

Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 107 (2009)
Heft: 6

Artikel: Les études de cas : un outil pour la réflexion et l'assurance qualité
Autor: Cignacco, Eva
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949815>

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: 14.01.2026

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

EDITORIAL

Le meilleur moyen de progresser, c'est de prendre du recul, c'est de mettre de la distance entre soi et la situation. C'est là une des idées centrales de Guy



Le Boterf¹. Pour cet expert français de la gestion des compétences, ce «recul réflexif» constitue en fin de compte une dimension fondamentale du professionnalisme: il participe à la constitution de l'identité professionnelle et il s'inscrit dans un processus d'apprentissage tout au long de la vie.

En même temps, pour être vraiment efficace, l'approche réflexive nécessite une méthode systématique éprouvée: un outil fiable, adapté et bien maîtrisé, permettant de dépasser le stade des conversations «sur le vécu» et celui des mises en accusation réciproques. Y a-t-il un outil «réflexif» spécifique pour les sages-femmes ou une utilisation particulière d'un outil partagé avec d'autres professionnels? Le dossier de ce mois vous propose deux exemples, différents mais complémentaires, qui ont été expérimentés par des sages-femmes dans l'exercice de leur pratique professionnelle qui a été dynamisée par une formation continue. Je dois avouer qu'un moment du choix des photos, j'ai connu d'abord pas mal d'hésitations! Comment illustrer un sujet aussi «abstrait»? Il me fallait suggérer le recul, la mise à distance, le changement de regard. J'ai alors pensé au fait de recadrer, de zoomer, de scruter. Et le déclic s'est fait tout d'un coup: montrer des rétrospective et des longues vues, les placer dans des lieux insolites, en plein air par exemple. C'est ainsi que je vous emmène bien loin de vos salles de naissance et de vos cabinets de consultation, pour un dépassement dans la nature printanière!

Et pourtant, me semble-t-il, les textes et les photos concordent. Car la philosophie de la réflexivité reste la même: c'est avant tout une question de regard et, comme le dit si joliment Eva Cignacco dans le premier article du dossier, il s'agit finalement de «voir plus loin que le bout de son nez»...


Josianne Bodart Senn

¹ Voir son dernier ouvrage «Repenser la compétence», Eyrrolles, 2008.

«Pratique réflexive»

Les études de cas, ur et l'assurance qualité

Eva Cignacco est la première sage-femme qui, en Suisse, a accédé au titre de docteure. Experte dans le domaine de l'obstétrique, elle s'oriente plus particulièrement vers les différents aspects de la douleur néonatale. L'auteure plaide ici en faveur d'une approche réflexive basée sur les études de cas qui échappent à toute culpabilisation individuelle pour favoriser une prise en charge de type interdisciplinaire.

Eva Cignacco

Le quotidien de la sage-femme – qu'elle travaille au sein d'un hôpital ou à l'extérieur de celui-ci – est caractérisé par une grande complexité, dans laquelle les sages-femmes prennent au jour le jour la responsabilité d'engager toutes une série de réflexions et de décisions différencierées qui structurent leur intervention professionnelle. Ces prestations dérangent souvent les réflexions implicites qui reposent sur un savoir et un savoir-faire. Malgré ce caractère professionnel de la réflexion et de l'action, des événements critiques (par exemple, une erreur médicamenteuse, des infections nosocomiales) surgissent de manière non exceptionnelle dans les systèmes de soins complexes (Kohn et al., 2000). De même, des «événements indésirables graves» (en anglais, «Serious Adverse Events») qui peuvent avoir des conséquences sévères, allant même jusqu'à la mort des intéressé(e)s, surviennent aujourd'hui avec une prévalence de 3,7% (Brennan et al., 2004), cela malgré des possibilités de soins médicaux imprégnés par une haute technologie. Ces événements sont vécus par le personnel comme «très lourds». Lorsqu'ils surgissent, ils déclenchent aujourd'hui encore des questions de «culpabilité individuelle» et ils laissent supposer que ces événements critiques et les événements indésirables graves sont souvent causés par des facteurs systémiques, c'est-à-dire par des lacunes et des faiblesses du système d'organisation (par exemple, trop peu de personnel, réparti-



