

**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:** 99 (2001)

**Heft:** 7-8

**Artikel:** Sécurité, rituel médical ou besoin féminin

**Autor:** Ensel, Angelica

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-951300>

### **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:** 26.04.2026

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

## EDITORIAL

*C'était par une belle journée, à une terrasse, je discutais de tout et de rien avec mon frère. Je venais de rentrer du congrès des sages-femmes et plaisantais sur la somme d'échantillons de tout poil que j'avais ramené ou aurait pu ramener, de la crème de massage pour femmes enceintes aux échantillons de lait en poudre et même de couches-culottes.*



*Mon frère a ouvert de grands yeux: «Oui mais, attends, les sages-femmes, ça s'occupe de l'accouchement, non? Qu'est-ce qu'elles ont à voir avec les bébés ou les femmes enceintes?».* Voilà un homme d'âge mûr, de profession universitaire, qui a deux enfants et même depuis peu un petit-fils qu'il pouponne un jour par semaine avec bonheur, et qui n'a aucune idée de l'étendue du domaine professionnel des sages-femmes. Il tombait des nues quand je lui en ai fait l'inventaire.

*C'est bien là, mesdames, que le bât blesse. Dans l'esprit du grand public, le domaine d'activité des sages-femmes reste encore trop souvent limité à la salle d'accouchement. A quoi bon plancher sur la mise en place d'une assurance de qualité si notre travail n'est pas reconnu en tant que tel? D'où l'importance prépondérante d'un travail sans cesse renouvelé de relations publiques. C'est d'ailleurs un des objectifs déclarés de Lucia Mikeler Knaack, notre nouvelle présidente, dont vous trouverez une interview dans ces pages. Espérons que les années à venir permettront aux sages-femmes de se présenter au public plus largement. Mais pour cela, il faut encore la collaboration de chacune. A propos, le congrès de l'année prochaine se tiendra à Bâle, le 14 et 15 mai 2002. On s'y donne rendez-vous?*

Fabienne Gogniat Loos

## Le mythe des contrôles de grossesse médico-techniques:

# Sécurité, rituel médical ou besoin

**Que signifie le terme «sécurité» pour une femme enceinte? De quoi les femmes enceintes ont-elles besoin? Et de quoi pensent-elles avoir besoin? Quel type d'accompagnement de grossesse désirent-elles et de la part de qui? C'est ce thème qui a intéressé la première oratrice du congrès dont nous publions l'exposé ici.**

**Angelica Ensel**

**QUAND** je parle avec des femmes lors de mes cours de préparation à la naissance, ou après la naissance, et que je leur demande comment elles ont vécu les contrôles de grossesse, je reçois toujours les mêmes réponses. Leurs réactions sont partagées en trois groupes différents.

Le premier groupe a à peu près cette réaction: «En combinaison avec la préparation à la naissance, les contrôles étaient OK. Ma doctoresse m'a tout expliqué, a répondu à toutes mes questions et pour le reste, j'avais justement le cours de préparation à la naissance.» Pour ces femmes, il s'agit en général de leur premier accouchement.

Le deuxième groupe – celles-ci aussi sont presque toutes des primipares – pense: «Parfois, j'étais assez insécurisée, justement en relation avec le diagnostic prénatal, mais autrement, j'ai trouvé aussi bien d'avoir toutes les possibilités.»

Dans le troisième groupe de femmes, que je rencontre assez rarement, on découvre un autre jugement: «Pour ma part, tout le suivi médical pourrait être laissé de côté. Je suis tellement contente de n'être pas allée chez un médecin pour cette grossesse. Quand ma sage-femme venait me voir, nous nous sommes

d'abord assis et avons bu un thé et ensuite nous avons parlé de tout avant qu'elle ne m'ausculte. Cela m'a fait du bien – au contraire de la première grossesse, où j'étais allée chez le médecin et étais sans cesse peu rassurée». Les femmes qui se distancient de manière si décidée et si sûre des contrôles de grossesse médicaux sont en règle générale des multipares, qui, sur la base d'une mauvaise expérience lors de leur première grossesse se sont décidées, pour leur seconde, pour un suivi par une sage-femme.

