

Accompagnement global en maternité et durée moyenne de séjour [1ère partie]

Autor(en): **Rouiller, Béatrice / Vorlet Crisci, Rosaria**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **119 (2021)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **26.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-976863>

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.



Accompagnement global en maternité et durée moyenne de séjour

Hôpital Rivière Chablais

Les auteures de cet article, clinicienne et cheffe de service en maternité régionale jusqu'à récemment, relatent ici la structure scientifique et logistique sur laquelle s'est appuyée la mise en place, en 2019, du PRogramme de préparation au retour A Domicile au sein d'une maternité régionale vaudoise. Elles développeront dans un prochain article l'impact de la durée moyenne de séjour sur les parents en leur donnant la parole.

Transfert des connaissances à la pratique

1^{ère} partie

PRADO: projet de service en maternité régionale

La planification hospitalière vaudoise a fait émerger une des plus grandes maternités de Suisse romande avec environ 2000 naissances par an, ce qui a inévitablement mis sur le devant de la scène la durée moyenne de séjour (DMS) contrainte par la diminution du nombre de lits. En outre, par souci de qualité et de sécurité pour les parents et leur nouveau-né, l'équipe en place s'est attelée à considérer, dès l'initialisation du projet PRADO, le parcours de la maternité de manière globale. Du début de la grossesse au retour à domicile, toutes les situations obstétricales à haut ou bas risques ainsi que les intervenant-e-s professionnel-le-s concerné-e-s ont été intégré-e-s dans le choix des différentes variantes du projet.

Initialisation: réflexions et références

Les références de la Haute Autorité de Santé (HAS, France) et la méthodologie de projet Hermès ont servi

TEXTE:
BÉATRICE
ROUILLER
ET ROSARIA
VORLET
CRISCI

Cet article relate une expérience d'envergure dans le cadre de la planification cantonale d'une nouvelle maternité régionale. Cette planification a été une opportunité remarquable pour repenser l'accompagnement de la naissance. De 2015 à 2020, la conjonction d'expériences et de compétences multidisciplinaires, jointe à la constitution d'une équipe interprofessionnelle volontaire, a certainement été le levier pour la réalisation innovante du projet PRogramme de préparation au retour A Domicile (PRADO^{1,2}).

¹ Le terme et son acronyme ont été élaborés en France dès 2010, pour appuyer un dispositif visant à préparer dès la maternité le suivi des femmes et de leurs enfants de retour à domicile par une sage-femme libérale, mais permettant par là-même d'augmenter le nombre de sorties précoces de maternité et donc de réduire la durée de séjour. Plus d'informations sur www.ameli.fr

² La partie anticipatoire du projet PRADO, soit le contact précoce (16-22 SA) reste actuellement non exploité.

de base à la méthode de travail du projet PRADO (HAS, 2014; Confédération suisse, 2021).

La gestion prévisionnelle des soins fait intervenir la notion fondamentale de chemin clinique. Cette approche de distribution des soins est fondée sur l'anticipation des besoins de la femme et de son enfant pour une durée d'hospitalisation donnée avec une situation clinique identique (HAS, 2004). Son but est l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins avec une meilleure maîtrise des coûts (efficacité).

Cette méthode contribue à :

- l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques;
- l'amélioration de la délivrance et de la continuité et de la sécurité des soins de qualité, dans une perspective d'accompagnement global et en tenant compte des valeurs, des besoins, des préférences des femmes et de leur famille à chaque étape du soin;
- l'adéquation au modèle de soins et au développement de la coordination et de la communication entre les différents acteurs de l'accompagnement des femmes et de leur famille;
- la satisfaction des femmes, de leur famille et des soignant·e·s;
- la réduction de la variabilité des soins non justifiés et la promotion de l'équité dans les soins;
- l'amélioration de la rationalisation et des ressources des soins (Berkane, 2015; HAS, 2014).

