

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 élective 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 le *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 le *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·rice·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·nes formateur·rice·s, les étudiant·e·s, médecins et autres collabora-



teur·rice·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-

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 TeamSTEPPS. 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 TeamSTEPPS il y a un outil qui porte sur le *leadership*, le *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 débloquer 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 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 Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.