Ce dont les femmes enceintes ont besoin et ce qu'elles désirent dépend de leur statut social, de leur socialisation en relation avec leur sentiment corporel et de leur propre conscience de leur corps; il est également dépendant de leur niveau d'information et naturellement de leurs expériences antérieures, c'est-à-dire s'il s'agit de leur première grossesse ou si elles ont déjà un enfant.

### Mythe et ritualisation

Jetons maintenant un œil sur l'offre des suivis de grossesse qui attend les femmes dans la pratique gynécologique.

Les femmes enceintes recourent aujourd'hui dans une grande mesure aux examens prénataux – plus de trois quarts d'entre elles y sont tenues comme sujets à risque. Bien que de nombreuses femmes soient at-



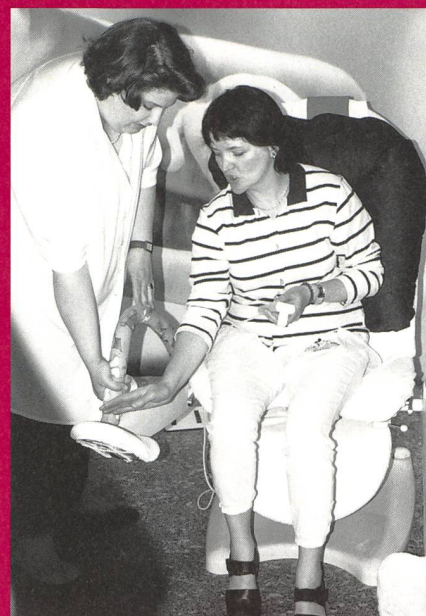
**Angelica Ensel** est docteur en ethnologie médicale, sage-femme et journaliste. Elle vit à Hambourg.

teintes, respectivement prises en charge par un accompagnement médical, cela n'a pas conduit à la réduction des risques, en comparaison par exemple avec les années cinquante, au cours desquelles le dépistage médical était encore une exception. Au contraire, le nombre des risques médicaux définis a augmenté (on pourrait se demander si le risque ne résulte pas justement du fait qu'un si grand nombre de femmes soient examinées?). De la multiplicité des examens, prescrits pour chaque femme enceinte par le passeport maternité en

# féminin?

## Congrès 2001 à Schwyz

Photos: Fabienne Gogniat Loos



Une fois de plus, les stands ont rencontré un franc succès.

Allemagne, seule une partie d'entre eux peut-être considérée comme sensés selon des critères scientifiques.

La liaison, respectivement la vision commune de ces deux phénomènes nous suggère la notion de mythe et pose naturellement la question de l'effectivité de l'accompagnement médicalisé. Entre-temps il existe à ce sujet une série d'études qui remettent en partie en question leur utilité en lien avec leur valeur diagnostique (par ex. effective care). Dans le quotidien de la pratique gynécologique, les résultats de ces études ne jouent aucun rôle. Il est ainsi clair, que lors des examens de routine du suivi prénatal, il s'agit en partie au moins d'un mythe, respectivement de rituels.

En effet, dans une perspective ethnologique, la grossesse est une situation de transition, c'est-à-dire une situation de vie dans laquelle s'annonce un seuil d'un statut social à un autre. Au début de cette phase de transition, la femme quitte sa position antérieure (stable). Elle doit alors traverser une phase qui passe par des sensations contradictoires et changeantes. A ce moment, elle abandonne sa position antérieure, sans avoir déjà atteint un nouveau niveau de vie stable. Dans cette situation incertaine et menaçante, la femme enceinte a besoin d'une personne qui l'accompagne et la guide dans ce processus.

Dans les sociétés traditionnelles, une femme enceinte reçoit un soutien émotionnel de la part de son environnement social (famille, communauté), mais aussi orientation et accompagnement à travers un modèle éprouvé. Dans notre culture, où les structures traditionnelles de la grande famille ont disparu et où les femmes enceintes trouvent rarement des modèles maternels dans leur entourage, un vide est apparu au niveau de l'encadrement. Ce vide est rempli dans un nombre grandissant de cas par le suivi de grossesse médical<sup>1</sup>.

Revenons à la question de l'offre qui est faite aujourd'hui à une femme enceinte en matière de suivis de grossesse.