Accompagnement global

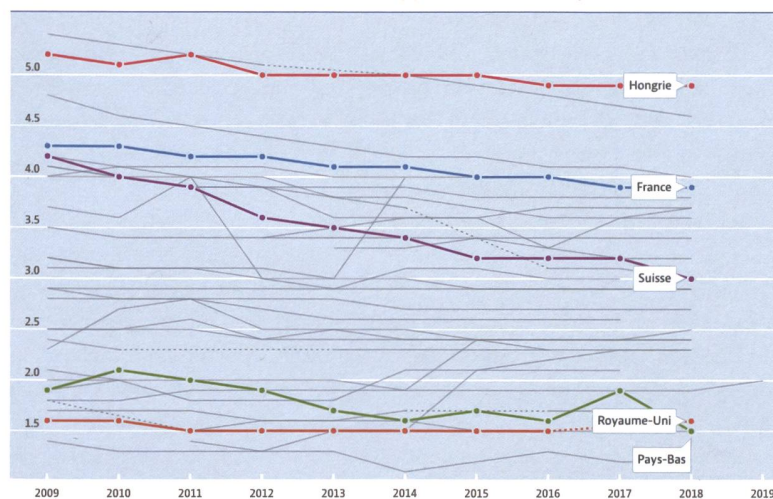
Page & McCandlish (2006) décrivent deux modèles d'accompagnement :

- Le modèle de continuité des soins (une femme-une sage-femme) se centre sur une philosophie partagée de l'expérience individuelle et du vécu de la femme
- Le modèle du suivi global (continuité des soignant·e·s) est défini par la mise en place d'une organisation permettant à une sage-femme ou un même groupe de sages-femmes d'accompagner les femmes durant toute la période périnatale et de créer ainsi une relation de confiance avec elles.

Tandis que le premier se révèle difficile à développer dans une structure organisationnelle de soins fragmentés – ceci même dans un contexte d'approche du soin et du suivi en équipe; le deuxième peut se révéler une

Tableau 1. Evolution de la durée de séjour à l'hôpital dans cinq pays européens après un accouchement par voie basse, 2009-2019

Organisation de Coopération et de Développement Economiques



option réalisable d'accompagnement global dans une structure hospitalière.

La gouvernance médico-soignante du service qui a mandaté le projet PRADO, est restée vigilante tout au long du projet de service à maintenir la qualité et la sécurité des futurs parents. La vision du service est de rester ancré dans une perspective de santé publique par un accompagnement interdisciplinaire dès le début de la grossesse jusqu'au retour à domicile. Ceci avec la vision et la conscience aiguës que le soin porté à la naissance des nouveau-nés et à leurs parents aura un impact certain sur le devenir de la société.

Durée moyenne de séjour

Cette dernière décennie en Europe, la DMS pour les accouchements lors de grossesses à bas risques enregistre une diminution constante. Elle varie en 2019 de 1,5 jours en Grande Bretagne à 5 jours en Hongrie, en passant par 3 jours en Suisse (Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2021)³.

En France, la DMS a diminué de 5 à 3 jours en lien avec l'introduction des recommandations de bonne pratique de la sortie de la maternité après accouchement (Haute autorité de santé, 2014). Les standards de la DMS varient de 72 à 96 heures pour un accouchement par voie basse (AVB) et de 96 à

120 heures pour une césarienne. (voir tableau 1)

Ces variations ne prêterent cependant pas la qualité et la sécurité des mères et des enfants, pour autant qu'un dispositif d'accompagnement au retour à domicile soit mis en place.

Cette dernière décennie en Europe, la durée moyenne de séjour pour les accouchements lors de grossesses à bas risques enregistre une diminution constante.

Si l'endroit le mieux adapté à la nouvelle famille est, dans la majorité des cas, son lieu de vie, il n'en reste pas moins qu'une telle organisation requière une préparation anticipée répondant au plus près aux besoins des futurs parents. En Suisse, cette tendance à la baisse est un changement radical de pratique et les 48 ou 72 heures préconisées peuvent représenter une source de stress importante pour les nouveaux parents non préparés.

³ Il est à noter que ces moyennes regroupent toutes les naissances (bas risque, césariennes, etc.).

