

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 104 (2006)
Heft: 7-8

Artikel: Science et écoute mises en pratique : la sagesse des femmes
Autor: Page, Lesley Anne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949881>

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: 25.02.2026

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

EDITORIAL

Ceci est mon 15^{ème} numéro et mon 2^{ème} congrès FSSF. Depuis mars 2005, ma curiosité et mon attention n'ont pas faibli! Il faut dire que les débats, innovations ou interrogations qui «secouent» votre métier ne peuvent laisser indifférente la femme, mère et sociologue que je suis...



A Montreux, cette année, des visions futuristes ont même côtoyé des descriptions de projets «quelque peu audacieux» et des critiques de pratiques exceptionnelles qui tendent à devenir banales. Ainsi, le Dr. Jean Martin a rappelé que l'ectogénèse, la maternité de substitution ou le simple don d'ovules sont aujourd'hui légalement interdits, mais pour combien de temps encore?

Après un an, deux ans, cinq ans, de pratiques même les plus complexes et les plus marginales, on finit toujours par s'habituer, puis par réclamer ce qui était d'abord considéré comme «hors norme».

Et le Dr. Jean Martin de préciser: «Si, dans nos pays, les taux de morbidité/mortalité de la césarienne élective deviennent comparables à ceux de l'accouchement physiologique, cela entraîne-t-il que la pratique de l'une ou l'autre devient une pure affaire de convenance? Est-ce simplement un choix de plus que la société moderne offre à chacun(e)? Si ces taux deviennent plus bas que ceux du processus naturel, devient-il contraire aux bonnes pratiques de laisser accoucher par voie basse?» Il est devenu discutable de laisser se poursuivre par voie vaginale un accouchement de siège: Hannah et coll. (2000) ont montré que mortalité et morbidité néonatales étaient plus basses dans le groupe ayant eu une césarienne planifiée (1,6%) que dans celui où on avait poursuivi, de manière planifiée, l'accouchement par le siège (5%)... Commentaire d'un enseignant de gynéco-obstétrique: «Quand on leur dit qu'une fois sur vingt, l'accouchement par voie basse entraîne le décès de l'enfant ou des séquelles, nous n'avons plus beaucoup de candidates».


Josianne Bodart Senn
rédactrice «Sage-femme.ch»

Haut niveau

Science et écoute la sagesse des femmes

Lesley Ann Page rappelle qu'en français on parle de «femme sage» alors qu'en anglais, «midwife» signifie «avec la femme». Il lui paraît nécessaire de développer une obstétrique qui corresponde aux services de santé et aux sociétés modernes, afin de répondre aux besoins des femmes, de leurs enfants et de leurs familles. Ce qui détermine le développement de cette nouvelle obstétrique, c'est la relation entre la femme et la sage-femme, en termes de confiance mutuelle et d'intérêt de la femme. Il s'agit de combiner ces qualités avec la sagesse acquise grâce au développement de son savoir-faire, de ses propres compétences et des connaissances obtenues de la femme et de la famille.

Lesley Ann Page

LA sagesse a un sens plus large et plus profond que le simple fait d'être informé, intelligent ou instruit. La sagesse repose sur un ensemble de valeurs et de principes. Les valeurs essentielles de l'obstétrique comprennent la reconnaissance de l'importance de la qualité des soins donnés au nouveau-né, à la mère, à son partenaire, aux familles et à la société. Les sages-femmes du monde entier jouent un rôle décisif pour assurer une qualité de soins optimale aux femmes enceintes.

Dans l'introduction de la deuxième édition de «The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice» (Page and Mc Andlish 2006), la professeure Rona McAndlish et moi-même avons décrit les éléments essentiels de l'obstétrique. Il s'agit de:

- Créer une relation de confiance avec les femmes;
- Etre conscient que la grossesse, la naissance et les premières semaines de vie sont d'une importance primordiale pour le début de la vie de l'être humain et de la famille;
- Eviter tout risque en intégrant les meilleures informations issues de la recherche scientifique dans la pratique clinique;

- Acquérir les compétences professionnelles nécessaires pour fournir un soutien et des soins efficaces;
- Promouvoir la santé et le bien-être.

