

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 119 (2021)
Heft: 10

Artikel: Travaille-t-on mieux ensemble aujourd'hui?
Autor: Rey, Jeanne
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-976884>

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: 30.03.2025

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

Travaille-t-on mieux ensemble aujourd'hui?

Rosaria Vorlet Crisci, sage-femme, infirmière formée à l'haptonomie et le Dr Christian Valla, spécialiste en gynécologie et obstétrique ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, ont piloté ensemble entre 2015 et 2020 la création du nouveau service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Riviera Chablais Vaud Valais. Ils relatent dans cet entretien les principes ayant guidé leur collaboration médico-soignante ... et les écueils encore bien réels à leur application concrète.

PROPOS RECUEILLIS PAR JEANNE REY

Obstetrica: Qu'entendez-vous par «interprofessionnalité»? Quelles différences conceptuelles reflètent les réalités de terrain?

Rosaria Vorlet Crisci: Les équipes travaillent déjà en multidisciplinarité, les sages-femmes ont l'habitude de faire équipe avec des médecins-assistants, des anesthésistes, des nurses, etc. Il s'agit d'aller beaucoup plus loin dans ce «travailler ensemble» en visant le concept d'interdisciplinarité, beaucoup plus riche et élaboré autour du respect des compétences de chacun-e pour trouver le meilleur accompagnement des couples, en mettant toutes nos compétences et savoirs au service de la naissance. La réalité d'aujourd'hui est au mieux un travail pluridisciplinaire, c'est-à-dire qu'il y a des liens, de la réflexion entre professionnel-le-s, mais pas autant qu'on pourrait le souhaiter.

L'interdisciplinarité c'est justement trouver une organisation qui réunit les interlocuteurs principaux pour être au plus près des besoins des couples. Dans ces interlocuteurs la voix des parents, présents ou non, est primordiale.

Comment le concept d'interprofessionnalité a-t-il été mis en avant au moment de la création de l'Hôpital Riviera-Chablais?

Rosaria Vorlet Crisci: C'est un hôpital qui, d'emblée, a donné de la valeur à certains concepts dont le travailler ensemble dans une vision médico-soignante. Nommer à la tête des services des binômes médico-soignants pour porter le projet de service et concrétiser la nouvelle organisation du service gynécologie-obstétrique a été le point cardinal et un signal fort de la part de la direction de l'hôpital Riviera Chablais. Avec le Dr Valla, nous avons eu le souci constant d'avoir une vision très large de l'accompagnement de la naissance, des femmes et des couples, dans une dimension globale. La maternité fait appel à beaucoup de professionnel-le-s, et nous nous sommes retrouvés à diriger des groupes de travail constitués d'assistant-e-s sociaux-ales, d'anesthésistes, de pédiatres, de néonatalogues, de gynécologues, de sages-femmes, d'infirmier-ères, de sages-femmes conseillères, de sages-femmes indépendantes, de psychiatres et psychologues...

Christian Valla: C'est un point fort de l'hôpital d'avoir créé ces binômes médico-soignants, afin de pouvoir fonctionner en binôme dans la chefferie de service, en ayant les mêmes responsabilités. Cela nous a donné une impulsion et on a fonctionné ainsi ensemble, pour que les décisions, incombant plutôt aux soignant-e-s et celles qui relèvent plutôt des médecins, puissent être prises en concertation. Nous prenions toutes les grandes décisions ensemble. La majorité du temps après réunions avec les cadres soignants et médecins du service.

Rosaria Vorlet Crisci: Avec une vision de la femme et de la naissance, pas d'un corpus professionnel. Nous étions vraiment dans l'interdisciplinarité, à reconnaître le champ de compétence de l'autre. Nous avons aussi une bonne équipe autour de nous, notamment deux sages-femmes cliniciennes qui ont été les fers de lance de tout ce qui relevait de la clinique, pour traduire ces visions, ces concepts et cette volonté dans des actes à travers des protocoles, des processus médico-soignants. Pas une phrase n'est sortie de ces protocoles sans que nous ayons l'accord de l'anesthésiste, du-de la pédiatre, du-de la gynécologue, de la sage-femme, de l'infirmier-ère, qu'ils soient en pratique hospitalière ou en libérale.

Christian Valla: C'est un long travail, il faut que tout le monde s'accorde pour une utilisation optimale.

