Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 91 (1993)

Heft: 7-8

Artikel: Une maternité unifiée pour une prise en charge mère-père-enfants

Autor: Vorlet-Crisci, Rosaria / Bonfils, Catherine

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950880

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.12.2025

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

données précisent que la préparation orale administrée pour 5 jours n'est, elle, pas plus efficace qu'un placebo en ce qui concerne un prolongement de grossesse.

b) *Analyses globales:*
Des analyses généralisées tentent de compenser la non-représentativité d'un échantillonnage trop petit en compilant les données de diverses études. De telles analyses montrent que la ritodrine est efficace, en prolongeant la grossesse de 24 à 48 heures, mais qu'elle est inefficace pour un prolongement au-delà de 32 ou 37 semaines. Malheureusement, dans des analses globales, le traitement i/v n'est pas séparé du traitement per os. Les données peuvent être interprétées en faveur de la ritodrine i/v, vu que son utilisation correspond au traitement le plus courant dans les premières 24–48 heures. L'échec d'un prolongement de grossesse au-delà de 32 ou 37 semaines pourrait, quant à lui, être attribué à l'inefficacité de la préparation orale.

3. *Effets physiologiques et secondaires*

L'évaluation de l'efficacité de la ritodrine et des autres bêta-mimétiques dans les études cliniques est entravée par la large variation de réponses médicales aux effets physiologiques et secondaires de la ritodrine. Dans plusieurs institutions, l'administration de ritodrine est constamment interrompue dès que la femme ressent des douleurs thoraciques, devient tachypnéique, présente une tachycardie ou une hypotension.
Or ces effets ne devraient pas induire automatiquement un changement de produit ni amener nécessairement à la conclusion que la substance est inadéquate.
Quand la ritodrine est comparée à un autre médicament inhibiteur du travail ou à un placebo, le taux d'échec peut être artificiellement élevé, car de tels cas sont vus comme des échecs, alors qu'en fait bon nombre de ces patientes pourraient être retraitées aux bêta-mimétiques.

a) *Effets physiologiques:*
La ritodrine et d'autres bêta-mimétiques ont un effet protéinique. L'identification de ces effets est importante car un traitement correcteur peut s'avérer nécessaire dans certains cas, par exemple lors d'hyperglycémie. De tous les effets physiologiques connus de la ritodrine, aucun ne justifie un arrêt de la perfusion ni une interprétation d'échec.

