

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle 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:	98 (2000)
Heft:	4
Artikel:	Approche de la dynamique familiale : quelles implication pour la sage-femme?
Autor:	Pittet, Anne-Marie
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950767

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: 13.01.2026

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

Ce schéma est un exemple de méthode pour étudier un problème concret de notre vie professionnelle. Naturellement, on peut aussi choisir une seule partie de la chaîne décrite pour l'étude – parfois il est même nécessaire de bien cerner la question pour mieux pouvoir l'étudier. L'idéal est de commencer par suivre des cours de base des méthodes scientifiques, et bien sûr aussi de consulter un chercheur expérimenté. C'est en apprenant davantage soi-même et en confrontant ses idées avec celles de quelqu'un de plus expérimenté dans le domaine de la recherche qu'on évolue.

Pour conclure

- La recherche nous offre
- un travail plus sécurisé
 - une profession tenue à jour
 - une satisfaction professionnelle
 - une profession digne de foi
 - une crédibilité
 - une plus grande autonomie
 - une plus grande assurance

Ce n'est pas peu et cela en vaut la peine. Je n'ai personnellement jamais regretté d'avoir «plongé» dans ce monde car cela m'a apporté tellement de bonheur. La recherche garde ma curiosité en éveil, et ça, c'est la meilleure des choses.

Cet exposé a été présenté lors du 1^{er} Congrès des sages-femmes francophones de l'ICM, à Montpellier, en décembre 1998.

Quelques définitions utiles

Méta-analyse = résumé systématique et analytique des études scientifiques.

RCT (randomized controlled study) = essai clinique épidémiologique. Etude comparative des traitements ou des programmes de santé dans laquelle les observations doivent exclure les biais, fréquemment avec une distribution aléatoire des sujets dans les groupes comparés.

Cohorte = ensemble de sujets qui entrent en même temps sous observation épidémiologique et sont suivis par examens consécutifs.

Etude des cohortes = étude comparative des cohortes en vue de déceler l'effet du changement des conditions de vie sur l'évolution de la maladie (ou la santé).

Etude cas-témoin = étude analytique par observation d'un groupe de malades et d'un groupe-témoin de personnes en bonne santé. On cherche la proportion de sujets exposés à un facteur étudié dans ces groupes.

Etude descriptive = étude par observation des phénomènes de santé dans leurs conditions naturelles basées sur la simple comptabilité et la mesure de leurs caractéristiques.

Source: Jenicek M. et Cléroux R. *Epidémiologie – principes, techniques, applications*. 1982, Edisem Inc.

Diversités culturelles en maternité

Approche de la dynamique familiale

La Suisse, comme d'autres sociétés occidentales, devient pluriethnique. L'intégration de cette donnée dans les milieux sanitaires, scolaires ou éducatifs, se fait incontournable, dans nos pratiques de sage-femme également. La naissance est un événement qui met en mouvement toute la famille (famille nucléaire, famille élargie) et interfère toujours sur la dynamique familiale. Dans ce contexte, quelles sont les implications pour la sage-femme?

Anne-Marie Pittet

De la famille élargie à la famille nucléaire

De nombreuses familles migrantes proviennent de pays où le modèle de la famille élargie prédomine. Suite à l'exil, elle se retrouve en Suisse où domine plutôt la famille nucléaire. Ce passage d'un modèle à l'autre est douloureux et peut même s'avérer fragilisant pour la personnalité de chacun des membres de la famille.

«Pour les requérants d'asile et leurs enfants, se réfugier en Suisse signifie prendre congé d'un environnement familial, laisser derrière eux leur famille, leur parenté, leurs amis, la sécurité et la capacité de se faire comprendre et d'être compris. Il nous est difficile d'imaginer à quel point la perte de tout ce qui est familier peut être cruciale, et quelles angoisses et quelle



Anne-Marie Pittet est infirmière sage-femme. Elle a obtenu son diplôme d'infirmière à l'école de Chantepierre en 1982. Après 4 ans d'expériences dans divers services, elle est partie comme volontaire au Nord-Cameroun avec l'ONG «Frères sans frontières» dont le siège est à Fribourg. Durant 3 ans, elle a été responsable d'un dispensaire de mission en brousse. A son retour, elle suit la formation de sage-femme à l'école de Chantepierre. Depuis 1992, elle travaille comme infirmière-sage-femme à l'Hôpital de zone d'Yverdon-les-Bains.

quelles implications pour la sage-femme?

insécurité elle représente pour tous les membres de la famille.» [1]

Conséquences sur la vie conjugale

Vivre dans un cercle familial restreint, contrairement aux habitudes, et affronter les problèmes quotidiens de l'exil soumettent les relations conjugales à très rude épreuve.

