



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

LA PRISE EN CHARGE DE LA STAGNATION CERVICALE EN SALLE DE NAISSANCE, PAR LES SAGES-FEMMES.

Etude qualitative réalisée auprès de sages-femmes travaillant en salle de naissance

Mémoire présenté et soutenu par :

Jeanne BONNET

Née le 09 mars 2000

Année universitaire 2022 – 2023

Maud SALZMANN, Gynécologue Obstétricienne

Directrice de mémoire

Myriam MICHEL, Sage-femme enseignante, site de Formation maïeutique de Bourg-en-Bresse

Guidante de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement,

Docteur Maud SALZMANN, gynécologue-obstétricienne, directrice de ce mémoire. Merci d'avoir accepté de me suivre dans la réalisation de ce mémoire.

Mme Myriam MICHEL, sage-femme formatrice de l'école de Bourg-en-Bresse, guidante de ce mémoire. Merci pour votre soutien, vos conseils et votre bienveillance. Je ne pourrais compter les heures à discuter de la didactique professionnelle, merci d'avoir été un pilier dans la réalisation de ce mémoire.

Mesdames Paola BONHOURE, Bérangère SEVELLE, Emilie ETHEVENOT, Françoise MOREL ainsi que toute l'équipe de l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, pour votre présence pendant ces années d'école.

Aux sages-femmes qui ont accepté de s'entretenir avec moi et de donner de leur temps pour l'élaboration de ce mémoire.

A l'ensemble de la promotion 2019-2023, pour ces 4 années passées ensemble.

A mes parents, ma sœur et mon frère, pour leur écoute. Merci d'avoir toujours cru en moi. Vous êtes ma plus grande force.

A mes amies, futures sages-femmes : Chloé, Jeanne, Léa, Carla, Mallaury, Camille et Romy, pour votre amitié et votre présence depuis 4 ans. La vie bressane n'aurait pas eu la même saveur sans vous.

A Léa et Emma, pour votre amitié inestimable depuis cette première année de médecine. Merci d'avoir toujours été là, dans le pire comme dans le meilleur.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	3
1 MATERIEL ET METHODES	7
1.1 Matériel.....	7
1.1.1 Type, lieux et durée d'étude	7
1.1.2 Population.....	7
1.2 Méthodes	7
1.2.1 Aspects éthiques et réglementaires.....	7
1.2.2 Recrutement	8
1.2.3 Déroulement des entretiens	8
1.2.4 Méthode didactique professionnelle.....	9
1.2.5 Méthode d'analyse.....	11
2 RESULTATS ET ANALYSE.....	13
2.1 Description de la population	13
2.2 Les prises d'informations.....	14
2.3 Les règles d'actions.....	15
2.3.1 Les règles d'actions relatives au déroulé du travail	15
2.3.2 Les règles d'actions.....	15
2.4 Les buts	16
2.4.1 Les actions correctives de la confrontation céphalo-pelvienne.....	16
2.4.2 Les actions de contrôles	18
2.4.3 Les actions afin de « mettre toutes les chances de son côté »	18
2.4.4 Les actions afin d'agir sur une composante psychique	20
2.4.5 Les actions afin d'agir en respectant son champ de compétence	21
2.5 Les invariants opératoires	21
2.6 Les contrôles	22
2.7 Les anticipations	24

2.8	Les inférences.....	26
2.9	Synthèse du schème	27
3	DISCUSSION.....	29
3.1	Forces, limites et biais de l'étude.....	29
3.2	Il y a-t-il un schème commun ?	30
3.3	Une inconstance dans les contrôles.....	32
3.4	La place essentielle des actions complémentaires dans la prise en charge	34
	CONCLUSION.....	37
	BIBLIOGRAPHIE.....	39
	ANNEXES	43
	Annexe I : Information préalable au traitement	43
	Annexe II : Protocole d'entretien.....	45
	Annexe III : Extrait du dossier Audipog.....	46
	Annexe IV : Synopsis.....	49

ABREVIATIONS

APD : Analgésie péridurale

AURORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional

EPF : Estimation du poids fœtal

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

IV : Intra-veineux

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieure

OMS : Organisation mondiale de la santé

PC : Présentation céphalique

PNBI : Placenta non-bas inséré

PV : Prélèvement vaginal

RAM : Rupture artificielle des membranes

RCF : Rythme cardiaque fœtal

SA : Semaines d'aménorrhées

SAD : Sonde à demeure

SAE : Signes d'appels échographiques

SF : Sage-femme

SFL : Sage-femme libérale

T3 : Troisième trimestre

TV : Toucher vaginal

VVP : Voie veineuse périphérique

INTRODUCTION

Le terme dystocie vient du grec « dus » difficulté et « tokos » accouchement. La dystocie se définit donc comme l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement du processus normal de l'accouchement.

La Haute autorité de santé présente le travail comme tel : il y a trois stades, dans le premier stade il y a deux phases. Le 1^{er} stade débute par une phase de latence, débutant par de premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses entraînant une modification du col jusqu'à 5 cm de dilatation et se poursuit par une phase active, de 5 cm à dilatation complète. Le 2^{ème} stade, commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. Enfin, le 3^{ème} stade du travail, débute avec la naissance de l'enfant et se termine avec la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta. L'HAS, pareillement au Conseil national des sages-femmes, définit une dystocie dynamique seulement pour la phase active du travail. La phase de latence étant précoce, il n'a pas été établi de normes à la vitesse de dilatation. En phase active du 1^{er} stade, une dystocie dynamique, plus communément appelée stagnation de la dilatation, est définie par une vitesse de dilation inférieure à 1 cm/4 h de 5 cm à 7 cm ou inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm (1) (2).

Le Réseau AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional) regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en Auvergne-Rhône-Alpes, ainsi que des professionnels de santé libéraux et de la Protection Maternelle et Infantile ayant pour objectifs communs de fournir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveaux nés (3). Ce réseau, dans son protocole nommé « Oxytocine pendant le travail spontané » (4), évoque la même vitesse de dilatation que les recommandations de l'HAS. Les établissements faisant partie du réseau Aurore sont donc encouragés, à respecter ces protocoles, et à prendre en charge les couples en fonction de ceux-ci.

Il est important de rappeler, qu'un travail long augmente les risques maternels mais également fœtaux. Nous observons, par exemple, une majoration des risques hémorragiques, infectieux ainsi qu'un risque augmenté de détresse respiratoire chez le fœtus. Il est donc essentiel d'éviter un travail dystocique afin de réduire la morbi-mortalité materno-fœtale.

Conformément à ses compétences, la sage-femme assure, en toute autonomie, la surveillance du travail et de l'accouchement physiologique. Selon l'article R4127-361 du Code de la santé publique (5), la sage-femme, spécialiste de la physiologie, se doit d'adresser ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie. De ce fait, les sages-femmes peuvent être amenées à prendre en charge une stagnation de la dilatation mais sont tenues à se référer à un médecin si cette situation se prolonge.

Lors de la formation initiale en maïeutique, la prise en charge des stagnations est abordée et étudiée, avec parcimonie. Les étudiantes, sont amenées à apprendre sur ces dystocies dynamiques en formation clinique mais également dans des travaux écrits. Aussi, il n'est pas aisé de trouver des recommandations, publications et études concernant la stagnation de la dilatation. Ce vaste sujet, peut donc mettre en difficulté les professionnels et étudiants. Tout d'abord par la multitude de causalités possibles mais également par sa persistance malgré une combinaison d'actions.

Selon l'OMS, l'homme est un être bio-psycho-social. Une prise en charge optimale consiste donc à considérer dans sa globalité les patientes et plus particulièrement les couples. Il est important de considérer que nous n'avons pas face à nous un corps mais une personnalité, avec ses forces et ses faiblesses. L'accouchement étant un moment marquant dans une vie, il est conseillé de pratiquer un accompagnement personnalisé des couples associé à une prise en charge médicale de la stagnation.

Par conséquent, l'adaptation à la singularité des patientes, aux protocoles et aux attentes de service ne semble pas évidente pour les professionnels mais également pour les étudiants en maïeutique. Il est parfois difficile pour les maïeuticiennes en formation de comprendre la réflexion des sages-femmes aguerries concernant la dystocie dynamique.

Ainsi nous nous sommes demandé : Comment les sages-femmes prennent-elles en charge les stagnations de la dilatation ?

Le principal objectif de notre étude a été d'analyser la démarche réflexive des sages-femmes pour la prise en charge de la dystocie cervicale.

1 MATERIEL ET METHODES

1.1 Matériel

1.1.1 Type, lieux et durée d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive réalisée à l'aide d'entretiens sur un échantillon de sages-femmes travaillant en salle de naissance dans trois hôpitaux de la région Auvergne-Rhône-Alpes : l'hôpital femme mère enfant (maternité de type 3), le centre hospitalier Fleyriat (type 2B) et le centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey (type 1). Il était voulu que l'échantillon de sages-femmes soit hétérogène afin d'avoir une population variée et ainsi, davantage de critères pouvant influencer la prise en charge, les conduites à tenir et les idées.

Ce type d'étude a été choisi afin de pouvoir échanger avec les professionnels en leur permettant d'avoir une liberté de parole. Ceci encourageait les sages-femmes à expliquer leurs prises en charge, ressentis, idées avec leurs propres mots. Cette enquête offre donc la perspective de réponses variées.

Les entretiens ont pu être réalisés entre août 2022 et novembre 2022.

1.1.2 Population

Pour cette étude, nous avons décidé d'inclure des sages-femmes hospitalières travaillant en salle de naissance dans un des trois hôpitaux énoncés plus tôt. En revanche, ne sont pas incluses les sages-femmes n'ayant pas travaillé en salle de naissance depuis plus d'un an.

1.2 Méthodes

1.2.1 Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude se situe hors loi Jardé car aucune donnée personnelle médicale n'est utilisée. Les registres des traitements de recherche et l'engagement de confidentialité ont été remplis et envoyés en avril 2022. Le synopsis de l'étude a été validé en amont par l'équipe pédagogique ([Annexe IV : Synopsis](#)). Les entretiens ont été anonymisés et sécurisés. Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci. Une fiche d'informations préalables au traitement ([Annexe I : Information préalable au traitement](#)) a été donnée aux sages-femmes interrogées. Afin de ne pas biaiser les réponses et donc l'étude, par les informations contenues dans cette fiche, ces dernières ont été remises à posteriori des entretiens.

1.2.2 Recrutement

Les recrutements ont été réalisés dans un premier temps par mail auprès des cadres qui ont toutes accepté de transférer un mail aux sages-femmes travaillant en salle de naissance. Ce mail évoquait le thème du mémoire sans évoquer le terme de stagnation afin de ne pas biaiser les entretiens. Les coordonnées étaient laissées afin que les professionnels intéressés puissent nous recontacter. Le nombre d'entretiens souhaité était de 12 avec au moins 4 sages-femmes par établissement.

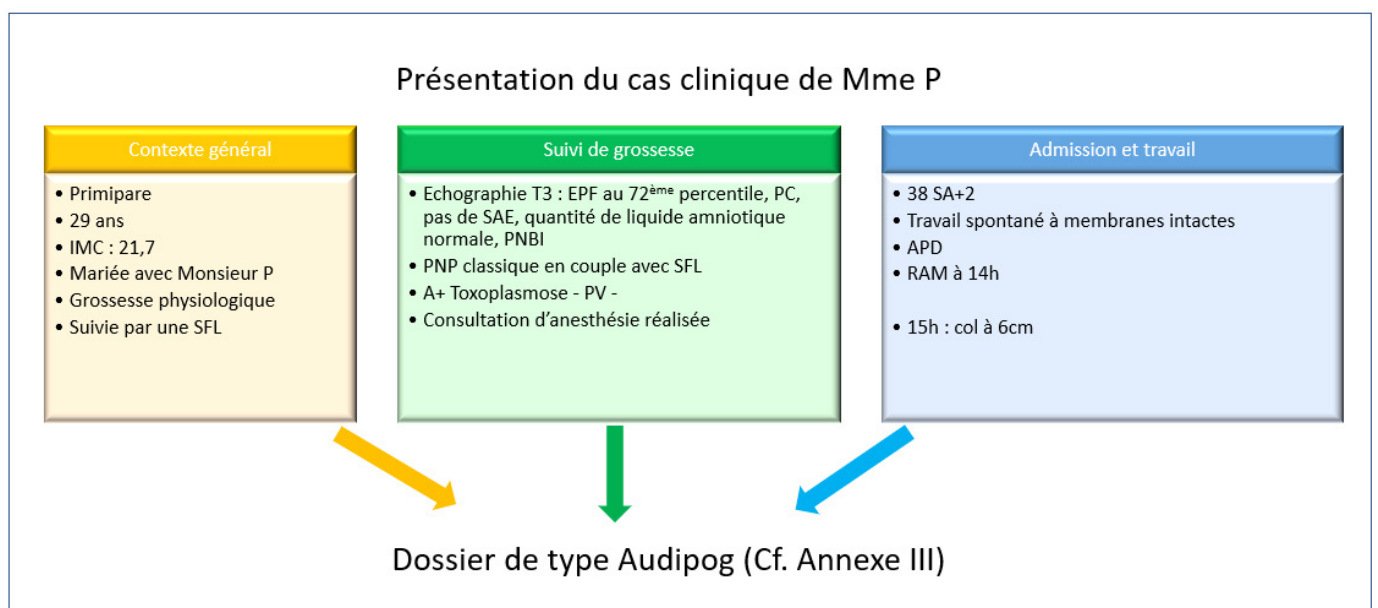
Treize entretiens ont pu être réalisés. En analyse de l'activité, on ne recherche pas de saturation des données. Il existe autant de réflexions que de professionnels ainsi une saturation des données n'est pas atteignable.