1. Créer une relation de confiance avec les femmes

Dans toutes les sociétés humaines, l'obstétrique a débuté avec une femme de la communauté qui aidait sa famille, ses amies et ses voisines au moment de la naissance. Ces femmes accompagnaient les parturientes avec une grande sensibilité et beaucoup de compétences. Même lorsque l'obstétrique s'est professionnalisée les sages-femmes sont restées, dans de nombreuses régions du monde, rattachées à la communauté.



Lesley Ann Page, professeure à l'Ecole Nightingale d'infirmières et à l'Ecole de sages-femmes, King's College, de Londres. A publié «The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice».

Depuis quelques dizaines d'années, avec l'avènement de la naissance dans le milieu hospitalier, de plus en plus de sages-femmes sont liées à l'hôpital et travaillent dans des services et des départements, soit des structures fragmentées. Il est ainsi devenu difficile de préserver ces relations privilégiées qui forment la base de l'obstétrique. Pourtant, de grands efforts ont été entrepris dans le monde pour trouver des stratégies permettant aux sages-femmes de

mises en pratique: mes

développer un système de soins continus afin de suivre la femme dans un système de soins, plutôt que de la faire traverser différentes équipes et côtoyer différents professionnels.

Le système de la continuité des soins, où la parturiente est suivie par une sage-femme attitrée pour la plupart des soins, est important pour que la femme et sa sage-femme puissent développer une relation de confiance mutuelle. Les systèmes qui fonctionnent le mieux sont ceux où les sages-femmes travaillent en petits groupes, dans des centres médicaux. Tandis que la plupart des soins sont donnés par la sage-femme attitrée, les sages-femmes travaillent à deux ou à trois, ce qui donne à la parturiente la possibilité de faire la connaissance des autres sages-femmes du groupe, en plus pour l'organisation des tournus. En effet, s'il est important que les sages-femmes soient flexibles, elles doivent aussi pouvoir s'organiser en respectant leurs besoins tant professionnels que personnels.

Quand le système de la continuité est vraiment réalisé, les évaluations montrent un accroissement des accouchements physiologiques et une réduction du nombre de césariennes, de naissances instrumentales et d'épistiotomies. On observe également une baisse du recours à l'analgésie, pérudurale comprise. En outre, les femmes suivies dans un système de continuité des soins expriment une plus grande satisfaction et leur réponse aux soins est plus positive (McCourt et al., 2006).

La relation entre les femmes et leur sage-femme a été étudiée dans une

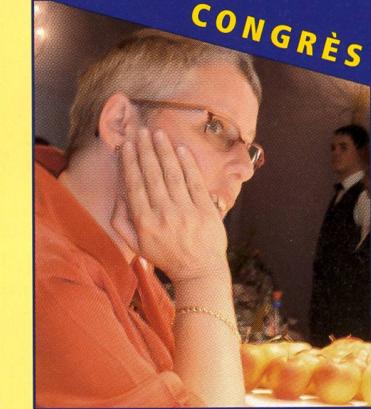
multitude de recherches et d'études. Il va de soi qu'une communication ou des contacts négatifs avec le personnel soignant auront des effets extrêmement puissants. Une relation positive consistera à soutenir les femmes sans réduire son autonomie. Cet aspect est particulièrement important lorsqu'on aide les femmes à prendre des décisions concernant leur prise en charge. La Néo-zélandaise Sally Pairman (2006) dit que l'obstétrique est la relation qui lie la femme et la sage-femme. Nicky Leap and Nadine Edwards (2006) décrivent une façon d'aider les femmes à prendre des décisions au sujet de leur prise en charge mettant en lumière les relations de pouvoir dans lesquelles nous travaillons.

Les femmes perçoivent le vécu d'une relation positive avec leur sage-femme comme une fin en soi. Citons à cet égard une femme suivie par une sage-femme attitrée (one-to-one), 'ma sage-femme faisait partie de la naissance, du nouveau-né' (2000). Pour moi, la sage-femme est une personne compétente qui accompagne les parents sur le chemin qui les mène à leur nouvelle vie de parents. Elle les soutient en route, tout en reconnaissant que le voyage appartient aux parents. Un grand nombre de sages-femmes et de femmes décrivent cette relation comme une amitié, mais une amitié avec un but. C'est un partenariat.