Qu'est-ce qui fait qu'on arrive à travailler ensemble?

Christian Valla: C'est personne-dépendant à mon avis. Mon chef de service à Lyon quand j'ai commencé cette spécialité était le directeur de l'école de sage-femme, et il disait, tout directeur de l'école qu'il était, que la profession de sage-femme allait disparaître! Il s'est trompé. Me concernant, je suis psychiatre, et en psychiatrie on dit que les soignant-e-s sont les yeux et les oreilles du-de la psychiatre. Il-elle n'est pas toujours dans le service contrairement à l'équipe soignante, et c'est elle qui transmet les messages au médecin. Car le-la patient-e, quand on le-la voit en consultation, ne donne pas toujours le reflet de lui-même. De même, c'est la sage-femme qui est le meilleur relais entre ce que vit et dit la patiente, ses désirs, et l'obstétricien-ne.

Pour moi la sage-femme est indispensable et je m'appuie dessus (je ne sais pas si elle s'appuie sur moi), et l'interdisciplinarité est pour moi fondamentale.

Concrètement, que signifie travailler ensemble?

Christian Valla: Cela veut dire qu'on prend des décisions ensemble. Le médecin a un œil médical plus que maïeutique ou obstétrical, c'est-à-dire qu'il voit les implications qu'il peut y avoir derrière sur la santé globale de la

—
«C'est la sage-femme
qui est le meilleur relais
entre ce que vit et
dit la patiente, ses désirs,
et l'obstétricien-ne.»

DR CHRISTIAN VALLA

patiente. Si la patiente a une valve aortique, par exemple, il sait un peu plus ce que ça veut dire qu'une sage-femme. Et inversement, la sage-femme est là depuis longtemps avec la patiente, elle connaît ses aspirations, elle sait que quand elle dit qu'elle n'a pas mal en fait elle a mal, elle a les clés pour interpréter tout cela, ce qui est précieux, et ainsi on prend des décisions ensemble. Et nous nous sommes confrontés à des collègues qui nous reprochaient de donner trop de poids aux discussions: l'accouchement ça doit être comme ça, avec des ordres précis, et il n'y a pas à discuter. Mais on sait que cela est faux et de plus, mal vécu par les patientes.

Rosaria Vorlet Crisci: Et là nous retombons dans une dimension plutôt intradisciplinaire avec un fonctionnement de pouvoir, un cloisonnement. C'est dommage, malgré une réelle volonté du binôme de fonctionner en interdisciplinarité. Nous pouvons analyser la situation de manière méta. Nous avons, côté direction de service, donné cette impulsion médico-soignante à tous les niveaux: groupe de travail, réalisation de pro-



Rosaria Vorlet Crisci et le Dr Christian Valla.

Jeanne Rey

tocoles, etc. Mais l'équipe médico-soignante, qui réalise et opérationnalise finalement cette volonté, c'est retrouvée en difficulté. En lien avec ce qu'évoque précédemment le Dr Valla. Mais au final, ce dont je me suis rendu compte c'est que, même si nous avions cette volonté, nous sommes restés, chaque corps professionnel de son côté, tant les soignant-e-s que les médecins. On a essayé d'importer ce que nous faisons auparavant au sur les deux sites, Aigle et Vevey, c'est-à-dire de réunir dans nos colloques du matin pour la remise de service, les gynécologues, les anesthésistes et les sages-femmes mais sans succès.

Christian Valla: Cela a bien fonctionné à petite échelle, mais à plus grande échelle cela ne pouvait pas fonctionner aussi bien – vu le nombre de cas à exposer, et le fait qu'on est aussi des gynécologues (on s'occupe aussi de troubles gynécologiques qui n'ont rien à voir avec l'obstétrique), les colloques étaient chronophages.