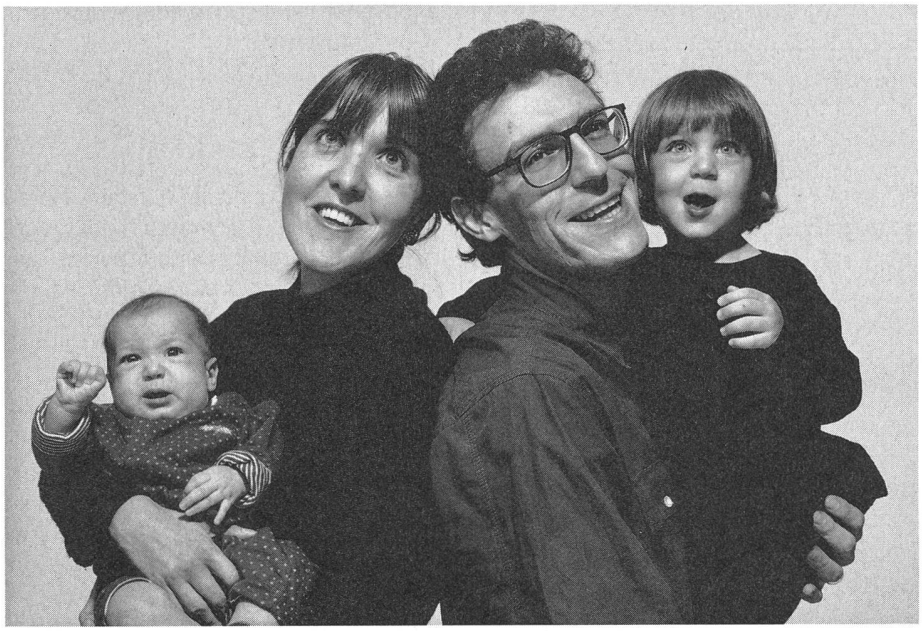
b) *Effets secondaires:*
Des tremblements et des vomissements sont fréquents et leurs présences isolées ne réclament pas de changement en cours de perfusion. Les effets secondaires les plus importants associés aux bêta-mimétiques sont: l'oedème pulmonaire, l'arythmie, les douleurs thoraciques et la tachypnée. La fréquence de ces effets a été mal ou surestimée. Au début de l'introduction de la ritodrine, peu de médecins étaient conscients des risques potentiels et le médicament était ainsi utilisé agressivement, un oedème pulmonaire apparut donc chez certaines patientes. Dans de rares cas, la non-identification de complication cardio-vasculaire aboutit à la mort maternelle. Récemment, avec la reconnaissance des risques cardio-vasculaires associés à l'usage de la ritodrine, la fréquence de ces effets secondaires a sensiblement diminué. Le risque d'oedème pulmonaire encouru sous bêta-mimétiques est estimé actuellement à environ 1/1000 cas, tandis que dans des études antérieures, l'incidence approchait 1/100. Les arythmies sont également peu courantes et sont rencontrées aussi avec d'autres agents inhibiteurs du travail. Evidemment, lors d'oedèmes pulmonaires ou d'arythmies, la perfusion de ritodrine devrait être stoppée immédiatement et ne pas être prescrite à nouveau. Les douleurs thoraciques ou la tachypnée surviennent dans 10–15% des cas de patientes traitées par la ritodrine i/v. Vu que ces symptômes peuvent être dus à une ischémie du myocarde, la perfusion devrait être immédiatement enlevée. Or on se demande si la perfusion doit être stoppée automatiquement lors de ces derniers symptômes, étant donné qu'ils pourraient être dus à une autre cause qu'à l'ischémie. En outre le fait que la tachypnée et que les douleurs thoraciques peuvent apparaître avec une fréquence cardiaque inférieure à 100 battements par minute en l'abscence d'hypotension suggère que ces symptômes ne sont pas nécessairement liés à une ischémie du myocarde. □

Une maternité unifiée pour une prise en charge mère-père-enfants

Vorlet-Crisci Rosaria:
Infirmière sage-femme responsable du service de gynécologie-obstétrique (hôpital cantonal de Fribourg).
Etudiante à l'école supérieure d'enseignement infirmier de Lausanne, Option gestion niveau 2 cours 30 L
Bonfils Catherine:
Infirmière enseignante responsable de la formation permanente (hôpital cantonal de Fribourg).

Introduction

Travail présenté par Rosaria Vorlet-Crisci au Congrès de l'ICM à Vancouver en mai 1993. Il s'agit de l'application d'un projet pour la prise en charge mère-père-enfants par une professionelle dans une structure hospitalière cantonale.
La maternité change, les jeunes professionnelles aussi. Au sortir de leur école, elles veulent une prise en charge holistique du couple, où on ne s'occupe plus séparément de la mère et de son enfant, voire même en oubliant le père. C'est un couple qui accouche. Les futurs parents auteurs de la vie sont des acteurs à part entière. Il n'y a pas seulement le fait d'accoucher, mais un acte de naissance qui englobe tout cet espace de vie qui va de la conception au retour à domicile dans une nouvelle structure familiale. La professionnelle qui soutient une famille en devenir se veut avant tout une professionnelle de la santé. Son rôle est plus d'enseigner, d'accompagner, de soutenir et de prévenir que de soigner. Dans un milieu hospitalier, cette affirmation peut être un paradoxe, mais n'oublions pas que nous parlons de maternité.



L'hôpital cantonal de Fribourg (HCF) est un hôpital public d'environ 500 lits regroupant toutes les disciplines médicales. La clinique d'obstétrique (pré-natal, post-partum, salle d'accouchement, bloc opératoire) dotée de 24 lits adultes et 20 lits enfants compte annuellement plus de 500 accouchements.

La méthode de gestion par projet est le processus utilisé pour ce travail, il se divise en 4 phases qui sont:

1ère phase:	l'exploration	«Le quoi?»
2ème phase:	l'adéquation	«Le quoi faire?»
3ème phase:	l'élaboration	«Le comment faire?»
4ème phase:	la réalisation	«Le faire?»

