

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 119 (2021)

Heft: 4

Artikel: Prise en charge sage-femme adaptée aux besoins des femmes défavorisées

Autor: Freymond, Alix / Gross, Manon / Hoffmann, Charlotte

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-976839>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.06.2025

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

Prise en charge sage-femme adaptée aux besoins des femmes défavorisées

Récompensé
par la
FSSF

Les issues de santé maternelles et infantiles sont moins bonnes lorsque les femmes et leurs familles proviennent de milieux défavorisés. Le travail de bachelor présenté dans cet article a identifié les besoins en soins périnataux des femmes défavorisées, et a fait ressortir les moyens spécifiques permettant aux sages-femmes d'y répondre au mieux.

TEXTE :

ALIX FREYMOND, MANON GROSS ET CHARLOTTE HOFFMANN

Les personnes présentant des inégalités sociales ont plus de chances de souffrir de problèmes de santé. En 2019, par exemple, 8,7% de la population suisse avait atteint le seuil de pauvreté (Office fédéral de la statistique, n. d.). Dans ce type de population présentant des inégalités sociales, les femmes enceintes, qui nécessiteraient des soins particulièrement adaptés, peuvent rencontrer des difficultés à recevoir un suivi de grossesse répondant à leurs besoins. Ce phénomène, qui s'applique à une large population et pas uniquement aux femmes enceintes, est appelé la loi inverse des soins, et a été décrite par Julian Tudor Hart (1971). Pour lui, il s'agit bien des ressources en santé qui sont disproportionnées et non de la morbidité élevée des demandeurs de soins. Pour remédier à ces inégalités, les soins devraient être disponibles, universels, accessibles et gratuits.

Les inégalités sociales de la santé sont définies par Bodenmann, Jackson, et Wolff (2018) comme «une répartition inéquitable des ressources matérielles et non matérielles, interdisant aux individus et aux groupes sociaux d'atteindre des buts généralement reconnus comme légitimes» (p. 21). Plusieurs facteurs sont considérés comme des inégalités sociales, comme par exemple l'âge, le handicap, le lieu de résidence, l'identité sexuelle ainsi que l'immigration. Ces facteurs peuvent influencer la santé des personnes mais sont rarement associés directement à l'état de santé (OFSP, 2018).

L'analyse de sept articles sélectionnés a fait émerger des thèmes principaux interreliés.

Sentiment de sécurité

Comme le rappelle le *United Kingdom National Health Service* (2020), la grossesse apporte de grands changements dans la vie des femmes et des familles, pouvant les faire par une multitude d'émotions. Pour les femmes socialement défavorisées, les aspects peu familiers des soins de maternité peuvent être effrayants. Un sentiment de confiance envers la sage-femme est alors nécessaire pour qu'elles se sentent en sécurité (McLeish & Redshaw, 2019).

Pour les femmes socialement défavorisées, les aspects peu familiers des soins de maternité peuvent être effrayants.

Le manque de confiance et de sécurité a des impacts non négligeables, notamment sur la prise de décision. Effectivement, selon l'étude d'Ebert *et al.* (2014), certaines femmes socialement défavorisées se sont senties jugées et ont eu peur de poser des questions ou encore d'aller à l'encontre de la ligne de conduite des sages-femmes, de peur que leurs soins n'en soient affectés. Docherty *et al.* (2011) expliquent que la qualité de la relation patient-professionnel et le déséquilibre de la confiance sont des facteurs pouvant contribuer à expliquer un manque d'engagement par exemple. Cependant, Ebert *et al.* (2014) soulignent le fait que les femmes défavorisées veulent bel et bien s'engager dans leurs soins. Les professionnel-le-s de la santé doivent donc établir des relations de confiance et de respect, et prendre en compte les besoins d'information et de participation des femmes.

Accès à l'information

D'après le *Nursing and Midwifery Board of Australia* (2006), les soins centrés sur les femmes est un concept qui implique que les soins des sages-femmes reconnaissent le droit de la femme à l'autodétermination en termes de choix et de contrôle. Or, McLeish et Redshaw (2019) affirment que les interlocuteur-ice-s des femmes issues de milieux défavorisés ont moins tendance à leur parler de façon à ce qu'elles puissent comprendre les informations. Cela est malheureux, car selon l'étude suisse d'Origlia *et al.* (2017), le succès d'une visite prénatale dépend de la compréhensibilité et de la fiabilité

des informations reçues concernant la santé. Cela peut évidemment s'appliquer à toutes les consultations périnatales.

Thomson *et al.* (2013) expliquent qu'un certain nombre de femmes vulnérables ou défavorisées sont moins susceptibles de fréquenter de manière régulière les services prénataux. Cela serait en lien avec un manque d'information sur les lieux et les modalités d'accès aux prestations de soins, mais aussi avec des difficultés linguistiques et/ou de communication.