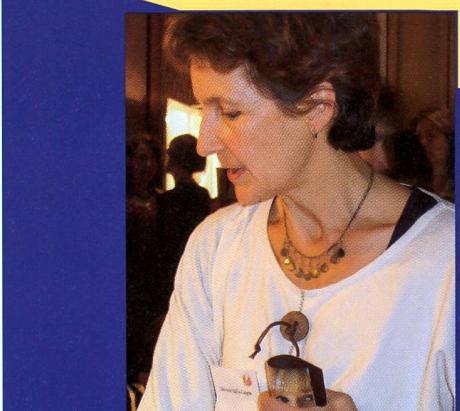
2. Etre conscient de l'importance de la naissance

L'amour qui lie la mère, le nouveau-né, le père et la famille est crucial pour la survie de l'enfant à long terme. Le bébé dépend totalement des soins prodigués par l'adulte, et ce, pendant plus longtemps que pour toute autre espèce. C'est cet amour qui permet aux parents et au personnel soignant de répondre aux besoins de l'enfant. L'établissement d'un lien sécurisant, mère-père-enfant, crée le modèle sur lequel les relations futures seront construites.

La réalisation de cet attachement est affectée par le propre vécu des parents, les circonstances de leur vie, le tempé-



Un vent nouveau...



CD-rom

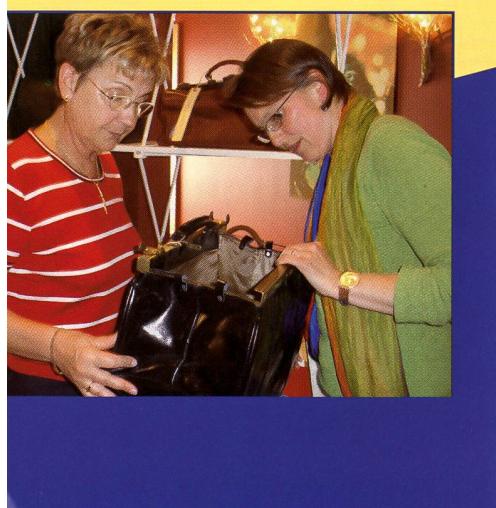
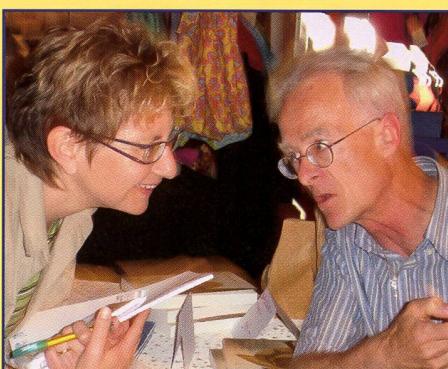
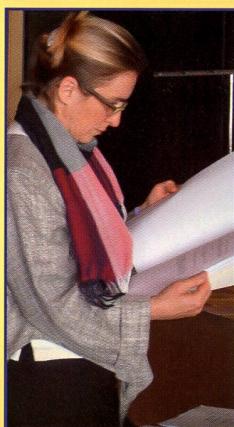
Les actes du congrès

Un CD-rom contenant les actes du congrès suisses des sages-femmes 2006 peut être commandé auprès de Anne Lagger, Grand'Rue, 1442 Montagny sur Yverdon.

Prix: CH 19.- (plus port).



...pour évaluer



rament de l'enfant et le soutien qu'ils reçoivent. Si la sage-femme ne peut pas compenser les blessures d'une vie, voire de plusieurs générations, elle peut néanmoins, par une relation positive et respectueuse, offrir à la mère une expérience d'attention que celle-ci pourra reprendre dans sa relation avec son enfant. En revanche, si la relation avec la sage-femme est négative et que la mère souffre déjà d'une carence parentale, les effets seront encore pires. La sage-femme doit être consciente que l'expérience que les parents ont eue avec leurs propres parents a une forte influence sur leur capacité à créer des liens «sécurisés». Elle doit également garder à l'esprit combien les soins de qualités sont essentiels au moment de la naissance (Redshaw, 2006).

Puisque la famille constitue la base de la santé et du bonheur futurs, la naissance, qui est le début d'une nouvelle vie de famille mérite une reconnaissance toute particulière. La naissance de l'enfant est, en même temps, la naissance de la mère. Il existe donc une relation entre notre façon de soigner les femmes et leurs familles et leurs compétences et estime d'elles-mêmes en tant que parent.