1ère Phase: l'exploration

Ce qui fait l'originalité de cette phase est la dynamique d'une minorité de professionnelles (sages-femmes, infirmières, nurses) prenant l'initiative d'un changement. En effet, nous retrouvons tous les éléments décrits par Moscovici dans l'influence des minorités sur la majorité c'est-à-dire, l'**investissement,** l'**autonomie,** l'**équité,** la **consistance.**
Nous notons donc en 1988 à la maternité, une insatisfaction tant de la part des professionnelles que des femmes hospitalisées, due essentiellement à une prise en charge dissociée de la mère et de l'enfant. Cette minorité décide par conséquent de créer un outil de travail (questionnaires) qui devrait permettre de mieux cerner le problème et d'y apporter une solution.
Cette minorité de professionnelles a réussi de par sa persévérance à faire accepter sa démarche qui aboutit maintenant à l'introduction du rooming-in et à une prise en charge globale par un soignant de l'entité mère-père-enfants.
La source de difficulté probable est une divergence d'opinion quant à la manière de prodiguer des soins en maternité. Nous pouvons expliquer cela par l'absence dans le service d'une conception de l'obstétrique comme principe organisateur de pratique. Il est connu que ce manque de référence ne permet pas aux professionnelles de faire autrement que de soigner en fonction de leurs représentations personnelles. Celles-ci peuvent être divergentes de celles des autres et entraîner des attitudes antagonistes difficiles à gérer quand plusieurs professionnelles soignent la même personne (2). De ce constat découle la création de 3 questionnaires touchant le pré-natal, la salle d'accouchement, le post-partum et les cours de préparation à la naissance.
L'enquête se déroule entre juin 1988 et décembre 1990. C'est la période «test» pour la méthode et l'analyse des premiers résultats. Lors du premier dépouillement des quelques 360 questionnaires, le bilan a été très satisfaisant, voire trop rassurant. En 1989 (290 questionnaires), les résultats furent analogues à 1988. Cet événement critique nous a beaucoup intriguées et nous a poussées à réviser les questionnaires et nous sommes parvenues à l'informatisation de ceux-ci. Car au-delà de la récolte de données ces questionnaires sont devenus un guide pour la mère, ainsi que pour le nouveau personnel soignant. En 1990, l'analyse a révélé **4 problèmes** qui sont l'**allaitement,** l'**alimentation,** l'**enseignement** et le **cadre hospitalier.**
Ces 4 thèmes amènent à la mise en place de groupes de travail dont le mandat est l'application d'une prise en charge mère-père-enfants. La nomination d'un membre de cette minorité de soignants (citée plus haut) comme responsable de service a permis l'activation de ces groupes par la méthode de gestion par projet.
Ces domaines de réflexion ont ainsi pu être soumis à l'équipe soignante ou à chaque professionnelle, et qui en avait envie s'est inscrite dans un des groupes de travail.
A la fin 1991, sur les 4 groupes ayant eu une activité, un seul (celui de l'allaitement) était encore en fonction et réalisait concrètement son mandat. Les autres groupes ont été dissouts, ceci dû à un manque de soutien essentiellement.