1.2.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés en fonction d'un protocole élaboré en amont (Annexe II : Protocole d'entretien). Tout d'abord, le profil du professionnel était établi (école et année de diplôme, parcours professionnel et lieu d'exercice actuel). Dans un second temps, un dossier Audipog (Annexe III : Extrait du dossier Audipog) était donné avec comme consigne, de prendre connaissance à voix haute de ce dossier puis d'expliquer la prise en charge envisagée à partir de ce cas clinique.

Ce dossier factice a été élaboré en collaboration avec une gynécologue-obstétricienne, appuyé sur nos expériences professionnelles. Ci-dessous, une présentation du cas clinique.

Figure 1 : Présentation du cas clinique



Dans un dernier temps, un entretien d'explicitation est réalisé afin de revenir sur les idées évoquées et sur la prise en charge proposée par le professionnel. Cet entretien, utilisé dans des situations de pédagogie réflexive, a été décrit par Pierre Vermersch. Ce psychologue, caractérise la motivation de l'explicitation et sa visée comme « une aide à la description du vécu par introspection ». (6)

Les entretiens ont été réalisés selon la disponibilité des sages-femmes. A chaque fois un temps d'environ 30 minutes était souhaité.

Lors de chaque entretien, l'intégralité de la rencontre a été enregistrée afin de pouvoir faciliter l'entrevue et permettre la retranscription ainsi que l'analyse des échanges. Les entretiens ont été anonymisés. Chaque identité a été remplacée par l'abréviation « SF » suivie du chiffre du rang de l'entretien (SF1 pour le premier entretien, SF2 pour le deuxième entretien...).

1.2.4 Méthode didactique professionnelle

Pour la réalisation de ce mémoire, nous avons choisi d'utiliser la méthode didactique professionnelle, une méthode d'analyse validée en sciences sociales. Cette méthodologie, peu commune dans le domaine obstétrical, nécessite d'être présentée. « La didactique professionnelle est un champ de spécialité établi à partir du cadre théorique de la conceptualisation dans l'action de Gérard Vergnaud. Elle permet d'analyser le travail. » (7). Cette discipline fête cette année ses 30 ans. Elle apporte un cadre méthodologique et permet « d'analyser l'activité de travail et d'identifier les différents concepts pragmatiques en jeu dans les situations » (7). Vergnaud parle de « connaissances-en-acte ». Ces connaissances exploitées dans un contexte donné, avec une finalité précise, constituent des schèmes d'action. La terminologie est bien entendu propre à cette discipline. Nous retiendrons en particulier, deux formes de savoirs exprimés ainsi :

- La forme prédicative : savoirs scientifiques et techniques. Ces savoirs sont plus abstraits et explicités. Munoz nous explique ainsi que le sujet identifie dans le réel des objets, des propriétés et des relations entre ces objets.
- La forme opératoire de la connaissance : savoirs issus de l'expérience. Le sujet repère dans le réel les informations qui vont permettre une bonne adaptation de l'action.

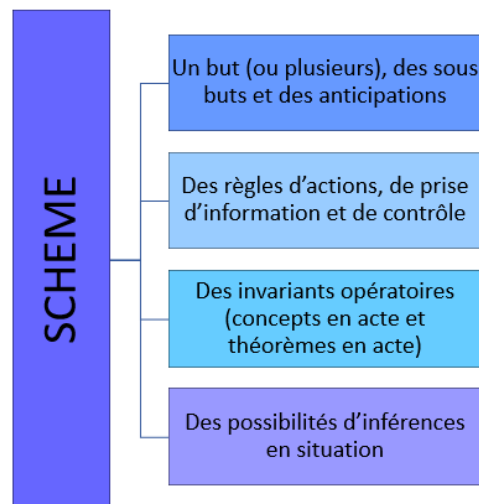
L'analyse du schème d'action doit donc permettre de comprendre quels savoirs sont mis en œuvre et comment ils cheminent. Il est donc important de repérer les savoirs et de les expliciter pour entrer dans la pensée. « Les schèmes sont définis comme des structures cognitives qui constituent les moyens à l'aide desquels le sujet peut assimiler les situations et les objets qui lui sont présentés » (7).

La première définition du schème est « que c'est une organisation invariante de l'activité pour une classe de situation donnée » (8). L'auteur précise de suite que c'est l'organisation qui est invariante,

pas la conduite observable. Et surtout, « le schème n'organise pas que la conduite observable, mais également l'activité de pensée sous-jacente ».

La deuxième définition du schème est d'ordre analytique. Le schème est nécessairement formé de quatre composantes :

Figure 2: Composantes du schème



Pour bien saisir le côté opérationnel de ce concept de schème, nous pouvons développer la troisième définition car elle est plus analytique que les précédentes. L'auteur nous précise que les « règles d'action, de prise d'information et de contrôle constituent la partie générative du schème », c'est-à-dire qu'elles vont permettre de comprendre la conduite de l'activité (9). Comme le dit également Vergnaud, il est important d'organiser l'étude du schème. Nous pourrions procéder en respectant la succession des dimensions du schème, mais nous risquerions alors de ne pas respecter la temporalité de ce schème. Il nous paraît donc préférable de commencer par ce qui constitue le point de départ du schème (8).

Cette méthode se base donc sur l'analyse des schèmes d'actions qui selon Piaget « constituent des moyens du sujet à l'aide desquels il peut assimiler les situations et les objets auxquels il est confronté... Le schème d'une action est donc l'ensemble structuré des caractères généralisables de l'action, c'est-à-dire qui permet de répéter la même action ou de l'appliquer à de nouveaux contenus » (10). Vergnaud a ensuite repris ce concept de schème, il affirme que « ce qui s'adapte ce sont des schèmes, et ils s'adaptent à des situations » (11).

Nous allons donc, à partir d'une situation concrète décrite sur un dossier médical, observer les professionnels développer leur conduite à tenir afin de respecter le principe de la conceptualisation dans l'action. Nous repérerons ainsi les différentes composantes du schème afin de comprendre ce qui organise l'action du sujet.

1.2.5 Méthode d'analyse

Chaque entretien a été retranscrit informatiquement sur Word. La retranscription a été réalisée mot pour mot afin d'être la plus fidèle et représentative possible. Les échanges et détails non-verbaux ont également été retranscrits. Cela a permis de créer le « verbatim », qui a servi de base pour l'analyse.

Dans cette étude, une analyse suivant les composantes du schème a été utilisée : tout d'abord avec les prises d'informations du dossier, puis les buts, les invariants opératoires, les contrôles, les anticipations et enfin les inférences.

Chaque entretien a ainsi été décortiqué permettant de repérer ces composantes du schème représentant l'analyse verticale. La deuxième partie de l'analyse consistait en une analyse horizontale. Les entretiens étaient alors comparés entre eux afin de pouvoir repérer les similitudes et différences dans la réflexion professionnelle. Le dernier temps était celui de l'analyse interprétative permettant d'articuler les idées entre elles, en lien avec la question de recherche.

2 RESULTATS ET ANALYSE

2.1 Description de la population

Nous nous étions fixé un objectif de 4 entretiens par centre hospitalier. A la fin des 12 entretiens, l'occasion d'en réaliser un 13^{ème} s'est présenté et nous avons décidé d'accepter.

Les entretiens ont duré entre 26 et 57 minutes avec une durée moyenne de 37 minutes et 21 secondes.

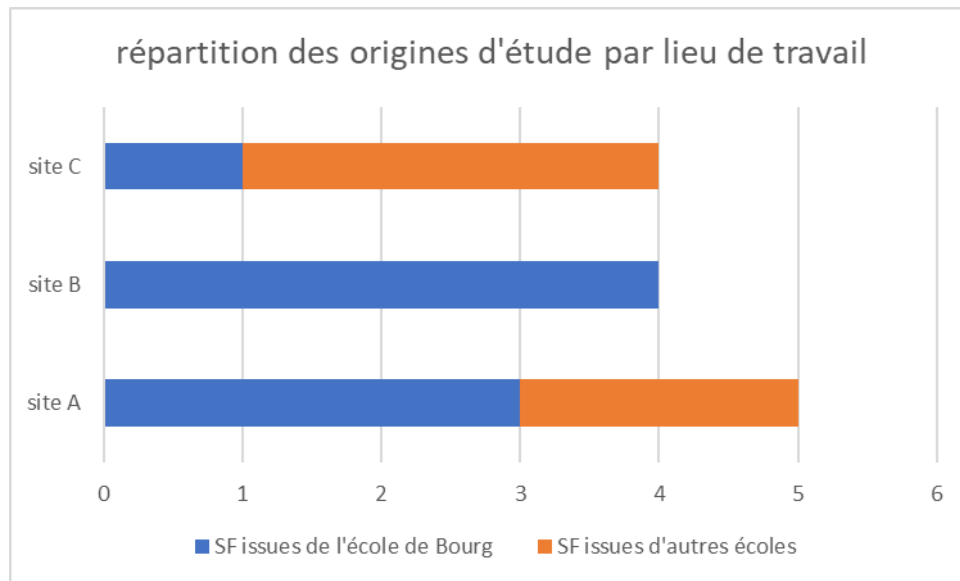
L'année médiane de diplôme des sages-femmes interrogées est 2015. Dans un but d'anonymat, le lieu d'études ainsi que le parcours professionnel des sages-femmes interrogées ne sont pas indiqués dans le tableau suivant.

Une majorité des professionnelles vient de l'école de Bourg-en-Bresse. Cependant, nous avons mis en évidence un panachage entre les lieux d'études, les lieux d'exercices et leurs parcours professionnels. Sans l'éliminer complètement, ce brassage limite donc le biais à la sur-présentation de l'école burgienne.

Tableau 1 : regroupant les caractéristiques de la population interrogée

	Année de diplôme	Lieu actuel d'exercice
SF1	2015	Centre hospitalier Fleyriat
SF2	2021	Centre hospitalier Fleyriat
SF3	2021	Centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey
SF4	2019	Hôpital Femme-mère-enfant
SF5	2013	Centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey
SF6	2015	Centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey
SF7	2022	Hôpital Femme-mère-enfant
SF8	2016	Hôpital Femme-mère-enfant
SF9	2014	Hôpital Femme-mère-enfant
SF10	2013	Centre hospitalier Fleyriat
SF11	1996	Centre hospitalier Fleyriat
SF12	2017	Centre hospitalier intercommunal du Haut-Bugey
SF13	2013	Centre hospitalier Fleyriat

Figure 3 : Diagramme représentant la répartition des origines d'études par lieu de travail nommé A, B ou C



2.2 Les prises d'informations

Les prises d'informations ne constituent pas un élément clef de cette étude. Chacune des sages-femmes a pris connaissance du dossier Audipog dans l'ordre, avec parfois, une lecture du récit d'accouchement avant la visualisation minutieuse du partogramme. Pendant l'explication de leurs prises en charge et l'entretien d'explicitation, les sages-femmes ont toutes gardé le partogramme sous les yeux afin de s'y rapporter régulièrement.

Le dossier Audipog créé en 1982 a été conçu pour promouvoir l'informatisation des maternités (12). De nombreuses maternités françaises ont utilisé ce dossier à sa création, mais, depuis une dizaine d'années, les dossiers informatiques prennent le relais et le dossier Audipog papier n'est plus aussi utilisé. Ainsi, de nombreuses sages-femmes de cette étude n'avaient pas pris connaissance d'un dossier Audipog depuis plusieurs années et ne pouvaient donc pas être aussi précises et rapides que lors de leurs pratiques en service.

Les prises d'informations constituent ainsi un biais d'authenticité car elles ne sont pas conformes à la pratique professionnelle des sages-femmes interrogées. Pour autant, cela n'entrave pas la suite de l'étude, c'est uniquement la conséquence d'une observation de l'activité sortie du contexte de soin.

2.3 Les règles d'actions

2.3.1 Les règles d'actions relatives au déroulé du travail

Chacune des sages-femmes, pendant le temps d'entretien, est revenue sur la prise en charge antérieure à celle de 15h. Elles ont décrit ce qu'elles auraient fait différemment et ce qui aurait pu influencer la stagnation de la dilatation.

La rupture artificielle des membranes est au cœur des idées. Une grande majorité des sages-femmes, aurait rompu la poche des eaux plus tôt ; soit à 12h, soit après la pose de péridurale, car, comme le dit la SF11 « s'il y a une péridurale c'est un accouchement médicalisé donc il faut rompre dans un premier temps ». Ainsi, pour ces sages-femmes la rupture artificielle des membranes a été tardive.

