**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:** 90 (1992)

**Heft:** 12

**Artikel:** Sage-femme en Suisse

**Autor:** [s.n.]

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-951434

**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:** 15.07.2025

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

# Sage-femme en Suisse

A la veille de la construction d'une Europe, la CJ a estimé opportun de redonner ici une description de l'état de notre profession et de comparer les conventions tarifaires des SFI d'un canton à l'autre.

En ce qui concerne les données romandes, j'ai puisé l'essentiel de l'information dans le communiqué de presse élaboré à l'occasion de la 1ère journée mondiale de la sage-femme du 5 mai 1991.

## ● Formation de la sage-femme en Suisse

La formation de base dure trois ans et peut être effectuée à Genève, Berne, Lucerne, St-Gall ou Coire. Les infirmières diplômées (soins généraux ou hygiène maternelle et pédiatrie) peuvent acquérir le diplôme de sage-femme à Lausanne ou Zurich, après une formation complémentaire de 18 mois.
Le choix des candidates est fonction des exigences de la Croix-Rouge Suisse (CRS) et de la demande de la population (soins obstétricaux complets avec surveillance obstétricale minutieuse en collaboration avec l'équipe médicale). La formation est reconnue par la CRS.
Depuis 1987, les écoles de cadres de Lausanne et d'Aarau offrent aux sages-femmes diplômées une formation supérieure permettant d'approfondir leurs connaissances dans les domaines suivants:

- soins de santé primaire en obstétrique
- connaissances spécialisées théoriques et pratiques
- rôle de la sage-femme en tant que conseillère et enseignante
- pratique obstétricale extra-hospitalière
- soins obstétricaux
- A la fin du cours, les participantes recoivent un certificat signé par les instances de surveillance, soit la CRS et la présidente de l'ASSF.

### Perspectives

La formation de base et les possibilités de formation permanente se sont développées et améliorées. Sur le plan concret, les sages-femmes devraient s'engager davantage au niveau des instances politiques, des autorités sanitaires et de la formation des adultes, car nous situons notre travail dans le contexte plus général de la prévention de la santé. Cette évolution est indispensable si nous voulons atteindre les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la «Santé pour tous en l'an 2000». Nous voulons défendre le droit d'exercer notre profession de manière autonome à l'intérieur comme à l'extérieur des hôpitaux. Nous tenterons aussi d'obtenir le libre-passage pour les sages-femmes suisses qui désirent travailler dans un pays d'Europe ou d'outre-mer.

## ● Notre association de sages-femmes et les relations extérieures

L'ASSF existe depuis 1894. Elle compte environ 2300 membres réparties en 14 sections autogérées. Les décisions générales sont votées en assemblée des déléguées.
L'ASSF est membre de la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM), ce qui nous offre des possibilités d'échanger nos expériences avec des sages-femmes du monde entier.
Une déléguée représente notre association aux congrès internationaux, de même que les membres de l'ASSF intéressés.

## ● Le contexte légal de l'activité de la sage-femme
## Synthèse et comparaison d'un canton romand à l'autre (1)

### Similitudes

Le champ d'activité de la sage-femme est pratiquement le même dans chaque canton: la sage-femme dispense des soins à la femme enceinte, à la parturiente, à l'accouchée et au nouveau-né, dans le cadre d'un déroulement normal de la grossesse et de l'accouchement. Seule la législation neuchâteloise ne définit pas le champ d'activité de la sage-femme.

Toutes les législations cantonales, excepté la loi vaudoise, prévoient également l'organisation d'un cours de recyclage et/ou de formation continue et en règlent les modalités.
Les conditions mises à l'octroi de l'autorisation de pratique sont aussi relativement semblables dans les cantons romands. Elles comportent généralement:

- une bonne santé physique et mentale,
- l'exercice des droits civils,
- le respect des dispositions légales concernant l'exercice de la profession et des devoirs professionnels qu'il implique,
- la possession d'un diplôme reconnu.

Tous les cantons imposent des obligations administratives aux sages-femmes qui pratiquent sur leur territoire (inscription, information de tout élément pouvant modifier l'inscription, tenue d'un registre d'accouchement, etc.)