3. Intégrer les meilleures informations scientifiques

Il est important de reconnaître que ce que nous faisons peut faire du bien ou du mal. Dans les systèmes de santé actuels où le besoin d'efficacité va de pair avec le choix de priorités, il est crucial de pouvoir se focaliser sur les choses essentielles. Les sages-femmes ont pris les devants dans la recherche portant sur l'évaluation des soins, leurs applications pratiques et des traitements. Elles ont également développé l'un des premiers comptes-rendus de recherche dans le monde avec la création de MIDIRS, un service de recherche et d'information pour les sages-femmes.

La capacité d'utiliser les meilleures informations (résultats de recherches, grands principes et examens cliniques) est une compétence importante de la sage-femme. Une autre aptitude de la sage-femme est de savoir appliquer cette information et d'aider la femme à affirmer ses valeurs, ses désirs, ses espoirs mais aussi à affronter ses peurs afin d'arriver à la prise en charge la plus adaptée à ses besoins. Pour y arriver, j'ai développé une approche appelée les cinq étapes de l'obstétrique basée sur la recherche (evidence-based midwifery). Cette démarche permet à la

sage-femme d'utiliser la science en plus de sa sensibilité afin de pouvoir répondre aux besoins individuels des femmes.

Cette démarche comprend les étapes suivantes:

- Savoir ce qui est important pour la femme et sa famille;
- Utiliser les informations de l'examen clinique;
- Rechercher et évaluer des études pour aider la femme dans ses décisions;
- En parler avec la femme;
- Prendre le temps de réfléchir aux sentiments, à l'aboutissement et aux conséquences.

J'ai décrit cette démarche pour la première fois quand j'ai raconté l'histoire de Jane. J'avais déjà accompagné Jane lors de ses accouchements précédents. A cette époque, malgré sa grande multiparité, elle désirait vivement accoucher de son 7e enfant à domicile. J'ai étudié la littérature sur les complications liées à la multiparité, surtout en ce qui concerne l'hémorragie du post-partum. On m'avait toujours dit que les femmes qui avaient eu plus de cinq enfants étaient susceptibles de souffrir d'une hémorragie post-partum. Or j'ai été très étonnée de constater que peu d'études confirmaient cette croyance.

Cet exemple démontre l'importance de connaître la femme sur une longue période. Il est impossible de connaître ses besoins et ceux de sa famille en une seule consultation, ou après plusieurs consultations si celles-ci sont effectuées par différentes sages-femmes. Connaître les désirs de la femme est aussi important, sinon plus, que les renseignements qui permettront de prendre une décision. Les antécédents et les examens ont bien entendu toute leur importance. Dans le cas de Jane, j'ai tenu compte des hémorragies de post-partum antérieures, du poids de l'enfant, de l'état de santé général et du taux d'hémoglobine. Il faut du temps pour chercher et trouver les résultats issus de la recherche et c'est parfois difficile. Les sources comme MIDIRS avec les fiches et les bases de données sont utiles seulement si elles répondent aux questions cliniques déterminantes (www.midirs.org).

Lorsque l'on transmet les résultats, on peut se retrouver face à une femme instruite utilisant couramment Internet ou face à une femme de langue étrangère, qui a de la peine à lire dans sa propre langue. Jane était intelligente et pragmatique et il n'a pas fallu de longues discussions pour résumer les résultats de mes recherches. La

phase de réflexion est importante. Parfois, le fait d'aller à contre-courant peut créer des difficultés pour la sage-femme. La femme aura aussi son propre sentiment sur la manière dont elle a été prise en charge. Partager ces réflexions avec la parturiente ou avec une collègue est une bonne manière d'apprentissage mais ce n'est pas toujours facile.

4. Acquérir des compétences professionnelles

Bien que la relation entre la mère et la sage-femme soit fondamentale, il est bien entendu crucial que les sages-femmes aient les capacités nécessaires pour faire une bonne appréciation clinique, pour identifier les problèmes et pour agir en cas d'urgence. Dans le monde actuel, la pratique du métier de sage-femme est plus complexe que jamais. Le taux d'interventions est élevé presque partout dans le monde, et si l'enfant développe une paralysie cérébrale après une période d'asphyxie, tout comme pour les autres professions, les sages-femmes risquent des poursuites judiciaires. Il est important que les sages-femmes sachent comment éviter l'utilisation inappropriée de la technologie, comme l'utilisation routinière du cardiotocographe. Elles doivent donc être à même de pratiquer des auscultations intermittentes. Elles doivent aussi être capables de s'occuper des parturientes sous périndurale, de celles qui ont besoin d'un monitoring ou d'une provocation. Cela implique qu'il faut être à jour avec les connaissances techniques et manuelles et savoir gérer

des informations complexes, souvent dans des situations aiguës.

