridicule empêche d'en parler, mais lors d'un dialogue ouvert, il n'est pas rare d'entendre des questions qu'on croirait d'un autre âge. Ces mythes ne sont pas véhiculés seulement par des aïeules superstitieuses, mais par des personnes de tous âges et de toutes conditions. Voyons-en maintenant quelques exemples.

L'ombre de la mort sur la naissance

Qui de nous n'a entendu des récits terribles d'une époque pas si lointaine (les

transfusions datent de 1900, les antibiotiques, de 1945...), où l'hémorragie et l'infection puerpérales faisaient de nombreuses victimes? Pour nous, l'expression «mourir en couches» se conjuguait au passé, mais pour nos mères et nos grands-mères, elle a un poids tout différent. Et cela explique que cette peur de la mort ne soit pas encore effacée malgré les multiples moyens préventifs et thérapeutiques dont nous disposons.

La douleur

Jusqu'à un passé récent, la littérature et la tradition orale étaient unanimes sur ce point: accouchement = douleur. A en croire de nombreux récits, l'accouchement ne serait même *que* douleur. Heureusement, les choses changent. Pourtant, comme le disait justement une parturiente, «on a réussi à aller sur la lune, mais pas encore à supprimer les douleurs de l'accouchement!»

Les traumatismes obstétricaux

Peur des déchirures pas ou mal réparées, des délabrements causés par des manœuvres «héroïques», de la mutilation des organes génitaux: là aussi, les exemples abondent dans la littérature et la tradition orale.

Pour illustrer ce qui précède, j'aimerais évoquer le livre de J. Dana (4)*: un chapitre rapporte les réflexions de fillettes de 9 à 12 ans au sujet de la maternité. J'ai été stupéfaite en voyant le nombre et la force des images négatives et tragiques citées à propos de l'accouchement: douleurs atroces, déchirures, sang, mort reviennent avec insistance au fil des réponses.

Les risques courus par l'enfant

Qui n'a entendu ou lu des récits d'accouchements longs et difficiles où, en désespoir de cause, «il a fallu prendre l'enfant avec les fers» dans des conditions épouvantables? Bien souvent, c'était trop tard et beaucoup d'IMC ou de débiles mentaux doivent leur handicap à des situations obstétricales que l'on ne pouvait autrefois ni prévenir ni résoudre. Les récits sont riches de détails et insistent entre autres sur les gros bébés et les accouchements par le siège. D'où une source supplémentaire de craintes pour les parturientes concernées.

* Voir la liste bibliographique à la fin du travail.

L'enfant malformé

Dans son évangile, Saint Jean (chap. 9, v. 2) rapporte une réflexion significative à propos d'un aveugle: «Rabbi, qui a péché, lui ou ses parents, pour qu'il soit né aveugle?» Cette notion de la culpabilité des parents subsiste encore. Il y a quelques dizaines d'années, on s'empressait d'imputer la responsabilité de diverses malformations à des relations sexuelles pendant la grossesse, ou à une conception survenue pendant les règles. Cette crainte est-elle tout à fait absente aujourd'hui?

Le sexe de l'enfant

À ce sujet, chaque femme enceinte entend les propos les plus fantaisistes. Par exemple, si le fœtus est un garçon, les nausées du début seraient plus fortes, les mouvements plus vifs, perçus plus tôt, le rythme cardiaque fœtal plus rapide. D'autres pronostics sont basés sur la forme et le volume de l'utérus: «Tu le portes sur le devant, ce sera un garçon.» Selon d'autres, le masque de grossesse est plus accentué si le fœtus est une fille. Parmi les méthodes de «diagnostic», citons encore le pendule placé au-dessus de l'utérus, et qui oscille différemment selon le sexe du fœtus. Heureusement, dans la grande majorité des cas, ces «paris» n'ont plus de conséquences trop graves, à une époque où l'égalité entre les sexes a déjà fait quelques progrès. Mais, même sans aucune base scientifique, il reste pour certaines familles la tentation d'accabler de reproches une femme «qui ne sait faire que des filles».