### Divergences

Si elle diverge peu dans son contenu, la forme de la définition de l'activité de la sage-femme diffère beaucoup d'un canton à l'autre. Ainsi, on peut comparer l'absence de définition du champ d'activité par la législation neuchâteloise à l'extrême précision des lois fribourgeoises à ce sujet.
Les prescriptions divergent également en ce qui concerne l'action en cas d'urgence. Certains cantons (Jura, Neuchâtel, Valais) n'en ont fixé aucune. D'autres l'ont fait de manière plus ou moins précise: cela va des «soins curatifs» de la loi vaudoise à la liste exhaustive de la loi genevoise (la sage-femme peut «expulser le placenta par des manoeuvres externes, administrer des utéro-contractants intraveineux et placer une perfusion en cas d'hémorragie du post-partum, ...»).
Les cantons n'ont pas non plus les mêmes exigences pour la formation complémentaire et/ou le recyclage: elles vont d'un cours tous les cinq ans (Genève, Jura) à rien du tout (Valais, Vaud) pour la première, et d'un recyclage prévu après un arrêt de trois ans (Valais) à l'absence de réglementation sur le sujet (Vaud, Neuchâtel, Jura, Fribourg) pour le deuxième.
De même, le droit de prescription est parfois libre (Fribourg), parfois limité (Vaud, Neuchâtel), parfois inexistant (Jura).

Parmi les particularités, on notera avec intérêt les objets suivants.
Dans la législation valaisanne, la sage-femme peut participer à des tâches de santé publique dans le cadre de l'organisation médico-sociale. Ceci constitue certainement un développement intéressant de l'activité traditionnelle de la sage-femme.
La législation jurassienne (projet) subordonne l'octroi de l'autorisation de pratique (à titre indépendant) à la conclusion d'une assurance responsabilité civile professionnelle. A l'heure où tous les actes, et a fortiori les actes touchant au domaine de la santé, peuvent avoir des implications économiques importantes, on peut espérer que toute sage-femme indépendante aura songé d'elle-même à contracter une telle assurance.

**Analyse**
Il est certain que la date d'entrée en vigueur de la loi est déterminante pour un certain nombre de choses, tant il est vrai que la législation se voit modifiée au fil des événements et des besoins qui évoluent.
Ainsi, par exemple, l'appartenance au corps médical se rencontre dans des lois relativement anciennes, en voie de révision (Fribourg, Jura). Les lois plus récentes font de la sage-femme un membre du corps médical auxiliaire qui exerce une profession de la santé.

Cependant, partout la sage-femme est habilitée à assumer seule la responsabilité de tout événement physiologique entourant la grossesse, l'accouchement et le post-partum précoce, et à collaborer avec le médecin dès l'apparition d'une quelconque pathologie. C'est bien là le principal de la définition de son activité.

J'ai posé comme première hypothèse l'existence d'un cadre légal qui définisse précisément l'exercice de la profession de sage-femme. La lecture des différentes législations cantonales confirme la réalité de ce cadre légal. Il faut cependant noter l'exception neuchâteloise, ce canton ne définissant pas précisément le cadre de cette profession. Ce manque singulier m'a fait douter d'avoir vraiment tous les textes légaux en ma possession, mais une nouvelle demande n'a pas permis d'en obtenir de supplémentaire.

La comparaison de ces différentes lois faisait l'objet de ma seconde hypothèse: j'ai postulé qu'il ne devait pas y avoir de différence notable de définition de l'activité de la sage-femme dans les cantons romands.

Il me semble que l'on peut dire que, globalement, le travail de la sage-femme est en théorie le même dans toute la Romandie. Mais les différentes formes des textes examinés et tous les particularismes cantonaux rendent difficile la perception de la réalité. En effet, comment comparer un texte fribourgeois qui définit le travail de la sage-femme de manière très précise, voire directive, avec une loi valaisanne relativement floue et restant souvent au niveau des généralités?
Dans quel cadre vaut-il mieux évoluer? Avec ou sans garde-fou? Cela pourrait être le sujet d'un autre travail de recherche, certainement très intéressant.