Je n'aimerais pas ici examiner cette offre sur le plan de la médecine traditionnelle, en rapport avec l'efficacité et l'utilité, mais l'analyser sur le plan psychologique et l'appréhender comme une forme de la socialisation/de l'influence. Je prétends qu'une femme enceinte est dans une certaine mesure socialisée par notre culture médicale. Partant de là, j'aimerais demander: comment s'effectue cette socialisation dans le suivi de grossesse médical et qu'est-ce qu'une femme enceinte vit à travers elle? Qu'est-ce que la société attend d'elle, c'est-à-dire: quelle est l'«attitude correcte» culturellement exigée d'une femme enceinte? Et comment se présente la relation entre médecin (homme ou femme) et patiente, c'est-à-dire entre professionnel et profane?

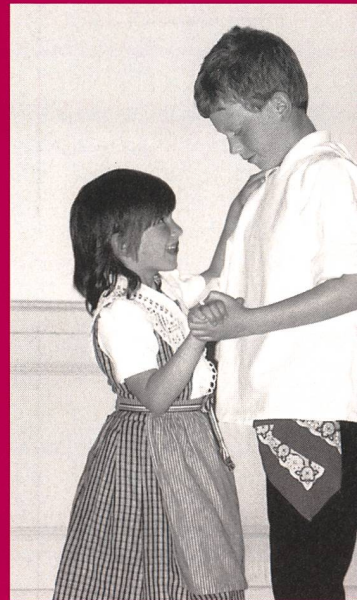
### Rituel institutionnel: première visite chez le médecin lors du premier ultrason

Une femme qui se trouve enceinte aujourd'hui est confrontée au diagnostic prénatal dès son entrée dans le suivi de grossesse médical, tout à fait naturel-

lement et sans qu'elle en soit consciente. Dans bien des cas, la constatation de la grossesse se fait déjà par l'ultrason. Cette rencontre entre médecin et femme enceinte présente deux éléments frappants.

La premier aspect: la femme «voit» son enfant sur l'écran. Bien avant de le sentir et avant même d'avoir réellement pris conscience qu'elle est enceinte. A un moment où la grossesse est encore extrêmement précaire, car la nature n'a pas encore décidé si cet enfant doit continuer à grandir ou non – bien avant que la grossesse ne soit vraiment assimilée au niveau physique et psychique, cet enfant est déjà «vu». Pas comme un petit être humain (une poupée dans la poupée), mais comme une image noir et blanc scintillant sur l'écran... donc mesurable. On dit à la femme enceinte ce qu'elle doit voir.

<sup>1</sup> Comme elles n'ont pas d'autres modèles, les femmes se définissent en règle générale par rapport à ce qu'on leur offre. Elles ne peuvent développer leurs besoins réels qu'avec leur deuxième grossesse, quand elles se sont trouvées des catégories claires.



Même si il n'y a en fait encore rien à voir sur cette image qui ressemble à un enfant (et surtout pour un œil non exercé) la «vue» de l'image de ce premier enfant est une expérience émotionnelle profondément marquante. Cette image présente un aspect de la réalité qui est très différent de la réalité de la femme enceinte et de ce qu'elle vit dans son corps et dans son âme. Sur l'image de l'ultrason, il s'agit de ce qui est mesurable et visible. Dans le vécu de la femme, les plans différents de la réalité se superposent: d'un côté l'enfant est «réel», l'image le montre bien et il a un grand effet sur les sentiments de la femme. D'un autre côté, le niveau qui met sur une image noir-blanc ce qui se joue et bouge profondément à l'intérieur d'elle n'est pas saisissable pour la femme. Elle commence juste à ce moment émotionnellement à se sentir enceinte. Sans en prendre vraiment conscience, car ici quelque chose est anticipé, ce qui d'un point de vue émotionnel n'est encore pas du tout accompli: l'approche lente de l'enfant, un processus qui peut aussi se changer en ambivalences, contradictions et autres émotions fortes. Une primipare peut difficilement se dérober au pouvoir de cette première image.

Le deuxième aspect significatif de cet événement est la relation qui se fonde ici: c'est le médecin qui montre cet enfant à la femme, il lui «offre» la première image de son enfant.