L'heure de pose de péridurale a également interrogé certaines professionnelles qui l'ont jugé « précoce ». Selon la SF10 « ce col a fait toute sa phase de latence sous APD ». Certaines sages-femmes proposaient ainsi de soulager la patiente par d'autres thérapeutiques avant de poser une péridurale qui selon elles, a été posée sur « une patiente en tout début de travail ».

2.3.2 Les règles d'actions

La combinaison d'actions est une règle commune à l'ensemble des sages-femmes interrogées. Chacune, évoque l'idée d'associer plusieurs actions, afin de créer une prise en charge optimale et de rechercher une/des étiologie(s). Nous constatons donc une constance dans ces règles d'actions.

Une des volontés de sélectionner ces trois lieux de recrutement était qu'ils appartiennent au même réseau de périnatalité qui est le réseau AUORE. La majorité des sages-femmes présente ainsi comme règle d'action l'idée de respecter les protocoles du réseau AUORE dont plus particulièrement celui nommé « Oxytocine pendant le travail spontané » (4).

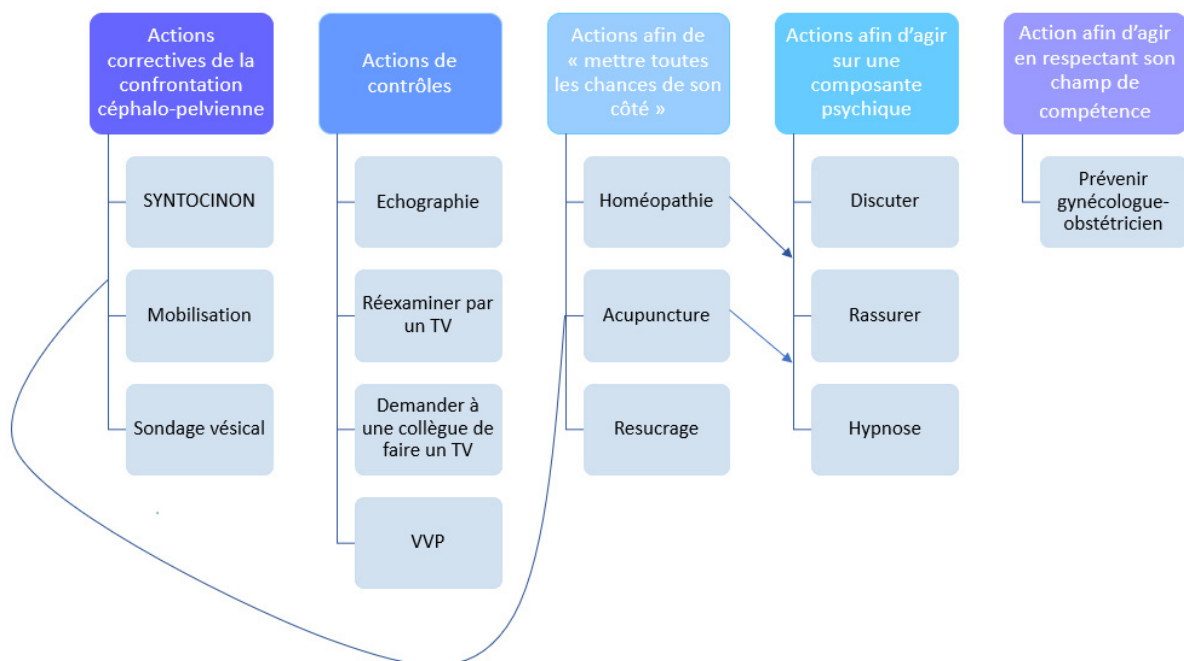
Nous repérons également, chez certaines sages-femmes, une volonté de recherche d'étiologies. Ces sages-femmes s'interrogent sur les causes potentielles de la stagnation et vont ainsi, par leurs actions, suivre cette règle d'action. La SF9 se pose, tout au long du déroulé de l'entretien, de nombreuses questions sur les potentielles étiologies et agit pour rechercher ces dernières dans sa prise en charge fictive.

Enfin, la réévaluation du col de l'utérus toutes les heures semble essentielle dans le cadre d'une stagnation de la dilatation. De nombreuses sages-femmes évoquaient l'habitude de faire un toucher vaginal toutes les 2 heures pour un suivi de travail classique, mais n'appliquent pas cette règle lors de dystocie dynamique.

2.4 Les buts

Lors de notre démarche réflexive, la difficulté a été le nombre important de données repérées lors des entretiens. Un classement par but des actions réalisées par les sages-femmes a été choisi pour clarifier la prise en charge de la stagnation de la dilatation. Pour repérer ces buts, nous les avons, à partir des actions citées par les sages-femmes, étudiées et catégorisées. Dans la figure ci-dessous, les actions possibles pour chaque but identifié. Certaines actions, comme l'acupuncture ou l'homéopathie ont plusieurs buts, c'est pourquoi certains traits les relient à d'autres catégories.

Figure 4 : Schéma représentant les actions des sages-femmes regroupées par but



2.4.1 Les actions correctives de la confrontation céphalo-pelvienne

Plusieurs actions correctives de la confrontation céphalo-pelvienne apparaissent dans les prises en charge des sages-femmes interrogées. Le but commun, retrouvé chez une majorité, est de faire descendre le mobile fœtal afin d'améliorer la confrontation céphalo-pelvienne et donc de favoriser la dilatation du col de l'utérus. La SF6 dit « il faut faire descendre la présentation pour permettre la dilatation » et met donc en place de l'oxytocine (Syntocinon®), associé à une mobilisation de la patiente.

L'oxytocine est un ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Cette hormone augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines (13). La totalité des sages-femmes ont pour but la dilatation du col. Chacune d'entre elles met donc en place de l'oxytocine. Une majorité, privilégie le

Syntocinon® à 15h, tandis qu'une minorité met en place cette thérapeutique à 16h. Cette minorité, considère la situation de 15h physiologique et souhaite se « laisser du temps ». Ainsi, avec une réflexion bénéfices/risques, sur le Syntocinon®, qui est une thérapeutique pouvant, à dose élevée, entraîner des complications ; ces sages-femmes décident, d'attendre avant de l'intégrer à la prise en charge. Les professionnelles sont tout de même claires sur l'intérêt « d'optimiser les contractions utérines en les régularisant et en augmentant leur intensité » (SF13) et sur l'intérêt d'une dynamique utérine efficace afin de faire en sorte que « ce bébé applique un peu plus » (SF8). La mise en place de cette thérapeutique transparait comme un invariant opératoire lors de la prise en charge d'une stagnation de la dilatation. Malgré tout, nous repérons des différences sur le moment adéquat pour la mettre en place (ici à 2 ou 3h de stagnation à 6cm). L'hypothèse d'une définition de la stagnation différant par professionnelle entraînant une temporalité différente dans la mise en place de l'oxytocine peut être amenée. Certaines sages-femmes, comme dit plus tôt dans ce paragraphe, recherchent un maintien d'une prise en charge non médicalisée mais anticipent tout de même l'introduction de Syntocinon® à 3h de stagnation.

Une mobilisation régulière de la patiente semble également être un point essentiel de la prise en charge des sages-femmes. La totalité des sages-femmes ont évoqué la mobilisation. Ces professionnelles modifient la position de la patiente toutes les heures, malgré un souhait de changement de position par 30 minutes. Ce souhait est difficilement réalisable avec l'activité soutenue de la salle de naissance. La SF2 évoque le « rôle clef de la mobilisation pour la descente du bébé » avec une proposition de placer la patiente à 4 pattes. La position à genoux/ à 4 pattes est décrite par Blandine Calais Germain comme une des trois positions reine de la mobilité. Pour elle, la mobilisation permet de gagner quelques centimètres favorisant l'aisance du passage. « C'est un peu comme quand on cherche à passer une clef dans une serrure » (14). Une variété de positions est ainsi proposée par les sages-femmes : 4 pattes, assise, décubitus latéral gauche/ droit en hyperflexion etc... Nous ne retrouvons pas de justification particulière aux choix de positions mais chacune d'entre elles, insistent sur l'importance de la mobilisation pour « ouvrir le bassin » et « faire descendre le bébé ».

La troisième action corrective de la confrontation céphalo-pelvienne est le sondage vésical. Comme nous le détaillerons davantage dans la partie sur les anticipations, nous ne remarquons pas d'uniformité dans cette action malgré un but commun : « Faire de la place au fœtus pour qu'il descende » (SF1). Effectivement, un contrôle est effectué quant à l'heure du dernier sondage (ici 12h) et une majorité des sages-femmes ne jugent pas qu'un sondage soit nécessaire à 15h.

2.4.2 Les actions de contrôles

Une action est mise en avant lors des entretiens : un contrôle échographique. Malgré la présence d'une indication de présentation (OIGA) sur le partogramme, une partie des sages-femmes évoque l'idée de faire une échographie afin, comme le dit la SF2, « d'éliminer toute présentation dystocique ». La SF8 exprime qu'elle souhaite savoir si la présentation est une variété postérieure. Cette dernière, pourrait éventuellement, expliquer un travail long. Le postulat de cette sage-femme est probablement que l'axe de la présentation est le bon mais que le repérage de la fontanelle pourrait être erroné ce qui modifierais la prise en charge. Malgré tout, ce n'est qu'une minorité de professionnelles qui évoque l'échographie lors des entretiens.

Nous observons, chez d'autres sages-femmes, un contrôle différent mais avec un but similaire : vérifier la présentation. La SF4 explique que selon elle, la variété de présentation n'est pas essentielle mais qu'il est important de vérifier la présence d'une présentation céphalique qui n'est pas « complètement défléchie ». Ces sages-femmes insistant sur le toucher vaginal, s'axent davantage sur leurs impressions cliniques comme la SF11 évoquant la possibilité d'un bassin chirurgical. Cette même sage-femme, propose aussi comme action de contrôle, de demander, avec accord de la patiente, à une collègue sage-femme d'évaluer la dilatation car « parfois, il vaut mieux demander à une collègue son avis sur un col surtout pour une stagnation ». La sage-femme semble vouloir un nouvel avis, car malgré tout, un toucher vaginal reste parfois subjectif et un avis neuf sur une situation permet parfois de trouver des solutions.

Enfin, la vérification de l'efficacité de la VVP est évoquée par deux sages-femmes exerçant dans le même lieu. Ces sages-femmes évaluent l'ancienneté de la VVP ainsi que son retour veineux et décident plus ou moins de la changer en fonction. Le but de ce contrôle est de maximiser l'efficacité du Syntocinon®. La SF8 dit « nos cathéters qui sont là depuis 3 jours passent à côté donc nous sommes beaucoup moins efficaces ». Cette idée a peu été énoncée, pourtant, comme dit précédemment, la mise en place d'oxytocine est un invariant opératoire. Il semble donc essentiel de vérifier le passage optimal des thérapeutiques pour une efficacité maximale.

2.4.3 Les actions afin de « mettre toutes les chances de son côté »

De nombreuses actions sont décrites par les sages-femmes malgré le manque de preuve scientifique. Parmi celle-ci, nous retrouvons l'homéopathie, l'acupuncture ou bien le « resucrage » de la patiente.

L'homéopathie, action retrouvée dans la prise en charge des sages-femmes d'un même lieu, a un but psychique associé à l'idée de « tout tenter pour débloquer la situation ». Cette action, possède

également comme sous-but de « permettre à la patiente d'être actrice de son travail ». Ces sages-femmes expliquent laisser la responsabilité à la patiente de prendre les comprimés toutes les 15 minutes et ainsi « donner de la dynamique, rendre la dame dynamique et qu'elle participe à la prise en charge ». C'est un but qui se révèle davantage psychologique plus que médical mais qui semble être un « plus » dans leurs prises en charge afin de « jouer toutes ses cartes ».

Lors de cette étude, un entretien a été réalisé avec une sage-femme ayant un diplôme universitaire d'acupuncture. Cet entretien fut très intéressant pour approfondir cette action énormément évoquée par les sages-femmes. « Je la piquerais en acupuncture, tout d'abord pour faire descendre cet enfant, et puis pour déstresser la patiente » nous dit cette sage-femme qui dit également que « toutes les patientes à qui je fais de l'acupuncture finissent par se dilater sinon c'est qu'il y a une disproportion fœto-pelvienne ». Lors de son entretien d'explicitation, cette professionnelle nous a évoqué les différentes finalités de l'acupuncture dans cette prise en charge : « des points sur la descente de la tête fœtale », « Des points pour accentuer l'intensité des contractions » et « un point de passage jouant sur les angoisses ». Ce dernier point est selon la sage-femme « un point vraiment important sur une dame qui va stagner comme ici et qui dit qu'elle a peur ». Les autres sages-femmes interrogées évoquent l'acupuncture comme une méthode à essayer si une professionnelle diplômée est disponible, pour elles, parfois sans explication, cela « débloque les choses ».