La structure de la famille nucléaire entraîne une surcharge de travail pour les femmes et les isole. La perte de leur statut et les incertitudes dues à l'exil augmentent la tendance qu'ont les hommes à déverser leurs frustrations quotidiennes sur les femmes en usant de la violence.

Généralement les femmes ont la responsabilité de tout le ménage et de l'éducation des enfants. Une fois en Suisse, les femmes sont souvent surchargées car elles ne peuvent bénéficier de l'appui de leur parenté et de leurs voisines.

«Pour une femme, vivre seule avec son mari représente quelque chose de nouveau. La relation conjugale prend une valeur différente en exil de celle qu'elle avait dans le pays d'origine. Dans quelques cas, la nouvelle proximité dans laquelle vivent les époux peut se révéler positive, mais fréquemment les conséquences sont négatives. Bien des femmes sont battues par leur mari. Elles vivent encore dans l'idée qu'un mari a le droit de battre sa femme» (animatrice albanaise du Kosovo). [1]

Il est relevé également que le risque de conflits conjugaux est plus grand parmi les couples venant d'un milieu urbain que parmi ceux de milieux ruraux. Placées dans leur nouvel environnement, les femmes, en particulier les citadines, reconnaissent la répartition des rôles et exigent des modifications.

L'exil: une chance d'établir des relations partenaires?

La vie en exil modifie les conditions tant extérieures qu'intérieures d'une relation conjugale. Ce processus peut

conduire à l'instauration d'un partenariat entre l'homme et la femme. Le couple en exil vit désormais dans une structure familiale nucléaire et par conséquent est soustrait au contrôle social de la famille élargie qui exerce l'influence la plus directe sur la relation du couple. Il peut désormais prendre de façon autonome des décisions portant sur l'habillement, l'aménagement du logement, le choix du domicile ou la manière d'éduquer les enfants.

En exil, le mari et la femme se sentent autant étrangers l'un que l'autre dans leur nouvel environnement, une égalité objective s'instaure entre les époux. De cette situation difficile pour tous les deux, peut naître une plus grande solidarité et un sentiment de dépendance mutuelle. Bien des hommes constatent que leur femme a besoin d'aide pour tenir le ménage et soigner les enfants, les femmes ne pouvant avoir recours ici à des employées de maison, ni à des membres féminins de la famille; raisons pour lesquelles ils collaborent avec leur femme aux travaux domestiques.

En période de maternité: l'isolement des femmes

La douleur la plus criante des femmes migrantes, c'est l'isolement. «Si seulement j'avais quelqu'un à qui parler»: les femmes qui prononcent cette phrase s'avouent satisfaites d'accoucher en Suisse où les conditions matérielles et techniques sont meilleures que dans leur pays. Toutefois, l'isolement pèse lourdement sur les femmes étrangères lorsqu'elles quittent la maternité; ce vécu est parfois plus dur que l'exil. Une femme congolaise parle ainsi: «J'ai accouché de mes deux filles en Suisse. Les deux accouchements se sont bien passés, mais il était dur pour moi d'être si seule. De retour à la maison, je n'avais que mon mari pour m'aider.»

«La mère accouche seule dans un monde étranger, avec tout ce que cela comporte de risques et d'incertitudes. Elle devra s'ajuster à son bébé et apprendre à être mère, en l'absence de ses co-mères, contrairement à l'usage dans les sociétés traditionnelles, où le groupe accompagne tous les moments initiatiques comme le sont la grossesse et la naissance de l'enfant.» [8]

L'accouchement ravive avec acuité les ruptures avec l'univers socioculturel et affectif. Certaines femmes souffrent beaucoup de la perte de leurs sœurs, de leurs tantes, de leur mère avec qui elles partagent la responsabilité des enfants, alors qu'en exil elle repose uniquement sur les parents. La femme se sent partagée entre la joie et la tristesse, parfois même la dépression. Ebranlement de l'être, changement de références, discontinuité à un moment capital de sa vie, où elle aurait

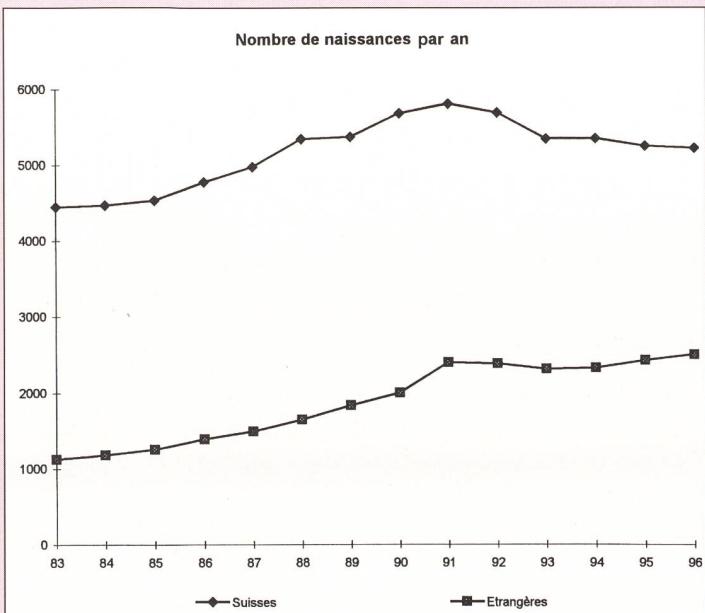
Nous vous présentons ici un exemple-type de recherche sage-femme. L'auteur a été d'accord de nous dévoiler sa démarche, pour inciter peut-être d'autres collègues à faire de même...