Rosaria Vorlet Crisci: Il aurait fallu créer quelque-chose de nouveau qui fonctionne à ce niveau-là. Pour avoir ces vrais échanges, avoir l'apport du-de la soignant-e et celui du médecin pour trouver la meilleure solution dans cette situation, l'espace qui était offert, c'était cette réunion du changement d'équipe. Finalement, ce que nous avons observé, c'était qu'il y avait physiquement les médecins d'un côté et les sages-femmes de l'autre. Et deux personnes qui parlaient. Alors que ce que nous voulions justement c'était cette intelligence collective, que chacun-e apporte des éléments pour trouver le meilleur accompagnement possible, c'est vraiment de l'interdisciplinarité à ce niveau-là. Il aurait fallu avoir aussi les pédiatres et l'anesthésie. Mais

nous nous sommes très vite rendu compte que ça ne fonctionnait pas, et nous sommes revenus à un fonctionnement plus traditionnel: le colloque des médecins du matin, avec une petite représentation des cadres soignant-e-s, donc vingt médecins avec deux ou trois cadres soignants. Rien à voir avec le projet que nous avions souhaité. Là il aurait fallu réfléchir et revoir comment il était possible de travailler ensemble en bonne intelligence...

Notre expérience montre que, ce concept, nous avons réussi à l'incarner. Nous avons été loin dans le projet de service: concrètement, tou-te-s les professionnel-le-s que j'évoque au départ ont été réunis autour d'une table au sein de groupes de travail, pour établir comment on allait travailler ensemble, que ce soit en intra ou en extra hospitalier. Par exemple les séances Prado¹, ça a été de très longues séances jusqu'à ce qu'on se mette d'accord sur les informations qu'on allait transmettre, comment on allait les transmettre, à qui et quand, pour que chacun-e puisse s'y retrouver. Nous sommes aussi allés rencontrer nos collègues gynécologues de la ville, toujours en binôme médico-soignant, pour demander que chaque grossesse nous soit annoncée assez tôt pour pouvoir déclencher le processus d'accompagnement. La finalité est d'avoir un couple qui se sent accompagné tout au long de la grossesse, la naissance et le retour à domicile avec le sentiment d'une continuité de l'accompagnement.

¹ Voir Roulier, B. et Vorlet Crisci, R. (2021) Accompagnement global en maternité et durée moyenne de séjour. *Obstetrica*; 7-8. <https://obstetrica.hebamme.ch>

Comment était-ce accueilli?

Christian Valla: Il faut savoir que le Prado c'était un groupe de travail dont le projet portait sur le retour à domicile des parents, avec des dogmes particuliers: l'hôpital rétrécissait le nombre de lit et on avait peur de faire sortir les patientes trop tôt, donc il fallait bien travailler autour de cela.

Nous avons eu des discussions avec les pédiatres surtout, et les sages-femmes à domicile, qui allaient avoir plus de travail. Puis avec les gynécologues en ville, qui évidemment n'étaient pas forcément bien disposé-e-s à l'idée que les patientes sortent tôt de la maternité. Notre rôle était donc de leur expliquer que si la patiente nécessitait une hospitalisation plus longue, on la garderait. Et finalement ils appréciaient de nous voir. Et on leur montrait une image de fonctionnement ensemble.

Rosaria Vorlet Crisci: Nous leur transmettions l'importance du travailler ensemble, la chance d'avoir neuf mois de préparation, où les gynécologues ou sages-femmes indépendantes étaient les initiant-e-s de cette préparation en amont du séjour hospitalier. Tout le monde était d'accord sur le concept, mais quand il s'agit de concrètement l'appliquer sur le terrain, les difficultés émergent, certain-e-s sont convaincu-e-s et jouent le jeu, pour d'autres, c'est plus compliqué.

Diriez-vous finalement qu'on travaille mieux ensemble aujourd'hui, que l'interprofessionnalité est une notion plus présente sur le terrain?

Christian Valla: Je pense que oui, mais cela dépend à quel niveau. Par exemple quand on va en ville voir des gynécologues, ce sont des gynécologues qui travaillent dans d'autres structures et qui ont souvent une vision diamétralement opposée, loin de toute discussion avec les sages-femmes dans le fonctionnement du service. Avec la nouvelle génération, on est un peu contre ce dogme. Ensuite sur le plan clinique, c'est toujours celui qui arrive en dernier qui a raison. Il est plus facile de critiquer rétrospectivement. Le fait d'avoir raison parce qu'on a les conclusions enlève de la crédibilité à l'autre.

Rosaria Vorlet Crisci: La particularité de l'obstétrique – bien qu'il y ait de la pathologie – est qu'elle reste une discipline où la physiologie, la normalité sont de mise. La société a décidé qu'il y avait une profession qui s'occupe de cette physiologie, de manière autonome et indépendante: la sage-femme.