Une sage-femme interrogée a également évoqué l'idée de « resucrer la patiente ; lui donner un jus de pomme et mettre une perfusion de G5% ». Cette idée unique nous a posé question, ainsi pendant l'entretien d'explicitation, nous avons demandé plus d'informations sur cette action : « mon raisonnement c'est que là, la patiente a une péridurale, elle n'a pas spécialement mal, mais elle contracte. Elle a quand même son utérus qui se contracte et son corps fournit quand même un effort musculaire. Donc, l'idée, c'est de donner quand même du sucre et essayer de redonner de l'énergie pour voir si c'est ce qui manque pour relancer un peu, redynamiser les contractions utérines et faire relancer un peu la dilatation. Donc mon idée c'est surtout ça : que quand on est à jeun et qu'on manque de sucre et bien forcément on est moins efficace dans l'effort physique ». Un mémoire, effectué par Romaric Mathieu, ayant été primé à Evian, montre bien l'importance de l'apport énergétique pour l'efficacité de l'organisme maternel (15). Cette action, a ainsi pour but d'améliorer la dynamique utérine et donc de favoriser la dilatation du col de l'utérus.

2.4.4 Les actions afin d'agir sur une composante psychique

Un effet psychique semble, en analysant les résultats des entretiens, jouer un rôle dans la capacité d'accoucher voie basse. La totalité des sages-femmes évoquent les angoisses de la patiente, avec une idée de prise en charge de ces dernières par le dialogue. Une sage-femme verbalise même le dossier de « stagnation dans un contexte d'angoisses maternelles ». Dialoguer apparaît comme une des actions majoritaires des professionnelles dans ce dossier. La SF5 affirme que c'est « 50/50 médicale et psychologique dans la stagnation ». Il est ainsi important pour ces sages-femmes d'accompagner les patientes et d'être présentes pour elles.

Un grand nombre des sages-femmes souhaitent « que la patiente se relâche », « abaisser son seuil de stress », « normaliser ses angoisses » car, comme le dit la SF3 « le côté psy a tout son rôle là-dedans ». Une des professionnelles explique cela par le fait « qu'on produit de l'ocytocine mais, lorsqu'on réfléchit trop, qu'on est stressée ; on n'a pas l'hormone de l'endorphine qui potentialise l'effet de l'ocytocine naturel et au contraire on a l'adrénaline qui shunt la production d'ocytocine donc il y a moins d'ocytocine ». Cette idée semble être un théorème en acte. Ainsi, la totalité des sages-femmes interrogées prend en charge ces angoisses maternelles, certaines en couple, et d'autres sans le conjoint de la patiente.

« Il faut vraiment essayer de discuter avec elle, de poser les choses, quitte à discuter avec elle toute seule sans qu'il n'y ait son conjoint. Parce que par exemple là le travail est long donc on peut aisément proposer au papa d'aller boire un café, de prendre un peu l'air ; ça lui fera du bien et on pourra en profiter pour discuter un peu avec la dame parce que c'est noté que la grossesse est désirée mais si son mari a toujours été là en consultation peut-être qu'elle ne l'est pas tant que ça pour la maman. C'est un exemple pour illustrer qu'il y a peut-être des choses sous-jacentes sur le côté psy qui n'ont pas été mises en évidence plus tôt et qui peuvent remonter à ce moment-là et expliquer cette stagnation. » (SF3)

La volonté des sages-femmes est aussi d'être honnête avec le couple afin « d'éviter l'effet de surprise », de leur faire vivre au mieux cette naissance qu'elle soit par voie haute ou voie basse ; mais aussi de les mettre face à la réalité, au risque de jouer sur les peurs et de, peut-être, débloquer la situation. La prise en charge d'une stagnation « c'est accompagner », « créer une relation de confiance » (SF13). Cette sage-femme insiste sur le fait « d'expliquer les actions » afin de « cérébraliser les choses », elle pense que « ça joue pour la suite ».

Comme l'a dit Aristote « Ce n'est pas l'homme en général que soigne le médecin, mais l'homme en particulier ». Ainsi les sages-femmes le répètent, la prise en charge psychologique dépendra de la patiente. Malgré tout elle demeure un point essentiel au vu du temps accordé à celle-ci par entretien.

Sans cause médicale, nous pouvons dire que parfois, il suffit d'une discussion, de pleurs, d'explications pour décoincer la situation. Nous avons tous, comme le dit la SF1, « une patiente en tête qui stagnait depuis plusieurs heures et où il a suffi d'une discussion pour la retrouver à dilatation complète ».

2.4.5 Les actions afin d'agir en respectant son champ de compétence

Comme dit dans le paragraphe 2.3.2, les sages-femmes ont pour règle d'action de respecter les protocoles du réseau de périnatalité AURORE. Malgré tout, nous avons pu repérer une incertitude sur le moment adéquat pour appeler le médecin. Le but de cet appel au médecin est de rester dans son champ de compétence donc dans la physiologie. Cependant, le moment opportun pour le contacter semble être variable dans nos résultats.

A 15h, très peu de sages-femmes appellent le gynécologue-obstétricien, la situation ne requiert pas de conduite à tenir du médecin pour le moment. Nous repérons tout de même une anticipation de cet appel au médecin, que nous développerons davantage dans la partie 2.7. La SF13 le dit : « après avoir tout essayé il faut bien se résoudre à appeler le médecin ». Les sages-femmes verbalisent cet appel comme « une information pour le médecin de la présence d'une stagnation en salle de naissance » ou bien comme le fait de « prévenir de façon informelle ». Leurs buts premiers étant d'anticiper afin de ne pas surprendre les médecins avec une césarienne.

2.5 Les invariants opératoires

Malgré des disparités dans les actions, leurs temporalités et leurs buts, il apparaît de nombreuses similitudes dans les prises en charge. Tout d'abord, les actions de contrôles se trouvent généralement au début des prises en charge. Les sages-femmes effectuant des actions de contrôles, comme l'échographie, placent celles-ci en priorité. L'hypothèse, concernant cette temporalité, peut-être l'intention d'éliminer une cause probable de la stagnation, afin, de ne pas pratiquer d'action semblant inutile. Malgré tout, la totalité des sages-femmes n'effectuent pas ces actions de contrôles, ce qui laisse réfléchir quant à leurs intérêts. Certaines sages-femmes, comme la SF7, disent que « si c'est une variété postérieure et que je mobilise ma patiente alors si c'est une postérieure qui doit tourner elle tournera ». Pour elles, vérifier la présentation à l'échographie n'a pas un intérêt sur l'instant ; comme pour la SF4 qui ne trouve pas d'intérêt à une échographie vu la hauteur de la présentation.

Dans un second temps, une invariance de la temporalité des actions correctives de la confrontation céphalo-pelvienne est évidente. Chaque sage-femme, débute sa conduite à tenir, post-contrôles si présents, par des actions ayant une justification médicale comme le Syntocinon®, la mobilisation ou

bien le sondage vésical. Ces actions, ayant un appui médical, sont privilégiées par les sages-femmes. En revanche, au sein de ces actions, il n'y a pas d'uniformité dans l'ordre. Comme dit précédemment, l'oxytocine n'est pas mis en place au même moment pour toutes les sages-femmes mais cette action est tout de même toujours présente dans les conduites à tenir avec une certaine répétition dans le temps en lien avec le protocole du réseau Aurore. Celui-ci, recommande d'augmenter le Syntocinon® par palier de 2 mui/min, avec un intervalle de 30 minutes, jusqu'à dynamique utérine satisfaisante ou bien dilatation cervicale (4). Ainsi, les sages-femmes, augmentent par 30 minutes cette thérapeutique afin de faire évoluer la situation. Cette mise en place de thérapeutique est donc une action jugée essentielle et évolutive.

Dans un troisième temps, nous retrouvons une combinaison entre les actions « afin de mettre toutes les chances de son côté » et les actions agissant sur une composante psychique. Différents types de professionnelles se distinguent. Les sages-femmes insistant sur l'importance du psychisme dans la stagnation, comme la SF3 qui dit : « le coté psychologique a tout son rôle là-dedans », placent le dialogue après les actions correctives de la confrontation céphalo-pelvienne. La sage-femme ayant un DU d'acupuncture privilégie, elle, l'acupuncture, après la mise en place du Syntocinon®. Le dernier profil de sages-femmes sont celles qui mêlent les deux types d'actions afin d'obtenir une prise en charge « optimale ». Ces sages-femmes choisissent une action majoritaire tout en dialoguant invariablement.

Ainsi, un schème d'action contenant une certaine invariance de temporalité des actions se distingue. Les sages-femmes effectuent plus ou moins des contrôles puis des actions améliorant la confrontation céphalo pelvienne, et enfin, en fonction de leurs singularités, des actions comme la discussion, l'acupuncture ou bien l'homéopathie. Jérôme Goffette, un philosophe français, a dit : « une approche globale, bio-psycho sociale du patient est indispensable » ainsi ces sages-femmes favorisent une prise en charge globale.

2.6 Les contrôles

Après la découverte du dossier, les sages-femmes interrogées ont toutes énoncé à voix haute des éléments qu'elles contrôlaient. Ces vérifications influencent leurs prises en charge et engendrent donc un choix dans les actions.

Invariablement, le premier contrôle est le temps à la même dilatation. Chaque sage-femme fait le point sur l'heure à laquelle il y a eu le premier TV à 6cm. Le deuxième contrôle retrouvé chez toutes les sages-femmes est le temps depuis la rupture artificielle des membranes. Nous repérons donc un

contrôle de temps, afin d'évaluer, tout d'abord le temps restant, mais également la conduite à tenir à l'instant t, soit 15h dans ce dossier.

Dans un deuxième temps, des contrôles concernant l'état maternel et l'état fœtal apparaissent. Les professionnelles évaluent l'état maternel avec les constantes vitales mais aussi grâce à l'évaluation de la douleur. « C'est important que cette patiente soit bien soulagée par la péridurale ». L'état fœtal est également important pour les sages-femmes. Un contrôle continu et marqué du rythme cardiaque fœtal est réalisé. La totalité des entretiens contient des contrôles du RCF avec une volonté de veiller au bien-être materno-fœtal. Les sages-femmes sont claires sur le fait qu'un monitoring montrant un profil d'hypoxie fœtal modifiera la prise en charge. A la suite de ce contrôle du RCF, les sages-femmes évaluent également la dynamique utérine et son évolution afin d'établir la possible mise en place de Syntocinon® comme évoqué dans la partie 2.4.1.

Un contrôle du dossier, pas constant mais récurrent, apparaît dans l'analyse des entretiens. Les sages-femmes vérifient tout d'abord l'échographie du troisième trimestre avec l'estimation du poids fœtal, l'IMC de la patiente, la parité, la présence d'un diabète gestationnel. Ces éléments, qui selon la SF13, seraient des causes probables de la stagnation. Une minorité, contrôle la hauteur utérine retrouvée à l'admission, la jugeant d'élévée, et, ajoutent qu'elles auraient peut-être fait une hauteur utérine post-rupture pour compléter ce dossier.

Dans un dernier temps, des contrôles des actions possibles pour la prise en charge de la stagnation apparaissent. Tout d'abord, est mis en avant un contrôle sur l'heure du dernier sondage vésical, comme détaillé dans les parties 2.4.1 et 2.7, mais également de l'hydratation IV, avec par exemple, le Ringer lactate®.

Nous remarquons ensuite un contrôle sur la consistance du col de l'utérus. Effectivement, dans ce dossier, la patiente présentait un col souple. Malgré le peu de bibliographie en lien avec la consistance du col et des solutions pour l'assouplir, nous distinguons un contrôle universel de celle-ci. La totalité des sages-femmes évoquent ce col et nous informent de la non-nécessité, dans ce cas, d'agir sur celui-ci, mais que, si un col tonique avait été retrouvé, elles auraient agi en conséquence avec différents techniques (Spasfon®, Magnésium, acupuncture, dose col faite par les anesthésistes...).

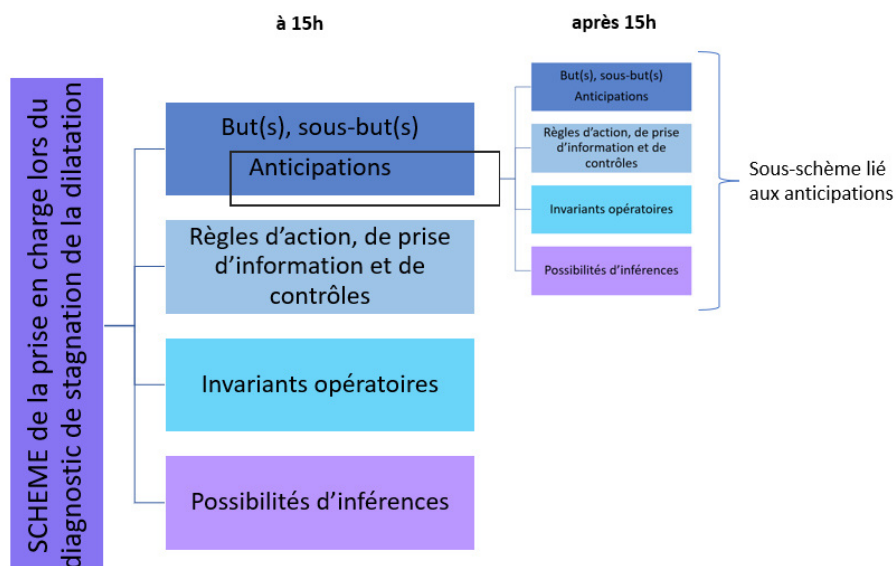
Un contrôle sur la mobilisation de la patiente apparaît également. Les sages-femmes notifient à voix haute les positions réalisées associée à la fréquence de changement.