J'ai réalisé ce mémoire dans le cadre de la formation en santé communautaire, donnée par l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève.

Le choix du thème étant libre, ce fut pour moi l'occasion de regrouper deux sujets qui me passionnent. Et il est prioritaire de choisir un sujet qui tire en avant.

Après une première étape où j'ai découvert la littérature concernant ces sujets, j'ai élaboré un questionnaire destiné à mes collègues. Ce fut un questionnaire auto-administré, avec des questions fermées de type quantitatif et des questions ouvertes de type semi-qualitatif, que j'ai d'abord pré-testé.

Les objectifs que je cherchais à atteindre avaient été bien définis. Après la récolte des réponses, ce fut l'analyse des résultats (décompte-classement), leur discussion, les lignes qu'on peut en retirer, et enfin la synthèse, selon la méthodologie classique. Toute cette recherche a été rendue possible grâce au soutien et à l'expérience d'une personne référente de l'institut.



Accroissement progressif des naissances autant suisses qu'étrangères jusqu'en 1991. Fléchissement de la courbe plus nettement pour les naissances suisses, passant de 5794 nouveau-nés en 1991 à 5215 en 1996, alors qu'il y avait 2392 nouveau-nés étrangers en 1991 et 2494 en 1996. En 1983, les naissances étrangères représentaient 20 % des naissances totales. En 1996, elles en représentent les 32 %.

Naissances selon l'origine de 1983 à 1996, suisses et étrangères dans le canton de Vaud.

le plus besoin de ses racines culturelles.

Il est intéressant de remarquer que pour les familles migrantes européennes, souvent un membre de la famille se déplace. Je pense en particulier aux couples portugais. Il n'est pas rare que la mère de l'un d'entre eux ou qu'une sœur vienne en Suisse à l'occasion de la naissance d'un enfant. Son séjour durera quelques semaines.

L'enfant: quelle place pour lui?

Beaucoup de personnes s'étonnent que les familles migrantes aient des enfants dans leurs conditions, avec un faible revenu, non stabilisées. C'est comme si nous n'admettions pas que ces familles adoptent un autre comportement face à l'enfant que ceux véhiculés par notre société occidentale. «Or une des différences essentielles entre eux et nous à l'heure actuelle est justement la démographie. Nous Occidentaux, nous considérons que leur démographie galopante est un des principaux problèmes du tiers-monde et nous voulons leur apporter les bienfaits de la contraception. Ils considèrent, eux, que leur fécondité est leur principale richesse et que c'est leur situation en France qui les empêche d'avoir autant d'enfants qu'ils le pourraient ou qu'ils le souhaiteraient.» [2]

Dans certains cas, médecins ou employeurs aimeraient exercer également

un contrôle sur la maternité, via les plannings familiaux, pour que la femme, vu sa situation, prenne un moyen de contraception, arrête de mettre au monde des enfants, se comporte en accord avec sa situation économique. «Notre société exige que ces femmes adoptent vis-à-vis de leur grossesse ou de leur enfant un comportement qu'elle-même condamne: avorter, renoncer à la maternité, placer l'enfant», remarque Madeleine Denisart, assistante sociale [16].

Alors l'enfant à ce moment-là, pourquoi? C'est oublier ou dénigrer l'enfant comme lien symbolique entre le pays de provenance et le pays d'accueil. «Avoir un enfant serait une expression de loyauté envers le modèle reçu et la garantie d'une continuité avec la communauté d'origine, même dans des conditions difficiles», dit Jacques Arpin, médecin et anthropologue [16]. Malgré leur situation précaire, le sens de la maternité est resté très vivant chez les femmes migrantes.

De plus, c'est par l'enfant que la femme acquiert sa reconnaissance et son statut. Quant au bébé, il va être imprégné des manières de faire que la mère a amenées avec elle: une langue, un rapport au monde, des techniques de soins. Pourtant on ne va pas présenter le monde extérieur à cet enfant. Il devra l'investir seul, sans guide, ou du moins sans l'aide de ses parents qui le connaissent si peu ou si mal.

Quelles implications pour la sage-femme?