Conception: changement de paradigme et salutogénèse

Elément central de la réflexion autour du projet PRADO, le développement d'une philosophie d'accompagnement global requiert un changement de vision au niveau organisationnel, mais également institutionnel et interprofessionnel. C'est pourquoi, la conception d'une telle opérationnalisation a été élaborée en plusieurs étapes.

Première étape

Introduction du modèle: «Une seule porte d'entrée à la maternité», sans différenciation ou sélection prédéfinie par la situation obstétricale. Cette perspective, au moment de la naissance, met en valeur les compétences et ressources de la femme et de sa famille, accompagnés par la sage-femme de manière autonome (Sandall *et al.*, 2016). De plus, le développement et la promotion d'une culture de la physiologie de la naissance oscillant entre physiologie, eutocie, vulnérabilité (médicale, obstétricale, néonatale, sociale) ou urgence en équipe interdisciplinaire et orientée par les chemins

cliniques permet un véritable alliage de visions complémentaires (Junod, 2018).

Deuxième étape

Mise en place du modèle «sage-femme agréée» en salles de naissances, en ouvrant l'accès au plateau technique à des sages-femmes indépendantes.

Troisième étape

Réorganisation plus importante du service permettant aux sages-femmes hospitalières le désirant de s'organiser en groupe et de prendre la responsabilité d'un groupe de femmes, sur le modèle du *Caseload Midwifery Care* (Tracy *et al.*, 2013). La possibilité d'une collaboration interprofessionnelle par un suivi médical en cas de nécessité rendrait le modèle flexible et cohérent, en lien avec l'évaluation et le suivi des situations présentant des vulnérabilités. L'un des principaux concepts qui a guidé le projet PRADO lors de sa conception est la salutogénèse (Antonovsky, 1987; Lindström, 2012), axée sur le continuum santé-maladie, les trois dimensions du sentiment de cohé-

rence de la personne (la compréhension, la capacité à gérer et la signification), et l'accès aux ressources disponibles.⁴

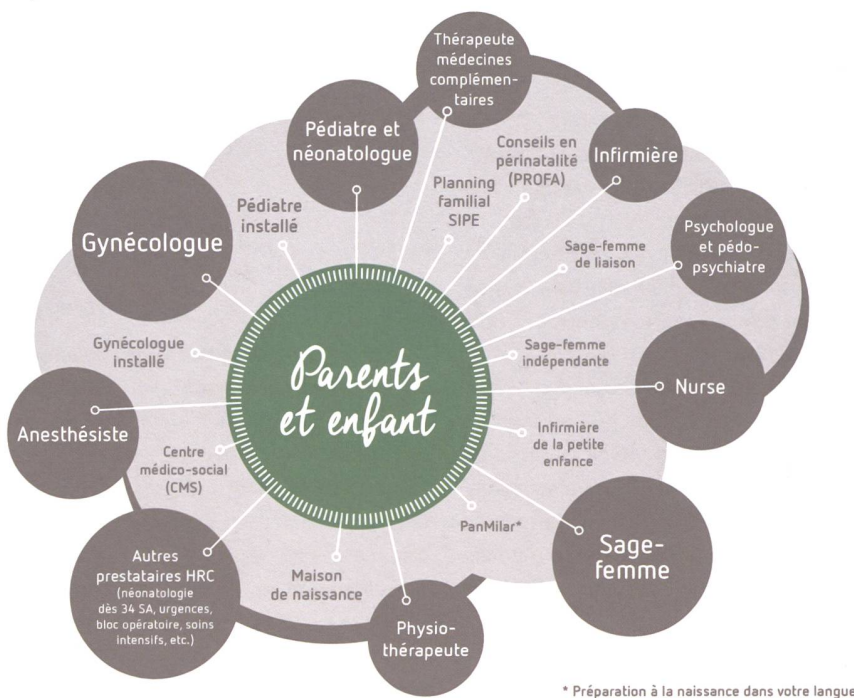
Les modèles de la prise de décision participative et du principe du «patient-partenaire», de l'accessibilité et de l'équité dans les soins, de la sécurité-patient, ainsi que de l'approche de la médecine intégrative, combinant traitements conventionnels et médecines complémentaires, ont également participé à mettre en évidence, dans le projet PRADO, une perspective plus large encore qu'est la promotion de santé selon la Charte d'Ottawa (Gerhard, 2013 et World Health Organisation, 1986).