D'après Thomson *et al.* (2013), l'étendue des informations fournies, la manière dont elles sont partagées et la façon dont elles sont reçues sont souvent problématiques. Ebert *et al.* (2014) soulignent que parfois, des informations sont fournies oralement, mais que les femmes ne peuvent pas poser de questions, par manque de temps. De plus, ces femmes estimant être étrangères à la culture des soins de maternité et aux processus de prise de décision, elles délèguent alors la responsabilité des choix en matière de soins aux sages-femmes, un choix éclairé de leur part étant inaccessible.

Afin de répondre aux besoins d'informations des femmes défavorisées, Hetherington *et al.* (2018) mettent en avant les plus-values d'un système de soins prénataux collectifs. En effet, les femmes des groupes collectifs déclarent un niveau de satisfaction plus élevé, comparé aux femmes ayant recours à des soins individuels, concernant la quantité d'informations reçues. Elles ont aussi le sentiment d'avoir plus de temps pour discuter et comprendre les informations.

Présence et soutien

À travers les diverses études, le soutien des sages-femmes apparaît régulièrement comme un vecteur de bien-être et de confiance en soi. En effet, selon Balaam et Thomson (2018), la flexibilité et la disponibilité des professionnel-le-s de santé a pour bénéfice de rassurer et d'augmenter le bien-être des femmes car cela réduit considérablement leur anxiété, augmente leur sentiment de contrôle, renforce leurs compétences ainsi que leur confiance en elles. Selon cette étude, les contacts sociaux réguliers des femmes avec les professionnel-le-s de santé réduisent significativement le sentiment de solitude et d'isolement, et sont même prolongés après la sortie de l'hôpital, dans le but de les aider à s'adapter à leur nouvelle vie.

Les femmes défavorisées et leurs partenaires peuvent se sentir perdus et effrayés par un système de santé qui leur est méconnu. Face à des soignant-e-s qui se montrent inaccessibles, notamment par la charge de travail conséquente, les conseils et les explications ne sont malheureusement pas toujours apportés (McLeish & Redshaw, 2019). Le thème de la présence et du soutien est étroitement lié à celui de l'importance de l'information car les femmes restant sans explications donnent libre cours à leur imagination, ce qui les effraie encore plus. La présence et le soutien des sages-femmes semblent donc être indispensables pour créer une relation de confiance avec les femmes défavorisées. Le développement de la confiance permet ensuite d'établir un partenariat entre les deux parties, élément également nécessaire pour rendre la femme maîtresse de sa situation, et donc, qu'elle prenne part à la prise de décision (Menke *et al.*, 2014).

Autonomie et maternité

Le respect de l'autonomie de chacun-e est avant tout important en période de maternité, où les choix effectués sont décisifs quant aux résultats escomptés. Par exemple, la femme va devoir faire un choix de manière autonome, dès le début de sa grossesse, pour déterminer le type de suivi de grossesse qu'elle aura. Par ailleurs, certaines mères issues de milieux défavorisés ne connaissent simplement pas leurs droits concernant les choix personnels qu'elles

ont à faire, car personne ne leur en a parlé. Certaines sages-femmes peuvent exercer une position de pouvoir sur les femmes, notamment à travers le vocabulaire utilisé, non adapté à la femme, et le contrôle de l'accès au choix. Selon la manière d'amener une information, les sages-femmes peuvent tout à fait influencer les choix en appuyant sur ce qu'elles pensent être le mieux pour la femme (Docherty *et al.*, 2011).

D'après Menke *et al.* (2014), l'objectif de la plupart des sages-femmes est d'établir une relation saine et responsabilisante avec les femmes. La clé pour établir une telle rela-

Les femmes défavorisées et leurs partenaires peuvent se sentir perdus et effrayés par un système de santé qui leur est méconnu.

tion se trouve dans le fait de se montrer disponible pour la femme, ce qui amènera une certaine confiance, et ainsi de mettre en place une préparation adéquate pour les femmes. Ces auteur-e-s citent aussi une sage-femme qui souligne l'importance de cet accompagnement des femmes vers une certaine autonomie, particulièrement dans un contexte où parfois les femmes n'ont pas l'habitude de prendre des décisions, voire ne sont pas autorisées à le faire pour elles-mêmes.

Sentiment de considération

Les femmes ont exprimé l'importance de se sentir considérées à leur juste valeur, respectées en tant qu'individu, au même titre que les femmes non défavorisées. En effet, il apparaît souvent dans la littérature que les sages-femmes ignorent les besoins des femmes défavorisées, réduisant encore plus leur sentiment de valorisation ou de sécurité quant à l'expression de leurs besoins (Ebert *et al.*, 2014). Les femmes se disent parfois jugées et effrayées d'aller à l'encontre des choix des sages-femmes, et certaines ont ressenti du racisme et de la stigmatisation à leur égard. Elles se réduisent

alors au silence pour se conformer, éviter le conflit, de peur de se retrouver seules par la suite (McLeish & Redshaw, 2019). De plus, si les valeurs traditionnelles ou les cultures des femmes sont ignorées, ces dernières sont moins susceptibles de maintenir une régularité dans les rendez-vous prénataux, même lors de grossesses ultérieures (Downe *et al.*, 2009).