A. Améliorer nos connaissances

Notre premier objectif devrait être de nous informer, de nous documenter, de nous former à l'approche des femmes migrantes qui représentent une part estimable des patientes en maternité.

«Pour les uns comme pour les autres, cette prise de conscience ne peut se faire sans une initiation, puis une formation solide aux relations interculturelles. Cette formation n'est pas innée; elle implique une réflexion sur soi-

La FSSF et la recherche

Recherche sage-femme en Suisse

Récemment, le Comité central de la Fédération suisse des sages-femmes, conscient de l'importance de la recherche pour notre profession, a décidé la création d'un groupe de travail recherche. Il doit être complémentaire au réseau informel suisse de recherche sage-femme, qui fonctionne depuis quelques années.

Ce réseau se compose de quelques personnes qui sont régulièrement en contact les unes avec les autres, partagent leurs informations, échangent des conseils en rapport avec la recherche et soignent des contacts internationaux dans ce domaine. Il fonctionne depuis 1996, selon une formule non contraignante.

Aujourd'hui, la FSSF veut former un groupe de travail qui se rencontrera régulièrement (5 à 6 fois par an), pour coordonner les informations dans le domaine de la recherche, encourager la publication de travaux de recherche (par exemple dans «Sage-femme suisse»), initier et soigner les contacts entre lieux de formation, mais aussi avec des sages-femmes du monde entier et avec d'autres professions. Ce groupe de travail doit en outre être un lieu central où toute personne intéressée puisse s'adresser.

Un premier appel a été lancé par lettre en septembre 1999 à environ 70 collègues en Suisse. Ainsi, quatre membres ont été trouvées pour le groupe de travail recherche et six personnes ont rejoint le réseau de recherche.

Si vous êtes intéressées à prendre part au réseau de recherche ou à participer au groupe de travail, adressez-vous à:

Ans Luyben, Lagerstrasse 9, 7000 Coire, tél. 081 284 08 10 ou prof. 081 354 09 53, fax 081 354 09 92, e-mail: luyben@swissonline.ch

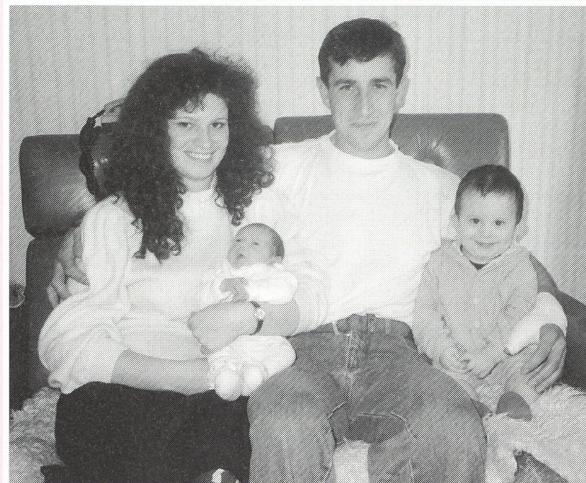
GYNÉCOLOGUES
PÉDIATRES

CENTRE SOCIAL RÉGIONAL

Assistantes sociales
Planning familial
Consultations conjugales
Protection de la jeunesse
CMS Pro familia

HÔPITAL

Sages-femmes hospitalières
Nurses
Infirmières
Médecins, assistants
Administration



R. Brauen

FAREAS

Fondation vaudoise pour
l'accueil des requérants d'asile
A repris le flambeau de la Croix-Rouge

CENTRE DE PRÉVENTION

Infirmières de la petite
enfance, HMP
Diététicienne
Gymnastique mère/bébé

SAGES-FEMMES
INDÉPENDANTES

SAGE-FEMME
Conseillère en périnatalité

CENTRES MÉDICO-SOCIAUX

Equipe pluridisciplinaire
pour le maintien des personnes à domicile

Les différents services concernés par les familles migrantes dans le canton de Vaud.

même autant que sur l'autre, dans le désir de l'un et de l'autre d'être différent, d'être semblable. Cette relation complexe faite d'élangs et de reculs s'apprend, s'enseigne; encore faut-il le vouloir. C'est aux indifférents qu'il faudrait penser, pour que la situation évolue...» [6]

La connaissance des différences culturelles de la patiente migrante permet à la sage-femme de relativiser ses *a priori*, d'agrandir son seuil de tolérance et de compréhension. Elle permet d'éviter le piège des préjugés et des jugements de valeur. Elle rend attentif à des valeurs fondamentales telles que la pudeur, les tabous, les peurs, les coutumes, les habitudes, les croyances religieuses. Si on ne possède aucune information sur le milieu culturel de la patiente, son attitude va nous surprendre et peut nous paraître incompréhensible, exagérée, et même inacceptable.