En lien avec la mobilisation qui peut être influencée par ce paramètre, il apparaît un contrôle de la présentation et de sa hauteur, avec une lecture du partogramme montrant une OIGA. Les sages-femmes ici jugent la présentation trop haute « ça n'applique pas du tout » (SF6).

2.7 Les anticipations

Lors de la création du tableau d'analyse de cette étude, nous avons choisi de respecter la temporalité de la réflexion. Nous obtenons donc le schème de la prise en charge au moment du diagnostic de stagnation. Dans ce schème, nous constatons que les anticipations (donc la prise en charge ultérieure) représentent un schème comme nous le résumons dans le schéma ci-dessous. Lors des entretiens, les professionnelles évoquaient spontanément leurs futures prises en charge, montrant ainsi qu'elles anticipaient toutes les actions futures. Ce sous-schème correspond ainsi à une anticipation faisant partie du schème de la prise en charge à 15h et sera donc intégré dans ce paragraphe.

Figure 5 : Représentation du sous-schème associé au schème de la prise en charge lors du diagnostic



Tout d'abord, il ne transparaît pas de conduite à tenir privilégiée concernant le sondage vésical bien qu'il apparaisse comme un contrôle invariant. Certaines sages-femmes ont décidé de pratiquer un sondage évacuateur à 15h afin, comme le dit la SF12, « de vider la vessie et faire de la place à la présentation dans le bassin ». Un certain nombre de sages-femmes font, quant à elles, le choix de ne pas sonder à 15h, mais de sonder à 16h, soit 4h après le dernier sondage. Parmi celles-ci, plusieurs sages-femmes souhaitent poser une sonde à demeure « afin d'anticiper une potentielle césarienne » et d'avoir continuellement une vessie vide car « la vessie ne doit pas entraver la descente » (SF13). En analysant les années de diplôme avec cette idée de sonde à demeure, nous remarquons une corrélation entre un diplôme plus ancien et l'anticipation de la sonde à demeure et du rasage du pubis. La SF11 explique « qu'après avoir tout essayé il faut se rendre à l'évidence et préparer la patiente à la césarienne donc je préfère poser une SAD et prendre mon temps pour faire bien les choses ». Nous sommes ainsi dans le sous-schème décrit. La sage-femme, en anticipant une césarienne qui peut ne

pas avoir lieu, a pour but de respecter les règles d'asepsie mais aussi de préparer psychologiquement le couple.

L'appel au médecin fait également partie de la prise en charge des sages-femmes afin, de le prévenir des dossiers en cours en salle de naissance. Une moitié des professionnelles privilégie d'appeler le médecin à 16h afin de l'informer de la présence d'une stagnation et de la prise en charge actuelle sans attente de conduite à tenir de sa part. Une deuxième moitié contacte le médecin à 17h (4h à 6cm de dilatation), en lien avec le protocole Aurore qui dit qu'en phase active, à 6cm, un col doit se dilater de 1cm/4h maximum (4). Ces sages-femmes disent attendre une conduite à tenir du gynécologue-obstétricien sur la suite de la prise en charge associé à l'évocation d'une potentielle césarienne.

Secondairement, il apparaît une anticipation d'une hypothèse étiologique à cette stagnation de la dilatation. Les sages-femmes ayant comme règle d'action de rechercher une étiologie à cette stagnation vont axer leurs questionnements sur cela. L'idée commune à l'ensemble des sages-femmes interrogées réside dans la descente du mobile fœtal : la SF1 s'interroge : « est ce que ce bébé va descendre ? », la SF10 s'étonne « Il ne descend jamais ce bébé », la SF11 se demande « pourquoi il ne descend pas ce bébé ». Il existe ainsi une anticipation notable de la descente de la présentation. Selon ces sages-femmes cela solutionnerait peut-être la situation pathologique. En opposition, l'hypothèse de disproportion n'apparaît pas chez toutes les sages-femmes. La SF8 évoque le fait que « la clinique nous montre que ce bébé a l'air plus gros que ce qu'on attendait » comme la SF5 qui suppose qu'il y a « sûrement une disproportion ». Pourtant, de nombreuses sages-femmes qualifient la clinique de physiologique et n'évoquent pas la disproportion foeto-pelvienne.

La gestion d'un service de salle de naissance, associé à la prise en charge des couples nécessitent une organisation optimale. De nombreuses sages-femmes insistent sur le fait qu'il faut anticiper lors de la prise en charge de stagnation afin d'éviter la césarienne ou bien de la faire dans de bonnes conditions. Ces sages-femmes, insistent sur l'idée d'avoir la césarienne en tête lors de la prise en charge d'une stagnation afin, comme le dit la SF11, de « préparer psychologiquement la patiente [...] s'il n'y a pas d'évolution ».

2.8 Les inférences

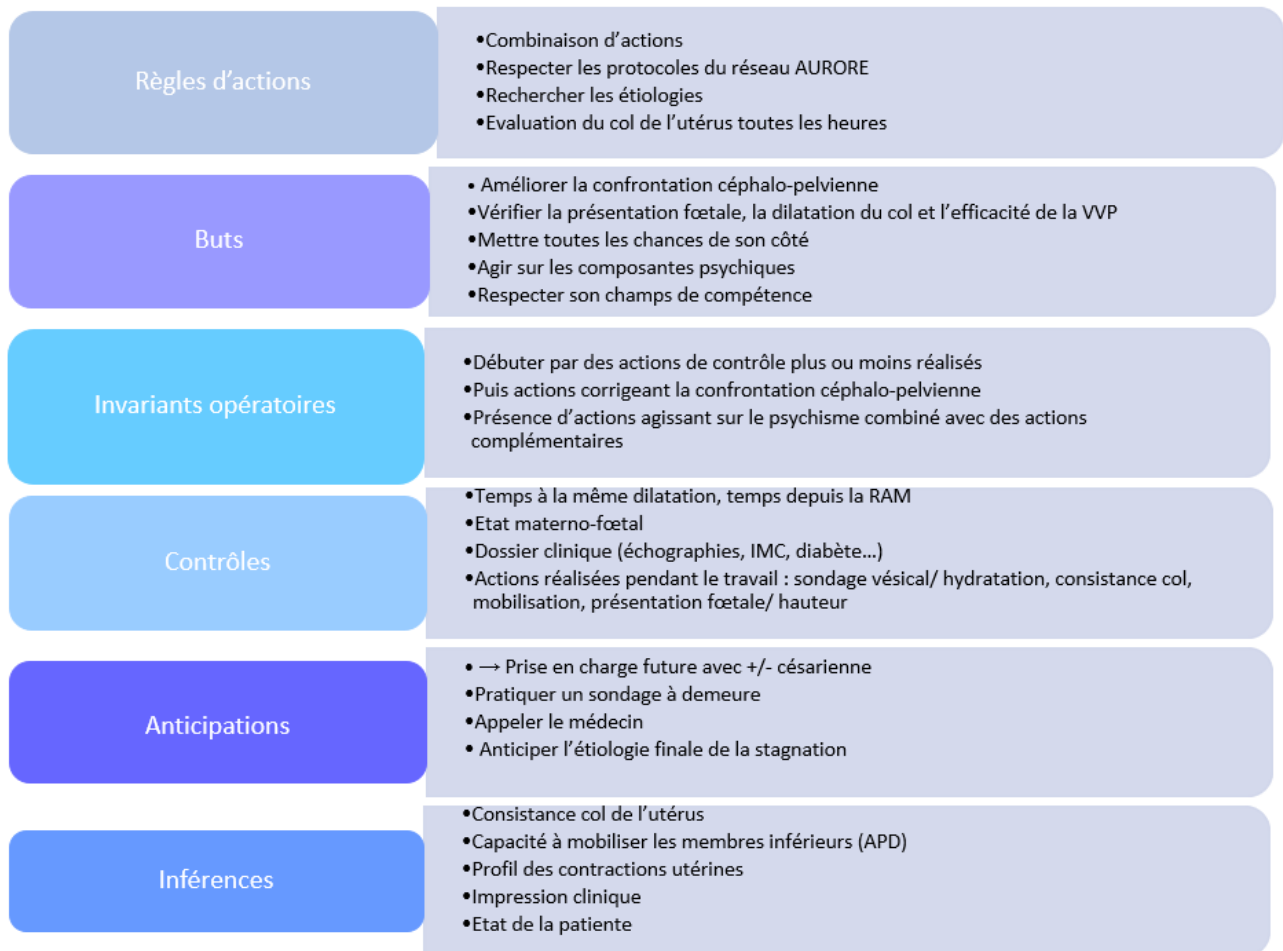
Comme évoqué dans la partie 2.6, un contrôle de la consistance du col de l'utérus apparaît dans les résultats. En lien avec celui-ci, nous repérons une inférence de la prise en charge thérapeutique de la stagnation. Effectivement, la majorité des sages-femmes supposent qu'elles auraient proposé de mettre du Spasfon® IV à la patiente si le col avait été tonique ou épais. Dans ce dossier, le col étant souple, les sages-femmes ne trouvent pas d'intérêt à mettre en place cette thérapeutique. Aucune professionnelle ne l'intègre donc dans sa prise en charge.

Une inférence concernant la mobilisation apparaît chez une majorité de sages-femmes. Comme dit dans la partie 2.4.1, certaines professionnelles évoquent la volonté de placer la patiente à 4 pattes à 15h. Ces mêmes sages-femmes signalent qu'en cas de difficulté à la mobilisation, en lien avec l'analgésie péridurale, il est probable que la position 4 pattes ne soit pas réalisable et qu'elles modifieront donc leurs propositions. Leur but commun étant de mobiliser la patiente et de permettre au col de se dilater en faisant descendre la présentation fœtale, ces sages-femmes proposent d'autres positions comme le décubitus latéral hyperfléchié. Ces positions, avec des membres inférieurs endormis par l'APD, seront plus facilement réalisables que la position à 4 pattes, qui nécessitent de la force dans les jambes.

Enfin, des inférences en lien avec la présence d'un dossier théorique, sans la clinique et la présence d'une réelle patiente dans un service de salle de naissance sont mises en avant. Tout d'abord, une moitié de sages-femmes évoquent l'absence de visualisation du profil des contractions utérines. La SF2 dit « je ne peux pas savoir le profil des contractions utérines. Il y a-t-il des contractions utérines bigéminées ? ». Pour les sages-femmes, la fréquence des contractions utérines est importante, mais ce n'est pas le seul élément important de l'interprétation de la dynamique utérine. Ainsi, la visualisation de ces dernières infère dans la prise en charge. Aussi, chacune des sages-femmes évoque la difficulté d'énoncer une prise en charge, sans clinique et visualisation de l'activité du service. L'impression clinique semble essentielle, ainsi que la palpation, la visualisation de la patiente ... Ces éléments, selon les sages-femmes, influencent la prise en charge de façon conséquente. Le métier de sage-femme étant avant tout un métier de clinicienne, il est essentiel de se baser sur la clinique, ce qui n'est effectivement pas possible dans une étude de mémoire. Enfin, quelques-unes des professionnelles évoquent les différences d'attitudes et de dialogues en fonction du profil de la patiente. La SF13 affirme « qu'on ne peut pas avoir une conduite à tenir très précise en termes d'accompagnement des angoisses parce que ça dépend de la patiente ». Les sages-femmes adapteront ainsi leur accompagnement psychologique en fonction du couple et de sa façon de gérer la situation.

2.9 Synthèse du schème

Figure 6 : Synthèse du schème de prise en charge



Loisy et Coulet disent que « lorsque c'est le schème dans sa globalité qui est remis en cause, au bénéfice d'un autre jugé plus adéquat », il y a changement de schème (16). Afin de vérifier cette hypothèse du changement de schème, nous avons réuni toutes les composantes du schème dans la figure 6. Les éléments constitutifs de chaque composante du schème présentent un niveau d'invariance notable. Bien que l'organisation du schème soit invariante, le schème n'est pas figé. Vergnaud précise que « ce qui est invariant c'est l'organisation de la conduite et non la conduite elle-même » (17). Le schème s'adapte aux situations et aux singularités. C'est en cela que l'on observe la souplesse et le caractère fonctionnel du schème.

Par ailleurs, le schème a un caractère évolutif puisqu'il est « une totalité dynamique fonctionnelle » (8). Le modèle MADDEC, considère que la compétence est « une organisation de l'activité mobilisée et régulée pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée » (16). Nous voyons dans les conduites à tenir des sages-femmes qu'il y a beaucoup d'adaptabilité. Le côté dynamique se repère aussi par le fait qu'au sein même des anticipations, un sous-schème est identifiable.

3 DISCUSSION

3.1 Forces, limites et biais de l'étude

Notre choix de réaliser une étude qualitative entraîne des biais inévitables. En effet, seuls 13 entretiens ont été réalisés, ils ne représentent donc pas la population générale des sages-femmes. De plus, il existe un biais d'interprétation des données par le chercheur. En effet, l'étude et les résultats ont été analysés par une seule personne. Il n'y a pas eu de triangulation des données. Cela, engendre donc des biais interprétatifs.