Dans l'étude réalisée par McLeish et Redshaw (2019), les sages-femmes étaient spécialisées, c'est-à-dire qu'elles sont spécifiquement axées sur les femmes présentant une complexité sociale ou des pathologies de santé physique ou mentale. Celles-ci se sont montrées attentives et intéressées par les problèmes que rencontraient les femmes défavorisées et les dirigeaient vers d'autres services spécialisés, afin de les encadrer au mieux et de répondre à leurs besoins. Les liens que ces femmes ont pu tisser avec les sages-femmes spécialisées ont eu d'énormes impacts positifs sur leur expérience personnelle et leur capacité à faire confiance (McLeish & Redshaw, 2019).

Continuité des soins

Selon une revue systématique Cochrane effectuée par Sandall *et al.* (2013), l'accompagnement continu entre la femme et la sage-femme peut nettement réduire les mauvais résultats de naissance associés à des désavantages sociaux. En effet, les femmes qui reçoivent une prise en charge selon le modèle de la continuité des soins font moins l'expérience d'instrumentations, d'épisiotomies, d'anesthésie régionale et d'accouchement prématuré. De plus, ce modèle améliore la santé physique des femmes qui sont plus susceptibles de donner naissance par voie basse spontanée. Le modèle de la continuité des soins promeut la sécurité et des soins adaptés, il serait donc judicieux de l'utiliser chez les femmes défavorisées dont les risques de morbidité et de mortalité sont plus élevés que dans le reste de la population.

Les bénéfices de la continuité des soins étant si clairs, l'OMS (2016) recommande les soins prodigués par une sage-femme pour les femmes en bonne santé. Pour cela, il est important de se pencher sur les informations données concernant les différentes options de prestations pour comprendre comment y avoir accès (Origlia *et al.*, 2017). Au-delà de l'accès à l'information, les sages-



Alix Freymond,
infirmière, sage-femme, diplômée à la Haute Ecole de la Santé La Source et à la Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille actuellement à la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois.



Charlotte Hoffmann,
infirmière, sage-femme, diplômée à la Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille actuellement au service de post-partum de la maternité du Centre hospitalier universitaire vaudois.



Manon Gross,
infirmière, sage-femme, diplômée à la Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille actuellement en tant qu'infirmière intérimaire en attendant de trouver un poste de sage-femme.

femmes expriment quelques difficultés rencontrées quant à l'organisation structurelle et aux ressources matérielles. Le travail autonome de la sage-femme dans la continuité des soins demande un travail conséquent sur le développement des compétences, surtout quand elles n'ont pas beaucoup d'expérience dans ce domaine. En outre, les ressources matérielles ne semblent pas optimales, cela se traduit par un manque d'espaces de travail adaptés et un manque d'équipements. À cause de cela, les sages-femmes ne se sentent pas toujours à leur place et soutenues dans leur travail (Menke *et al.*, 2014).

Implications pour la pratique: une sélection

Tout d'abord, les études font ressortir l'importance de la formation continue des sages-femmes sur le sujet. En effet, les articles ayant présenté de très bons résultats sont généralement ceux dont les soins étaient donnés par des sages-femmes formées à prendre en charge les populations présentant des complexités sociales. La continuité des soins semble être la plus adaptée pour les femmes défavorisées. L'accompagnement global et les maisons de naissance déjà existantes, mais encore peu nombreuses, permettent d'apporter un suivi approprié à chaque femme par une ou plusieurs personnes de référence. Cependant, ce type de suivi est réservé aux femmes ne présentant aucun risque lié à la grossesse (Sauty *et al.*, 2017). C'est pourquoi, développer ce modèle à une plus large échelle de population, en intégrant des médecins ou des sages-femmes conseillères dans l'équipe par exemple, permettrait d'en

faire bénéficier toutes les femmes, quel que soit leur contexte social. En promouvant le modèle auprès des autorités politiques, les structures organisationnelles devraient être mises en place, afin d'assurer la démarche proposée. Après cela, les sages-femmes se doivent d'informer la population en général de l'existence d'un suivi basé sur la continuité des soins en leur laissant le choix d'y accéder ou non.

Enfin, les femmes provenant de pays différents se sentent perdues face à un système de santé qu'elles ne connaissent pas. Un

moment pourrait alors être consacré à ces femmes au début d'une consultation par exemple, pour leur expliquer le fonctionnement suisse du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum, pour leur donner accès à toutes les informations et qu'elles puissent ainsi en bénéficier pleinement. ☺

Freymond, A., Gross, M. & Hoffmann, C. (2020). Prise en charge sage-femme adaptée aux besoins des femmes défavorisées dans la période périnatale. Travail de bachelor dirigé par Maria-Pia Politis Mercier, Haute Ecole de Santé Vaud.