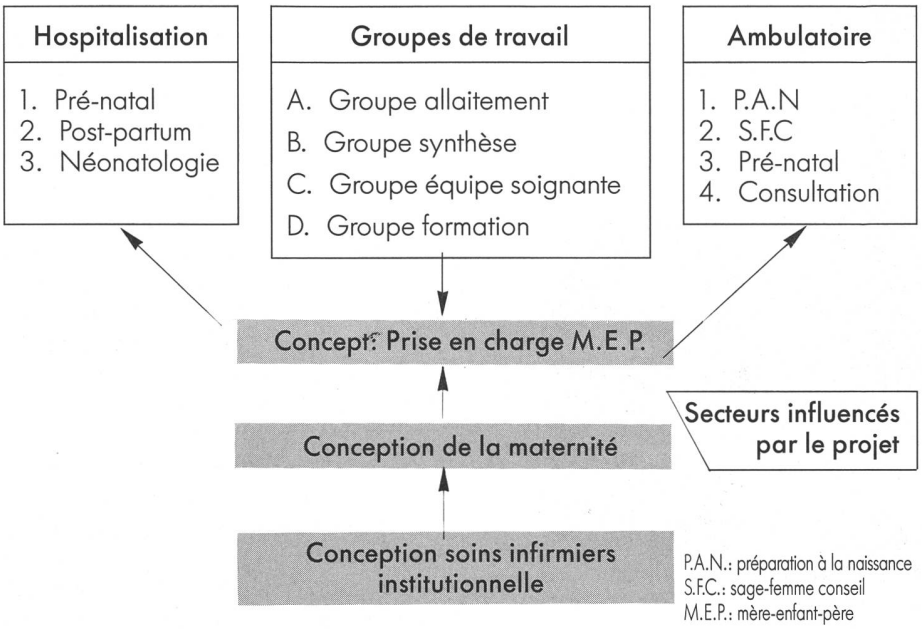
2ème Phase: l'adéquation

Objectif général:

Appliquer dans le service une prise en charge holistique de la mère, du père et de l'enfant par une professionnelle afin de rendre indépendant le couple face à son nouveau rôle parental et de favoriser ainsi un retour à domicile harmonieux.

Pour atteindre cet objectif, il était primordial d'obtenir l'aval des autres services pouvant être touchés par ce changement. Cela concerne: la Direction des soins infirmiers, la Direction médicale d'obstétrique et de la pédia-

Tableau 1: **Secteurs influencés par le projet**



trie et celle de l'administration. Le tableau ci-dessous montre l'influence des groupes de travail sur les secteurs hospitaliers et le lien que nous avons faits avec la conception générale des soins infirmiers.

Le tableau 2 (voir page suivante) montre les objectifs spécifiques de chaque groupe de travail et leur mode de fonctionnement.

3ème Phase: l'élaboration

A ce stade, nous (infirmière-enseignante et ICS) nous rendons compte qu'il s'agit de remettre l'allaitement dans son contexte global. Pour ce faire, nous avons élaboré un programme d'enseignement touchant tous les professionnels abordant la maternité qu'ils soient en fonction intra-hospitalière ou extra-hospitalière (tableau 3). Une des caractéristiques de cet enseignement fut la participation des professionnels du terrain. L'enseignement a duré 2 mois à raison de 2 heures 2 fois par semaine.

Le tableau 3 montre le programme d'enseignement de la maternité

4ème Phase: la réalisation

Dans cette étape, les 4 groupes de travail sont dissouts. En effet tous ont atteint leurs buts. Afin de permettre l'application sur le terrain de l'objectif général, le groupe «Supervision» a été crée dès la fin du programme enseignement (novembre 1992). Il est composé des membres de l'équipe soignante et se réunit chaque semaine 1 heure. Il est animé par l'infirmière-enseignante ou/et l'ICS. Son mandat est de partager, répondre voire de résoudre les problèmes liés au changement. Afin de consolider ce nouveau savoir dans la pratique, nous avons apporté une notion de formation permanente. Dans le cadre de ce groupe un temps est donc pris pour exposer un sujet concernant le rooming-in ou l'allaitement.

Les résultats

Qu'en est-il des couples? En avril 1993, 6 mois se seront écoulés. Nous pourrons alors faire un dépouillement des questionnaires, comparer ainsi les réponses avant et après l'introduction du rooming-in. Nous pourrons alors, estimer la plus-value d'un tel changement. Cependant, nous pouvons déjà dire la satisfaction des femmes de pouvoir garder leur enfant dans leur chambre, de pouvoir l'allaiter à la demande, d'intégrer le papa dans les soins de son bébé, d'avoir une seule personne de référence.
Les professionnelles ont suivi 43 heures de cours sur 19 séances. Les services tels que la maternité, la salle d'accouchement et la pédiatrie étaient, lors de chaque réunion, représentés. Les professionnelles selon notre première évaluation ont apprécié cette implication personnelle dans le projet, ainsi que l'importance de la matière enseignée, mais ont reproché le rythme soutenu des cours. Cependant que malgré une préparation de longue haleine, nous n'avons pas pu éviter le stress lié au changement dans les équipes soignantes et des réajustements ont été nécessaires. Il y a une satisfaction certaine à pouvoir s'occuper de la mère et de son enfant. La maîtrise de cette nouvelle organisation doit encore se parfaire. Cet-