Réalisation: travail interprofessionnel à large échelle

La réalisation du projet PRADO s'est articulée sur plusieurs axes:

- Formation de groupes de travail constitués de sages-femmes indépendantes (SFI) et hospitalières, sages-femmes conseillères en périnatalité (SFC, PROFA), gynécologues, pédiatres (hospitaliers/ installés), anesthésistes, infirmières de la petite enfance, psychologues, physiothérapeutes, assistantes sociales (AS), conseillères en santé sexuelle (CSS); afin d'assurer la cohésion et la cohérence d'un accompagnement de la famille en amont et en aval du séjour hospitalier;
- Consultations régulières d'un groupe de parents;
- Implication des directions générale et de service soutenantes, progressistes œuvrant pour la faisabilité du projet;
- Conduite du projet par deux cliniciennes expertes en pratique obstétricale normale, physiologique et/ou eutocique et particulièrement en salutophysiologie coordonnant, en tant que cheffes de projet, le déroulement du projet et veillant au respect non seulement des bonnes pratiques, mais aussi à la validité scientifique du projet PRADO (Junod, 2018; Rouiller, 2018; Schmid, 2015);
- Collaborations interservices intégrant le GEFLO (gestion des flux patients), la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), le service des finances, PROFA (périnatalité) et PAN-Milar (migration) ont permis, sur le plan administratif, de développer de nouveaux outils et de faire évoluer les exist-

Figure 1. Extrait du portfolio PRADO 2019 - équipe interdisciplinaire Hôpital Riviera Chablais



* Préparation à la naissance dans votre langue

⁴ Voir aussi *Obstetrica* numéros 9/2019, p. 40 sq; 7-8/2019, p. 71 sq et 5/2018, p. 54 sq.

Figure 2. Extrait du portfolio PRADO 2019 – la ligne du temps
Hôpital Riviera Chablais



tants en lien avec les besoins du projet. Ainsi par exemple: les annonces de grossesse dès la 16^{ème} semaine et l'adaptation électronique du dossier patient commun rendu accessible aux différent-e-s intervenant-e-s (médico-soignant, PROFA, physiothérapeute, AS, CSS) permettent une source commune d'informations médicales et soignantes précoce et efficiente, particulièrement utile pour un suivi cohérent et évolutif du projet de naissance;

- Collaboration étroite avec le service informatique pour l'actualisation et l'informatisation des protocoles de soins et des processus;
- Consultation d'expertes des hautes écoles de santé de Genève et Lausanne (Kaiser, 2015; Politis-Mercier, 2015).

Le travail en équipe interprofessionnelle devient ainsi explicite et respectueux de la complémentarité des compétences de chacune (Figure 1). Cette collaboration prend

donc en considération les trois dimensions du sens de la cohérence pour les professionnel-le-s eux et elles-mêmes, autant au niveau de la réalisation que dans la philosophie du projet en lui-même (Meier *et al.*, 2016).

Déploiement: les enjeux au-delà des statistiques

Sans cela, le risque de médiocrité, d'insuffisance avec son lot de violences obstétricales tels que «accouchements traumatiques», «mauvais vécu», «allaitement défaillant», «peur vitale», «abandon», «solitude», «réhospitalisations», «dépressions», «attachement perturbé», «sentiment d'être mise dehors», «je ne savais pas» est et restera une réalité à éviter à tout prix, ou du moins à être contrôlée à l'époque du tout économique. Il s'agit là d'un jeu d'équilibriste particulièrement délicat, mais aussi, fondamentalement, d'une responsabilité sociétale.