La pratique en milieu hospitalier force à travailler ensemble et dans cette vision interdisciplinaire. Mais nous n'avons pas voulu forcément délimiter la physiologie de la pathologie et dire «Tout ce qui est physiologique, le médecin ne vient pas.» Cela a été le sujet de grands débats. Ce que nous voulions, c'est travailler ensemble pour la naissance.

Un médecin assistant doit être au courant des situations en salle d'accouchement, même si tout se passe bien. Cela construit cette relation de confiance indispensable entre la sage-femme et le médecin. Cette confiance et le respect du champs de compétence fera intervenir le-la bon-ne professionnel-le au bon moment. A l'heure où nous devons faire attention au capital humain dans nos services, cela me paraît encore plus important.

Une personne qui n'a rien à faire en salle d'accouchement perturbe tout le processus hormonal physiologique et normal de la naissance. C'est l'ambiance propice à la physiologie que nous souhaitons privilégier. Laisser la place à la physiologie, cela demande du lâcher prise.

Votre service a mis en place la «césarienne douce», en quoi relève-t-elle aussi de l'interprofessionnalité?

Christian Valla: C'est un très bon exemple, car avec la césarienne on rejoint l'urgence extrême, il faut vraiment aller très vite – ou alors c'est la césarienne électorale qui prend tout son temps. Le service a mis sur pied la césarienne «douce», concept inédit en Suisse, qui n'aurait pas pu se faire sans inter-

disciplinarité. Au départ, nous avons un peu imposé la chose, aux anesthésistes surtout, qui ont été mis devant le fait accompli, puis ont pris ce train en marche. Et les pédiatres, indispensables, ont joué le jeu, ça leur a plu. Pour une césarienne il y a l'opérateur-riche (le médecin), mais aussi tout le monde autour, et sans l'équipe, l'opérateur-riche ne peut rien, voire même n'est rien. Notre positionnement à tous c'est qu'au lieu de faire une opération, c'est une naissance qui se passe là. Et là la sage-femme ou l'équipe soignante a un rôle fondamental car c'est elle qui fait le lien entre l'obstétricien et le fait qu'on puisse mettre le nouveau-né rapidement sur sa mère, car c'est là qu'il est le mieux. Et cela n'aurait pas été possible sans interdisciplinarité.

Rosaria Vorlet Crisci: Pour ce type d'intervention dans la haute technologie, par le passé on devait faire vite, pour être dans la sécurité absolue, il fallait extraire un corps d'un autre corps! Là, l'idée est d'accueillir un nouveau-né, permettre la rencontre entre des parents et leur enfant, rendre possible la participation de la mère. Ainsi, dès que la levée l'obstacle est réalisée, on doit pouvoir revenir vers la normalité. Et comme on a réfléchi ensemble à se repositionner hors de l'acte technique, on accueille la vie ensemble, c'est un moment important, et cela a un effet émotionnel sur tout le monde, les instrumentistes, les aides, l'opérateur-riche, les anesthésistes, le-la pédiatre, la nurse, la sage-femme.

Tout d'un coup, on prend le temps même dans l'urgence. A ce moment nous pouvons redécouvrir de la joie, en équipe.

Finalement, quels sont selon vous les écueils les plus importants à un travail réellement interdisciplinaire?

Christian Valla: Les gros écueils, je dirais, c'est toujours une question de personnalités: il y a des personnes qui préfèrent ne pas discuter. C'est le premier point. Et puis, pour moi, le système tel qu'on l'avait conçu il a abouti. Mais après, il y a un certain principe de réalité...

Rosaria Vorlet: Au delà du facteur humain bien réel comme le dit justement le Dr Valla, il y a un facteur économique important, et une réduction des effectifs qui stresse les équipes. Ce travail de qualité interdisciplinaire pour l'accompagnement des couples prend un peu plus de temps au départ.

La pandémie a révélé la triste réalité des équipes médico-soignantes dans les hôpitaux, et il s'agit là d'un choix politique fort à faire, avec la conscience que faire des économies sur les effectifs nous coûtera beaucoup plus cher dans le futur. Soutenons l'initiative pour des soins infirmiers forts qui vient². ◉

² <https://pour-des-soins-infirmiers-forts.ch>

ENTRETIEN AVEC

Rosaria Vorlet Crisci, sage-femme, infirmière, formée à l'haptopérinatal, haptobstétrique et haptosynésie. Master en science de l'éducation et de l'environnement.