Extraits de l'article de Lilian **Maury Pasquier,** sage-femme, dans le *Journal de la sage-femme* no 3 – 1989

## Aspect financier de l'activité de la sage-femme indépendante

Pour nous permettre d'avoir une vue globale des conventions et tarifs négociés entre les différentes sections et les caisses-maladie de leur canton respectif, nous avons conçu un tableau récapitulatif sur l'ensemble de la Suisse: tableau p 16 et 17 de ce numéro.

**Philosophies obstétricales**
Les données exposées jusqu'ici pourraient servir d'outils de travail dans certaines de nos négociations, de notre lutte pour la défense de notre profession; maintenant j'aimerais vous faire part, sur un ton un peu plus polémique, de quelques réflexions de Corinne Baehler parues dans son travail de fin d'études de sage-femme infirmière et qui soulèvent l'éternelle opposition entre la vision obstétricale du médecin et celle de la sage-femme:
«J'opposerai deux tendances qui sont diamétralement opposées: les uns considèrent qu'une grossesse ou qu'un accouchement ne peut être envisagé comme normal qu'**a posteriori:** ils ont donc une attitude beaucoup plus interventioniste, alors que les autres estiment que le processus de la maternité peut être **a priori** considéré comme normal, à moins toutefois d'une complication.

Cette attitude optimiste et confiante est considérée comme de l'insouciance et de l'irresponsabilité par les partisans de la première tendance. Les partisans de la seconde reprochent aux premiers de faire de l'«oppression technique» dans les maternités, d'être responsables de la «iatrogénèse» de l'angoisse, de la douleur et de l'inadaptation. Ivan Illich disait: «La société qui pourra réduire l'intervention des professionnels au minimum fournira à la santé ses meilleures conditions.»

Je crois rester objective en disant que le corps médical adhère en général à la première tendance et les sages-femmes à la seconde. Cela s'explique très bien par nos formations qui diffèrent: les médecins apprennent la pathologie et, pour eux, l'obstétrique est une spécialité au même titre que la rhumatologie, la traumatologie ou l'endocrinologie. Ils ont des patients devant eux pour qui il faut poser un diagnostic et instaurer un traitement. Ils interviennent par une **action** médicale. La sage-femme, elle, apprend la pathologie pour pouvoir déterminer où s'arrêtent ses compétences et, ainsi, en référer au médecin. Mais son domaine d'action, c'est la physiologie, et **si le «normal» ne peut exister qu'à l'imparfait, la sage-femme n'a plus de raison d'être.** Si les enseignants des écoles de sages-femmes pensaient comme les médecins, ils fermeraient leurs portes ou transformeraient leurs institutions en «écoles d'auxiliaires techniques en salle d'accouchement». En effet, puisque le médecin est indispensable, même lorsque tout va bien, la sage-femme devient trop compétente, superflue en terme d'économie: deux personnes compétentes auprès d'une parturiente, ce n'est pas rationnel. Pour moins de frais, on devrait alors, selon ce point de vue, remplacer la moins compétente par un «auxiliaire technique en salle d'accouchement» qui exécuterait les ordres médicaux et resterait auprès de la parturiente pendant la phase de dilatation.

Certains diront que la sage-femme ne doit pas penser qu'à accoucher, que

son champ d'activités est vaste, et qu'elle doit penser à son rôle éducatif et de soutien psychologique, puisqu'en définitive, c'est là sa place. A cela, je répondrai que c'est certainement complémentaire: la naissance est un processus continu, de la préparation à l'accouchement au post-partum, et le rôle de la sage-femme est justement d'accompagner harmonieusement cette continuité en évitant les ruptures et les barrières. L'idéal est de pouvoir suivre les femmes d'un bout à l'autre du processus.» ☐

## Nouvelles de l'ICM

# Les Femmes, la Santé et le Développement

En mai 1992 eut lieu la 45ème assemblée mondiale de la santé, dans le cadre de l'OMS.

Trois journées furent organisées autour de deux thèmes:
1) Morbidité/mortalité des femmes de tous les âges et facteurs affectant l'état de santé des femmes.
2) Besoins des femmes en prestations sanitaires dans le monde entier. Il s'agit notamment d'informations, de conseils, de l'accès aux services et de l'appui législatif aux services de soins essentiels.