Traditions familiales

Il n'est pas rare d'entendre des femmes affirmer: «Dans ma famille, tous les accouchements sont compliqués» ou au contraire «Chez nous, on accouche vite». À propos de l'allaitement aussi: «On a du lait» ou «On n'en a pas». Voilà un type d'argument qui peut occuper une grande place dans la valise.

«Envies»

Une femme de 60 ans à qui j'ai posé la question m'a répondu: «Il y a 30 à 40 ans, on nous disait déjà que c'était absurde. Mais il se trouvait toujours quelqu'un pour affirmer, exemple à l'appui, qu'une envie non satisfaite de la future mère pouvait provoquer une tache de la couleur et de la forme correspondantes sur la peau de l'enfant. Et beaucoup de jeunes femmes y croyaient vraiment.»

Influence des émotions de la future mère

Cette notion répandue depuis fort longtemps est confirmée par des recherches récentes (6). Dans les tribus indiennes observées par M. Paciornik (10) les femmes enceintes savent que leur colère est néfaste au fœtus, et que leur sérénité lui est favorable. Or il me semble difficile de n'avoir pendant la grossesse que des émotions positives. J'ai rencontré plusieurs femmes très préoccupées par cette question.

Jours dangereux

Une vieille tradition imposait à la femme enceinte une prudence particulière au jour du retour présumé de ses règles: pas de voyages, ni de relations sexuelles, éventuellement repos au lit. Cette prescription, pour laquelle je n'ai trouvé aucune explication, a survécu, puisqu'elle figure dans des textes récents (18), pages 27 et 28) ...

Manger pour deux

Je n'insisterai pas sur l'inexactitude et les dangers de ce précepte. Mais je le mentionne tout de même, car il résiste lui aussi aux attaques du progrès ...

À la fin de ce chapitre, j'aimerais redire que tout cet héritage, même s'il n'apparaît pas toujours clairement, est encore bien présent. Il reste donc beaucoup de pain sur la planche si l'on veut parvenir à libérer complètement la femme, et aussi la société, de ce bagage parfois encombrant et nuisible.

Environnement

Sous ce titre, je me propose d'examiner un peu la multitude d'informations, de conseils et d'ordres qui pleuvent sur la femme enceinte.

Récits d'accouchées

Tout naturellement, une accouchée éprouve le besoin de raconter plusieurs fois son expérience, ses impressions, les bons et mauvais moments de cette grande aventure. Or la femme enceinte est en général avide de tels récits, et leur accorde souvent plus de crédit qu'à des discours théoriques et généraux. Cela est d'autant plus marqué que les liens affectifs sont plus étroits. Par conséquent, l'heureux accouchement d'une amie peut donner beaucoup de courage et d'assurance à une future mère, mais

à l'inverse, le récit d'une expérience pénible peut créer ou renforcer des craintes.

La presse

La maternité passionne un large public et le sujet n'est plus traité seulement par les revues féminines ou à vocation familiale, mais il est présent dans tous les types de journaux et magazines, comme à la radio et à la télévision. Les moyens techniques et l'impact dont jouissent les «médias» leur attribuent un rôle capital dans la diffusion des connaissances. Je vois de grands avantages à ces articles et ces émissions:

- Ils contribuent à dissiper des doutes ou des craintes.
- Ils familiarisent les «profanes» avec le jargon, les techniques, les possibilités de la médecine moderne, mais font aussi apparaître ses limites et ses dangers.
- Ils sensibilisent à l'importance d'un contrôle rigoureux de la grossesse.
- Ils permettent également l'expression de toutes les tendances, ouvrant la porte aux médecines parallèles et aux exigences écologistes par exemple.
- Ils rendent les futurs parents plus conscients de leurs droits, les incitant à demander des explications, à exprimer leur avis, leur méfiance ou leur refus éventuels face à «l'offre» médicale.
- Ils font une place de plus en plus grande aux témoignages directs de parents à côté des exposés de spécialistes.