Un atout essentiel est le temps. Le temps de la grossesse... Neuf mois pour «tricoter» avec la femme, la famille, le maillage d'une confiance permettant de vivre la maternité et un retour à domicile sereinement.

Pour cela, le travail d'une équipe interprofessionnelle soudée, s'étendant de la première consultation chez le-la gynécologue ou la sage-femme au retour à domicile jusqu'à la fin du suivi par la SFI, puis le relai avec l'infirmière petite enfance, au détour des rencontres avec la SFC et des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP) est capital.

Un accompagnement cohérent et compréhensible pour le couple est ainsi réalisé, intégrant des informations personnalisées dès le début de la grossesse et avec les critères suivants:

- uniformisées;
- connues de tou-te-s les professionnel-le-s;
- transmises en temps opportun;
- répétitives.

AUTEURES



Béatrice Rouiller, sage-femme, infirmière, clinicienne, MSc Midwifery, collaboratrice scientifique à la Berner Fachhochschule Gesundheit, filière BSc sage-femme.



Rosaria Vorlet Crisci, sage-femme, infirmière, haptothérapeute. Master en science de l'éducation et de l'environnement.

Celles-ci permettent de constituer, au fil du temps et des interventions de l'équipe interprofessionnelle avec le couple, le projet de naissance incluant l'organisation du retour à domicile dans les meilleures conditions, eu égard à la DMS (Figure 2). Les recherches actuelles menées en Suisse et en Europe mettent clairement la lumière sur les traumatismes liés à la naissance (Horsch *et al.*, 2020). Certaines sont sur le

Il convient d'assurer professionnellement et socialement une sécurité non seulement clinique mais également émotionnelle et sociale des parents.

point de proposer des processus de «réparation» dans les soins auprès des parturientes. Ici il s'agit de prévention et de promotion de la santé afin d'éviter autant faire ce peu le syndrome post-traumatique. Il est du domaine de la santé publique de s'inquiéter du changement de paradigme, car il convient d'assurer professionnellement et socialement une sécurité non seulement clinique mais également émotionnelle et sociale des parents. Il est entendu par là une préparation à la sortie dès la première

consultation chez la gynécologue ou la sage-femme; pierre posée à l'édifice d'un retour serein dans son lieu de vie, consolidé par l'intervention des équipes interdisciplinaires intra et extra-hospitalières.

Sans cette conscience éthique de santé publique, l'avenir de l'obstétrique subissant

les pressions économiques au travers d'indicateurs et de planifications hospitalières est réduit à perdre sa mission première qui consiste à permettre à la femme, aux parents et à l'enfant de bien naître comme le germe de la société de demain: la naissance comme expérience humaine consolidante. Il en va de la responsabilité de chaque professionnel-le œuvrant sur le terrain, du management, de l'enseignement ou de la recherche.

Pour conclure cette première partie, faisons appel à Michel Odent⁵: «Si on veut changer le monde (un monde meilleur, plus humain durable, responsable) il faut changer (soutenir, accompagner) la Naissance». ☉

Les auteures tiennent personnellement à remercier tous leurs collègues et les familles qui ont rendu possible l'écriture de cet article. Tous les noms seraient prendre le risque d'en oublier, elles restent intimement convaincues qu'ils et elles se reconnaîtront, qu'ils et elles soient ici sincèrement remerciés-e-s.

⁵ Voir p. 14 et suivantes de la présente édition.

