

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **121 (2023)**

Heft 11

PDF erstellt am: **21.07.2024**

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

### **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Recommandations *versus* pratique de terrain: échanges avec un clinicien

---

Comment vivent les recommandations une fois éditées et comment sont-elles appliquées sur le terrain? Maxime Haubry est sage-femme cadre et clinicien à la maternité du Réseau Hospitalier neuchâtelois. Dans cet entretien, il évoque les réalités de la pratique, qui compose entre recommandations, contexte et pratiques locaux.

PROPOS RECEULLIS PAR:  
JEANNE REY



Antje Koell-Witzer

### Obstetrica: Que vous évoque le terme de *guidelines*/recommandations en lien avec votre pratique?

**Maxime Haubry:** Je suis cadre depuis 5 ans au Réseau Hospitalier neuchâtelois (RHNe). Je travaille en binôme avec une collègue ICUS qui a une orientation managériale, de mon côté j'ai une orientation clinique. C'est une forme d'organisation originale, qu'on ne retrouve pas dans d'autres institutions. Mon rôle est de faire le pivot avec l'équipe notamment pour l'application des *guidelines*, et ce statut rend le changement de pratiques plus simple. En lien avec cette prise de poste, j'ai initié un Master en sciences de la santé qui a abouti cette année. Cela m'a procuré des bases solides en recherche clinique, veille scientifique, recherche et lecture critique de *guidelines* – autant d'outils qui facilitent l'accès au savoir de ce qui doit être implémenté dans la pratique. Dans un deuxième temps, cela apporte de la crédibilité surtout auprès du corps médical. Pour moi, les *guidelines* sont un socle commun pour une prise en charge pluridisciplinaire.

### Justement, comment se fait le passage entre les recommandations et la pratique?

C'est compliqué, il faut contextualiser: il y a ce qui est écrit dans les recommandations internationales ou nationales, et les réalités locales qui compliquent l'implémentation dans

la pratique. Par exemple, en ce qui concerne la surveillance allégée en cours de travail des grossesses physiologiques, nous avons localement un contexte favorable, suite à un changement de direction de service. Il n'aurait pas été possible, avec des pratiques médicales dites «d'ancienne école» de faire évoluer ces pratiques – alors même que nous avons des

visait à évaluer le contexte local et les acteur-ric-e-s à même de nous suivre dans ce projet, il a aussi fallu faire évoluer la définition du travail, ce qui réclame du temps pour que tous les acteur-ric-e-s parviennent à se mettre «au diapason».

De façon générale, l'accompagnement au changement c'est quelque-chose de compli-

**«Il y a ce qui est écrit dans les recommandations internationales ou nationales, et les réalités locales qui compliquent l'implémentation dans la pratique.»**

preuves solides. C'est grâce à un changement de contexte avec l'arrivée d'une médecin cheffe ouverte sur les données récentes probantes, que nous avons pu mettre en place l'espace Accueillir la Vie Autrement (AVA), pour les accouchements physiologiques. Mais cela a pris du temps, une analyse (2016)

qué. Ce n'est pas tant le changement de pratique en soi qui pose problème car globalement les personnes comprennent les données probantes – mais c'est le changement d'habitudes qui rend toute mise en pratique plus complexe. Là, il faut expliquer. C'était bien avant, oui, mais cela pourrait être mieux!

## Par quoi passe l'accompagnement au changement?

Tout d'abord, il passe par une information correcte: pourquoi on veut changer telle ou telle pratique, quels sont les objectifs finaux. Il faut déconstruire des habitudes, et pour cela, dans un premier temps, accompagner les personnes à réfléchir à pourquoi elles pensent que ce qui est actuel serait mieux: les inviter à identifier ce sur quoi elles se basent ou s'appuient pour arriver à cette conclusion. L'appel à la tradition est souvent présent dans nos pratiques, alors on accompagne les personnes dans cette réflexion.

Un élément important est l'identification de «champion-ne-s» ou leader d'opinions, qui ont une place particulière dans ces processus. Ce sont des personnes avec des profils particuliers, qui ont envie de faire progresser les pratiques, qui veulent avoir recours à des données probantes – et il faut s'appuyer sur elles. En devenant cadre, j'avais l'ambition de rester beaucoup sur le terrain des soins, et finalement je suis beaucoup accaparé par la recherche, donc je dois me reposer sur ces personnes: il faut pouvoir les identifier et leur expliquer leur mission d'accompagnement.