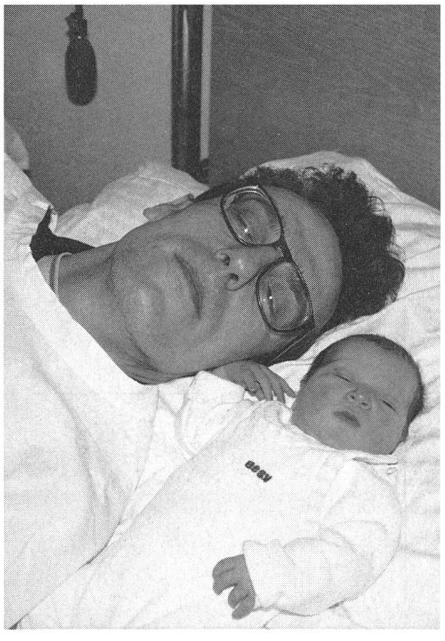
Tableau 2: **Situation actuelle et futur prévisible** Ce tableau montre les objectifs spécifiques de chaque groupe de travail et leur mode de fonctionnement.

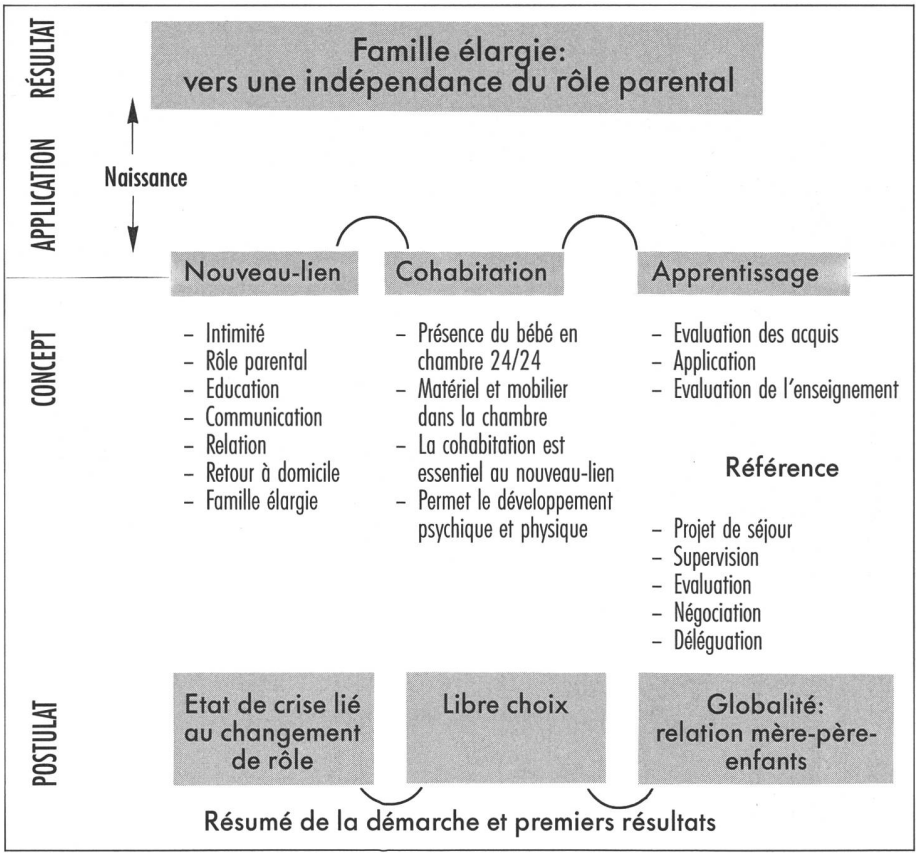
Nom du groupe	Créé	Thème	Objectif	Composition	Animation	Rythme	Délai	Résultats
Groupe allaitement	Mai 1991	Alimentation du nouveau-né	– Créer une conception de l'alimentation du nouveau-né – Formuler par écrit les thèmes et leurs contenus pratiques et les présenter au groupe pour approbation. Ceci afin que l'équipe soignante puisse avoir une ligne directrice dans la prise en charge mère-père-enfant.	– 1 à 2 représentants de chaque discipline professionnelle et de chaque secteur ayant à faire avec la maternité en intra-hospitalier comme en extra-hospitalier (maternité, salle d'accouchement, service de puériculture, sages-femmes indépendantes, conseillère en lactation).	– ICS – Infirmière enseignante	– Réunion Plénière 1x/mois – Sous-groupes selon leurs besoins	– Fin mai 1992 – Réajusté fin juin 1992	objectif atteint
Groupe de Synthèse	Avril 1992	Travail sur les procès verbaux du groupe allaitement	– Structurer le travail du groupe allaitement sous forme de cours – Négocier le contenu avec les pédiatres	– Idem	– ICS – Infirmière enseignante	– Réunion plénière selon entente mais au moins 1 ×/mois	– Fin mai 1992 – réajusté fin juin 1992	objectif atteint
Equipe soignante	Mai 1992	Journée idéale du patient Séjour pour la prise en charge mère-père-enfant.	– Remplir le dossier «projet journée idéal du patient» et le remettre à la direction administrative – formuler par écrit les étapes pratiques du séjour en maternité mère-père-enfant.	– Toute l'équipe selon les horaires	– ICS – Infirmière enseignante	– 3 fois par semaine (post colloque)	– Fin avril 1992 – Réajusté fin juin 1992	objectif atteint
Groupe Formation	Juin 1992	La maternité	– Structurer un cours et l'appliquer en utilisant la substance des groupes cités ci-dessus, en faisant intervenir des personnes ressources (dans l'équipe, l'institution, et hors institution) – Dans le but de former l'équipe soignante de la maternité à une prise en charge mère-père-enfant.	– Infirmière enseignante – ICS	Idem	– Selon l'avance des autres groupes	– fin juin 1992 – Début des cours le 8.9.92	objectif atteint