Dr. Eva Cignacco, sage-femme, chercheuse dans le domaine de la santé, Institut für Pflegewissenschaft, Université de Bâle.

tion peu claire des compétences, etc.). Dans le cadre des exigences toujours plus nombreuses de qualité dans les institutions de santé, l'intervention professionnelle – et ses conséquences négatives possibles – débouche actuellement toujours plus sur une réflexion collective et une discussion dénommée «pratique réflexive». L'objectif de cette discussion commune est l'évaluation détaillée de la procédure afin d'identifier les défauts à l'intérieur d'un système et d'en tirer des améliorations pour une optimisation des procédures d'intervention. C'est dans ce contexte que se développe dans différents hôpitaux universitaires suisses depuis des années, de manière constructive et axée sur les possibilités d'apprentissage, une «culture de l'erreur» par le biais du «Critical Incident Reporting Systems» (CIRS) (Staender et al., 1997; Critical Incident Reporting System, 2009). Les CIRS permettent une prise en compte des événements critiques qui visent une optimisation des procédures grâce à une analyse collective aussi bien des compétences de chacun(e) que de celles de l'équipe entière. La Fondation pour la sécurité des patients a par ailleurs publié une procédure d'analyse du système en cas d'incident clinique (Stiftung für Patientensicherheit, 2007).

Pour toutes ces raisons, le thème des études de cas prend de plus en plus d'importance dans les exigences de qualité des gestionnaires. En Allemagne, de plus en plus d'institutions commencent à introduire l'instrument des «analyses de cas cliniques». Cette forme de «pratique

outil pour la réflexion



Photos: JBS

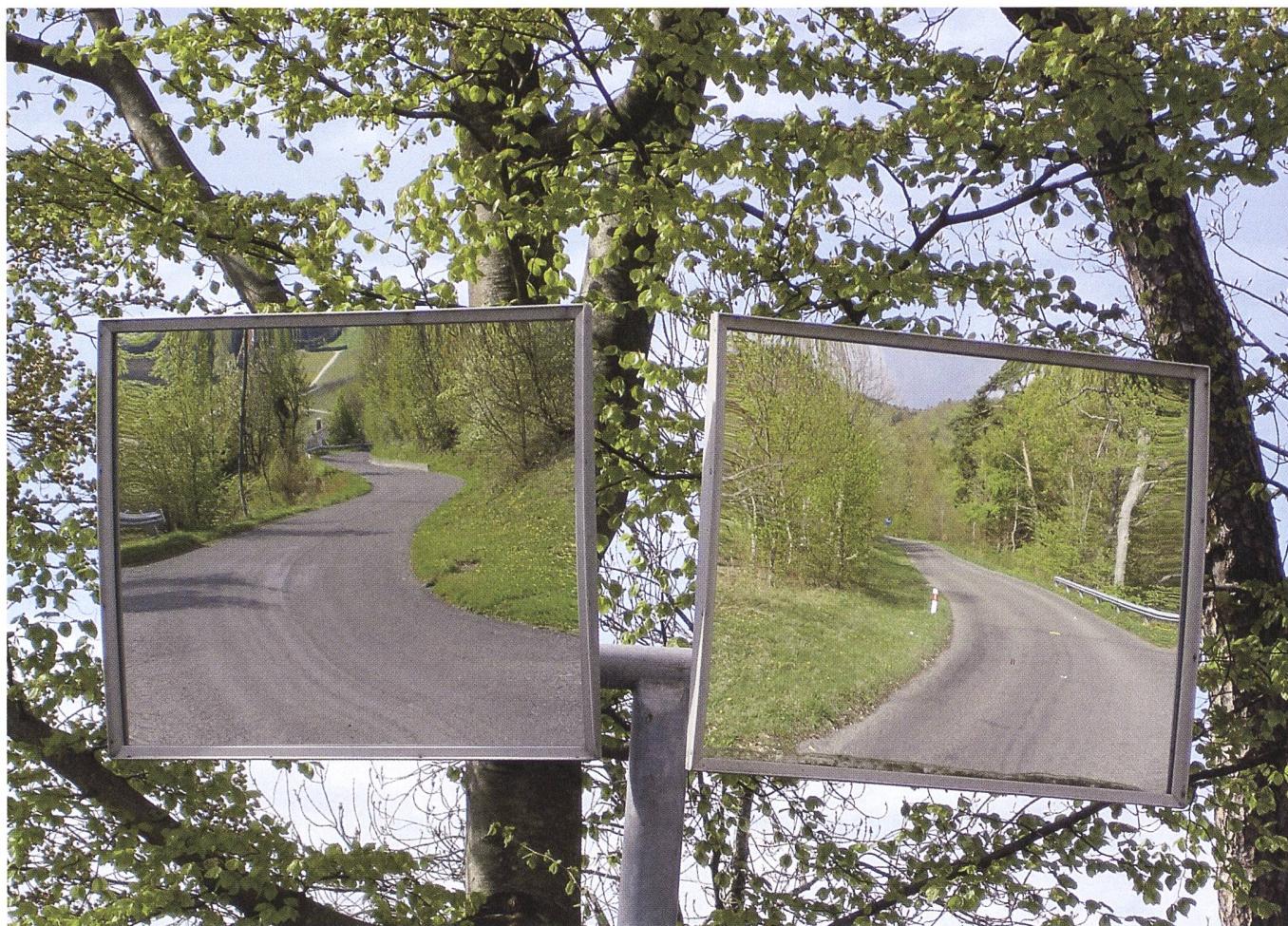
réflexive» comme offre régulière dans un établissement de soins n'est toutefois pas encore largement répandu dans le domaine du travail des sages-femmes.