Mais ce mode de vulgarisation comporte aussi des écueils:

- Articles et émissions sont forcément courts et de ce fait ils ne peuvent présenter complètement une réalité. Ou bien ils se limitent à un seul aspect de la question envisagée, ou bien ils tentent de les survoler tous. Dans les deux cas, il devient difficile pour le lecteur ou l'auditeur de situer l'information reçue dans son véritable contexte et de bien saisir les nuances.
- Les auteurs de cette vulgarisation tentent de s'adapter à l'ensemble de leur public, ce qui est pratiquement irréalisable. Les multiples détails fournis par un reportage intéresseront vivement une partie des auditeurs, mais renforceront aussi les craintes d'une autre fraction du public. Je pense par exemple à l'inévitable chapitre des complications possibles. Tout dépend de la façon dont les choses sont présentées, et il est très difficile de satisfaire la curiosité des uns sans affoler inutilement les autres.

Pour votre bébé une alimentation équilibrée ne suffit pas.

Toutes les mamans sont conscientes de l'importance que pose le problème de l'alimentation de leur bébé. C'est pourquoi il est indispensable, non seulement qu'elles appliquent des règles d'hygiène très strictes, mais aussi qu'elles utilisent des Tétines et Biberons pratiques, rationnels, fonctionnels et modernes.

dodie – la seule tétine à 3 vitesses de débit.

C'est l'observation du rythme de tétée, particulier à chaque nourrisson qui est à l'origine du principe de fonctionnement de la tétine dodie. Elle présente de multiples avantages et constitue un réel progrès pour l'alimentation du bébé grâce à son débit réglable. En effet:

La Tétine dodie est percée à l'avance, évitant ainsi les manipulations difficiles du percement des tétines classiques.

L'orifice est une fente, calibrée en fonction de l'élasticité du caoutchouc, dont l'ouverture varie selon la position donnée au biberon dans la bouche du bébé.

La Tétine dodie est à débit réglable grâce aux trois repères (I – II – III) inscrits en relief sur la Tétine. Il suffit d'amener le chiffre choisi sous le nez du bébé pour obtenir un débit faible, moyen ou fort.

Il est donc possible:

De choisir un débit (I – II – III) en fonction de la nature plus ou moins fluide de l'aliment contenu dans le biberon: lait, jus de fruit, bouillie plus ou moins épaisse.

Au cours d'une même tétée, de changer de débit sans avoir à changer de tétine, sans même enlever le biberon de la bouche du bébé; il suffit de tourner jusqu'au repère désiré, la fente s'ouvrant ainsi plus ou moins.



On peut donc adapter le débit au tempérament du bébé: par exemple, alterner I et II pour un bébé «glouton», alterner II et III pour un bébé «fatigué» ou «paresseux». De plus, le principe de fonctionnement de la Tétine dodie évite au bébé tout effort particulier de succion et le met à l'abri d'une éventuelle déformation du palais.

Le Biberon dodie est triangulaire.

Il existe 3 modèles de Biberon dodie, qui sont de forme triangulaire, et présentent ainsi une très grande stabilité puisqu'il est possible de les poser horizontalement sans qu'ils puissent rouler. Cette forme originale est pratique car on les «tient bien en mains». L'ouverture est large et facilite le remplissage; de plus, leurs angles sont arrondis et favorisent leur nettoyage.

Il existe 3 modèles de biberons dodie.

La Tétine dodie s'adapte à ces 3 modèles:

en verre spécial, graduation 220 ml

en matière plastique ultra léger et rigide (qualité alimentaire) graduation 220 ml. Très apprécié en voyage ou quand bébé commence à boire seul

en verre spécial «mini-biberon», graduation 100 ml. Très utile pour le premier âge ou pour les jus de fruits.