Le soutien de la femme lors d'un accouchement physiologique est une compétence qui s'est perdue dans bien des endroits. Pourtant, la compréhension et les connaissances sont en train de se développer rapidement dans ce domaine (Lavendar and Kingdon, 2006). Pour être capable de rester avec une femme qui accouche, la soutenir, l'aider à supporter la douleur tout en surveillant le cœur fœtal et savoir utiliser la baignoire ou l'encourager à adopter différentes positions, il faut beaucoup d'habileté, de persévérance et de confiance. Ceci peut être particulièrement difficile dans les hôpitaux, où les périndurales sont encouragées et où le soutien à l'accouchement physiologique ne fait pas partie de la culture.

5. Promouvoir la santé et le bien-être

La société moderne se caractérise par une grande mobilité, des inégalités sociales et économiques et une fragmentation de la famille. Dans des pays tels que le Royaume-Uni, il y a une grande diversité sociale et ethnique. Le service que je gère, s'occupe de femmes très pauvres, de victimes de violences conjugales, de réfugiées ou de requérantes d'asile. Un grand nombre de ces dernières sont enceintes suite à des viols commis dans le pays qu'elles ont fui, et souvent dans un contexte de guerre. Ces femmes sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'être accompagnées par des personnes extrêmement habiles, capables de reconnaître les effets de leur traumatisme (Dunkley-Bent, 2006).

Si on attend des sages-femmes qu'elles contribuent à réduire les inégalités qui se produisent suite à des privations de nature sociale et économique, ou pour des raisons ethniques, y compris par manque d'éducation, il est nécessaire que l'obstétrique soit intégrée dans une nouvelle perspective de santé publique.

Il faudrait que cette nouvelle perspective prenne en considération les populations et les communautés plutôt que les individus et qu'elle mette l'accent sur la prévention. Les thèmes centraux de cette nouvelle perspective de la santé publique sont l'identification des femmes victimes d'abus ou de violence, la protection des enfants qui risquent d'être négligés ou abusés, le soutien pour arrêter de fumer et la prise en charge des toxicomanes, des alcool-

Canada

Le principe de la chambre unique

«Avoir le bébé avec nous autres...» Tel est le principe de la chambre unique traduit dans les termes parentaux dans l'Estrie et la région de Sherbrooke. Plus exactement, dès que la future mère est admise au CHU et jusqu'à son congé (48 heures après la naissance, 72 heures en cas de césarienne), ce sont les intervenants et les soignants qui se déplacent ainsi que tout le matériel nécessaire, et non plus la future mère (puis la jeune mère et l'enfant). C'est aussi la même infirmière qui s'en occupe durant son «quart» (un peu plus de 7 heures). Autre nouveauté: le bébé reste 24 heures sur 24 dans la chambre unique: on peut ainsi y observer et soutenir, au cas par cas, les premières compétences parentales.

C'est à l'occasion d'une fusion entre deux hôpitaux (un en ville, l'autre en campagne) en avril 1997 que le principe de la chambre unique a été appliqué. A l'époque, il s'agissait de faire naître quelque 5000 bébés par an; aujourd'hui, ils ne sont plus que 3000. Après une année de fonctionnement, en 1998, une évaluation avait été réalisée auprès de la clientèle: si les multipares regrettaiient l'ancien système, les primipares en étaient très satisfaites.

Du côté du personnel, le problème le plus épineux fut celui de la communication. Un traitement actif de la résistance a été entrepris pour faire évoluer les pratiques. Un programme d'aide à la gestion du stress a même été offert. La mise à jour des connaissances et des pratiques est désormais obligatoire. Cette mise en œuvre a nécessité 18 mois de préparation et 4 à 5 ans d'implantation pour atteindre un changement stabilisé.

Précisons encore que, jusqu'à présent, ce sont des infirmières qui accompagnent les naissances. Dès l'automne 2006, un nouveau changement sera introduit: des sages-femmes indépendantes pourront venir aider leurs clientes; elles ne seront pas sous contrat salarié; elles loueront le lieu et le matériel pour pouvoir exercer avec un maximum de sécurité.