Réflexion sur le propre travail de sage-femme – pas encore une évidence

Pendant son travail comme experte en soins, l'auteure a constaté que les sages-femmes agissent en fonction d'une compréhension professionnelle nettement implicite, dans laquelle les femmes et les familles prises en charge sont au-devant de la scène. Les sages-femmes accomplissent leurs prestations avec une certaine autonomie. La référence aux faits probants de leurs interventions ainsi que leur

inscription dans une perspective de politique sociale comme de politique de la santé (Public Health), cela ne dit pas grand-chose à la plupart des sages-femmes. Elles ne disposent que rarement d'une approche globale qui permettrait d'installer les interventions dans un concept institutionnel d'assurance qualité et de développement de la qualité. De telle sorte que les prestations des sages-femmes sont encore fortement imprégnées par leur individualité. Ce qui amène, pour ce qui concerne les transmissions d'informations auprès des femmes prises en charge, et de manière non occasionnelle, pas mal de réclamations et des insatisfactions face au système de prise en charge.

Pour beaucoup de sages-femmes, ainsi que pour de nombreuses équipes de travail, il n'est pas habituel d'examiner à la loupe et de manière critique son propre travail, ses propres prestations, de même que les moments de surcharge tels qu'ils ont été ressentis. Tirer de «l'évidence implicite» des procédures de raisonnement et de décision – l'expliciter précisément, la décrire, la «mettre en mots» et en faire un processus analytique animée d'une réflexion, tel est un des éléments des efforts croissants de qualité qui se font dans certaines institutions de soins. Les études de cas posent ainsi de nouveaux défis aux prestataires de soins et elles constituent – certainement aussi pour les sages-femmes – un outil incontournable pour le dé-



veloppement de leur travail professionnel et pour la détermination de leurs compétences. L'expérience montre que, souvent, les études de cas sont connotées négativement par les sages-femmes: elles sont d'ordinaire comprises comme des «règlements de compte». Elles s'inscrivent pourtant dans l'objectif de «pratique réflexive», en tant qu'intervention professionnelle complète avec prise en compte de ses effets, et de l'analyse à moyen terme des facteurs favorisants et pénalisants le système ainsi que de sa mise en discussion, avec seulement en arrière-fond la mention de «l'échec individuel» d'une sage-femme en particulier.