Tableau 3: Programme enseignement de la maternité

Organisaton	1. Présentation du programme Principes de base	8. 9.92
Conception de la maternité	2. Philosophie de la maternité	
Pré-natal	1. Cours P.A.N. (sage-femme indépendante)	10. 9.92
	2. Cours P.A.N. (interne)	
	3. Sage-femme conseil	15. 9.92
	4. Ultra-son	
	5. Consultation: Médicale Assistante-médicale	 17. 9.92
Per-partum	1. Prise en charge du couple a) sage-femme hospitalière b) sage-femme indépendante	22. 9.92
	2. Approche de la douleur a) sage-femme hospitalière b) sage-femme indépendante	24. 9.92
	3. Intervention du pédiatre	29. 9.92
	4. Accouchement ambulatoire	
	5. Approche de la douleur (suite) a) obstétricien b) anesthésiste	1.10.92
Post-partum	1. Séjour mère-père-enfant ROOMING-IN	6.10.92
	2. Interculturalisme	8.10.92
	3. Sexualité et contraception	
	4. Allaitement a) conception b) anatomie/physiologie/ immunologie/composition du lait c) préparation physique/psychique d) positionnement e) Pathologie liée à l'allaitement f) moyens d'aides g) situations en nursery h) situations en pédiatrie i) alimentation au biberon j) alimentation maternelle	13.10.92 15.10.92 20.10.92 22.10.92 27.10.92
	5. Gymnastique-Relaxation	3.10.92
	6. Evaluation du programme	
Retour à domicile	1. Intervention du service de puériculture	29.10.92
	2. Reprise du thème ROOMING-IN	5.11.92
Evaluation générale	1. Primaire	25. 3.92
	2. Finale	29. 4.92

te gestion par projet a eu pour conséquence de concevoir le travail comme un dialogue constant entre les différents services, d'avoir établi une solidarité entre la salle d'accouchement, le post-partum et le service de pédiatrie par exemple.





Conclusion

Qu'une minorité ait pu, de par sa ténacité, créer l'ouverture et susciter un changement en profondeur prouve qu'elle a su acquérir l'adhésion de tous, malgré les difficultés rencontrées. Elle a su persévérer sans jamais faiblir car convaincue que:

«Une étude prospective reste ce qu'elle doit être: un savoir constamment remis en cause, sans cesse approfondi, refusant les évidences simplistes et les cadres de pensée reçues, dénonçant les mensonges, déchiffrant les rêves. Prendre sans comprendre, c'est le fait de la barbarie. Ne comprendre que pour prendre, c'est la rationalisation de la barbarie et c'est l'esprit de notre civilisation qu'il s'agit de dépasser en substituant à l'intelligence de rapt l'intelligence de sympathie. L'essence de la prospective doit traduire cette aspiration, car c'est précisément la vague actuelle des études prospectives qui constituent la trame de notre nouvel humanisme.» (3)