*Manon Lachappelle, directrice
Programme Femme Jeunesse Famille,
Sherbrooke, Québec.*

Exposition commerciale

Merci à Present-Service

Depuis plusieurs années, comme lors de ce congrès 2006, la firme Present-Service a pris en charge l'organisation de l'exposition commerciale. Un travail considérable pleinement réussi, pour lequel nous remercions chaleureusement Present-Service! Nos remerciements s'adressent également aux nombreux exposants pour leurs produits intéressants et agréablement présentés!

Fédération suisse
des sages-femmes



Les organisatrices ont tout fait pour qu'une ambiance chaleureuse et colorée imprègne le Congrès de Montreux. Elles ont réussi et nous les en remercions vivement.

liques et de leurs familles. Si l'on veut réduire les inégalités en matière de santé, il est primordial de savoir aider les femmes à arrêter de fumer et de promouvoir et de soutenir l'allaitement.

Une relation positive avec les femmes

Avant de terminer, je voudrais mentionner le travail important qui se fait pour soutenir les sages-femmes pour qu'elles puissent à leur tour aider les femmes. Beaucoup de sages-femmes travaillent dans de grandes institutions, où elles se sont détachées de leurs collègues et des familles qu'elles doivent soutenir. Deery et Kirkham (2006) ont décrit ce qui incite la sage-femme à devenir sage-femme et à le rester. En général, elles veulent faire au mieux, elles veulent que leur intervention fasse une différence dans la vie des personnes qu'elles soignent et elles veulent travailler de façon rigoureuse. Une des principales sources de satisfaction est d'avoir une relation positive avec les

Procréation médicalement assistée

L'hypofertilité engendre des compétences nouvelles

L'émergence de la procréation médicalement assistée (PMA) a provoqué de nouvelles représentations de la conception, de nouvelles voies de réactivation émotionnelles, de nouveaux concepts d'accompagnement psychologiques et... des bébés comme les autres!

Alors que la fécondation in vitro se pratique en Suisse depuis plus de 20 ans, on constate encore des difficultés chez certains couples à accepter cette technique dans sa réalité scientifique et sociale. Ces difficultés peuvent se comprendre, puisque la procréation se déroule généralement dans la plus grande intimité et peu de couples se penchent sur les détails de la conception avant qu'ils soient concernés par l'hypofertilité. A travers la PMA, ces détails sont projetés aux devants de la scène et en plus, sous la loupe!

Sur le site du CPMA, vous trouvez un petit film d'environ une minute qui montre l'éclosion d'un embryon. On y voit l'évolution des cellules embryonnaires, depuis le stade deux cellules (environ 24 heures après la pénétration du spermatozoïde dans l'ovocyte) jusqu'au stade de blastocyste (6 jours après). Avec une image prise toutes les

six heures, on observe la dynamique de la division cellulaire, l'accélération du développement avec le nombre de cellules qui augmentent, la tension exercée sur la membrane pellucide qui entoure l'embryon, puis l'éclosion. C'est une première naissance, intra-utérine, où l'embryon quitte sa membrane protectrice et devra alors effectuer sa nidation dans l'endomètre. Lors d'un traitement par fécondation in vitro, si plusieurs tentatives de transfert d'embryon n'aboutissent pas à une nidation, on peut, dans certains cas, proposer l'éclosion assistée. Il s'agit de faire un trou au laser dans la membrane pellucide pour faciliter la sortie de l'embryon.

L'Unité de Médecine de la Reproduction (Prof. M. Germond), le Service de Psychiatrie de Liaison (Prof. P. Guex) et le Planning Familial ont travaillé ensemble pour développer un concept de prise en charge préventif. L'accompagnement du couple commence par un entretien avec une conseillère spécialisée (psychologue, conseillère ou médecin). Les deux conjoints sont encouragés à participer à cet entretien par leur médecin gynécologue avant le début

des traitements. Les objectifs sont: s'occuper de l'état émotionnel du couple, favoriser le partenariat avec l'équipe soignante, évaluer les difficultés de la future parentalité.