Les études de cas – un outil indispensable dans l'évaluation des processus

Dans les disciplines telles que la médecine, la jurisprudence, le travail social et la psychologie, les études de cas constituent dans la pratique un outil fréquemment utilisé pour mener à bien une réflexion critique collective. Dans le domaine des soins, l'orientation structurée de la prise en charge se mue alors en un processus de traitement et de soin. Les études de cas peuvent également être adaptées aux exigences du moment en

termes de prise en charge professionnelle axée sur les faits probants, d'autant plus que les analyses collectives de situations indiquent de manière convergente des lacunes de connaissances ou des pratiques répétées qui exigeraient une adaptation. Par conséquent, les études de cas sont aujourd'hui un outil indispensable, aussi dans le domaine de l'obstétrique, pour une évaluation des processus destinée à optimaliser la prise en charge périnatale des femmes, des enfants et des familles et pour favoriser une approche interdisciplinaire du travail dans des processus de prise en charge globale.

Les objectifs des études de cas doivent être intégrés sur deux plans. D'un côté, elles servent à élargir *les compétences des sages-femmes* et à se repérer dans l'augmentation actuelle des connaissances d'un domaine particulier. D'un autre côté, elles forment un *outil d'assurance qualité et de développement de cette qualité*.

Objectifs concernant l'élargissement des *compétences des participant(e)s*

- On favorisera la croissance des connaissances concernant les situations de prise en charge concrète et complexe. Ainsi, à propos de situations complexes, une procédure structurée sera ré-

fléchie, afin de pouvoir maîtriser de manière optimale des situations comparables à l'aide du savoir acquis.

- On veillera à ce que le savoir soit en lien avec le savoir-faire, qu'il soit bien compris dans la langue et qu'il soit documenté par écrit.
- On favorisera la compétence d'analyse en lien avec le problème de prise en charge.
- On soutiendra la problématique/le repérage des causes du problème par des données de faits probants.
- On mettra ainsi à nu les déficits de connaissance et les formations continues indispensables pour une personne ou pour toute une équipe seront élucidées.
- Des compétences dans le domaine de la littérature spécialisée existante en lien avec la thématique discutée seront acquises.
- On soutiendra la pensée critique dans le travail de la sage-femme (Greenwood, 2000; Müller-Staub, 2002).
- Objectifs concernant l'*assurance qualité et de développement de cette qualité dans une institution*
- Par une procédure structurée, les études de cas amènent à optimiser les procédures de prise en charge, par

exemple par la formulation de cibles de traitement appropriées et réalistes ou par l'élaboration de plans de prise en charge détaillés pour des situations complexes.

- On soutiendra la collaboration interdisciplinaire avec les différents acteurs impliqués (services médicaux, auxiliaires, physiothérapie, conseil en allaitement, service social, etc.)
- On étudiera les situations stressantes et on cherchera à les alléger. Cette confrontation constructive avec des situations particulièrement exigeantes correspond au «sentiment d'impuissance» que peuvent connaître les sages-femmes devant certaines situations de prise en charge complexes et elle augmente leurs compétences dans ce domaine.
- On se familiarisera de manière positive et ouverte avec les éléments critiques d'une procédure de prise en charge, dans la perspective de création d'une «culture de l'apprentissage» qui permette aux sages-femmes en tant qu'individus comme aux équipes de sages-femmes d'apprendre à partir des «erreurs» et de transférer les compétences consolidées dans leur travail à venir.

Organisation et structures des études de cas

Compte tenu des développements mentionnés dans le cadre des efforts de qualité, chaque maternité devrait disposer d'une possibilité d'études de cas. Les sages-femmes indépendantes devraient également avoir la possibilité de s'organiser en groupes pour réaliser des études de cas communes. L'expérience de l'auteure durant son travail dans un hôpital universitaire a montré que, pour chaque équipe (post-partum, consultations d'obstétrique, salle de naissance, etc.), une étude de cas planifiée au moins tous les deux mois devrait avoir lieu. Pour les situations qui auraient été vécues «ad hoc» comme difficiles, une possibilité devrait exister d'organiser une étude de cas autant que possible «proche du quotidien», afin de pouvoir encore influencer le processus de prise en charge à ce moment-là.