Références

- Antonovsky, A. (1987)** Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well (1st ed.). Jossey-Bass.
- Berkane, N. (2015)** Sorties précoces en maternité: avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*; 44(2), 119-125. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.07.009>
- Confédération suisse (2021)** Gestion du projet, HERMES online. www.hermes.admin.ch
- Gerhard, E. (2013)** Pain relief for childbirth: A qualitative study of Midwives' non-pharmacological pain relief practices when assisting women during physiological childbirth in the canton of Vaud, Switzerland. [Unpublished master's thesis]. Glasgow Caledonian University.
- Haute Autorité de Santé (2004)** Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité. www.has-sante.fr
- Haute Autorité de Santé (2014)** Sortie de maternité après accouchement: Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *La Revue Sage-Femme*; 13(2), 84-98. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2014.03.001>
- Horsch, A. (2020)** L'impact des accouchements traumatiques sur toute la famille [Communication]. Les Rendez-Vous PROFA, Renens.
- Junod, I. (2018)** Dossier complet de validation: projet d'implémentation sur la promotion de la naissance physiologique à l'HRC [travail de certification clinique généraliste non publié]. Espace Compétences, Cully.
- Kaiser, B. (2015)** Sécurité et qualité des soins dans les unités de naissance gérées par des sages-femmes: Les résultats du COST [Communication]. Journée scientifique Sécurité et qualité en milieu intra et extra hospitalier: le rôle de la Sage-femme, HES-SO, Genève.
- Lindström, B., Eriksson, M., Roy, M., O'Neil, M. & International Union for Health Promotion and Education (2015)** La salutogenèse: Petit guide pour promouvoir la santé. Presses Université Laval.
- Meier Magistretti, C., Downe, S., Lindström, B., Berg, M. & Schwarz, K. T. (2016)** Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*; 11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.33155>
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques (2021)** Recours aux soins de santé. Durée de séjour à l'hôpital - OCDE Data. <https://data.oecd.org>
- Page, L., & McCandlish, R. (Éds.) (2006)** The new midwifery: Science and sensitivity in practice (2. ed). Churchill Livingstone.
- Politis-Mercier, M. P. (2015)** Dotation en personnel: recommandations sur les ratios sage-femme/femmes - aperçu de la littérature [Communication]. Journée scientifique Sécurité et qualité en milieu intra et extra hospitalier: le rôle de la Sage-femme, HES-SO, Genève.
- Rouiller, B. (2018)** Influence of water immersion during birth process on women's experience from a salutophysiological point of view [Conference presentation]. From Birth to Health, COST Action BIRTH Conference, Lisbon. <https://eubirthresearch.wixsite.com>
- 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*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Schmid, V. (2015)** Schwangerschaft, Geburt und Mutterwerden: Ein salutogenetisches Betreuungsmodell (2. Auflage). Elwin Staude Verlag.
- Tracy, S. K., Hartz, D. L., Tracy, M. B., Allen, J., Forti, A., Hall, B., White, J., Lainchbury, A., Stapleton, H., Beckmann, M., Bisits, A., Homer, C., Foureur, M., Welsh, A. & Kildea, S. (2013)** Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. *The Lancet*; 382(9906), 1723-1732. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61406-3)
- World Health Organisation (1986)** Ottawa Charter for Health Promotion. www.healthpromotion.org

PHILIPS

AVENT

Neu



Doppelmilchpumpe
Basic SCF397/11

Einzelmilchpumpe
Premium SCF396/11

Handmilchpumpe
Premium SCF430/16

Lernen Sie unsere Milchpumpen kennen

Jetzt auch als Handmilchpumpe verfügbar

Ideal für unterwegs, durch das leichte und kompakte Design, den wiederaufladbaren Akku und den leisen Motor, oder neu als Handmilchpumpe.

Passt sich jeder Brustwarzengröße an. Ein weiches, flexibles Silikonkissen, das 99,98% aller Brustwarzengrößen passt*.

* Für Brustwarzen bis zu 30 mm

Schnellerer Milchfluss. Die Natural Motion-Technologie nutzt die effektive Kombination aus Saugen und Stimulation der Brustwarze mittels sanfter Kompression, für einen schnelleren Milchfluss.

Entdecken Sie die erste Milchpumpe, die sich der Mutter anpasst und den Milchfluss natürlich anregt.



innovation  you

Sie möchten mehr erfahren, wünschen kostenlose Muster oder einen persönlichen Termin?

Kontaktieren Sie uns gerne unter: hebammen@philips.com

Sie erreichen mich direkt unter: melanie.lang@philips.com oder 079 506 90 12

Oder schauen Sie auf unsere Website: www.philips.ch/hebammen