Références

- Balaam, M. C. & Thomson, G. (2018) Building capacity and wellbeing in vulnerable/marginalised mothers: A qualitative study. *Women and Birth*; 31, pp. 341-347. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.010>
- Bodenmann, P., Jackson, Y. & Wolff, H. (2018) Vulnérabilités, équité et santé. Chêne-Bourg: RMS éditions / Médecine et Hygiène.
- Docherty, A., Bugge, C. & Watterson, A. (2011) Engagement: an indicator of difference in the perceptions of antenatal care for pregnant women from diverse socioeconomic backgrounds. *Health expectations*; 15, pp. 126-138. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00684.x
- Downe, S., Finlayson, K., Walsh, D. & Lavender, T. (2009) "Weighing up and balancing out": a metasynthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BJOG*; pp. 518-529.
- Ebert, L., Bellchambers, H., Ferguson, A. & Browne, J. (2014) Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and Birth*; 27, pp. 132-137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2013.11.003>
- Hetherington, E., Tough, S., McNeil, D., Bayrampour, H., & Metcalfe, A. (2018) Vulnerable Women's Perceptions of Individual Versus Group Prenatal Care: Results of a Cross-Sectional Survey. *Maternal and Child Health Journal*; 22, pp. 1632-1638. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2559-1>
- McLeish, J. & Redshaw, M. (2019) Maternity experiences of mothers with multiple disadvantages in England: A qualitative study. *Women and Birth*; 32, pp. 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.009>
- Menke, J., Fenwick, J., Gamble, J., Brittain, H. & Creedy, D. K. (2014) Midwives' perceptions of organisational structures and processes influencing their ability to provide caseload care to 80 socially disadvantaged and vulnerable women. *Midwifery*; 30, pp. 1096-1103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.015>
- Nursing and Midwifery Board of Australia (2018) Midwife standards for practice. www.nursingmidwiferyboard.gov.au
- Office fédéral de la santé publique (2018). Égalité des chances. *Spectra*; 119, pp. 1-11.
- Office fédéral de la statistique (n. d.) Pauvreté. www.bfs.admin.ch
- Origlia, P., Jevitt, C., zu Sayn-Wittgenstein, F. & Cignacco, E. (2017) Experience of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in high-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*; pp. 589-598. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12627>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; pp. 1-95. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5.
- Thomson, G., Dykes, F., Singh, G., Cawley, L. & Dey, P. (2013) A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation. *Midwifery*; 29, pp. 211-216. doi:10.1016/j.midw.2012.01.002
- Tudor Hart, J. (1971) The Inverse Care Law. *The Lancet*; février 27, pp. 405-412.

Prise en charge et suivi par une sage-femme conseil

Dans cet article, les sages-femmes conseil de l'HFR Fribourg-Hôpital cantonal décrivent leur mission auprès des patientes vulnérables. Ce suivi spécifique et un fonctionnement en réseau pour l'accompagnement pré- et postnatal ont notamment pour objectif de mettre en valeur et renforcer les ressources personnelles des patientes et de leur entourage.

Toute grossesse, qu'elle soit la première ou non, et la venue d'un enfant apportent son lot de bouleversements dans la vie d'une femme et dans celle de son couple. De plus, une redéfinition des relations avec l'entourage immédiat, qu'il soit familial, amical, professionnel ou autre, va s'élaborer au cours de cette période. Ces changements se font bien sûr au niveau physique et touche alors au corps, à l'intime. Mais cela se passe aussi au niveau psychique, lieu de l'émotionnel et du relationnel.

Cette période que l'on nomme périnatale est donc un moment clé et fragile dans la vie de ces femmes. Notre rôle en tant que soignantes, accompagnatrices de ces instants, est de permettre à la femme et à son entourage proche de trouver les ressources nécessaires, en eux et autour d'eux. L'enfant pourra ainsi être accueilli dans les meilleures conditions possibles, selon l'histoire de chacune.

Prestation d'intérêt général

A l'HFR Fribourg-Hôpital cantonal, notre mandat de sage-femme conseil est une prestation d'intérêt général, qui fait partie du programme cantonal de promotion de la Santé. Notre rôle est donc d'offrir aux patientes et aux futurs parents qui vont accueillir leur enfant à l'HFR, un espace de paroles, de confiance, d'échanges et d'informations. Le but est qu'elles et ils puissent se projeter avec plus de sérénité face au stress engendré autour de cette période périnatale.

Les sages-femmes conseillères à Fribourg sont présentes à l'hôpital actuellement

quatre jours par semaine. Nous sommes deux à assurer ce poste, l'une avec un taux d'occupation de 60 % et l'autre à 20 %. Nous avons chacune effectué une formation spécifique au travers d'un *Certificate of Advanced Studies* en Périnatalité.

Les patientes, qui désirent accoucher dans notre maternité, nous sont adressées par des gynécologues-obstétricien-ne-s installé-e-s en ville de Fribourg, dans le canton de Fribourg voire de plus loin. Nos collègues sages-femmes de policlinique ou les médecins obstétriciens de l'hôpital peuvent aussi déceler une situation nécessitant un entretien auprès de la sage-femme conseil. En dernier lieu, toute patiente désirant avoir une consultation avec nous peut bien sûr en bénéficier.