Si nous partons de l'idée que la grossesse, la naissance et les suites de couches sont, dans de nombreuses cultures et aussi dans la nôtre, considérés comme un processus de passage, parfois aussi dangereux, sont ritualisés (afin de garder sous contrôle les dangers potentiels) nous pouvons désigner l'institution du suivi de grossesse comme un rituel. Dans ce sens, la première visite chez le médecin est un rituel d'initiation, un événement accompagné de forts sentiments<sup>2</sup>. Des liens décisifs se fixent ici dans le subconscient de la femme enceinte:

1. Elle reçoit la confirmation du médecin de son état. Ce qui veut dire qu'il lui faut l'attestation médicale pour être sûre de se sentir entre de bonnes mains.
2. Cette sécurité est attestée par la technologie entre les mains du médecin.

Cela veut dire que tout deux (médecin et femme enceinte) dépendent de la mise en œuvre de la technologie afin d'être sûrs qu'il s'agit d'un processus «normal», «sain». La technologie appartient tout naturellement et dès le début à la relation entre médecin et femme enceinte, elle est un moyen nécessaire (médical) pour bien accompagner une grossesse.

Le rituel d'initiation si densément émotionnel de la première visite chez le médecin, avec l'utilisation de l'ultrason, lie la femme à la technologie et à celui qui la possède. Seul ce niveau objectivement mesurable de la réalité est alors réel. Ce rituel qui doit prouver la sécurité relève aussi du domaine du pouvoir et du contrôle. En tant que rituel d'initiation, le premier ultrason a une fonction particulière, constitutive de la relation – sur deux plans: entre le médecin et la femme, mais aussi entre la femme et son enfant<sup>3</sup>.

### **Le suivi de grossesse en tant que situation de décisions permanentes, de sécurité et d'insécurité dans le triangle relationnel médecin-technologie-femme enceinte.**

Au fil de la grossesse, les examens se répètent, avec leur rituel, à des intervalles réguliers. Et bientôt, il s'agit – aujourd'hui pour toutes les femmes – de décisions très sérieuses. Les femmes doivent se demander:

Quels examens de diagnostic prénatal dois-je laisser faire et quelles conséquences suis-je prête à en tirer?

Bien des femmes se sentent dépassées par ces décisions. Cela conduit souvent à des décisions qui ne sont pas «justes» c'est-à-dire qui n'ont pas été prises sur le fond. On évite d'en considérer les conséquences, selon la devise: «faisons faire ces examens, on verra après...».

On ne se rend alors pas compte – et cela ne peut être perçu par les femmes lors de leur première grossesse – que cette «première fois» va devenir un état permanent. Car il peut toujours arriver que l'état de «sécurité» qu'on vient d'atteindre soit ébranlé par de nouveaux résultats d'examens.

Sur les passeports maternité allemands, nous voyons clairement que le système des examens prénataux s'étale sur toute la grossesse. Il y a toujours de nouvelles étapes décisionnelles, de nouvelles incertitudes peuvent naître simplement de la variété des possibilités. Si un test s'avère positif – quand un résultat est

frappant – arrive le prochain stade décisionnel. Quand une femme très sensée décide d'éviter autant que possible les examens prénataux et ne fait faire que les trois ultrasons (prescrits en Allemagne par les directives de maternité), elle est également confrontée aux résultats des examens des ultrasons et dans le cas de résultats marquants, elle doit répondre à la question d'autres examens. Une femme décidée à ne laisser faire aucun examens prénataux doit se distancer nettement afin de ne pas se laisser prendre à l'improviste par certaines méthodes (ultrason, triple test).<sup>4</sup>

Le système à maille très fines des mesures de contrôle qui doit attester la sécurité, et qui peut pourtant conduire à l'inverse, c'est-à-dire à de l'insécurité (parfois massive, parfois seulement latente), a des effets sur la femme. Ma thèse est qu'il a un effet fort – surtout de manière inconsciente – sur l'attitude de la femme vis-à-vis de sa grossesse et sur la confiance qu'elle peut avoir en la force de la nature, envers le «potentiel» de son propre corps.<sup>5</sup>

En conséquence: les femmes enceintes ont de moins en moins confiance en le fait que leur corps fait tout seul beaucoup de choses «correctement». Dans de nom-

<sup>2</sup> Dans ce contexte, en Allemagne, la remise du passeport maternité a une forte fonction symbolique (nouvelle identité).