Dr Christian Valla, spécialiste en gynécologie et obstétrique et en psychiatrie et psychothérapie.

Collaborer avec d'autres professionnel·le·s: un apprentissage dès la formation initiale

Dans cet entretien, deux enseignantes de la Haute Ecole de Santé Vaud (Hesav) relatent comment l'interprofessionnalité fait aujourd'hui partie des enseignements, *via* des outils soutenant la réflexion des professionnel·le·s de demain.

Comment et pourquoi la notion d'interprofessionnalité a-t-elle émergé dans le monde de la santé?

Fabienne Salamin: Essentiellement à travers la thématique de l'erreur médicale, et son coût humain et financier. L'idée c'est

qu'en travaillant ensemble, il y a toujours une personne qui verra ce que l'autre n'a pas vu et évitera l'erreur. L'Office fédéral de la santé consacre un groupe de travail à ce thème et a publié un rapport avec des recommandations touchant notamment à la

formation, appuyant une visée claire au niveau national¹.

Diane Waller: L'Organisation mondiale de la Santé² a également mis en avant des points touchant au vieillissement de la population, à la complexité grandissante des maladies, etc., afin de souligner l'importance de la collaboration interprofessionnelle dans les soins de manière générale. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins et la satisfaction, de diminuer les coûts et d'augmenter la sécurité.

Quel est le concept des enseignements de l'interprofessionnalité à Hesav?

Fabienne Salamin: L'entrée dans l'enseignement de l'interprofessionnalité s'est faite véritablement, c'est-à-dire de façon vraiment créditée et plus visible, avec le Plan d'Enseignement Cadre de 2012. A partir de la rentrée académique 2012-2013, nous nous sommes appuyé-e-s sur un outil en particulier, le modèle de l'Ontario, canadien, bien argumenté, qui met en avant une interprofessionnalité moins hiérarchique et plus horizontale: pour qu'une bonne décision soit prise pour un-e patient-e (ou une femme, terme que nous utilisons dans la formation sage-femme), il faut que chaque professionnel-le garde la *leadership* de sa profession et amène les éléments qu'il-elle a en sa possession pour permettre aux autres de prendre une bonne décision; il faut aussi que le-la patient-e et sa famille soient inclus dans cette boucle pour qu'une décision puisse être prise de manière à correspondre à son besoin ou à son contexte de vie. Dans l'enseignement, pour que les étudiant-e-s puissent se confronter à cela, il y a des éléments importants: par exemple il faut connaître l'autre professionnel-le, savoir quel est son champ d'action, ce qu'on peut lui demander. En première année il y a tout un travail qui se fait autour de la connaissance des rôles, des autres professions, de son propre champ. En deuxième année, on aborde plutôt la communication et la gestion de conflits. En troisième année, l'accent est mis sur la *leadership* interprofessionnel: comment moi en tant que professionnel-le je communique les éléments qui peuvent influencer la décision et faire que ce soit une décision partagée, incluant la femme dans la globalité de sa situation. Et cela passe par de la simulation, afin que les étudiant-e-s

se confrontent au-à la patient-e et aux autres professionnel-le-s. La simulation se fait avec des patient-e-s acteur-ric-e-s qui sont attentif-ve-s à ce que chacun-e parle, et permettent que les étudiant-e-s prennent leur place de professionnel-le.

Autre outil développé à Hesav: les journées interprofessionnelles, qui regroupent les étudiant-e-s en médecine de dernière année et les étudiant-e-s de nos filières, également en dernière année. Dans la réalité, certaines filières se croisent peu dans leur cursus, et cette journée et demie de rencontre leur permet de comprendre, côté étudiant-e-s en médecine, qu'il-elle-s ne sont pas obligé-e-s de tout savoir ou de tout décider mais qu'il-elle-s peuvent partager avec les autres, qui ont des compétences qu'il-elle-s n'ont pas; et les autres (sages-femmes, étudiant-e-s en soins infirmiers, physiothérapeutes, technicien-ne-s en radiologie médicale) se rendent compte également que leur avis compte et que s'il-elle-s ne le donnent pas, la décision ne sera pas aussi bonne – même si au final les études de médecine positionnent le médecin comme celui qui prend la décision. L'objectif est de faire en sorte que cette décision finale soit la plus collégiale possible pour le-la patient-e.