Mise en valeur des ressources personnelles et de l'entourage

Notre travail consiste à recevoir gratuitement en entretien prénatal les patientes ou les couples, parfois avec l'aide d'une interprète si besoin. Au cours de cette rencontre,

Nous mettons en place le suivi le plus adéquat afin de renforcer le sentiment de compétence de ces femmes, d'optimiser les ressources dont elles disposent.

nous questionnons le déroulement de la grossesse, le ressenti, le stress périnatal inhérent aux changements induits, l'éventuel projet de naissance, les besoins actuels et futurs de ces parents. Nous interrogeons

aussi la future mère par rapport à ses représentations et ses connaissances: représentations par rapport à la grossesse, par rapport à son couple, à l'accouchement, à l'enfant imaginé, à venir et à l'entourage... bref tout ce qui va intercéder dans le devenir mère!

Une anamnèse précise et complète est effectuée lors de cet entretien. Le but est de détecter toutes les situations de vulnérabilité quelles qu'elles soient: mères seules, mineures, requérantes d'asile ou réfugiées, grossesses à risque, patientes ayant un suivi psychologique/psychiatrique (avec ou sans médication), addiction (tabac, alcool, cannabis, drogues plus «dures»), déni de grossesse, etc. Dans un souci de prévention, nous abordons aussi des sujets tels que la dépression postnatale, largement encore sous-estimée de nos jours ou la consommation de tabac.

Lors du premier entretien, il est nécessaire d'approfondir la situation actuelle de la parturiente. Il faut questionner le réseau autour de la patiente, du soutien dont elle bénéficie déjà, des acteur-ric-e-s déjà présent-e-s autour d'elle et ceux dont elle pourra bénéficier une fois l'enfant né. Nous estimons ainsi la nécessité de contacter les acteurs du réseau autour de la patiente, afin d'établir un projet de maternité réaliste et adéquat. La finalité de ce réseau est d'assurer un soutien régulier pour la future mère, l'enfant et l'entourage pendant cette période périnatale.

Renforcer le sentiment de compétence et s'appuyer sur le réseau

Après évaluations et clarifications des besoins, nous élaborons en accord avec la patiente ou le couple les actions nécessaires. Nous mettons en place le suivi le plus adéquat afin de renforcer le sentiment de compétence de ces femmes, d'optimiser les ressources dont elles disposent et d'ajouter si besoin des appuis supplémentaires, à plus ou moins long terme.

Ainsi nous travaillons en étroite collaboration avec les sages-femmes indépendantes,

AUTEURES

qui assurent en première instance, le suivi anténatal, la préparation à la naissance et les soins à domicile du post-partum. Elles sont le lien privilégié, au sortir de la maternité, afin d'assurer une continuité des soins auprès de ces nouvelles mères et de leurs nouveau-nés.

Par la suite, nous coopérons de même avec les puéricultrices, infirmières spécialisées dans la petite-enfance. Un relai est ainsi assuré durant les premières années de vie de l'enfant, toujours en lien avec un suivi pédiatrique régulier. En second lieu, nous sommes amenées à entrer en contact avec un panel varié d'acteur·rice·s et professionnel·le·s de la santé (psychiatre, psychologue, infirmier·ère en psychiatrie, etc.). Nous collaborons également avec la justice par le biais de la Justice de Paix ou le Service de l'Enfant et de la Jeunesse. Nous sommes régulièrement en contact avec des organes tels que l'ORS ou Caritas qui prennent en charge les requérants d'asile et les réfugiés. Certaines associations, telles SOS Futures Mamans, Jeunes Parents, Solidarité Femmes, Ex.pression nous sont aussi d'un grand secours. Nous pouvons aussi compter sur la collaboration du foyer d'accueil mère-enfant Les Etangs en ville de Fribourg.

Fonctionnement spécifique interne à l'Hôpital

Afin de nous épauler et de travailler en équipe multidisciplinaire, nous bénéficions de la présence de deux psychologues spécialisé·e·s dans la prise en charge de nos patientes. Nous pouvons en sus faire appel, suivant les situations, au Réseau Fribourgeois de Santé Mentale et donc avoir en référence un psychiatre.

Nous organisons tous les mois des colloques de périnatalité au sein de la maternité. Nos deux psychologues, les deux responsables d'unité de la maternité et de la salle d'accouchements, notre médecin-chef de l'obstétrique, le médecin chef-néonatalogue et l'infirmière cheffe de néonatalogie y sont présent·e·s. Les sages-femmes conseil présentent les différentes situations. Nous discutons ensemble du suivi et des prises en charge des patientes plus vulnérables. Cela permet d'accueillir au mieux ces patientes à leur arrivée en maternité. Le cadre déjà mis en place rassure notre équipe soignante lors de la venue de la parturiente. Le COVID-19 a perturbé l'organisation du col-

loque de périnatalité car, en temps normal, une représentante des sages-femmes indépendantes et des puéricultrices nous rejoignent. Leur présence fait le lien avec l'extra-hospitalier et apporte parfois un autre point de vue.