Ces trois biberons sont équipés d'une bague de serrage, d'un disque d'étanchéité, et d'un petit gobelet «protège-tétine».

Mode d'emploi.

Placer sous le nez du bébé l'un des trois repères I, II, III pour obtenir



ouverture faible



ouverture moyenne



ouverture maximum

Nouveau

Dodie tétine spéciale nouveau-né avec téterelle plus mince en forme de «cerise». Profil et fonctionnement parfaitement adaptés aux besoins des nouveau-nés.



En vente chez votre pharmacien

EXPHAR S.A., 8105 Regensdorf-Zürich



- Notre époque aime la «sensation». Aussitôt qu'un accident se produit, par exemple une erreur médicale, on voit se multiplier les titres accrocheurs du genre «en marge de l'affaire X...». Suivent des interviews, des prises de position, chacun déclarant qu'à la place de X il aurait agi différemment et mieux. Malheureusement, l'objectivité y cède souvent le pas aux réactions passionnelles.

Par ailleurs la presse véhicule d'innombrables messages publicitaires plus ou moins directs, proposant plus souvent le superflu que le nécessaire: produits contre les vergetures, préparations vitaminées, gadgets multiples pour les soins aux nouveau-nés, etc.

Les livres

De nombreux livres s'adressent à la future mère, mais aussi, et de plus en plus, au futur père. L'immense succès de certains d'entre eux («J'attends un enfant», 11) prouve bien qu'ils répondent à un réel besoin.

De par sa longueur, le livre a un impact plus important sur la future mère. Celle qui en choisit un comme «vade mecum» pour sa grossesse sera fortement marquée par les idées de l'auteur.

La lecture de plusieurs de ces ouvrages m'inspire les réflexions suivantes:

- L'éventail disponible devrait permettre à chacune de trouver ce qui lui convient.
- Ils représentent un utile complément à un cours de préparation à l'accouchement.
- Les chapitres consacrés aux complications sont parfois alarmistes, à force de vouloir informer (11).
- Au début des livres (par exemple «Mon bébé» (3), la grossesse est un état normal, mais bien vite apparaissent les précautions à prendre, les choses à faire, à ne pas faire, le régime, les activités, etc. Après quelques chapitres, la future mère réalise que ce n'est pas si simple de vivre cet état normal. Un livre plein de signaux de danger, d'interdictions, d'obligations est plus nuisible qu'utile.
- Trop souvent, les auteurs tentent de persuader la future mère que tout ira bien, pour autant qu'elle s'en remette entièrement au gynécologue ou à la sage-femme. Par ce moyen, ils visent à «fabriquer» des patientes dociles qui prennent sans sourciller des médicaments pour combattre des malaises mineurs, qui obéissent aveuglément à tous les ordres, et qui se comportent «dignement» lors de l'accouchement.

Quelques exemples:

«Mon bébé» (3)

p. 51: A propos des nausées, vomissements, constipation, les auteurs conseillent très vite des médicaments, avant d'avoir épuisé tous les petits moyens.

p. 70: «Il ne faut pas se servir de fard ni de savon ordinaire.»

p. 72: «L'accouchement sans douleur est une réalité.»

p. 76: «C'est en s'entraînant régulièrement qu'une femme réussira son accouchement.»

Michel Odent lui-même écrit dans «Bien naître» (9): Aujourd'hui «la femme est digne, on peut la montrer», les cris ayant disparu des salles d'accouchement.

- Au sujet de la petite enfance, tous les livres insistent sur le rôle capital de la relation mère-enfant, sur les merveilles ou les catastrophes qui peuvent en résulter. Très bien, mais à mon avis, cela n'aide pas beaucoup la future mère qui, inévitablement, se demande: «Serai-je capable d'être une bonne mère?» Voir à ce propos le tout récent livre de L. Pernoud (12).

Pour terminer ce chapitre, j'aimerais encore insister sur les contradictions existant entre les différentes sources de renseignements. Alors, où les futurs parents trouveront-ils de l'aide? Voyons le personnel de santé.