L'étude de cas elle-même comprend différentes phases et elle devrait ne pas durer plus d'une heure. La formule présentée se base sur les éléments du processus de soin (Fiechter & Meier, 1992) et elle a été modifiée par l'auteure au cours de son expérience pratique de plusieurs années pour arriver à la formule présentée ici (Cignacco, 2002):

1. Phase de préparation de l'étude de cas
2. Description du problème par la sage-femme concernée

3. Phase d'analyse: Formulation des premières hypothèses en termes de problématique/repérage des causes du problème, formulation par la sage-femme concernée et discussion finale avec tous les participants (env. 10 minutes)

4. Formulation collective de diagnostics primaires et secondaires par les sages-femmes/de diagnostics médicaux (en favorisant le processus diagnostic) et déduction des interventions nécessaires.

5. Examen collectif/Discussion sur les interventions appliquées au cas concret (réflexion).

6. Discussion sur les effets obtenus comparés aux effets attendus (Outcome).

7. Synthèse: examen des hypothèses, des diagnostics des sages-femmes et de leurs interventions, de même que de la procédure.

8. Conclusions (réflexion, processus d'apprentissage en cours).

Nous allons maintenant décrire pas à pas le processus et les questions qui y sont rattachées.

1. Phase de préparation de l'étude de cas

Les sages-femmes qui viennent de vivre une situation difficile ou stressante annoncent le «cas» à la personne responsable des études de cas. Dans les hôpitaux, c'est en général le/la chargé(e) de la qualité ou l'expert(e) en soins ayant achevé un Master. Pour les indépendantes, on choisira une des sages-femmes comme personne de confiance pour assumer cette tâche. Ce cas sera d'abord brièvement présenté de manière orale et sa pertinence pour une étude de cas sera discutée avec la personne responsable. Par la suite, la sage-femme sera priée de préparer la présentation écrite sur une page A4 max. pour une étude de cas collective. Ce document servira à faire une première récapitulation des événements et à ordonner les commentaires. Il constituera une base pour la description du problème particulier discuté dans l'étude de cas.

2. Description du problème par la sage-femme concernée (5 minutes)

Sur la base du document écrit, la situation est présentée oralement par la sage-femme. Les éventuelles questions de clarification sont alors posées.

3. Phase d'analyse: Formulation des premières hypothèses en termes de problématique/repérage des causes du problème, formulation par la sage-femme concernée et discussion finale avec tous les participants (env. 10 minutes)

La responsable de la discussion pose alors ces questions: «Quel est ton point de vue

(le point de vue de la sage-femme concernée) à ce sujet?» Le but de cette question est de faire appel aux connaissances déjà là, d'en tirer les faits probants et/ou de formuler les éventuelles lacunes.

Ensuite, la discussion est ouverte et les personnes présentes sont invitées à exprimer leur propre point de vue sur la problématique présentée à partir de la situation esquissée. On peut alors mettre en évidence les appréciations toujours différentes faites par les autres sages-femmes ou les informations plus détaillées apportées par les participant(e)s.

4. Formulation collective de diagnostics primaires et secondaires par les sages-femmes/de diagnostic médical (en favorisant le processus diagnostic) et déduction des interventions nécessaires (5 minutes)

Il est proposé une formulation collective des premiers diagnostics (médical, spécifiquement sage-femme, psycho-social), c'est-à-dire le principal problème d'une situation concrète qui peut être influencé par le travail de la sage-femme. Pour cela, on se référera à une formulation en termes obstétricaux spécifiques aux sages-femmes et à une classification existante comme les diagnostics propres aux sages femmes (Georg & Cignacco, 2006) ou les diagnostics de soins de type NANDA (Doenges et al., 2002). Une formulation commune de diagnostics secondaires (médical, spécifiquement sage-femme, psycho-social) est également faite, c'est-à-dire un problème saillant, mais pas aussi urgent que celui du premier diagnostic. Cette étape aidera à cerner ce qui, dans une situation complexe, fait partie des premières décisions indispensables pour la prise en charge ainsi que les priorités pour une intervention de type professionnel.

5. Examen collectif/Discussion sur les interventions appliquées dans le cas concret (réflexion) (10 minutes)

Les questions suivantes seront amenées dans la discussion:

- En fonction de quel objectif ai-je entamé telle intervention?
- Quel a été l'effet (Outcome) de cette intervention-là?
- Comment ai-je fait pour en évaluer l'efficacité?
- Quelles autres interventions ont/auraient été nécessaires?
- Qu'est-ce qui a amené un effet positif?
- Qu'est-ce qui a amené un effet «préjudiciable»?
- Quels étaient les éléments pour la «sécurité de la patiente»? Ceux pour la «satisfaction de la patiente»?