Troisième point essentiel: le travail en interprofessionnalité. Si, en tant que sage-femme, on est persuadé qu'il faut changer une pratique, alors il faut emmener les soignant-e-s et l'équipe médicale avec nous. Cela demande un grand travail de communication. Dans ma mission de clinicien est compris le contact avec l'équipe médicale, via des échanges formels et informels sur nos pratiques. En 4 à 5 ans, le lien a évolué – la

confiance s'est mise en place des deux côtés, ce qui favorise l'implémentation de nouveaux projets.

## Hors espace physiologique, les protocoles suivent-ils les recommandations?

Nos protocoles AVA de surveillance allégée et de suivi du travail sont proposés pour toutes les grossesses physiologiques. La force de l'espace AVA est qu'il est doté en personnel, donc un suivi une femme – une sage-femme se fait plus facilement. Mais effectivement cela pourrait être une recommandation pour la filière traditionnelle, car c'est ce qu'il y a de mieux. On essaye de favoriser ce type de suivi, dans la limite du possible.

## Comment travaillez-vous avec les recommandations ?

Moi je regarde surtout l'aspect qualitatif des *guidelines*, et la méthode utilisée pour les construire. Nous avons plus tendance à utiliser les *guidelines* anglo-saxonnes, celles éditées notamment par le *National Institute for Health and Care Excellence* (Nice)<sup>1</sup>, reconnues pour être le plus à jour sur les données probantes. Nous avons peu de contacts avec le monde alémanique, où c'est une philosophie de soin différente – tant au niveau des professionnel-le-s que des usager-ère-s. Et puis, les *guidelines* c'est une chose, mais dans la pratique on favorise l'*evidence based practice*. Il y

<sup>1</sup>  [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

à ce que dit la littérature, notre expérience clinique, et le désir de la personne. Les *guidelines* nous donnent une ligne de conduite, il faut qu'on parle tous le même langage dans l'équipe. Mais on s'aperçoit que le clinicien «pur» n'a parfois pas le même point de vue que la *guideline*, et comme pour une prise en soin individualisée, tout le monde ne peut pas prendre le même itinéraire clinique – là, le clinicien doit s'appuyer sur son expérience et s'intéresser à ce que les personnes veulent. Par exemple, la façon dont les femmes vivent leur allaitement est plus importante que l'objectif d'allaitement exclusif. Les *guidelines* c'est une belle chose, mais elles représentent, disons, un tiers de nos outils!

## Y a-t-il des recommandations (internationales ou non) que vous choisissez localement de ne pas appliquer?

Il arrive parfois que nous suivions pas les recommandations car il se peut que le risque-bénéfice par rapport à une pratique usuelle ne change pas grandement. Il faut toujours se poser la question d'un point de vue éthique, je pense notamment au déclenchement des patientes à bas risque à 39 SA qui semblerait être bénéfique sous divers aspects pour les femmes non nullipares. Cependant cela est très intrusif et sort de notre philosophie de soins institutionnelle.

## Des exemples concrets de projets sur lesquels vous travaillez actuellement?

Nous travaillons sur le suivi du travail et l'auscultation intermittente. Nous avons identifié que nous avions du retard sur la définition de mise en travail et la dynamique de dilatation pendant cette période, nous y travaillons avec un médecin. Tout l'objectif était d'identifier comment adapter les recommandations au niveau local, et comment faire passer l'information auprès de l'équipe médicale et de l'équipe sage-femme. Finalement cela a été assez facile à mettre en place, c'était convaincant, dans la philosophie des soins cela résonnait avec la pratique, et faisait suite à une phase où on savait que les recommandations évoluaient et que notre pratique peinait à changer: nous avons pu éclaircir les choses.