Professionnels de la santé

Les nombreux professionnels qui gravitent autour de la maternité ont, chacun dans son domaine, des opinions plus ou moins fermes sur ce qui convient ou ne convient pas à la femme enceinte. La même question recevra donc des réponses différentes, selon qu'elle est posée au médecin de famille, au gynécologue, à la sage-femme, à la physiothérapeute, à l'échographiste, etc. Trois remarques s'imposent:

- Toutes ces personnes détiennent un pouvoir immense sur les futurs parents, indépendamment du niveau de compétence, de l'expérience, de l'aptitude relationnelle: ce sont des professionnels, donc *ils savent*. Le pouvoir de la blouse blanche est tel que beaucoup de gens obéissent sans toujours comprendre, d'autant plus que l'enjeu est ici la santé de l'enfant à naître.
- Cette pluralité, malgré ses avantages évidents, conduit aussi à des situations pénibles: qui croire lorsque les informations se contredisent?
- Les professionnels sont préparés à dépister et à traiter si possible les anomalies. Ils ont toujours présente à l'esprit la liste des facteurs de risque.

Or la crainte des complications se répercute très vite sur les futurs parents: ils décèlent facilement la moindre trace d'inquiétude, même dans la voix qui leur affirme: «tout va bien».

Je voudrais citer quelques exemples pour montrer comment des paroles inadéquates ou irréfléchies prononcées par les professionnels peuvent alourdir inutilement la valise.

- Le premier accouchement de Mme A. a eu lieu par césarienne, pour présentation podalique, à 7 cm de dilatation. Suites absolument normales. 3 ans plus tard, la deuxième grossesse se déroule sans problème, jusqu'à ce que, vers 36 semaines, un médecin dise à Mme A.: «Avec votre cicatrice, l'accouchement par voie basse peut être dangereux. Vous risquez une rupture utérine sous l'effet de plus en plus impatiente d'accoucher, et elle est peu à peu taxée de «pénible». Lorsque, à la 38^e semaine, elle arrive enfin à dire l'origine de son angoisse, on la rassure, on lui explique longuement que tout se présente bien, qu'elle peut attendre calmement le début des contractions. Elle rentre chez elle, apaisée... et revient environ 10 heures plus tard avec une dilatation de 3 cm.
- A Mme C., primigeste, le gynécologue a dit dès le début de la grossesse: «Vous avez un bassin étroit, il faudra peut-être une césarienne.» A terme, Mme C. arrive en salle d'accouchement, très tendue, ne voyant que les complications possibles. Les contractions sont bonnes, la présentation déjà basse. Après une dilatation rapide, Mme C. accouche sans problème. La première réaction du couple: «Si ce médecin n'avait rien dit, il nous aurait évité bien des soucis. Ou, au moins, il aurait pu le dire différemment, au lieu de nous affoler inutilement.»
- Mme N. arrive en salle d'accouchement, à terme. Lorsque j'effectue la palpation et les mesures, elle me demande, effrayée: «C'est vrai qu'il est petit? La sage-femme, à la consultation, m'a toujours dit que j'aurais un très petit bébé; est-ce que c'est grave?» Je lui dis qu'à mon avis le bébé semble de poids normal et je lui explique qu'il peut y avoir des variations tout en étant dans les normes. Mme

N. ne sera vraiment rassurée qu'en voyant son enfant de plus de 3 kg ...

- Mme D., à la polyclinique: «On veut me faire une provocation jeudi, mais je suis sûre que mon terme n'est pas dépassé.» - «Ah?» - «Mais oui, je sais le jour précis de la conception, il n'y a pas d'erreur possible.» - «L'avez-vous déjà dit?» - «Bien sûr que non, je n'ose pas!» A la demande de la dame, le médecin procède ensuite à une réévaluation de ses calculs, pour trouver que ... la dame a peut-être raison. On décide un «sur-sis» d'une semaine, semaine pendant laquelle la patiente accouche spontanément d'un enfant cliniquement à terme.
- M. V., sitôt après la naissance de son premier enfant: «Quand je vois combien un accouchement est pénible, je trouve scandaleux que la physiothérapeute enseigne que ce n'est pas douloureux!»