6. Discussion au sujet des effets obtenus comparés aux effets attendus (Outcome) (10 minutes)

Les questions suivantes seront amenées dans la discussion:

- Quelles ont été les conséquences de mon intervention?
- Qu'ai-je pu faire?
- Qu'aurais-je voulu/pu faire?
- Y a-t-il eu un «événement critique»?
- Si oui, lequel et comment aurait-il fallu y réagir?

7. Synthèse: examen des premières hypothèses, des diagnostics établis par les sages-femmes et des interventions, de même que réflexion sur la procédure (10 minutes)

- Cette première analyse est-elle correcte?
- Les premiers diagnostics posés sont-ils corrects?
- Sur quels fondements théoriques se base mon hypothèse et mes interventions?
- Quels sont les facteurs qui ont influencé mon intervention?

- Quels ont été les facteurs déterminants?
- Comment tous ces facteurs ont-ils agi ensemble?

8. Conclusions (réflexion, processus d'apprentissage en cours) (10 minutes)

- Qu'est-ce que j'en retire?
- Est-ce que je dispose de connaissances suffisantes pour qu'à l'avenir je puisse faire face de manière compétente à des situations semblables?
- Qu'est-ce que je sais ou ne sais encore pas?
- Que peut-on faire pour favoriser le travail de la sage-femme?
- Qu'est-ce que j'emporte comme «Take Home-Message» après cette étude de cas?

Gestion des études de cas

La gestion des études de cas exige une compétence professionnelle et sociale de haut niveau et une animation de la discussion très structurée. Celle-ci doit pouvoir se baser sur une grande acceptation de la part de l'équipe afin que des discus-

sions ouvertes et transparentes puissent avoir lieu sur des aspects délicats du travail de la sage-femme. Diriger ces études de cas sans être directement impliqué(e) dans le processus constitue un avantage pour pouvoir garder toute l'objectivité nécessaire. C'est le cas par exemple pour les sages-femmes occupant des fonctions de responsable de la qualité, pour des sages-femmes ayant un rôle d'experte en soins ou pour les «Advanced Nurse Practitioners» (ANP) (De Geest et al., 2008) disposant d'un Master. La personne animant les études de cas doit être capable de cerner les situations vécues individuellement dans un contexte théorique ou un contexte de politique de la santé, d'évaluer les interventions sur une base de faits probants et de repérer les lacunes en connaissances indispensables comme de pouvoir formuler de telle manière qu'elles soient reconnues comme telles par l'ensemble de l'équipe.

Encouragement d'une pratique réflexive systématique chez les sages-femmes

Avec les exigences dominantes dans le système de santé actuel en matière de faits probants ainsi que les concepts de soins intégrés, d'assurance qualité et de participation des patients, les sages-femmes aussi sont amenées à réfléchir aux formes de soins pratiqués jusqu'ici. Les exigences de la profession de la sage-femme sont étroitement liées à une grande dépendance au contexte sociologique, qui détermine le travail de la sage-femme à travers les besoins actuels des femmes et de leur famille.

Les études de cas sont un outil pour réfléchir, à un niveau individuel mais aussi institutionnel, aux modèles actuels de soins. La pratique régulière des études de cas favorise une culture de l'apprentissage mutuel par lequel aucune mise en accusation n'est faite, mais plutôt une valorisation mutuelle et un processus collectif d'apprentissage pour améliorer la pratique des sages-femmes à leur place de travail.

Elles soulignent des facteurs essentiels qui influencent (de manière personnelle, systématique, organisationnelle, interactive) les manières d'agir des sages-femmes et aident à jeter un regard urgentement nécessaire pour voir «un peu plus loin que le bout de son nez» et pour optimiser une manière de travailler en équipe interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge périnatale des femmes et de leur famille.

Bibliographie: voir dans ce numéro p. 8.

Traduction libre: Josianne Bodart Senn