«Cependant ce qu'il faut savoir c'est que les traditions ne sont pas immuables, elles changent, elles s'adaptent dans une situation d'immigration. Il ne suffit pas d'avoir une information sur telle ou telle pratique dans le pays d'origine, il faut voir comment elle s'adapte dans une situation culturelle et sociale différente.» [6]

B. Communiquer, comment ?

La communication avec une femme qui ne parle pas le français n'est pas évidente. Comment s'entretenir avec elle? L'incommunicabilité ne permet pas d'instaurer un climat de confiance et de respect mutuel. La femme peut nous apparaître silencieuse, apathique, hermétique ou agitée. Mais qu'en est-il réellement? La nécessité d'un(e) traducteur(trice) s'impose.

1. Lorsque le mari agit comme traducteur, il garde le pouvoir sur sa femme (notamment au niveau contraception). Il est libre de traduire ou non notre parole. Il peut se sentir embarrassé. De plus devant leur mari beaucoup de femmes migrantes restent discrètes, voire soumises, selon la coutume de chez elles, cela ne facilite pas leur expression personnelle.

2. Le personnel soignant de l'hôpital se sent valorisé à l'idée de pouvoir traduire pour des compatriotes. Parfois les patientes peuvent craindre que le secret de leur hospitalisation soit divulgué, d'où l'importance de les assurer du secret professionnel. Il faut également avoir le doigté néces-

saire pour ne pas choisir une traductrice provenant d'une région ennemie, même si le choix n'est pas toujours possible.

3. Les amies connaissent déjà la patiente et peuvent nous fournir des informations sur les éléments essentiels. En sa présence la femme s'exprimera librement. Si c'est une amie proche, elle constitue de plus un réconfort.

4. Les traductrices agréées ou interprètes: elles présentent l'avantage d'avoir su garder leur culture et d'intégrer la nôtre. Elles motiveront les femmes à faire un chemin identique grâce à la confiance qu'elles inspirent (même origine). Elles sont sensibles aux difficultés de leurs compatriotes. «Elle rend possible la communication en créant la compréhension, l'acceptation et l'estime grâce à un éclairage portant sur les dimensions cachées dans l'interaction interculturelle» (interprète africaine).

«Aide le migrant à mieux comprendre la culture du pays qui l'accueille et vice versa, de manière à ce que le choc des deux cultures soit constructif et non destructif» (interprète portugaise).



Lieux d'échanges, lieux de paroles où les femmes migrantes trouvent ce dont elles ont besoin et y prennent plaisir. Lieux d'écoute et de compréhension de notre part, si nous voulons être entendus à notre tour. Lieux de dialogues où passe mieux l'information, où se fait l'éducation sanitaire et se réalise le véritable travail de prévention.

OMS, BabyGuide, UNICEF

Sensibiliser et évaluer les besoins

La première partie de mon travail a surtout été modelée par un apport bibliographique, la deuxième partie a été plus dyna-

mique et interactive par l'intermédiaire d'un questionnaire dont les objectifs étaient les suivants:

- sensibiliser mes collègues et stimuler leurs réflexions face à la présence de femmes, couples, familles migrantes en maternité;
- estimer les difficultés rencontrées face à ces situations par les différents partenaires de la région;
- évaluer les attentes concernant ce sujet, notamment en matière de formation et/ou d'aide sous différentes formes.

Avec un thème qui interpelle le volet social de ma profession, j'ai choisi de distribuer ce questionnaire à tous (toutes) les professionnel(le)s concerné(e)s par la naissance (voir schéma page 27). Sous l'angle de cette large consultation, je désirais atteindre les objectifs suivants:

- mettre en valeur la spécificité de chaque corps professionnel et la nécessaire continuité entre eux;
 - dépasser les barrières entre le secteur hospitalier et extra-hospitalier.
- Sur les 46 questionnaires distribués, 36 me sont parvenus en retour (soit 78%), avec une bonne représentativité des différent(e)s professionnel(le)s concerné(e)s.

Besoins exprimés:

A) Les besoins formulés par les professionnel(le)s dans les questionnaires touchent trois domaines: information, traduction et formation. Ils se

Nous sommes ici bien loin du simple fait de traduire d'une langue dans l'autre. Il s'agit d'une personne qui explique, qui éclaire le sens. C'est un porte-parole des sentiments, des volontés de l'immigré. Les hôpitaux tels que Bâle et Lausanne se sont dotés d'un service d'interprètes pour les migrants de certains pays dont le nombre le justifie (au CHUV: deux Albanaises, deux Turques, une Sri Lankaise).

C. Inventer et créer: imaginer des alternatives

Suivi de grossesses par des sages-femmes indépendantes

Les femmes réfugiées et en particulier les requérantes d'asile avec une situation financière difficile sont presque toujours dirigées vers la voie classique du contrôle de grossesse chez le gynécologue. Pourtant les sages-femmes indépendantes offrent également des consultations de grossesse pour lesquelles elles sont agréées, ainsi qu'une prise en charge après l'accouchement. Cette alternative permettrait à la parturiente de tisser des liens élémentaires avec une personne de même sexe qui lui sert de référence et de continuité.