Je pourrais continuer, mais on m'accuserait peut-être d'exagérer ...

Après cet inventaire plutôt pessimiste de la «petite valise», j'aimerais, dans la seconde partie du travail, envisager des solutions, pour décharger les futurs parents des poids inutiles et leur permettre d'attendre avec plus de sérénité «l'heureux événement».

Des solutions

Un modèle

Dans son travail de fin d'études, Monique Bay (15) propose un modèle qui contribuerait à résoudre bien des problèmes. Elle souhaite notamment que la famille en tant que telle soit encadrée au moment où elle se forme et s'agrandit. Dans ce programme, la sage-femme, au centre d'une équipe pluridisciplinaire, serait la personne de référence que le couple retrouverait à chaque étape: planning familial, grossesses, accouchements, post-partum.

A ce propos, je voudrais préciser un point: à mon avis, la sage-femme, comme d'ailleurs les autres professionnels de la santé, ne doit pas considérer les futurs parents comme des assistés; son rôle n'est pas tant de «prendre en charge» que de se mettre au service des personnes qui s'adressent à elle.

L'application de ce programme nécessiterait d'importantes modifications de notre système de santé. Parmi celles qui concernent les sages-femmes, j'en citerai deux: la formation des sages-femmes et la reconnaissance de cette profession.

Formation

Notre formation axée essentiellement sur le travail à l'hôpital ne répond pas à toutes les exigences du modèle. Elle devrait être élargie au secteur extra-hospitalier et comporter par exemple un passage, même court, auprès d'une sage-femme indépendante. Certes, ces sages-femmes sont rares, mais plusieurs d'entre elles se déclarent prêtes à recevoir des élèves intéressées par leur activité. Il faudrait aussi réserver une place aux méthodes «douces» telles que la phytothérapie, la réflexologie ou les massages, à côté des méthodes modernes de traitement. Après le diplôme, la sage-femme doit encore acquérir de l'expérience dans les différents domaines avant de pouvoir «fonctionner» selon le modèle proposé.

Reconnaissance de la profession

Le modèle ci-dessus ne sera applicable que si la profession de sage-femme bénéficie un jour d'une meilleure reconnaissance.

La profession devrait d'abord être mieux connue des «clients» potentiels. Un travail de fin d'études (Françoise Bueche, 16) a récemment montré l'ignorance du public à ce sujet.

Ensuite, la sage-femme devrait être mieux connue et considérée par les autres professionnels de la santé. Une collaboration fructueuse pourrait remplacer par exemple les grincements et conflits entre médecins et sages-femmes.

Enfin, au niveau matériel, une attitude différente des pouvoirs publics est indispensable, pour que la sage-femme indépendante ait le moyen d'exercer sa profession, et d'en vivre.

Tous ces changements demanderont du temps, un effort de la part des politiques, des assureurs, etc., mais aussi des sages-femmes elles-mêmes: à elles de se faire mieux connaître, à elles de lutter pour l'amélioration de la formation de base et de la formation continue. Le public les défendra alors d'autant mieux qu'il les appréciera davantage.

En attendant

Qu'on le veuille ou non, le système de santé actuel existe, avec ses ombres et ses lumières. Même à la place qui lui est dévolue aujourd'hui, la sage-femme peut aider efficacement à alléger la valise de la future mère.

La sage-femme détient une part de «pouvoir» sur la femme enceinte. La confiance presque illimitée de nombreuses patientes le prouve, de même que

l'impact souvent étonnant d'une parole ou d'une attitude de la sage-femme. Après en avoir pris conscience, elle doit s'efforcer de ne pas utiliser ce pouvoir pour dominer la future mère, mais elle doit le mettre au service de celle-ci, pour mieux saisir ses besoins, ses attentes et par conséquent mieux l'aider. Dans cette optique, j'aimerais préciser brièvement quelques aspects du rôle de la sage-femme.