Dans un premier temps, les participants ont recensé les problèmes auxquels les femmes sont confrontées; dans un deuxième temps, ils ont défini les mesures concrètes à prendre pour résoudre ces problèmes.

**Résumé des discussions:**

1) **Problèmes auxquels les femmes sont confrontées dans le monde**

● les problèmes de santé des femmes sont déterminés par différents facteurs socio-économiques. Les filles naissent avec un avantage biologique par rapport aux garçons et résistent mieux aux infections et à la malnutrition, mais en revanche doivent faire face à des désavantages sociaux qui en annulent souvent les effets. Les pratiques différentes en matière d'alimentation, les charges de travail supplémentaires et l'absence d'une scolarité de base font que les filles sont davantage exposées à la malnutrition et à la maladie. Du fait du mariage précoce que l'on pratique dans bien des régions, les femmes commencent à procréer avant d'atteindre leur maturité physique et sociale et connaissent souvent des grossesses répétées qui mettent leur vie en danger.

● Malgré les contributions importantes que les femmes apportent à leur famille, à leur communauté et à leur société, les facteurs socio-économiques, politiques et culturels dans la société aboutissent à une discrimination et à des préjugés dont les femmes sont les victimes. Les racines du problème sont à rechercher non chez les femmes, mais au sein même de la société où certaines attitudes et certaines valeurs sont maintenues et perpétuées par les hommes et les femmes et s'expriment par le déséquilibre des relations entre les deux sexes.

● Ces facteurs se répercutent sur l'état de santé des femmes. Elles doivent faire face à tout un éventail de problèmes de santé qui subsistent à un niveau dangereux leur vie durant: la mortalité et la morbidité maternelles sont élevées dans de nombreuses parties du monde; les avortements provoqués dans de mauvaises conditions d'hygiène sont à l'origine de nombreux décès, souvent parce que des services adéquats de planification familiale ou autres ne sont pas accessibles; le nombre d'infections des organes génitaux, notamment des maladies sexuellement transmissibles, reste à un niveau préoccupant; les maladies tropicales et autres sont très répandues et ont des effets différents selon le sexe; les infections et les maladies liées au manque d'eau saine et de moyens d'assainissement sévissent toujours et sont plus fréquentes dans beaucoup de régions; les risques pour la santé liés aux polluants demeurent présents et évoluent; la violence, de caractère sexuel notamment, dont les femmes sont victimes, atteint des niveaux inquiétants. Les problèmes de santé des femmes âgées sont reconnus de plus en plus.

● La discrimination à l'encontre des femmes s'observe dans tous les domaines: dans la façon d'envisager les problèmes de santé des femmes; dans les services qui sont mis sur pied; dans la façon dont les moyens permettant de sauver des vies sont mis en oeuvre pour les femmes et pour les hommes. Il faut ajouter à cela le fait que les données sur les effets différents des problèmes de santé et des maladies selon le sexe ne sont pas assez bien comprises et que, souvent, ces effets ne sont pas considérés comme des domaines qui méritent de retenir particulièrement l'attention.

● La situation internationale actuelle, la récession économique, la situation de la dette, les politiques d'ajustement structurel, les troubles, les guerres et la sécheresse sont autant de facteurs qui ont contribué à une aggravation de l'état de santé des femmes les plus désavantagées et vulnérables. Dans tous les pays, les femmes constituent la majorité des pauvres et la tendance est croissante.

● La précarité de la santé de la femme est constamment évoquée aux niveaux national et international par les politiciens et les média qui déplorent cette situation, alors même qu'on l'exploite souvent pour mobiliser un appui international. Et, pourtant, ces déclarations n'aboutissent que rarement à des mesures concrètes destinées à remédier à la situation et à améliorer la santé des femmes.

● Les systèmes de valeurs au sein des communautés, qui reposent parfois sur des lois, ont contribué à accorder un traitement préférentiel aux hommes. Comme on investit très peu pour modifier ces valeurs, les femmes n'ont d'autre solution que de continuer à perpétuer ces systèmes et les pratiques discriminatoires qui les caractérisent.