Le dossier Audipog a été rédigé avec M. MICHEL et Docteur M. SALZMANN et les entretiens ont été préparés, mais, un biais de méthodologie est présent dû au manque d'expérience. L'ensemble des entretiens a cependant été réalisé par la même personne afin d'éviter un biais de recueil de données.

Malgré les biais potentiels, ce type d'étude nous a semblé être le plus pertinent face à nos objectifs, car cela a permis aux sages-femmes d'aborder l'entièreté de leur prise en charge et d'avoir une liberté de parole importante. Cela, représente un réel atout pour notre étude. Les entretiens ont été riches en informations et nous ont permis de collecter une multitude de données.

Les sages-femmes interrogées ne connaissaient pas à l'avance le sujet exact du mémoire rendant les entretiens davantage pertinents et intéressants. Comme dit dans la partie 2.1, un biais de sur-présentation de l'école Burgienne est présent mais limité par le panachage entre les lieux d'étude, les lieux d'exercices et leurs parcours professionnels.

Les entretiens étant en présentiel, nous avons pu recueillir des données riches et variées telles que l'attitude, la gestuelle, l'étude du dossier, ce qui représente une force dans ce travail.

Une grande hétérogénéité est présente dans l'échantillon sur différents plans : âge, durée d'exercice, parcours professionnel... Cela constitue un atout pour notre étude.

Afin d'éliminer un biais d'information, le même dossier clinique a été présenté aux sages-femmes. Chacune des sages-femmes a pris connaissance du même dossier et a énoncé ses conduites à tenir concernant le même cas de stagnation.

La méthode didactique professionnelle, point fort de cette étude, a également permis d'analyser en détails les prises en charge des sages-femmes. La richesse d'informations engendrée par cette méthode a permis de créer un travail complet et précis.

3.2 Il y a-t-il un schème commun ?

La stagnation de la dilatation est un sujet extrêmement présent en salle de naissance. Tout étudiant sage-femme est confronté à cette situation avec des demandes de conduite à tenir dans leur stage de pratique. Les actions des professionnelles, leur priorisation et leurs buts ne semblent pas uniciste et en tant que stagiaire, ces multitudes de prise en charge sont complexes à hiérarchiser et à comprendre. C'est cette confrontation à la disparité de prise en charge de la stagnation de la dilatation, en tout cas dans le déroulé des actions et dans le but de leur réalisation, qui a conduit à la réalisation de ce mémoire.

En créant un dossier Audipog d'un cas fictif de stagnation cervicale, nous voulions évaluer les prises en charge de treize sages-femmes, sur un même dossier, avec l'idée, toujours présente, de montrer l'écart entre celles-ci. Toutefois, en débutant l'analyse des entretiens par la méthode didactique professionnelle, nous nous sommes rendu compte de la présence de prises en charge plutôt similaires, s'est alors dégagé un schème commun.

Comme le montre la partie 2.5 sur les invariants opératoires, une certaine invariance de temporalité des actions est présente. Bien que certaines actions, ne soient pas réalisées par toutes les sages-femmes, leurs ordres et buts restent néanmoins similaires.

Malgré les variations des actions de contrôles, sur lesquelles nous reviendrons dans la partie 3.3, celles-ci débutent la prise en charge. Les sages-femmes commencent par ces actions de contrôle dans leurs prises en charge, afin d'éliminer certaines causes possibles de la stagnation.

Dans un second temps, apparaissent les actions corrigeant la confrontation céphalo-pelvienne. Ces actions : Syntocinon®, sondage vésical, mobilisation, font l'objet de recommandations ou d'intérêt scientifiquement prouvé.

L'oxytocine est effectivement évoquée dans de nombreux articles. Un article nommé *Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané* évoque qu'en cas de « dystocie dynamique en phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie en première intention. En l'absence d'amélioration une heure après l'amniotomie, une administration d'oxytocine peut-être réalisée. » (2). Aussi, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français évoque qu'en cas de vitesse de dilatation supérieur à 1cm/4h à 6cm il est recommandé en première intention de pratiquer une amniotomie si les membranes sont intactes puis une administration d'oxytocine si les membranes sont rompues et que les contractions utérines sont jugées insuffisantes (18). Une volonté commune d'améliorer la dynamique utérine afin d'agir sur la dilatation du col, est visible chez toutes les sages-femmes interrogées.

De plus, la mobilisation pendant le travail, est un point essentiel démontré par Bernadette De Gasquet ou bien Blandine Calais Germain. Un article, publié dans La revue Sage-Femme, nommé *Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement* montre que le taux de césarienne est abaissé chez les patientes mobilisées en cours de travail (19). La mobilisation a donc prouvé son importance lors des accouchements par voie basse. C'est pourquoi, la formation continue est essentielle pour maîtriser le sujet de la mobilisation. En effet, selon le stade du travail, les positions utiles et efficaces varient.

Enfin, concernant ces actions, nous repérons le sondage vésical. Anatomiquement, la vessie et l'utérus sont compris dans la cavité pelvienne délimitée par les os du bassin. Ainsi, lorsque la vessie est pleine, elle représente un obstacle pour la descente de la présentation. Son volume peut suffire à gêner la bonne confrontation céphalo-pelvienne.

Ces actions, sont placées en priorité dans les prises en charge de stagnations cervicales, ce qui va dans le sens du respect des protocoles. Les protocoles étant des guides fiables d'application des procédures de soins, il est du devoir des professionnels médicaux de les prendre en compte.

Les actions complémentaires viennent alors en troisième position des conduites à tenir. Ces idées, davantage évoquées dans la partie 3.4, sont malgré tout invariablement présentes chez l'ensemble des sages-femmes. Evidemment, le parcours professionnel, l'expérience et le lieu d'exercice créent des différences dans ces actions. Parfois combinées, parfois seules, elles restent néanmoins présentes.

Les buts et sous-buts conditionnent donc les règles que les professionnelles vont mettre en œuvre. Toute action est mue par une ou plusieurs intentions. Et ces règles d'action semblent également similaires. En effet, l'intention de combiner les actions, retrouvée chez toutes les sages-femmes ne peut être remise en question. Immanquablement, plusieurs actions associées ont plus de poids qu'une action isolée, surtout dans le domaine obstétrical. Ajouté à cela, l'intention d'examiner le col de l'utérus toutes les heures renforce la volonté des sages-femmes de « ne pas perdre de temps » et d'agir.

C'est pourquoi, elles anticipent toutes leurs actions créant le sous-schème évoqué dans la partie 2.7. L'anticipation principale est la possible issue de la situation : la césarienne. Le travail dystocique augmentant le risque de morbi-mortalité materno-fœtale, la césarienne finit parfois par être une éventualité. Afin de limiter les risques infectieux, les sages-femmes font souvent le choix d'anticiper le sondage à demeure. En effet, le sondage à demeure constitue le premier facteur de risque de l'infection urinaire nosocomiale. Afin de limiter ce risque, il est nécessaire d'effectuer des mesures de prévention, en effectuant des règles d'asepsie strictes malheureusement négligées en cas d'urgence. Ainsi, anticiper la césarienne semble être une idée commune qui veille au bien-être materno-fœtale.

En analysant, nous nous rendons compte de la présence d'un schème commun. N'étant pas dans les pensées des sages-femmes, les étudiantes peuvent avoir cette impression de conduites à tenir dissemblables. Pourtant, en utilisant la didactique professionnelle, l'analyse voulait d'être au cœur de la réflexion cognitive. De cette manière, il a été plus aisé de repérer les points similaires permettant de montrer qu'il existe bien un schème commun.

Le schème d'action, est « un ensemble structuré de caractères généralisables de l'action » (10). De plus, le « schème s'adapte aux situations » et est « une totalité dynamique fonctionnelle ». Ce schème commun repéré est ainsi un ensemble cohérent mais aussi adapté aux conditions qui se présentent.

3.3 Une inconstance dans les contrôles

L'étape des contrôles est importante, car elle permet d'orienter la réflexion dans l'action et de poursuivre la réflexion après l'action. Le professionnel adopte une posture critique, qui reflète une volonté d'amélioration. La démarche est constructive. Elle nécessite un engagement dans l'activité car elle requiert beaucoup d'attention et de capacité à reconnaître un défaut puis à le rectifier (20).

Les professionnelles interrogées, ont toutes, invariablement, réalisé des contrôles. Contrôler le temps à la même dilatation ainsi que le temps depuis la rupture artificielle des membranes semble être le point de départ de la prise en charge. Les recommandations de l'HAS (1), le CNSF (2), le réseau de périnatalité AURORE (4), sont uniformes sur la vitesse de dilatation en phase active à 6cm : 1cm/4h (21). Ainsi, les sages-femmes, en évaluant le temps, cherchent surtout à estimer le temps restant. La prise en charge de la stagnation représente une sorte de « course contre la montre » afin d'éviter la césarienne.

Une certaine dissonance apparaît tout de même dans ces contrôles. Le dossier Audipog présenté, contient le suivi du travail, mais également le suivi de grossesse. Ainsi, les professionnelles ont connaissance des éléments du dossier. Certains éléments de ce dossier, sont contrôlés par l'intégralité des sages-femmes comme l'estimation du poids fœtal à l'échographie du troisième trimestre, la parité, l'IMC de la patiente... D'autres éléments, comme la hauteur utérine, sont essentiels pour certaines, et non évoqués par d'autres. En obstétrique, la hauteur utérine est un élément de dépistage clinique qui permet d'évaluer la croissance du fœtus, le développement de l'utérus, du placenta et du liquide amniotique au cours de la grossesse. Elle se mesure à l'aide d'un mètre-ruban, de la symphyse jusqu'au fond utérin. Pour l'HAS, mesurer la hauteur utérine fait partie recommandations relatives à l'évaluation initiale de la patiente (21). Nous nous sommes ainsi interrogées sur ce contrôle, qui semble essentiel pour quelques sages-femmes. Selon certaines, il aurait même peut-être fallu réitérer la mesure de celle-ci après la rupture artificielle des membranes. Cela, aurait permis de voir si la hauteur

utérine était légèrement élevée, en lien avec un hydramnios ou bien une macrosomie fœtale. Ce contrôle n'est pourtant pas unanime, puisque certaines sages-femmes, ne le prennent pas en compte et ne jugent pas qu'il ait un intérêt dans leurs prises en charge.

Ces différences de contrôles, peuvent être en lien avec l'apprentissage, mais aussi l'expérience. Les professions de santé sont basées sur la formation continue, mais également sur l'apprentissage par la pratique. Les professionnels ont souvent été marqués par des situations et en tirent des enseignements qu'ils appliquent ensuite à leurs prises en charge. La combinaison des savoirs théoriques, procéduraux et expérientiels est importante pour donner de la souplesse dans les choix. Leurs expériences, impactent leurs idées et orientent leurs décisions en termes d'actions à réaliser, mais également en termes de priorisation.

Des actions de contrôles font également partie des prises en charge. Nous retrouvons un contrôle échographique non mis en avant par l'intégralité des sages-femmes. Une moitié de sages-femmes se base sur la clinique avec un toucher vaginal prolongé alors que d'autres privilégient une échographie de présentation. Selon les recommandations de 2017 de l'HAS, l'utilisation systématique d'un échographe en salle de naissance pour déterminer l'orientation de la présentation n'est pas recommandée (grade B) (21). Pourtant, un article de la revue *Gynécologie obstétrique et fertilité* explique que l'utilisation de l'échographie pour déterminer la variété de présentation, peut trouver son indication en cas de doute clinique diagnostique (22). Notre étude étant sur la stagnation, nous pensons que l'échographie est indiquée en cas de doute sur la présentation fœtale. C'est ce qu'énonce également la revue en disant que « l'emploi systématisé est difficile dans une salle de naissance, en cas de certitude clinique » (22). L'échographie doit être « exploitée comme un outil complémentaire de l'examen clinique plutôt que comme un remplacement de leur sens clinique » (22). Néanmoins, les auteurs de la revue Cochrane soulignent qu'il est surprenant qu'une pratique telle que le TV soit aussi répandue et fréquemment utilisée partout dans le monde alors qu'aucune preuve scientifique n'ait démontré son efficacité (23). Aucune méthode n'a donc démontré 100% de son efficacité, il peut donc en découler une variabilité entre les sages-femmes.

L'inconstance dans les contrôles montre la place de l'expérience et du parcours professionnel dans les prises en charge. Néanmoins, toutes les sages-femmes font des contrôles, ce qui montre leur importance dans la prise en charge de la stagnation.

3.4 La place essentielle des actions complémentaires dans la prise en charge

Lors de l'analyse, les actions complémentaires, évoquées dans les parties 2.4.3 et 2.4.4 ont eu une place importante. Les actions faisant l'objet de recommandations ou d'intérêt scientifiquement prouvé, sont effectuées en priorité, mais les actions complémentaires sont invariablement présentes chez toutes les sages-femmes.