<sup>3</sup> Mais aussi entre la femme et la technologie.

<sup>4</sup> Et elle trouvera difficilement un médecin qui acceptera son attitude (pour des raisons juridiques et économiques).



**L'animation du samedi  
soir a remporté les  
suffrages enthousiastes  
d'une salle en délire!**

breux cas, ce sentiment n'est que temporairement présent (juste après la visite chez le médecin). Plus l'intervalle temporel de la visite chez le médecin est grand, plus l'incertitude s'installe. Ainsi les femmes voient cette visite souvent avec ambivalence: d'un côté avec attente et espoir sur la sécurité intérieure, mais aussi avec peur de nouvelles incertitudes.

Le prix payé par les femmes est élevé: car la sécurité à court terme est facilement ébranlée, elle doit sans cesse être éprouvée. La femme enceinte est émotionnellement «prisonnière» d'un système, qui rend une grande part de la conscience de son corps dépendante d'un certain suivi de grossesse médico-technologique. Pourquoi les femmes enceintes participent à ce processus? Pourquoi les sages-femmes rencontrent-elles toujours des femmes qui, après une visite chez le médecin sont désespérées et appellent en

larmes car elles sont complètement désécurisées? Des femmes qui autrement, dans leur vie privée et professionnelle, sont sûres d'elles et savent prendre des décisions de manière critique?

Nous pourrions donner ici toute une série de réponses et dans le cadre de votre vie professionnelle, vous trouverez certainement votre propre modèle de réponse. Revenons à la question de départ:

### **De quoi les femmes ont-elles besoin pour vivre leur grossesse avec sérénité?**

Je m'appuierai ici sur une recherche<sup>6</sup> qui a récemment été présentée à un colloque à l'université d'Osnabrück<sup>7</sup>. Pour établir les facteurs d'influence positive dans le courant de la naissance, les femmes ont été questionnées sur leur expérience de l'accouchement. Un résultat composé de trois paramètres qui constituent les facteurs saluto-génétiques (c'est-à-dire qui œuvrent à la promotion de la santé):

- Sécurité (émotionnelle surtout)
- Auto-détermination
- Congruence (compréhension assimilée de ce qui se passe).

Ces facteurs constituent les conditions de

base pour le bien-être des femmes pendant l'accouchement. Je suis d'avis que ce sont aussi des facteurs importants pour le bien-être pendant la grossesse. Ma thèse est qu'il existe trois paramètres élémentaires nécessaires au déroulement serein de la grossesse. Ces paramètres correspondent en partie à ces facteurs salutogénétiques:

- La régression a besoin de sécurité (émotionnelle)
  - Les rituels offrent la sécurité
  - La guidance implique la congruence
- J'aimerais ici mettre l'auto-détermination, qui a une fonction centrale dans le bon déroulement de la grossesse, sur un autre niveau, plutôt rationnel, alors que je parle ici surtout des aspects qui concernent un niveau plutôt inconscient.

Examinons encore si le suivi actuel de grossesse, et le diagnostic prénatal qui y est lié, répond à ces besoins, respectivement comment les femmes enceintes et leurs besoins s'intègrent dans l'offre qui leur est proposée.

### **La grossesse a besoin de régression et de rituels**

Les femmes enceintes sont dans un état d'ouverture, d'insécurité et de grande

<sup>5</sup> Et cela a aussi un effet sur le comportement de la femme lors de l'accouchement, mais c'est un autre thème important que je ne désire pas aborder dans ce cadre.

<sup>6</sup> Bormann, Brigitte (2001), Positive Einflussfaktoren auf den Geburtsverlauf aus der Sicht der Gebärenden. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

<sup>7</sup> Département d'enseignement de la santé et des maladies / Psychosomatique.



**Dis maman, c'est bien le spectacle, mais on mange quand???**



sensibilité. A cela s'ajoute un besoin de régression; la régression est un élément important du devenir: laisser-faire, laisser croître, lâcher prise, laisser devenir ce qui doit advenir, cela relève aussi d'un certain abandon du contrôle. Les femmes enceintes doivent abandonner une partie du contrôle sur leur corps. Leur corps a sa propre vie: quelque chose croît en elles, sur laquelle elles n'ont pas d'influence, qui se passe simplement et qui modifie leur corps. Elles font l'expérience du laisser faire, de l'abandon pour bien vivre ce passage (ainsi le système des contrôles de grossesse est en contradiction avec cet abandon nécessaire).