Par les visites à domicile, la sage-femme voit où et comment la femme vit, l'environnement familial qui l'entoure. La femme accueillant chez elle, parlera plus volontiers, sécurisée par un lieu où elle se sent à l'aise.

Des lieux d'échanges

Des lieux d'échanges: qui permettent aux femmes de s'exprimer, de dialoguer entre elles et avec nous les professionnelles, de se donner des filons où elles pourront trouver à bon marché ce dont elles ont besoin pour la naissance. C'est une occasion de contacts, de sortir de leur isolement.

A Paris, à l'hôpital des Métallurgistes, de telles plates-formes ont été mises sur pied, alternant des groupes de Maghrébines et d'Africaines avec une interprète. «Elles sont généralement cinq ou six, accompagnées de leurs plus jeunes enfants pour les multipares. Les impératifs de la traduction font que l'animation s'en trouve déplacée: c'est davantage l'interprète qui anime le groupe, tandis que nous avons parfois le sentiment d'être les spectateurs intrigués de «palabres» dont nous sommes exclus. Et c'est nous qui allons à la découverte de tout un monde déroutant et insoupçonné de différentes cultures qui nous éclaire sur bien des choses que nous n'avions pas comprises. Plus directement en relation avec nos problèmes médicaux, nous apprenons qu'elles ignorent totalement le danger que peut représenter une rupture prématurée de la poche des eaux et qu'un dépassement de terme est considéré comme sans importance. Nos raisonnements médicaux ne sont pas compris, une prescription de repos n'est pas entendue; elles n'en conçoivent ni l'utilité, ni la possibilité.» [6]

retrouvent dans de nombreux commentaires, traduisant à la fois demandes et frustrations:

- «Informations et formations complémentaires seraient intéressantes et nécessaires.»
- «Nous sommes confrontés quotidiennement à ces parturientes migrantes avec lesquelles nous ne pouvons pas communiquer. C'est difficile et cela nous limite dans nos rapports avec elles. Les attitudes des patientes encore mal comprises portent à des jugements inutiles, c'est dommage! Peut-être qu'en informant les équipes et en ayant un médiateur, il serait plus facile de travailler et d'apporter des soins adéquats à ces femmes.»
- «De nos jours, nous devrions avoir plus de connaissances, étant régulièrement confrontées à ce genre de situation.»
- «Si nous pouvions arriver à ce que la traduction soit payée, qu'il y ait une formation (cf. Appartenances) et qu'il soit exigé que l'on travaille avec traducteur, quel progrès! Tant qu'il n'y a pas de fonds pour cela, aïe...aïe!»
- «Un médiateur traducteur, qui, en même temps, nous ferait part de ses connaissances sur l'ethnie, sur les rites liés à la naissance, serait une richesse!»
- «Auprès de patientes ne parlant pas le français, la plus forte frustration ressentie, c'est lors de provocations, de naissances de bébés mort-nés, c'est souvent la nuit avec, plusieurs fois, personne pour traduire.»
- «Sur le terrain, malgré l'information existante (Appartenances, Caritas)

Bibliographie

- [1] Bauer Elisabeth, Karlen Kathrin Moussa: «Femmes réfugiées en Suisse», Manuel publié par le bureau fédéral de l'égalité entre hommes et femmes, Office central des imprimés et du matériel, Berne, 1993.
- [2] Borel F. et Luisier V.: «Chocs de culture autour de la naissance», Réflexions de sage-femme, Genève, mai 1995.
- [3] Cheynier Jean-Marie: «L'accueil des femmes migrantes en maternité», Le groupe familial N° 114 1/8T.
- [4] Fernandez Conception: «Pour une écologie de la naissance», Journal de l'Association suisse de la sage-femme 7/8-94, Ed. Secrétariat de l'association, Berne, 1994.
- [5] Garlaz Claire, Théodore Francis: «Les familles mosaïques», Ed. Nathan, Paris, 1991.
- [6] Inter Service Migrants: «Regards sur l'immigration au quotidien en Ile-de-France», Ed. ISM, Paris.
- [7] Kashamura Anicet: «Famille, sexualité et culture», Ed. Payot, Paris 1973.
- [8] Loux Françoise: «Naissances: traditions et cultures», Enfanter, pp 233 - 236, Ed. Fribon Roche, Paris, 1989.

nous sommes souvent démunis devant ces familles... Nous avons encore beaucoup à apprendre, pour pouvoir les accompagner correctement.»

B) Quant aux femmes (familles) migrantes, un besoin exprimé concerne leur effort à faire pour mieux comprendre notre langue, surtout pour celles qui sont en Suisse depuis plusieurs années.