- Informer clairement et objectivement

La sage-femme doit veiller à ne rien dire ou faire sans s'assurer que la femme l'ait compris. Cela vaut aussi pour les actes qu'elle n'effectue pas elle-même.

- Enseigner

Un vieux proverbe dit: «Si tu donnes un poisson à l'homme qui a faim, il mangera un jour. Si tu lui apprends à pêcher, il mangera toujours.» Cela s'applique très bien à notre profession. Je pense par exemple aux soins du nouveau-né pendant le séjour à la maternité.

- Respecter la liberté

La sage-femme ne doit pas décider à la place de sa patiente. Par exemple, elle lui expliquera les avantages et les inconvénients des divers modes d'analgésie pour l'accouchement, et c'est la femme elle-même qui tranchera. La sage-femme respectera ce choix, même s'il exige de sa part un engagement plus grand.

- Stimuler la confiance en soi

Ce point est souvent oublié, pourtant une petite phrase dans ce sens peut beaucoup encourager, par exemple, la femme qui se demande si elle saura allaiter.

- Traduire

Le langage médical constitue un obstacle de taille pour de nombreuses personnes. La sage-femme doit le rendre accessible, pour permettre des relations d'égal à égal.

- Dédramatiser

Ce rôle revient aussi à la sage-femme, interlocutrice privilégiée. Par des explications simples, et surtout adaptées à la situation précise, elle doit aider la femme à faire la part des choses, par exemple après des propos contradictoires de l'entourage, après une émission télévisée, ou lorsqu'une prescription médicale a été mal comprise.

- Intégrer

autant que possible le futur père et les éventuels frères et sœurs à l'aventure de la naissance.

- Faire un tri

avec la femme. Parmi toutes les informations reçues, l'aider à déterminer des priorités. Je pense par exemple aux vêtements et au matériel à préparer ou à acheter pour le nouveau-né.

Bien sûr, dans le système actuel, la sage-femme entre généralement en jeu au moment de la naissance, soit lorsque la valise est déjà constituée. Mais même alors, il vaut la peine d'essayer de mettre de l'ordre dans cette valise, pour que la naissance ait lieu dans la sérénité. Et j'irai plus loin: Après l'accouchement, la sage-femme doit veiller à ce que la jeune mère ne quitte pas la maternité avec des sentiments d'échec, de culpabilité, ou avec des questions non résolues. Je trouve ce point très important pour l'équilibre personnel de l'accouchée, pour sa relation avec le nouveau-né et pour les éventuelles futures grossesses. Voici quelques exemples de réflexions entendues:

- «Quelle horreur! j'ai perdu les pédales, j'ai crié, qu'ont-ils pu penser, à la salle d'accouchement?»
- «J'ai mal poussé, je ne suis pas fière de moi.»
- «Je suis déçue d'avoir eu besoin d'une péridurale: je croyais être capable de supporter beaucoup mieux les contractions.»
- «Tout allait bien, et à la fin, quand je poussais, j'ai vu arriver brusquement beaucoup de monde. Tous étaient inquiets, tous parlaient, je ne savais plus qui écouter, à qui obéir. Et on m'a dit: «Madame, on va vous endormir.» En me réveillant, je ne comprenais plus rien.»

Dans des cas semblables, la sage-femme doit absolument aider l'accouchée: la laisser s'exprimer si elle le désire, valoriser son comportement, dissiper les malentendus. J'ai observé que cette action est efficace et j'y vois également un moyen indirect d'épargner des angoisses aux futures mères vivant dans l'entourage de la patiente concernée.