Enfin, la filière sage-femme a la grande chance d'avoir vu l'outil TeamSTEPPS³ (ou ses équivalents) implanté dans toutes les maternités de Suisse romande, et donc introduit dans les trois ans de formations, pour que dans la pratique tant les sages-femmes, que les praticien-ne-s formateur-ric-e-s, les étudiant-e-s, médecins et autres collabora-

teur-ric-e-s puissent parler le même langage et trouver les mêmes outils, ce qui est ensuite renforcé auprès des étudiant-e-s par l'évaluation.

Diriez-vous que les nouvelles générations de (futur-e-s) professionnel-le-s sont mieux sensibilisé-e-s à cette notion? Les étudiant-e-s parviennent-il-elle-s à faire le lien de vos enseignements avec leur pratique future?

Fabienne Salamin: A Hesav, nous parlons de «pratique collaboratives interprofessionnelle», ce qui signifie bien qu'on est dans de la pratique et dans de la collaboration. Pour moi c'est un élément essentiel pour lequel j'ai de fortes convictions, je reste convaincue qu'on est plus intelligent-e-s à plusieurs que seul-e dans son coin. Souvent au début les étudiant-e-s ne voient pas bien l'intérêt, on les ennuie avec l'interprofessionnalité, mais on voit aussi qu'on est en décalage avec les terrains, où l'interprofessionnalité est un sujet qui vient «seulement» maintenant – et tout le monde a bien conscience que ça doit se développer encore. Les générations de nouveaux professionnel-le-s vont rendre cette interprofessionnalité plus concrète sur les terrains. C'est au fur-et-à-mesure de leur parcours qu'il-elle-s développent cette sensibilité; on voit qu'ils sentent bien qu'il y a là quelque-chose, mais c'est souvent quelques années après, quand nous les revoyons qu'ils disent: «Mais c'est maintenant qu'on comprend ce que vous vouliez nous dire quand vous nous en parliez.» Donc c'est quelque-chose qui demande de la maturité professionnelle pour être exercé plus facilement.

Diane Waller: Sur le terrain, les réalités sont diverses. Avant d'enseigner, j'ai travaillé dix-sept ans à la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où très rapide-



Anjje Kroll-Witzer

¹ Voir www.bag.admin.ch

² Voir <https://apps.who.int>

³ Voir aussi Farin, A. et al. (2018) TeamSTEPPS: Travail en équipe interprofessionnelle pour la sécurité des patients. *Sage-femme.ch*; n. 3, p. 14. <https://obstetrica.hebamme.ch>

ment avait été mis en place le programme «Ensemble»⁴, une variante de TeamSTEPS. Donc j'évolue dans cette thématique depuis mes toutes premières années de sage-femme. La maternité des HUG est la plus grande de Suisse, c'est un très grand centre universitaire, où cela fait totalement sens de travailler ainsi et d'en être conscient. J'ai le sentiment d'avoir pratiqué l'interprofessionnalité au quotidien, et quand j'enseigne n'importe quelle théorie ou approche, je fais un lien avec la pratique sage-femme, en intégrant également la prise en compte des professionnel-le-s avec qui on va forcément travailler et collaborer, pour encourager les étudiant-e-s à une pensée plus large.

Fabienne Salamin: En fait, l'interprofessionnalité a toujours été là, mais pas de façon conscientisée. Longtemps on a plutôt évolué dans une collaboration de personne à personne, avec l'idée «On s'entend bien, on travaille bien ensemble et on confronte ses idées», et il est vrai que souvent on arrive à faire bouger les pratiques quand on s'entend bien. L'objectif désormais est de passer dans une autre phase, conscientisée, où l'on ap-

«S'exercer au debriefing en simulation permet de se sentir légitime pour échanger.»

DIANE WALLER

prend à travailler ensemble même quand on ne s'entend pas bien ou qu'on n'a pas d'atomes crochus. Cela passe entre autres par la simulation. La formation initiale et continue en simulation permet de prendre du recul, par rapport à des situations urgentes, des choses qui vont vite, des charges de travail lourdes. Je pense que cela va être de plus en plus conscientisé et intégré dans le rôle professionnel.