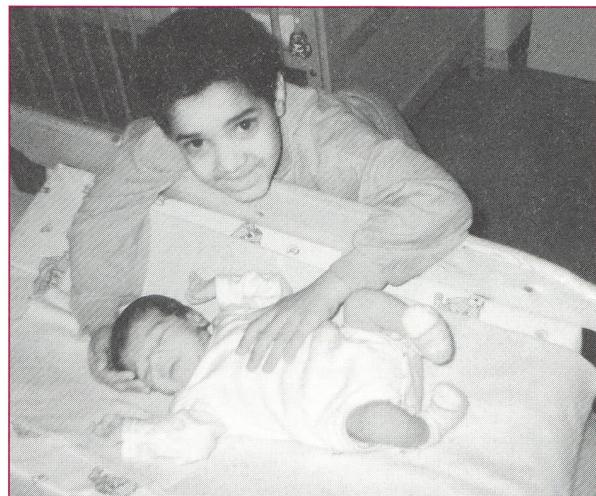
Implications du travail sur la pratique quotidienne

Ce travail a permis de faire émerger tous les moyens déjà disponibles dans le service (audiovisuel sur l'allaitement et brochures sur les moyens contraceptifs en plusieurs langues, personnel de l'hôpital disponible pour la traduction, lexique des questions-types en maternité). Il a permis également de faire exprimer des situations vécues, des chocs culturels, des frustrations. Etape préalable à un travail ultérieur avec l'aide d'un ethno-psychiatre.

Une formation continue a également été mise sur pied pour tous les professionnels liés à la naissance, sur quatre séances, avec l'intervention à chaque fois d'une médiatrice culturelle, provenant des différents pays qui nous posent le plus de difficultés.

Synthèse

La prise en charge des femmes/couples (familles) migrants est un problè-



«Avoir un enfant serait une expression de loyauté envers le modèle reçu et la garantie d'une continuité avec la communauté d'origine, même dans des conditions difficiles.»

Jacques Arpin, médecin et anthropologue

me d'actualité vu le brassage ethnique mondial et la proportion croissante de parturientes migrantes dans nos hôpitaux publics. L'attention portée à l'entourage immédiat de la parturiente (famille) migrante est réelle alors que l'entourage plus lointain (la famille restée au pays) est moins souvent évoqué.

En effet, la réalité du pays d'origine échappe aux professionnel(le)s et les prive de données nécessaires à une approche personnalisée à partir des inquiétudes, des attentes, desangoisses.

Les professionnel(le)s sont ouvert(e)s à l'information et désirent être mieux formé(e)s dans ce domaine: vécu de la grossesse/naissance/migration. La traduction reste une pierre d'achoppement et une nécessité incontournable en vue d'améliorer la qualité des soins. La confrontation à l'autre, différent dans sa culture et sa façon d'être, reste une interpellation. Elle provoque des réactions diverses: élargissement, ouverture, déception, non-compréhension, non-acceptation.

Dans chaque situation, mesurer où je me situe en tant que professionnel(le), ce que je vis, sans avoir peur de mes limites et de mes contradictions intérieures, en tenant compte de mon seuil de tolérance et d'intolérance: voilà un pas essentiel pour rejoindre et accueillir l'autre dans sa différence.

Ce travail a été fait dans le cadre d'une formation en santé communautaire en 1998. Il a obtenu le troisième prix lors du concours des travaux de recherche de la section vaudoise de la FSSF.

► La sage-femme dans le public

Après la lecture de l'article paru dans «Sage-femme suisse» 1/2000 «Les sages-femmes peuvent-elles réduire la dépression post-partum?», je me permets d'apporter une expérience pratique du bienfondé de cette étude. D'abord j'aime-rais dire bravo à Mme Lavender pour sa recherche. Elle nous amène à réfléchir sur la nécessité d'une approche psychologique et confirme le besoin d'écoute et de partage d'un couple à ce moment précis de la vie. Je profite donc de ce journal pour partager mes expériences professionnelles et réfléchir sur nos démarches

face à la prévention en tant que sage-femme. Je suis sage-femme depuis 1986; après mon école professionnelle, j'ai travaillé dans un hôpital, «La Providence» à Vevey, où j'ai eu le bonheur de collaborer avec une équipe médicale qui faisait confiance aux sages-femmes et leur laissait à chacune ses responsabilités. J'ai pu y travailler en réalisant que la complémentarité avec l'équipe médicale était une grande force pour nous les sages-femmes et créait certainement un climat de confiance pour les patientes elles-mêmes.

Or, pendant mon expérience hospitalière, en accompagnant les couples pendant les accouchements, j'avais la vive impression que je pouvais leur apporter encore plus, l'impression qu'il manquait un anneau à la chaîne professionnelle, une approche prénatale plus approfondie et aussi un suivi postnatal plus personnalisé. La période hospitalière fut une période embryonnaire à mon statut de sage-femme indépendante et j'ai pu y puiser mes réflexes, l'expérience, l'écoute, les ressources et les techniques nécessaires à mon confort professionnel. (...) Cela restera pour moi une étape obligatoire à toute sage-femme indépendante.