Le besoin de régression implique que les femmes enceintes veulent être accompagnées. Elles cherchent orientation et soutien, elles veulent être guidées. Et comme dans notre culture les femmes qui portent leur premier enfant n'ont souvent vécu de près ni une grossesse ni un accouchement, elles cherchent cette orientation dans l'institution du contrôle de grossesse médical – actuellement encore rarement auprès des sages-femmes.

A part la régression, l'état de grossesse, par nature «incertain», cherche des rituels. Comme dans notre culture les rituels traditionnels et l'accompagnement qui en faisait partie ont disparus, le suivi médical peut prendre leur place.

Etant donné que les femmes ont besoin de rituels et de soutiens rituels dans une phase de transition et d'insécurité, même des femmes par ailleurs très sûres d'elles et très responsables ne refusent pas ou très rarement les mesures médicales (ce qui souvent nous étonne et nous agace, nous autres sages-femmes).

## **Le diagnostic prénatal, rituel dans la crise de transition**

Le diagnostic prénatal s'intègre sans autre dans le besoin de rituel, de ritualisation. Son effet sur le psychisme de la femme est bien plus fort que les autres examens. La promesse de sécurité du diagnostic prénatal dit à la femme, sans l'exprimer: «Si tu fais tout ce que nous te conseillons, tu as les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé». Le rituel des ultrasons signifie: «Nous regardons si tout est en ordre». Pour le sentiment de la femme (et certainement aussi en partie pour le médecin) cela signifie aussi: «Nous regardons, pour que tout soit en ordre». Ainsi l'ultrason qui en soit est technologie et approche rationnelle, arrive sur un plan magique, totalement irrationnel. Dans cette situation émotionnelle si dense, il faudrait à la femme une grande capacité à prendre de la distance intérieure pour être consciemment rationnelle et au clair sur les possibilités et les limites du diagnostic prénatal.

Des chercheurs en sciences sociales de Göttinger, Friedrich, Henze et Stemmann-Acheampong ont examiné dans une étude empirique et qualitative (1998)<sup>8</sup> les processus décisionnels autour du diagnostic prénatal sur la base d'interviews avec des parents, des médecins et des sages-femmes. Dans ce cadre, ils ont aussi analysé les conditions-cadres du suivi de grossesse médical et élaboré le caractère rituel des examens qui y sont liés – en particulier le diagnostic prénatal.

Sur la base d'extraits d'interviews, l'étude de Göttinger montre comment les médecins prennent dans cette relation rituelle du contrôle de grossesse le rôle d'initiateurs, d'accompagnateurs dans la transition et qu'ils prétendent, dès le début de la grossesse, à la guidance de la

future mère (dans le rôle de l'initiatrice). Comme offre à la lutte contre la peur, le diagnostic prénatal s'ajoute dans le cadre d'un rituel de passage et devient un élément important dans la relation entre le médecin et la femme enceinte. Le médecin conclut un pacte avec la femme dans lequel il lui promet une bonne fin, si elle est prête à «tout faire», c'est à dire si elle accepte dans ce pacte inégal une «attitude de soumission rituelle», ce qui arrive aussi la plupart du temps obligeamment.

Le diagnostic prénatal devient ainsi un antidote ritualisé contre les tensions, les peurs et les sentiments contradictoires à l'encontre du fœtus. Remplaçant ces peurs, les données médicales comme «risque lié à l'âge» ou «trisomie» apparaissent dans la relation femme enceinte-médecin, quasiment comme symbole de ce qui préoccupe le plus les parents. A l'aide du diagnostic prénatal, les peurs mises en scène (remplacées) sont canalisées, neutralisées et deviennent maîtrisables. Dans leur contact, les deux parties sont soulagées, car elles ont fait «tout» ce qu'il fallait. Elles partent de l'idée que – c'est la fonction magique du diagnostic prénatal – une fois ces peurs mises en scène et maîtrisées, les dangers latents sont eux aussi surmontés (cette attitude deviendra problématique plus tard si un examen montre des résultats marquants).