Lors du séjour des patientes à la maternité, l'équipe soignante fait appel aux sages-femmes conseils sur les situations déjà connues pour assurer le relais avec le réseau mis en place pour le retour à domicile. Nous pouvons aussi apporter nos compétences professionnelles auprès des mamans, chez qui on découvre une fragilité, ou sur simple demande des patientes. Un suivi pré- mais aussi postnatal s'effectue donc au sein de la maternité. L'équipe soignante, grâce à des formations continues internes et externes, acquiert régulièrement les outils, le savoir-être et le savoir-faire, nécessaires à l'encadrement de ces situations particulières.

Dépistage des violences domestiques

Depuis maintenant plusieurs mois, un point important est à souligner. Lors de nos entretiens, nous avons mis en place un dépistage systématique des violences domestiques/conjugales. Cela nous semble en effet un point majeur dans la prévention de la Santé des femmes et des enfants et s'inscrit dans un projet hospitalier mené par l'Hôpital fribourgeois (HFR). Nous interrogeons les dames simplement quant à la réalité de violences subies, quelles qu'elles soient, de la part de leur partenaire. Si de telles violences sont révélées, nous apportons à la patiente d'une part les informations légales et juridiques par rapport à ces violences. Nous l'informons également de ses droits, mais aussi de ses devoirs par rapport à l'enfant à venir ou ceux vivants déjà avec elle. D'autre part, nous lui remettons les coordonnées des associations de soutien pour les victimes et les auteurs de violence. Nous pouvons même entamer ensemble un premier contact avec elle si elle le souhaite. Lui proposer un suivi, un soutien éventuellement psychologique et mettre en place un réseau adéquat autour d'elle fait partie de notre mission. Si nécessaire, nous annonçons la situation à la Justice de Paix, selon les critères explicités dans le Protocole d'intervention à l'usage des professionnel·le·s du canton de Fribourg.



Nathalie Uldry Jaquet,
infirmière sage-femme, sage-femme Conseil à l'HFR Fribourg.



Delphine Brichet,
sage-femme conseil à l'Hôpital Cantonal de Fribourg.

Accentuer les forces en présence

Ainsi, grâce aux entretiens prénataux et à un suivi régulier des patientes, nous espérons répondre aux questionnements des patientes et leur permettre d'acquiescer un sentiment d'auto-efficacité suffisant. En mobilisant leurs ressources et celles de leur entourage, nous pensons favoriser un bon lien parent-enfant et favoriser la santé de ces femmes et de leur famille. Grâce à la création d'un réseau de professionnel·le·s autour de ces patientes, nous accentuons les forces déjà présentes. ☺

Références

- Isserlis, C., Sutter-Dallay, A. L., Dugnat, M. & Glangeaud-Freudenthal, N. (2008) Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce. Toulouse: Erès.
Nanzer, N. (2009) La dépression postnatale. Sortir du silence. Lausanne: Favre.
Bureau de l'égalité hommes-femmes et de la famille, Etat de Fribourg (2020) Lutte contre la violence au sein du couple-DOTIP. Fribourg: BEF.
Razurel, C. (2015) Se révéler et se construire comme mère. L'entretien psycho-éducatif prénatal. Chêne-Bourg: Médecine et Hygiène.
Roegers, L. & Molénat, F. (2011) Stress et Grossesse. Quelle prévention pour quel risque? Toulouse: Erès.

Recommandations de littérature



Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2015)
Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: A qualitative study

BMC Pregnancy and Childbirth; 15

<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0477-4>

Cet article souligne l'importance d'assurer la continuité des soins et d'une bonne communication entre les femmes et les professionnel-le-s de santé. Selon les auteur-e-s, la bonne communication s'obtient à travers la dissémination des informations pertinentes présentées dans un langage approprié et compréhensible. Les partenaires étant également des «usagers», l'engagement du-de la partenaire dans le parcours des soins est primordial. Les femmes expriment la nécessité de la continuité des soins, de la réduction du nombre d'interventions et de la personnalisation des soins pendant la grossesse et l'accouchement.



Gottlieb, A. & DeLoache, J. S. (2016)
A world of babies: Imagined childcare guides for Eight Societies

Cambridge University press

Un enfant peut-il être élevé sans l'aide de la famille d'origine? Comment accueillir un enfant en toute sécurité dans une société divisée par des conflits politiques? Quelles valeurs traditionnelles et fondamentales transmettre? Dans ce livre, mères et grands-mères se choquent et se rencontrent pour parler des traditions, des attentes et des difficultés en accueillant et en grandissant les générations futures dans 8 sociétés multiculturelles.



Cavazza, M. & Kackute, E. (2019)
Portrait d'une mère (qui travaille)

Georg Editeur

Sous la forme d'un recueil de témoignages, cet ouvrage présente la réalité de la maternité des femmes étrangères du canton de Genève. L'équilibre entre les opportunités familiales et professionnelles est l'un des plus grands défis auxquels les femmes sont confrontées aujourd'hui. Lorsque les aspects migratoires sont également liés à cette réalité, ce qui émerge est un chemin unique en son genre. La multiplicité des aspects quotidiens auxquels une femme, une mère et une travailleuse doivent faire face est infinie, surtout dans une Genève où le soutien familial, social et affectif de ces femmes fait souvent défaut. Une lecture rapide mais indispensable pour nous rapprocher de la réalité de plus en plus variée et complexe de la maternité d'aujourd'hui.