Tout au long de mes débuts en salle d'accouchement, j'accompagnais des couples pour qui, trop souvent, j'avais un sentiment d'inégalité. J'étais moi la sage-femme, celle qui détenait les connaissances, les compétences; eux étaient plus spectateurs qu'acteurs. Je fais la différence ici entre réaliser la naissance et se réaliser dans la naissance. J'avais souvent l'impression d'un manque d'autonomie, d'indépendance et de gêne dans leur propre expérience comme si l'hôpital les «dépersonnifiait» en ce moment si précieux de leur existence. (...)

Et puis il y avait cette période postnatale où, entourée pendant quelques jours de tous les bons soins des professionnelles, la maman mettait souvent en veilleuse sa propre réalité. (...) Je réalisais que cette «confrontation» avec cette nouvelle vie ne se produisait pas nécessairement à l'hôpital mais une fois rentré dans son milieu. (...) Je me suis dit que ces jeunes mères devraient pouvoir trouver un endroit où des personnes pour les écouter, parler de leur vécu et d'autant plus trouver des réponses à leurs questions. Je me suis donc mise à faire des visites à domicile et j'ai créé un centre de préparation à la naissance avec l'intention de multidisciplinarité. Sur ce, j'ai élaboré un programme de préparation pour les couples où je souhaitais (...) leur faire découvrir leurs propres moyens, leur faire prendre conscience de leurs possibilités et de leurs préoccupations. Dans ce but, il me paraissait adéquat de proposer une rencontre avec un pédopsychiatre pendant cette période pré-natale. Ce cours se présente sous forme de discussion où l'on aborde des sujets comme: l'enfant: désir d'enfant, rêveries à propos de cet enfant; de l'enfant imaginaire à l'enfant réel; de deux à trois: création d'une famille, réaménagements dans la vie de couple et dans les relations aux familles d'origine; éventail des sentiments et émotions vécus par les parents autour de la naissance; et toutes les questions que peuvent se poser les futurs parents.

C'est un moment où les couples peuvent, sans grandes théories, venir se rassurer quant au débordement psychologique qu'une naissance peut provoquer. On parle de normalités et surtout on ouvre la porte en invitant les couples à échanger, parler, communiquer leurs craintes; on ouvre la porte au soutien psychologique professionnel de notre profession. (...)

Dans un deuxième temps, pour la période postnatale, nous proposons systématiquement une rencontre postnatale. Cela reste un bon moyen de prévention. (...) Nous pouvons entendre ces nouveaux parents parler de leurs réalités et ainsi souvent nous en profitons pour confirmer leurs aptitudes dans leurs nouveaux rôles, qu'ils auraient tendance à sous-estimer dans un premier temps. (...) C'est aussi un moment où l'on prend le temps de se dire que la maternité relève des défis des mises à jour vis-à-vis de soi, de l'autre, de la famille, de ses propres valeurs, par conséquent qu'il y a parfois des situations qui ne se gèrent pas facilement. C'est aussi l'occasion d'aiguiller les personnes qui ont besoin de soutien. C'est aussi se dire que malgré la puissance de la naissance on peut se sentir imparfait et impuissant face à un enfant qui pleure et dont on est responsable, et qu'heureusement que l'on se donne le droit aux erreurs et aux réajustements. C'est ce qui nous fait grandir, nous, parents. (...)

En définitive, je crois que la sage-femme, par sa disponibilité d'écoute, sa place privilégiée auprès des couples, sa capacité de donner des informations efficaces, est une source en soi pour la prévention.

*Josée Bernard Delorme,
sage-femme à Vevey*

AQUA BIRTH POOLS GMBH

Krähenbühl 6
5642 Mühlau

Tel: 056-670 25 15
Fax: 056-670 25 16

Die neue kleine
vielseitige
Gebärwanne

Mobil oder zum
Festeinbau im Spital

Verlangen Sie unsere
Broschüre und Preisliste

Wir vermieten auch
tragbare Gebärbecken
für Hausgeburten

Aquarius

Gottlob Kurz GmbH
Qualität seit 1893
D-65207 Wiesbaden
Hinterbergstraße 14

Telefon: 0049-611-1899019
Fax: 0049-611-9505980

- ✿ **Hebammen-Ausrüstungen**
- ✿ **Hebammentaschen**
- ✿ **Säuglingswaagen**
- ✿ **Geburtshilfliche Instrumente**
- ✿ **Beatmungsgeräte für Neugeborene**
- ✿ **Fetale Ultraschallgeräte Sonicaid 121**
- ✿ **Einmalartikel**