## **Il faut démystifier le suivi de grossesse**

Si l'on considère le diagnostic prénatal comme un rituel de passage, dans lequel médecin et femme enceinte prennent des rôles déterminés, il est hautement suspect de parler de prise de décision autodéterminée. Car le concept de l'autodétermination est en contradiction avec

<sup>8</sup> Friedrich/Henze/Stemmann-Acheampong (1998): Eine unmögliche Entscheidung. Pränataldiagnostik: Ihre psychosoziale Voraussetzungen und Folgen. Berlin.

A la pause repas,  
la commission  
de rédaction  
en pleine  
discussion: quel  
exposé sera  
repris dans le  
journal?



la structure du rituel de passage, dans lequel l'initiateur joue clairement un rôle de guide, et où l'initiée est clairement dans une position subordonnée, «obéissante». Dans cette position, la liberté de décision n'existe que sur un plan très superficiel.

Le fait que le diagnostic prénatal soit lié aux moments irrationnels du rite de passage, conduit à un dilemme structurel. Une citation de l'étude de Göttinger dit: «Tant que le suivi médical de grossesse doit (aussi) couvrir les besoins émotionnels d'une crise de passage biographique, l'attitude vis-à-vis du diagnostic prénatal sera aussi en grande partie déterminé par cette structure rituelle latente» (p. 273). Cette situation ne changera que si on parvient à une «démystification», respectivement une «déréalisation» du suivi médical de grossesse, c'est-à-dire si la fonction de mentor de transition est prise en charge par d'autres instances – par exemple les sages-femmes.

### Un défi à relever

J'aimerais terminer sur ce défi lancé à notre profession. En considérant le diagnostic prénatal comme rituel de passage avec sa fonction irrationnelle et magique, je ne le vois pas seulement comme un intéressant modèle d'explication ethnologico-médical, mais aussi comme une chance pour le statut professionnel des sages-femmes. Il nous met devant la question suivante: dans quelle mesure la sage-femme – dans le système actuel des suivis de la grossesse – peut-elle prendre le rôle du mentor de transition, et par cette position, amener la femme enceinte (et son partenaire) à se remettre en question par rapport au diagnostic prénatal?

Traduction: Fabienne Gogniat Loos

## Rencontre

# Flash sur les sages-femmes luxembourgeoises

L'année dernière, c'est une représentante du Sénégal qui nous rendait visite à l'occasion du congrès à Genève. Cette année, c'est Mariette Scholtes, secrétaire de l'association des sages-femmes luxembourgeoises et sa collègue Marie-José Schmitz qui nous ont rendu visite à Schwyz. L'occasion pour nous d'en apprendre un peu plus sur une petite association, d'un tout petit pays!

### *Tout d'abord, qui es-tu Mariette?*

Je m'appelle Mariette Scholtes, 42 ans et mariée. En 1980, j'ai eu mon diplôme d'infirmière. Lors de mes études d'infirmière, j'ai dû faire un stage dans une maternité et en accompagnant les sages-femmes, j'ai tout de suite eu le coup de foudre pour cette profession, donc ... en 1982, j'ai eu mon diplôme de sage-femme. Depuis, je travaille dans une maternité (700 accouchements/an) à Esch/Alzette, située au sud du Luxembourg.

### *Peux-tu nous présenter un peu ton association?*

L'Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes a été créée en 1919 et compte 91 membres. Le comité se compose de 13 membres bénévoles dont des représentantes de chacune des sept maternités, des sages-femmes libérales et de l'école de sages-femmes. Depuis 1994, j'occupe le poste de secrétaire au sein du comité. D'après ses statuts, l'association a entre autres pour objet de défendre l'intérêt professionnel, social et économique de la sage-femme; de soutenir et de favoriser les relations avec les différentes instances gouvernementales, les employeurs et autres organisations nationales et internationales et de collaborer à la planification des programmes de formation.

Pour l'instant, l'un de nos soucis principaux est l'introduction d'une tarification des consultations prénatales. Elles sont prévues par une loi de 1995, mais vu la lenteur administrative et faute de volonté politique, les modalités d'exécutions de ces consultations ne sont toujours pas fixées et par la suite les femmes concernées ne sont toujours pas remboursées par les caisses-maladie.