C'est ce que nous avons voulu insuffler dans chaque professionnelle pour qu'au travers de cette dynamique les couples et leurs enfants se sentent respectés et puissent accomplir librement cet **acte de naissance qu'est la vie.** □

Bibliographie

Revue professionnelle:

(2) M. Formarier
«Repères méthodologiques» Recherche en soins infirmiers No 23, décembre 1990

Livres:

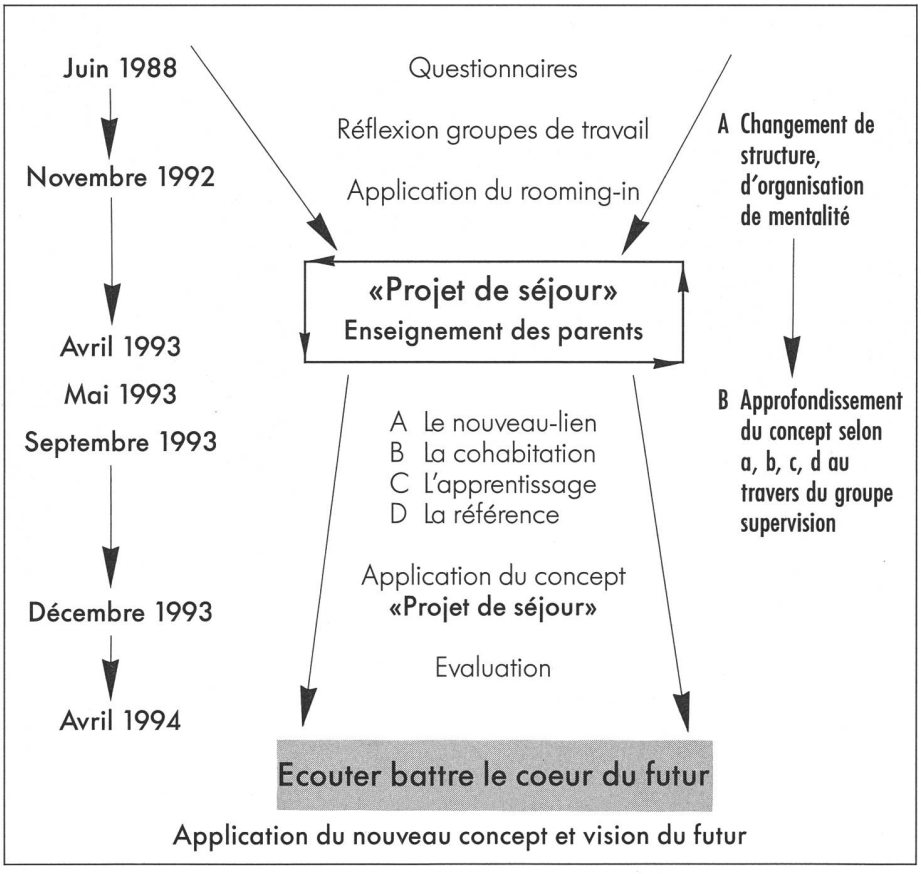
(1) G-N. Fischer
«La dynamique du social, violence, pouvoir, changement» Edition Dunod, 1992