Autre projet actuellement en cours: la prise en compte des expériences négatives de l'accouchement. La littérature montre que des interventions de type *counseling* permettraient d'avoir des issues plus favorables sur les familles et l'enfant. Le niveau de preuve



Anjie Kroll-Witzer

n'est actuellement pas très élevé, mais on voit que ce qui se fait dans la recherche actuellement montre un bénéfice. Nous essayons de le mettre en place depuis un an et demi. Nous faisons des consultations, le protocole a été construit en se basant sur les données les plus probantes que nous avons. On peut aussi s'appuyer sur les recommandations en santé mentale qui existe notamment

«*Si, en tant que sage-femme, on est persuadé qu'il faut changer une pratique, alors il faut emmener les soignant·e·s et l'équipe médicale avec nous.*»

en Angleterre – mais il faut justifier ces *guidelines* dans notre contexte local. Cela prend du temps, et dépasse presque ma fonction au niveau de l'institution.

L'objectif serait de élaborer un protocole de recherches afin d'évaluer l'efficacité de ces entretiens, en lien avec l'équipe du Centre hospitalier universitaire vaudois. La recherche élargit le réseau de notre institution; nous participons actuellement à 4-5 études, dans l'objectif de participer à la création de données probantes. ◉

ENTRETIEN AVEC



**Maxime Haubry,**  
sage-femme cadre et clinicien,  
maternité du Réseau Hospitalier neuchâtelois.

**Herausgeberin | Editeur** Schweizerischer Hebammenverband (SHV). Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des SHV wieder. Nachdruck nur mit Genehmigung der Redaktion | **Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)**. Les articles signés ne reflètent pas forcément l'opinion de la FSSF. Toute reproduction est soumise à autorisation de la rédaction **Redaktion | Rédaction** Redaktorin Deutschschweiz: Esther Grosjean, e.grosjean@hebamme.ch | Rédactrice Suisse romande: Jeanne Rey, j.rey@sage-femme.ch **Geschäftsstelle SHV | Secrétariat de la FSSF** Frohburgstrasse 17, 4600 Olten, T +41 (0)31 332 63 40, info@hebamme.ch, www.hebamme.ch **Redaktioneller Beirat | Conseil rédactionnel** Katherina Albert, Céline Audemard, Aurélie Delouane-Abinal, Christina Diebold, Clizia Iseppi, Patricia Perrenoud, Anita Ruchti Dällenbach **Konzept | Concept** www.la-kritzer.ch **Jahresabonnement | Abonnement annuel** Nichtmitglieder CHF 109.–, inkl. 2,5% MWST, Ausland CHF 140.–, Einzelnummer CHF 13.20, inkl. 2,5% MWST + Porto. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn es nicht bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres schriftlich beim SHV gekündigt wird | Non-membres CHF 109.–, 2,5% TVA incluse, étranger CHF 140.–, prix du numéro CHF 13.20, 2,5% TVA incluse + porto. L'abonnement est automatiquement renouvelé pour un an s'il n'est pas résilié par écrit auprès de la FSSF au 31 octobre de l'année en cours. **Inseratemarketing | Régie d'annonces** rubmedia AG, Iris Frei, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, T +41 (0)31 380 13 22, iris.frei@rubmedia.ch, www.rubmedia.ch **Layout, Druck | Mise en page, impression** rubmedia AG, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, www.rubmedia.ch **Papier** Refutura 90 gm<sup>2</sup>, 100% Altpapier, zertifiziert nach FSC und Blauer Engel | Refutura 90 gm<sup>2</sup>, 100% papier recyclé, certifié FSC et Ange Bleu **Auflage | Tirage** Druckauflage 3531 Exemplare, erhöhte Auflage 4090 Exemplare, verbreitete Auflage (WEMF-beglaubigt 2022/2023) 3261 Exemplare | Tirage total 3531 exemplaires, distribution supplémentaire 4090 exemplaires, tirage diffusé (certifié REMP 2022/2023) 3261 exemplaires | ISSN 2624-7747

#### 120. Jahrgang | 120<sup>e</sup> année

Offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes | Revue officielle de la Fédération suisse des sages femmes | Giornale ufficiale della Federazione svizzera delle levatrici | Revista uffiziala da la Federaziun svizra da las spendreras

#### Erscheinungsweise | Parution

10 Mal im Jahr, Doppelausgaben  
im Januar/Februar und August/September |  
Publié 10 fois par an, numéro double en  
janvier/février et août/septembre