Mariette Scholtes

### *Comment s'organise la formation de sage-femme au Luxembourg?*

Une condition de pouvoir suivre au Luxembourg les études de sage-femme (durée: 2 ans) est d'être en possession du diplôme d'infirmière (3 ans d'études). Ces 3 ans suivent les 5 ans d'études secondaires.

### *Qu'est-ce qui t'a particulièrement plu au congrès et qu'est-ce qui t'a moins plu...*

L'annonce de la journée «Mains de sages-femmes pour femmes enceintes - femmes enceintes entre les mains de sages-femmes» m'a tout de suite donné envie d'y participer et en effet, les conférencières brillantes ont su présenter le sujet sous différents points de vue qui m'ont marquée et qui ont été une source de réflexions. Les échanges avec les collègues sont d'ailleurs toujours d'un bénéfice indéniablement enrichissant. Mon seul regret: le temps passait trop vite!

Mes remerciements et mes félicitations pour la bonne organisation au Congrès suisse des sages-femmes. L'accueil était chaleureux.



Interview de **Clara Bucher**

## Au revoir, Madame la Présidente!

Après quatre ans à la tête de la Fédération, Clara Bucher n'a pas souhaité renouveler son mandat. Au moment de passer le relais, elle s'est prêtée au jeu des questions-réponses avec «Sage-femme suisse».

*Clara, après quatre ans de présidence, de quoi es-tu particulièrement satisfaite? Qu'est-ce qui t'a fait le plus plaisir?*

Mes satisfactions principales sont:  
 - La stabilisation financière de la FSSF  
 - Une tendance de la FSSF à se prononcer de plus en plus souvent sur des sujets politiques (initiative sur les quotas, régime du délai, etc.)  
 - L'acceptation du nouveau logo avec la mise en place d'une image uniformisée de la FSSF envers l'extérieur  
 - Le lancement du management de la qualité

*As-tu des regrets? Y'a-t-il des choses importantes que tu n'as pas réussi à faire passer?*

Rien de très concret, mais par exemple l'amélioration de l'acceptation de la profession de la sage-femme reste toujours un but...

*Quels sont tes souhaits pour le futur de la Fédération?*

Je souhaite à la Fédération de rester aussi active qu'aujourd'hui, d'être connue et d'avoir un impact important pour l'évolution de la profession.

A un niveau plus concret: je souhaite à la Fédération de pouvoir réaliser le management de la qualité avec les mesures prévues.

*Clara, nous te remercions pour ton engagement efficace à la tête de la Fédération ces dernières années et te souhaitons tout de bon pour le futur!*

Interview de  
**Lucia Mikeler Knaack**

## Bienvenue, Madame la Présidente!

Elue à l'unanimité des déléguées (111 voix), Lucia Mikeler Knaack, de Bottmingen, dans le canton de Bâle Campagne, est la nouvelle présidente de notre Fédération. «Sage-femme suisse» lui a posé quelques questions, histoire de mieux vous la faire connaître:

*Lucia, qui es-tu?*

Je suis sage-femme depuis 22 ans (diplôme en 1979 à Lucerne). Ensuite j'ai travaillé comme sage-femme durant un an à la maternité de Bâle. De 1982 à 1984, j'ai suivi la formation d'infirmière en pédiatrie à Bâle. Puis j'ai travaillé cinq ans dans la division de néonatalogie de la maternité de Bâle, dont deux ans comme responsable du service, avec une formation à l'école de cadre d'Aarau.

De 1988 à 1990, j'ai travaillé comme sage-femme dans un hôpital privé. En 1990, j'ai été co-fondatrice de la maison de naissance MuttENZ. En 1997, je me suis retirée et depuis lors je suis et accompagne comme sage-femme indépendante des femmes pendant leur grossesse, lors de leur accouchement et à l'occasion des suites de couches à domicile.

Je suis mariée et ai deux enfants: Meret 9 ans et Quirin 6 ans. Pendant mes loisirs, j'aime écouter de la musique, surtout des opéras italiens, et j'aime nager, beaucoup et souvent. J'aime recevoir des amis, j'ai de l'intérêt pour l'art lyrique et je fais du mountainbike.

La politique m'a toujours beaucoup intéressée et je m'y suis toujours engagée (syndicat SSP, membre du comité du PS dans ma commune et actuellement présidente de la commission scolaire).