L'entretien dure environ une heure et se déroule selon un modèle de narrativité. La conseillère invite les partenaires à raconter leur histoire d'hypofertilité en relation avec les histoires personnelles, de couple, et familiales. Cette narration permet aux conjoints de ressentir la manière dont ils contrôlent leurs histoires. C'est important, car dans cette médecine particulière, les couples peuvent se sentir d'abord impuissants face au coup du sort que représente l'hypofertilité, puis ils se soumettent à des investigations plutôt intrusives, puis ils sont encouragés à participer à la décision du traitement. L'entretien vise aussi à aider les conjoints à mobiliser les ressources qui ont pu les aider à faire face à d'autres moments difficiles de la vie.

Les conjoints qui réussissent, grâce à ces techniques, à obtenir une grossesse, vont aborder leur préparation à la naissance avec une perspective différente que les couples ayant pu concevoir dans

femmes. Dans de nombreux pays, dont le Royaume-Uni, il est devenu difficile de recruter et de garder les sages-femmes. Elles ont même quitté certains services parce qu'on n'a pas reconnu leur contribution ni leur besoin de travailler d'une manière optimale. Il est indispensable de développer une culture positive et d'aider les sages-femmes à être de vraies sages-femmes si l'on veut garantir la survie de la profession et la bonne prise en charge de la parturiente.

Un rôle capital dans la société

La sage-femme, la femme sage qui travaille avec les femmes et leurs familles pour les aider à mettre au monde leurs enfants, joue un rôle capital pour nous tous. Les organisations qui aident les sages-femmes à développer leurs compétences revêtent elles aussi une extrême importance. Il est clair qu'un peu partout dans le monde l'obstétrique vit un renouveau pour ré-

pondre aux besoins de la société moderne. L'obstétrique recèle le potentiel qu'il faut pour aider les femmes et les familles à être fortes, efficaces et capables de mettre au monde et de soigner au mieux leurs enfants. Au centre de cette démarche se trouve le besoin de développer et d'utiliser les connaissances, de travailler en collaboration avec les femmes que nous soignons, avec nos collègues et avec les autres professionnels. La naissance d'un enfant devrait être un moment de joie, et je souhaite que toutes les sages-femmes ici présentes aient la chance de vivre cette joie au moment où elles participent à la naissance d'une nouvelle vie.

Traduction française: Éléanore Hickey, sage-femme; Nicole de Marta, interprète.

Références

- Deery R and Kirkham M (2006). Supporting midwives to support women. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 125-141 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Dunkley-Bent (2006). Reducing inequalities in childbirth: the midwife's role in public health. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 49-73 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Lavendar T and Kingdon C (2006). Keeping birth normal. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 333-359 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Leap N and Edwards N (2006). The politics of involving women in decision making. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 49-73 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- McCourt C (2006). Becoming a parent. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 49-73 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- McCourt C, Stevens T, Sandall J, Brodie P (2006). Working with women: developing continuity of care in practice. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 141-167 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Page LA (ed) (2000). The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. Churchill Livingstone, Edinburgh.*
- Page LA and McAndlish R (eds) (2006). The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Page LA (2006). Being with Jane in childbirth: putting science and sensitivity into practice. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 359-377 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Pairman S (2006). Midwifery partnership: working with women. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 73-97 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*
- Redshaw M (2006). First relationships and the growth of love and commitment. In Page LA and McAndlish R (eds) The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice. P 21-49 Elsevier, Oxford, UK (due out in August).*

l'intimité. Les émotions vécues durant la grossesse peuvent réactiver les émotions associées à des expériences vécues antérieurement. Les parents infertiles qui vivent une grossesse et un accouchement portent tous une histoire émotionnelle focalisée sur la procréation. Cela peut avoir des effets sur le vécu de la grossesse, comme certaines femmes qui ne se permettent aucune plainte car «elles ont tellement désiré cette grossesse» ou d'autres qui sont à tout moment anxieuses de perdre cette grossesse acquise après tant d'efforts.

Mais les couples ayant un parcours de PMA ont aussi souvent acquis des compétences dans la mobilisation de leurs ressources personnelles et dans le couple, qui ont aidé à traverser des moments difficiles. Ils ont également appris comment être partenaires d'une équipe soignante et même parfois à demander une assistance psychologique en cas de besoin. Si l'on détecte, en tant que professionnel, des réactivations émotionnelles en lien avec une histoire d'hypofertilité ou de PMA, on peut les nommer, les dédramatiser et elles deviendront plus supportables pour toutes les personnes concernées.

Dr. Marysa Emery,
Centre de PAM à Lausanne.