Conclusion

Par ce travail, je ne pense pas avoir tout résolu, mais je crois avoir suffisamment montré de quoi se compose la moisson d'informations angoissantes qu'une femme peut faire durant sa grossesse.

Quant au rôle de la sage-femme, je l'ai abordé plutôt sous l'angle de l'action palliative. Je souhaite pour l'avenir des sages-femmes mieux formées, mieux reconnues, plus unies, travaillant au service des femmes.

Je souhaite qu'elles puissent s'occuper davantage des contrôles des grossesses normales et de la préparation à l'accouchement.

Toujours pour alléger la valise, je souhaite que meure la notion «se préparer pour réussir son accouchement», pour que s'impose celle de «préparer une naissance heureuse».

Livres

1. Badinter E.: «L'amour en plus». Flammarion, Paris, 1980.
2. Charvet F. et coll.: «Désir d'enfant, refus d'enfant». Stock Pernoud, Paris, 1980.
3. Cohen et Goirand: «Mon Bébé», guide médical Nathan. Nathan, Paris, 1976.
4. Dana J.: «Et nous aurions beaucoup d'enfants». Seuil, Paris, 1979.
5. Favre A.: «Moi, Adeline, accoucheuse». Monographic / Ed. d'En Bas, Sierre, 1982.
6. Herbinet E. et Busnel M.-C. et coll.: «L'aube des sens». Stock, Paris, 1981.
7. Knibiehler Y. et Fouquet C.: «L'histoire des mères, du Moyen-Age à nos jours». Montalba, Paris, 1980.
8. Le Lorier G.: «La femme et sa grossesse». E.S.F., Paris, 1975.
9. Odent M.: «Bien naître». Seuil, coll. Techno-critique, Paris, 1977.

10. Paciornik M.: «Apprenez l'accouchement accroupi». Pierre-Marcel Favre, Lausanne, 1982.

11. Pernoud L.: «J'attends un enfant». Pierre Horay, Paris, 1982.

12. Pernoud L.: «Il ne fait pas bon être mère par les temps qui courent». Stock, Paris, 1981.

13. Rapoport D. et coll.: «Corps de mère, corps d'enfant». Stock, Paris, 1980 (Cahiers du nouveau-né, n° 4).

14. Tordjmann G.: «Réalités et problèmes de la vie sexuelle». Hachette, Paris, 1975.

Travaux de fin d'études

de l'Ecole de sages-femmes de Lausanne

15. Bay M.: «Réflexions sur le rôle de la sage-femme pendant les périodes pré-et post-natales». n° 107, 1982.

16. Bueche F.: «La sage-femme vue par les futures mères, les mères». n° 101, 1982.

17. Gagne B.: «Mythes et tabous inuit». n° 74, 1979.

Divers

18. Curchod et Cordey: «Préparation à l'ASD selon la méthode psycho-prophylactique, avec gymnastique». Maternité de Lausanne, non daté.

Prière des sages-femmes

(1750, traduction de l'anglais)

Aie pitié de moi, Seigneur,
Et dans mes activités,
Laisse ton Esprit guider mes yeux
Afin que je puisse être soigneuse
Tant pour les riches que pour les pauvres,
Faire du bien et ne blesser personne,
Sauver des vies et non pas en détruire.
Aide-moi à surmonter
Mes inconstances et mes imperfections.
Et accorde-moi adresse et jugement
Afin d'achever en joie toutes mes tâches.
Au nom de Jésus-Christ notre Seigneur.

Amen



Die Ernährung an der Brust ist ideal für das Baby

Sollte es jedoch eine Zusatznahrung benötigen (Zwimilchernährung)
oder wenn die Mutter nicht mehr stillen kann, werden sie der Arzt,
die Säuglingsfürsorgerin oder die Hebamme
über die Ernährung ihres Babys beraten.

Nestlé und Guigoz haben für jede Altersstufe die richtigen Kindernährmittel.

Nestlé® *Guigoz®*

Milchnahrung für Säuglinge

QUALITÄT – SICHERHEIT