Diane Waller: Et cela porte ses fruits! Des médecins qui ont pratiqué la simulation puis qui changent de centres ou maternités l'emmènent plus loin.

⁴ Voir www.hug.ch

Quels sont les ressorts mis à l'œuvre dans la simulation?

Fabienne Salamin: Souvent sur le terrain, on est sur un rythme trépidant, et on n'a pas le temps de discuter pour une prise de décision. Il y a des jours où des personnes pourront prendre ce temps, avant ou après la situation. Mais ce n'est pas possible tout le temps, et on ne peut pas se dire que cela va se faire spontanément. La simulation permet donc de formaliser un temps d'échange autour d'une situation qui a pu être problématique. Dans TeamSTEPS il y a un outil qui porte sur la *leadership*, la *briefing* et le *debriefing*. Cela signifie qu'on s'arrête à un moment, qu'on parle à l'autre, qu'on écoute l'autre, qu'on essaye d'entendre, et cela fonctionne dans les deux sens. Si on n'a pas pu le faire avant, car il y a parfois dans des institutions des éléments qui font qu'on n'a pas pu le faire avant, c'est reprendre après. En ayant ces temps formalisés. Avec pour objectif de penser ensemble comment on essaye de faire mieux la prochaine fois. La simulation permet cet arrêt.

On part toujours de situations emblématiques de la pratique, par exemple l'hémorragie de la délivrance qui fait partie des pratiques que l'on doit exercer très régulièrement, pour ne pas commettre d'erreurs.

Diane Waller: Et tout l'intérêt est bien d'intégrer ensuite le *debriefing* et de le pratiquer en simulation, pour l'intégrer: c'est un élément aussi important que toutes les autres étapes précédentes, parce que justement, reparler ensuite nous paraît beaucoup plus normal et spontané. Lorsqu'il y a une situation où on ne s'est pas senti à l'aise, s'exercer au *debriefing* en simulation permet de se sentir légitime pour redemander par exemple un échange, parfois juste de personne à personne. La force de ce temps-là c'est de construire un échange, pour gagner en qualité pour les situations suivantes, et créer un fil, une continuité.

Quels sont les aspects qui vous plaisent le plus dans les axes avec lesquels vous travaillez sur cette thématique?

Fabienne Salamin: Pour moi c'est lié à des convictions personnelles, je reste convaincue que si j'ai pu faire ce que j'ai fait dans ma carrière professionnelle c'est parce que je collaborais bien avec l'équipe, et j'avais envie de le transmettre aux étudiant-e-s. Souvent la relation médecin/sage-femme peut être assez conflictuelle, et s'il s'agit d'un conflit de

personnes et d'une question de pouvoir, comme c'est souvent le cas, alors c'est inintéressant. Ce qui m'anime ici c'est d'être capable de faire sortir les étudiant-e-s de ce conflit de pouvoir pour entrer dans un conflit constructif⁷, et je trouve que ce sont des valeurs importantes à transmettre et à savoir utiliser.

Diane Waller: Mes convictions personnelles, aussi très ancrées dans mon vécu de la pratique, et l'envie de les transmettre: c'est en même temps avoir une forme d'humilité mais aussi fortement conscience qu'on a sa part de responsabilité: j'apporte ce que je peux dans certaines situations, mais il y a des situations qui requièrent réellement de travailler ensemble. J'ai un exemple très fort de jeune sage-femme avec une anesthésiste, qui a vraiment su débloquent une situation très conflictuelle avec un conjoint; elle a été tellement extraordinaire dans cette situation que je me suis dit «toute seule je ne m'en serais jamais sortie». Ça a été un vrai déclic: oui on a chacun-e son rôle, chacun-e sa part, on n'a pas à se défausser, mais dans certaines situations on est vraiment plus fort-e-s ensemble, et il y a un réel bénéfice pour la femme, le couple et l'équipe. ◉

⁷ Voir par exemple www.ted.com

ENTRETIEN AVEC



Fabienne Salamin, sage-femme, maître d'enseignement à la Haute Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, responsable de la formation pratique.



Diane Waller, sage-femme, maître d'enseignement à la Haute Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.