OMS, UNICEF
«Dix conditions pour favoriser l'allaitement maternel» Genève 1991

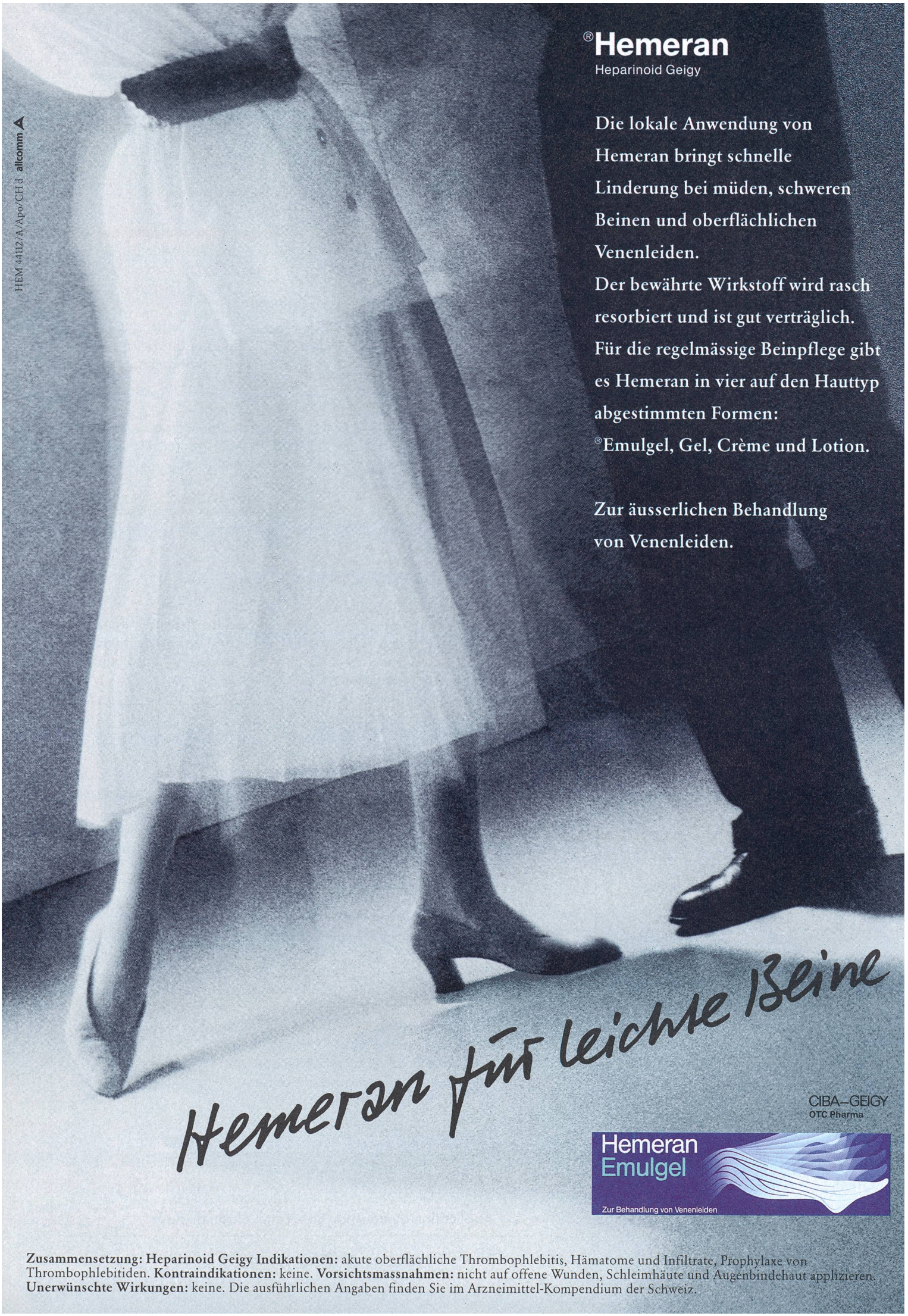
(3) F. Balle
«Le présent en question» Encyclopédie de la sociologie, Librairie Larousse 1975

Non Edité:

Sylvia Bally
«Méthode de gestion par projet (MGP) par l'approche exader», Ecole supérieure en enseignement imfirmier, Lausanne 1992



HEM 44112/A/Apo/CH d allcomm



®Hemeran

Heparinoid Geigy

Die lokale Anwendung von Hemeran bringt schnelle Linderung bei müden, schweren Beinen und oberflächlichen Venenleiden.

Der bewährte Wirkstoff wird rasch resorbiert und ist gut verträglich.

Für die regelmässige Beinpflege gibt es Hemeran in vier auf den Hauttyp abgestimmten Formen:

®Emulgel, Gel, Crème und Lotion.

Zur äusserlichen Behandlung von Venenleiden.

Hemeran für leichte Beine

CIBA–GEIGY
OTC Pharma

Zusammensetzung: Heparinoid Geigy Indikationen: akute oberflächliche Thrombophlebitis, Hämatome und Infiltrate, Prophylaxe von Thrombophlebitiden. **Kontraindikationen:** keine. **Vorsichtsmassnahmen:** nicht auf offene Wunden, Schleimhäute und Augenbindehaut applizieren. **Unerwünschte Wirkungen:** keine. Die ausführlichen Angaben finden Sie im Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.