Les recommandations de 2017 de l'HAS disent que « la plupart des interventions non-médicamenteuses sont non-invasives et ne semblent pas dangereuses pour la mère et pour l'enfant. [...] Cependant, leur efficacité reste souvent à démontrer, et il existe peu de littérature scientifique de niveau de preuve élevée sur ces interventions » (21). Ces actions n'ont effectivement pas toujours de preuve d'efficacité, pourtant, elles sont effectuées avec assiduité et répétition. Les étudiants en maïeutique apprennent ces méthodes sur le terrain, elles font partie de la formation pratique. Ainsi, le savoir se transmet de génération en génération de sages-femmes créant des prises en charge basées sur le médical, mais pas seulement.

Lors de la phase active du travail, le NICE, recommande que les soignants réfléchissent à la façon dont leurs propres croyances et opinions influencent la prise en charge qu'ils proposent aux femmes, et qu'ils doivent être certains d'être en mesure de soutenir la femme dans ses choix personnels (23). Les sages-femmes interrogées lors de cette étude ont évoqué parfois l'acupuncture, ou bien l'homéopathie en précisant qu'il fallait l'accord de la patiente pour les réaliser. Elles sont pour autant persuadées qu'il faut « tout tenter », « jouer toutes ses cartes ». C'est pourquoi, selon elles, ajouter ces actions à une prise en charge médicale ne peut pas apporter de négatif. Lors de nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'étude ayant démontré l'efficacité de l'acupuncture lors du travail et donc de la stagnation. Le NICE (23), dans ces publications de 2007, recommande aux professionnels de « ne pas proposer d'acupuncture, d'acupression, ou d'hypnose mais de ne pas empêcher la femme d'utiliser ces techniques si elle le souhaite ». Les sages-femmes, participent pourtant à la prise en charge. Comment les patientes peuvent-elles analyser la situation obstétricale et choisir une méthode appropriée ? Cela semble plus logique que les professionnelles exposent les risques et bénéfices des méthodes, et qu'un choix soit fait en concertation. Notre étude, montre la démocratisation de ces actions chez les sages-femmes, ce qui incite à s'interroger sur leur efficacité mais également sur les connaissances des patientes sur ces dernières.

Comme exposé dans les analyses et résultats, les sages-femmes souhaitent impliquer la patiente et le couple dans la prise en charge de cette stagnation. Ces professionnelles, pensent que rendre la patiente active de son travail lui ferait vivre plus sereinement cette naissance et pourrait débloquer la situation. Une méta-analyse publiée en 2012 par Hodnett et al, sur le soutien continu des femmes

durant le travail et l'accouchement (24), a montré que les femmes ayant bénéficié d'un soutien continu étaient plus susceptibles d'accoucher par voie basse spontanée, moins susceptibles de recourir à une analgésie pendant le travail, ou d'être insatisfaites de leur accouchement. Leur travail était également moins long et elles étaient moins susceptibles d'avoir une césarienne ou un accouchement par voie basse instrumentale, une analgésie régionale, ou un nouveau-né avec un Apgar bas à cinq minutes. La conclusion de cette étude était que « le soutien continu des femmes pendant le travail et l'accouchement semble donc être une intervention non-médicamenteuse efficace tant au niveau de la prise en charge de la douleur qu'au niveau de différents paramètres de l'accouchement (durée du travail, voie basse spontanée, etc.) ». Cette étude, laisse penser qu'une présence plus soutenue de la sage-femme auprès du couple apporte autant, que de nombreuses thérapeutiques. L'idée du One to One (une patiente, une sage-femme) n'est pas une règle dans nos hôpitaux français pour diverses causes. Cela, entraîne donc un accompagnement partiel des futures mères. Les sages-femmes interrogées, ont évoqué l'impact de l'activité du service dans leurs prises en charge. Elles sont dans l'obligation, de prendre en charge toutes les patientes et doivent alors partager leurs temps. Malgré tout, le rôle de l'accompagnant de la patiente est d'être un soutien. Il est ainsi possible pour les professionnelles de compenser leurs absences, en impliquant l'accompagnant (massages, respiration...). Une présence soutenue, semble ainsi être un gain de chance pour les couples mais la réalité du service fait qu'elle est peu réalisable en pratique.

Au final, l'HAS et le NICE ne recommandent pas ces actions complémentaires, mais certaines études, montrent l'importance du soutien continu des femmes lors du travail. Le but des sages-femmes étant d'accompagner les couples et de les impliquer dans la stagnation, ces actions peuvent renforcer le soutien continu et donc être bénéfiques pour les patientes.

CONCLUSION

Bien qu'il existe des recommandations concernant la vitesse de dilatation du col de l'utérus, la stagnation de la dilatation est un sujet mettant en difficulté les moins expérimentés dont les étudiants. Pouvant être liée à de multiples causes, cette situation dystocique ne possède pas de résolution standardisée. Or, les sages-femmes sont amenées à prendre régulièrement en charge des patientes présentant une stagnation de la dilatation.

Notre étude, a permis de mettre en évidence les nombreux paramètres de la prise en charge de la stagnation de la dilatation. Les sages-femmes souhaitent une prise en charge globale de la patiente et plus largement du couple. Les idées principales étant un accouchement par voie basse, mais également l'attention au bien être materno-fœtal tout en respectant ses compétences de sage-femme.

Cette prise en charge, qui semblait au départ hétérogène, présente finalement des éléments constants. En analysant la réflexion des professionnelles, grâce à la méthode didactique professionnelle, nous avons observé qu'une conduite à tenir commune apparaissait. Certaines variations sont néanmoins présentes. Les sages-femmes, par leurs parcours professionnels, leurs expériences, leurs lieux d'exercice, privilégient des actions que d'autres ne réaliseraient pas. Malgré ces variations, leurs buts restent similaires, avec une priorisation homogène.

Cette prise en charge, qualifiée de globale, est constituée d'actions améliorant la confrontation céphalo-pelvienne, de contrôles, d'actions jouant sur le psychisme ainsi que d'actions complémentaires (acupuncture...). Cette combinaison d'actions vise à s'adapter au couple et à élaborer une prise en charge optimale. Chaque patiente possède sa singularité, c'est pourquoi, il est essentiel de dialoguer et d'harmoniser ses actes aux attentes de cette dernière. Les actions complémentaires permettent justement cette adaptation et cette volonté de bien être du couple

Il n'existe pas de protocole déroulant précisément les étapes à réaliser pour prendre en charge une stagnation. De ce fait, les protocoles sont là pour sécuriser et uniformiser mais ils ne peuvent pas contenir une multitude d'exceptions en lien avec la singularité de la situation. Il est important de notifier que cette étude a mis en exergue un schème commun, donc une prise en charge commune, ce qui n'était pas le ressenti de départ.

La prise en charge globale de la stagnation proposée par les sages-femmes possède ainsi une visée médicale mais aussi psychologique avec une volonté de bien-être du couple. Le vécu du travail et de l'accouchement joue un rôle essentiel dans le post-partum, qui est une période de vulnérabilité pour ces patientes. Il serait donc intéressant d'enquêter auprès des femmes afin d'avoir leurs ressentis sur cette stagnation.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Recommandation de bonne pratique : Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales (Texte des recommandations). 2017 p. (47) : 15-27.
2. Dupont C, Carayol M, Ray CL, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Wwwem-Premiumcomdatarevues24687189v45i1S2468718916300174 [Internet]. 15 févr 2017 [cité 26 févr 2023]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/article/1104195/resultatrecherche/7>
3. Le Réseau Aurore [Internet]. Aurore réseau périnatal. 2017 [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.aurore-perinat.org/presentation-reseau-aurore/>
4. Réseau périnatal Aurore. Oxytocine pendant le travail spontané. 2017.
5. Article R4127-361 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913175/2022-03-31
6. Vermersch P. Entretien d'explicitation. In: Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique [Internet]. Toulouse: Érès; 2019 [cité 15 févr 2023]. p. 340-2. (Questions de société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-p-340.htm>
7. MUNOZ G, LAURENDON CE, GOMES A, ALLAIN O, VIDAL K, NORONHA A. Initiation à la didactique professionnelle pour les formateurs. Pipa Comunicação. 2022. (351) : 52-3, 59.
8. Vergnaud G. La pensée est un geste. Comment analyser la forme opératoire de la connaissance | Cairn.info [Internet]. 2011 [cité 9 nov 2021]. 43 p. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2011-1-page-37.htm>
9. Nagels M. Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation. Rech Soins Infirm. 2017;129(2):(6-17) : 12.
10. Rabardel P. Les hommes et les technologies; approche cognitive des instruments contemporains. AColin. 1995;(239) : 86.
11. Vergnaud G. Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. Investigações em Ensino de Ciências. 2012. 290 p.
12. Les dossiers AUDIPOG et leur évolution [Internet]. AUDIPOG. [cité 15 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.audipog.net/Dossiers/Evolutions>
13. Oxytocine : substance active à effet thérapeutique [Internet]. VIDAL. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/oxytocine-4027.html>
14. Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant. éditions désiris. 2009. 175 p.
15. Mathieu R. Impact d'un sérum glucosé sur les organismes maternel et foetal administré au cours de l'accouchement : expérimentation sur 67 patientes primipares au Centre Hospitalier de Bourg en Bresse. 2017.

16. Loisy C, Coulet JC. Compétences et approche-programme : Outiller le développement d'activités responsables. ISTE Editions. Vol. 2. 2018. (275) : 119, 120-1.
17. Vergnaud G. Au fond de l'action, la conceptualisation. In: Savoirs théoriques et savoirs d'action [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2011 [cité 20 mars 2023]. p. (275-292): 283. (Education et formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/savoirs-theoriques-et-savoirs-d-action--9782130589990-p-275.htm>
18. CNGOF. Protocoles en Gynécologie Obstétrique. 4ème. ELSEVIER Masson; 2020. 327 p.
19. Lepleux F, Hue B, Dugué A e., Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement: Obstetric data in a population with postural changes during labor and delivery (English). Rev Sage-Femme. 1 oct 2014;13(5):231-41.
20. MICHEL M. Etude des schèmes de la conceptualisation d'un examen du post-partum au travers d'un exercice de modélisation [Mémoire de Master 2]. Université Lumière Lyon 2; 2020.
21. HAS. Recommandation de bonne pratique : Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales (argumentaire scientifique). 2017 déc p. (196) : 20; 49 ; 93.
22. Gaudineau A, Vayssière C. Place de l'échographie en salle de naissance: Ultrasonography on labour ward (English). Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 janv 2008;36(3):261-71.
23. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 7 sept 2021];(7). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.docelec.univ-lyon1.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full/fr?highlightAbstract=cervical%7Cdystocie%7Ccervicale&cookiesEnabled>
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 17 oct 2012;10:CD003766.

ANNEXES

Annexe I : Information préalable au traitement



Information préalable au traitement

À remettre à la personne concernée

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude sur la prise en charge de la stagnation cervicale en salle de naissance par les sages-femmes, nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

I. Objet du traitement de données personnelles

Les données à caractère personnel traitées par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de Responsable de traitement (promoteur de la recherche), serviront à renseigner l'ensemble des documents nécessaires à la validation de la recherche par les autorités compétentes. À ce titre, elles seront traitées par l'équipe de recherche et pourront être communiquées à différents organismes (CNIL, Comité de Protection des Personnes, Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine, CEREES).

Finalités du traitement :

- Comprendre la démarche réflexive des sages-femmes pour la prise en charge de la dystocie cervicale.
- Etablir la place de l'expérience professionnelle dans cette décision de prise en charge.
- Comparer les différentes prises en charge des sages-femmes face à une même situation clinique.

Base légale du traitement :

La base juridique de ce traitement est l'exécution de la mission d'intérêt de santé publique prévue par l'article 6, alinéa 1, e du RGPD.

II. Données personnelles traitées

Catégories de données personnelles traitées :

- Vie professionnelle : pratiques professionnelles, etc.

Source des données personnelles :

- Sages-femmes.

III. Durée de conservation des données personnelles

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci.

IV. Destinataires des données personnelles

Catégories de destinataires :

Vos données sont réservées aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au secret professionnel.