Lalvani, P. (dir.) (2019)
Constructing the (M)other. Narratives of disability, Motherhood, and the politics of Normal

Peter Lang Publishing

Comprendre ce dont on a besoin et les ressources disponibles est la première étape pour une femme confrontée à un handicap. La maternité commence bien avant la conception et se termine bien après l'accouchement. Qu'il soit lié à un diagnostic d'infertilité ou de handicap d'un enfant, ce livre nous propose le chemin de l'autonomisation

et la recherche de ressources en chacun de nous à travers l'auto-ethnographie des femmes et des mères.



Droit du travail

www.seco.admin.ch

Des ressources pratiques pour se défendre et s'orienter dans le monde de la maternité. Travail et maternité: trois brochures sur les droits et devoirs des travailleuses et les aspects sanitaires du travail pendant la maternité.



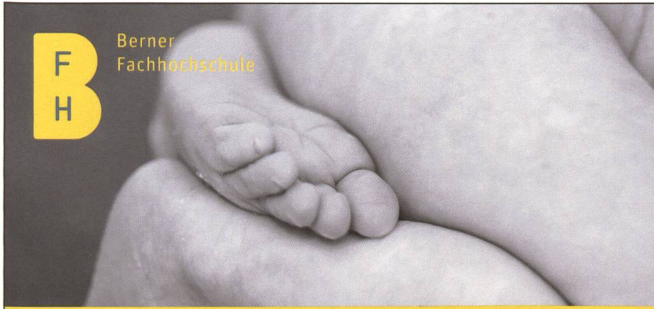
Mamamap

www.mamamap.ch

L'allaitement à l'extérieur de la maison n'est pas toujours facile: les mères ont besoin d'un endroit calme et la peur d'être stigmatisées les bloque souvent à la maison. Avec cette application, les mamans peuvent consulter en temps réel et sur une carte interactive les lieux *breastfeeding friendly* dans toute la Suisse.

REVUE DE LITTÉRATURE

Caterina Montagnoli, nommée jeune sage-femme leader par l'Organisation mondiale de la santé, Women in Global Health et International Confederation of Midwives (<https://yonm.org>), chercheuse et assistante HES à Genève. Diplômée en Italie en 2014, elle a terminé son Master en *Global Health* en 2019. Grâce au travail communautaire dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire, elle a développé un intérêt particulier pour la santé périnatale des populations vulnérables et des minorités.



Berner Fachhochschule

Weiterbildung Geburtshilfe

– für eine professionelle perinatale Versorgung

CAS Perinatale Versorgung
→ Stellen Sie sich ihren CAS-Studiengang selbst zusammen

Fachkurs Grundlagen perinatale Versorgung mit Schwerpunkt Wochenbett
→ Aktuelles Wissen für Wiedereinsteigerinnen oder Neuangestellte auf dem Wochenbett

Fachkurs Salutogenese in komplexen geburtshilflichen Situationen
→ Ein ressourcenorientierter Ansatz zur bindungsbasierten Hebammenarbeit

Informationen und Anmeldung: bfh.ch/weiterbildung/geburtshilfe

► Gesundheit



GEBURTSHAUS LUNA BERN

Wir suchen Verstärkung für unser Hebammenteam! Per sofort oder nach Vereinbarung:

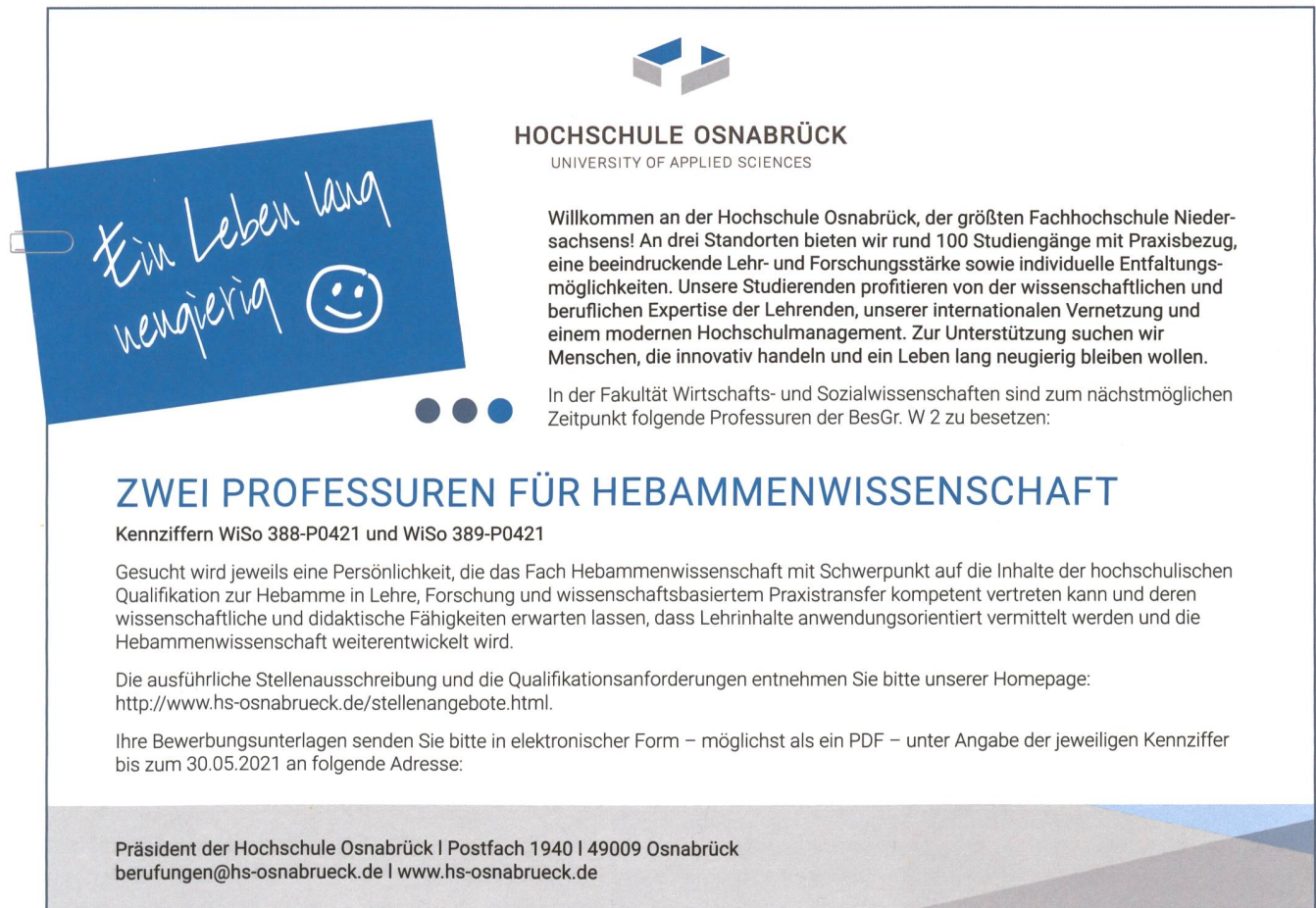
HEBAMME HF/FH 50–100%

WIR BIETEN: Ein spannendes und herausforderndes Arbeitsumfeld sowie zeitgemässe Anstellungsbedingungen. Selbständige Betreuung von Frauen und Familien über den gesamten Betreuungsbogen. Ein aufgestelltes und engagiertes Team, welches dich gerne unterstützt beim Einstieg in die Geburtshautätigkeit.

WIR WÜNSCHEN UNS: Eine flexible und motivierte Kollegin mit der Bereitschaft, überdurchschnittlichen Einsatz zu leisten und sich für das Geburtshaus einzusetzen.

BEWERBUNG UND WEITERE INFOS:
Alexandra Plüss, 079 408 14 19
alexandra.pluess@geburtshausluna.ch

Oberdorfstrasse 56 · 3072 Ostermungen · geburtshausluna.ch



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Willkommen an der Hochschule Osnabrück, der größten Fachhochschule Niedersachsens! An drei Standorten bieten wir rund 100 Studiengänge mit Praxisbezug, eine beeindruckende Lehr- und Forschungsstärke sowie individuelle Entfaltungsmöglichkeiten. Unsere Studierenden profitieren von der wissenschaftlichen und beruflichen Expertise der Lehrenden, unserer internationalen Vernetzung und einem modernen Hochschulmanagement. Zur Unterstützung suchen wir Menschen, die innovativ handeln und ein Leben lang neugierig bleiben wollen.

In der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Professuren der BesGr. W 2 zu besetzen:

ZWEI PROFESSUREN FÜR HEBAMMENWISSENSCHAFT

Kennziffern WiSo 388-P0421 und WiSo 389-P0421

Gesucht wird jeweils eine Persönlichkeit, die das Fach Hebammenwissenschaft mit Schwerpunkt auf die Inhalte der hochschulischen Qualifikation zur Hebamme in Lehre, Forschung und wissenschaftsbasiertem Praxistransfer kompetent vertreten kann und deren wissenschaftliche und didaktische Fähigkeiten erwarten lassen, dass Lehrinhalte anwendungsorientiert vermittelt werden und die Hebammenwissenschaft weiterentwickelt wird.

Die ausführliche Stellenausschreibung und die Qualifikationsanforderungen entnehmen Sie bitte unserer Homepage:
<http://www.hs-osnabrueck.de/stellenangebote.html>

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte in elektronischer Form – möglichst als ein PDF – unter Angabe der jeweiligen Kennziffer bis zum 30.05.2021 an folgende Adresse:

Präsident der Hochschule Osnabrück | Postfach 1940 | 49009 Osnabrück
berufungen@hs-osnabrueck.de | www.hs-osnabrueck.de