V. Mesures de sécurité appliquées au traitement

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et sous format papier afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche jusqu'à la publication de la recherche. Dans le cadre de la

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX



recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

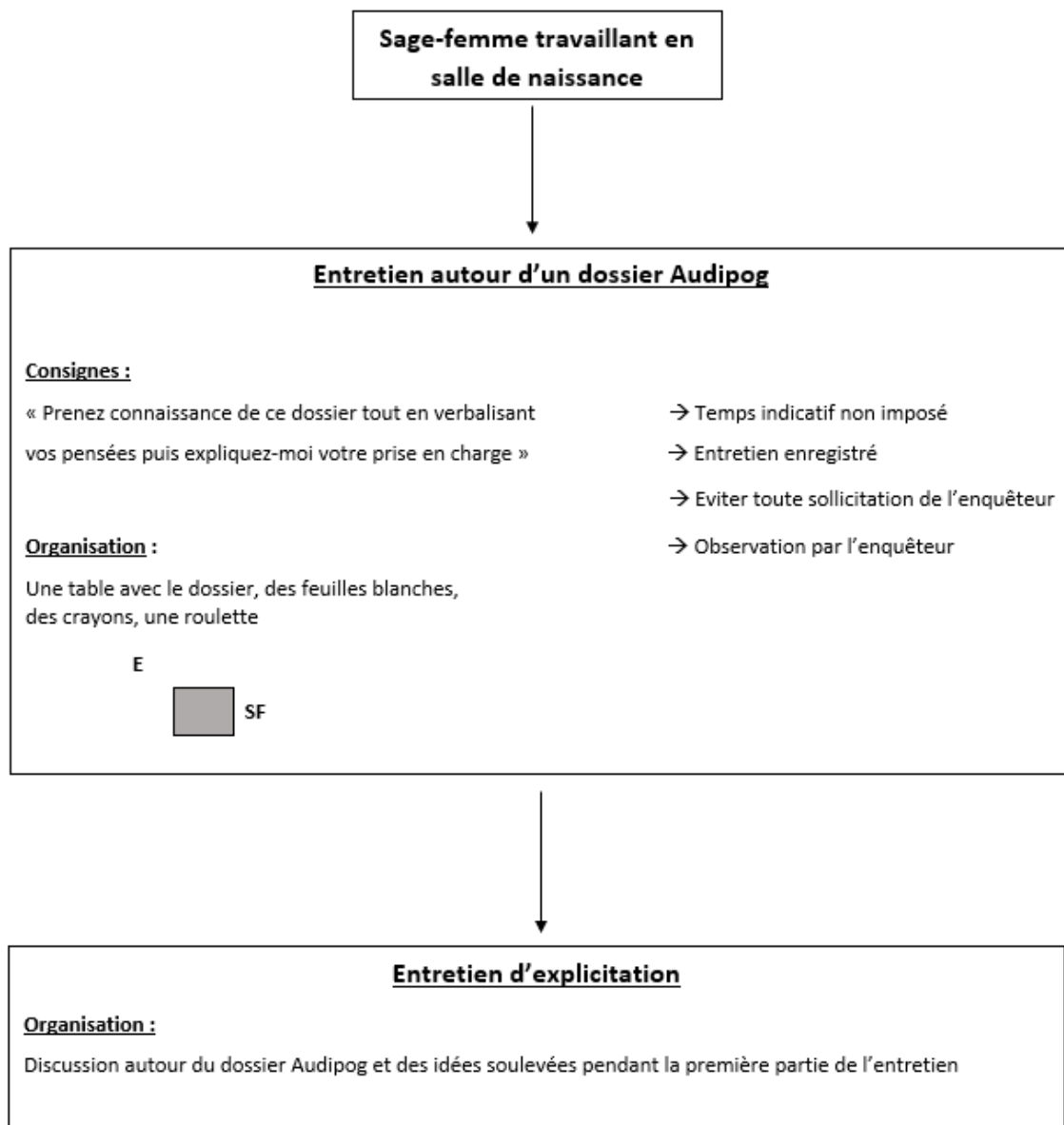
VI. Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ou une opposition et/ou effacement, pour des raisons justifiées par votre situation particulière, ou une limitation du traitement relatif à votre personne en écrivant au Délégué à la Protection des données (DPO) du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse-Haut-Bugey. Vous pouvez le contacter par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@ght01.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : *Délégué à la protection des données, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX*. Il pourra aussi répondre à toutes vos questions concernant la protection des données personnelles.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez vous rapprocher de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles et introduire une réclamation, directement sur leur site internet : <https://www.cnil.fr/>

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX

Annexe II : Protocole d'entretien



CONDUITE À TENIR POUR L'ACCOUCHEMENT

Présentation en fin de grossesse

céphalique
 siège
 transverse
 autre :

si présentation du siège ou transverse :
 Version par manœuvre externe :
 tonlie, nuissie
 tentée, active

Utérus

normal
 cicatriciel
 autre anormale :

si utérus cicatriciel, Nb de cicatrices (y compris autre que césarienne) :

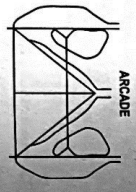
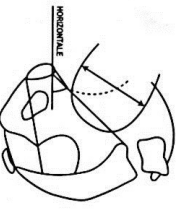
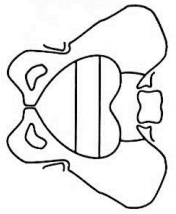
Date de la dernière hystérotomie :

Confrontation céphalo-pelvienne

Appréciation clinique :
 normale anormale :

Périmètre : normale anormale :

si anormale, TM : cm P/P : cm
 GS : cm
 indice de magnin : (GM+PP)



Conclusion

Conduite à tenir
 voie basse spontanée acceptée
 voie basse acceptée avec déclenchement
 césarienne programmée

Décision prise le :

par :

Motif :

Date prévue de l'intervention :

IP G physio
 AT caque ERA Toxo ⊖ PV ⊖
 souhait APD et Atrial
 suvie SFL + PVP
 Consvr anesth OK

Reflexion benefices risqués sur voie accouchement, faite :
 non oui

Échographie fin de grossesse

Date : 20/11/2012 SA : 29j
 BIP : mm LA :
 Estimation pondérale : 1350g ; Percentile 72
 si grossesse multiple, estim. du 2^e fœtus :
 PNV ⊖

ADMISSION

Date d'entrée : h min

Sage-femme responsable : non oui
 Carte identité partienne vérifiée : non oui
 Bracelet identification mis : non oui

Age gestationnel à l'admission : 36 SA 2j

Mode d'entrée :
 domicile mutation transfert
 domicile (après orientation vers l'établissement)
 autre :

Motif d'admission

Travail spontané membranes rompues
 Rupture des membranes sans travail
 Déclenchement programmé
 Césarienne programmée
 Urgence obstétricale
 Admission après accouchement
 si membranes rompues à l'admission, délai entre rupture et début du travail : h min

Patiente douveuse, en pleurs
 Comçait à ses côtés
 Douveus depuis 2h du mat'm,
 pens'stoniaè malgagné bain +
 spaçom
 PDE perçue W/P postèe maucn

Examen d'entrée

Poids : 121kg Prise de poids : 11kg
 TA 13/75 T 36,7°
 Œdèmes :

Hauteur utérine : 36 Bruits du cœur : +
 Mvs actifs perçus : +
 Contractions : 3/10
 Présentation : haute PC Dos à D
 Col : 3cm contrâc court tonique
 Liquide amniotique :

CO expire : (ppm)

Score de Bishop

Coefficient	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1 à 2	3 à 4	5
Longueur (° de déflexion)	long (0-30)	1/2 long (40-50)	court (60-70)	effacé (0)
Consistance	ferme	intermédiaire	molle	
Position	postérieure	centrale	antérieure	
Présentation	mobile	amorcée	fixée	engagée

Examens complémentaires

Prélèx d'urines : Protéinurie :

Prélèx vaginal :

RCF : 145 bpm OLR 2 cap

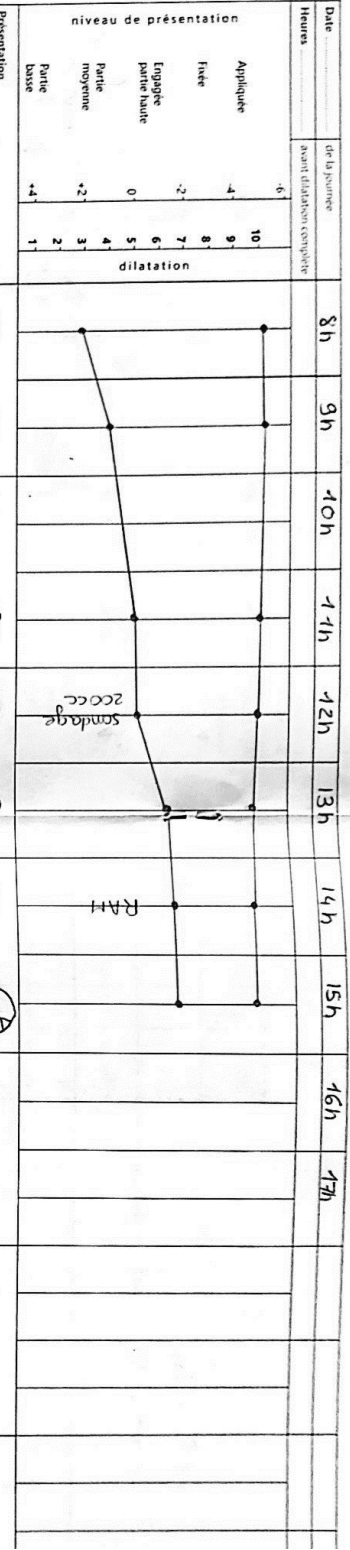
Amnioscopie :

Autres :

Pavage SDN2 → 7h20
 Patiente souhâte APD +

DIAGRAMME D'ACCOCHEMENT

Médecin responsable de la salle d'accouchement : A h
 Nom interne : A h
 Sage-femme responsable : A h
 Appel d'un médecin : A h

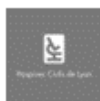


Présentation	8h	9h	10h	11h	12h	13h	14h	15h
Orientation	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC	PC
Col	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court
Proche des eaux	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court	Contre court
Liquide amniotique	PDI	PDI	PDI	PDI	PDI	PDI	PDI	PDI
Tocographie	ext 2/10'	ext 3/10'	ext 3/10'	ext 3/10'	ext 4/10'	ext 4/10'	ext 3/10'	ext 3/10'
Contractions utérines (n/10mn)	145 bpm LOR	145 bpm LOR	145 bpm LOR	150 bpm LOR	145 bpm LOR	150 bpm LOR	145 bpm LOR	145 bpm LOR
Rds	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif
Variable	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif
Accelerations	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif
Ralentissements	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif	naif
ECG foetal								
pH / lactates								
Pouls	83 bpm 44°C/36,4°	85 bpm 44/36,4°	88 bpm 44/36,4°	91 bpm 44/36,4°	90 bpm 44/36,4°	89 bpm 44/36,4°	92 bpm 44/36,5°	93 bpm 44/36,5°
Comportement	calme	calme	doit	calme	calme	calme	calme	stressé
Thérapeutiques :								
Type :	Ringer lactate							
Indication :	Position							
Analysée	7h40	7h40	7h40	7h40	7h40	7h40	7h40	7h40
Evaluation de la douleur	2	0	0	0	0	0	0	0

AUDIPOG 031 031 AUDIPOG

- 6h30: Admission Mme P dans le service
 Patiente dououreuse, en pleurs. CU depuis 2h du matin
 A pris bain, sparfam → Q changement
 Pose ES puis TV → 3cm centré count tomique PC haute Dos à D
 PDE pençue
 VVP posée main D Rai + toxo prélevés
 RCF normal CU 3/10'
- 7h20: Passage SDV2, souhait APD ++ dit "me plus gêné douleur"
 Pose Ringen Lactate, scope, ES
- 7h40: APD
- 8h00: Relève de jour TV 3cm centré count tomique PC haute
 Patiente soulagée par APD → "veut se reposer"
- 9h00: TV → 4cm centré count tomique PCA
- 10h00: patiente et conjoint dorment → Équipe repasse
- 11h00: Patiente nous dit être très angoissée par cette accouchement, a peur de la douleur, de la déchirure.
 Nous dit: « j'ai peur de ne pas réussir à être mère »
 Nous discutons pendant 20 min
 TV → 5cm centré épais tomique PCA
 Mise en DLD → jambes boundes, les sent à peine
- 12h00: Patiente soulagée par APD, stressée, pose beaucoup de questions
 TV: 5cm centré épais tomique
- 13h00: TV: 6cm centré épais mou PCA
- 14h00: Proposition RAM, patiente pose questions
 Au début réfractaire puis accepte
 RAM, LAC, quantité normale
 TV: 6cm centré effacé souple
- 15h00: patiente soulagée par APD
 TV → 6cm centré effacé souple (idem 14h)
 Patiente angoissée car COP bouge peu "Le temps est long"

Annexe IV : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE
Résultat de l'enquête exploratoire
Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse

#3

Auteur : Jeanne BONNET	Date de ce synopsis : 04/03/2022
Directeur de recherche : Maud SALZMANN, gynécologue obstétricienne <input checked="" type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire : La prise en charge de la stagnation cervicale en salle de naissance, par les sages-femmes.	
Constat / Justification / Contexte : Lors de stages en salle de naissance, je me suis rendu compte que proposer des conduites à tenir pour des stagnations cervicales me mettait en difficulté. J'ai en effet pu observer une multitude de manières de prendre en charge les dystocias cervicales sans pour autant comprendre la réflexion finale : pourquoi cette prise en charge plutôt qu'une autre ?	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique La <u>dystocie dynamique</u> est l'ensemble des phénomènes qui perturbent le fonctionnement du muscle utérin lors des contractions utérines de travail. Elle concerne donc toutes les anomalies dynamiques du travail à savoir les anomalies de la <u>dilatation</u> du <u>col</u> et les anomalies de la contraction utérine. La <u>dystocie cervicale</u> , aussi appelée la <u>stagnation</u> cervicale, désigne les <u>anomalies</u> situées au niveau du <u>col</u> utérin, lesquelles sont responsables d'un défaut de la dilatation cervicale.	
Objectif(s) de recherche : Comprendre la démarche réflexive des sages-femmes pour la prise en charge de la dystocie cervicale.	
Objectifs secondaires : Etablir la place de l'expérience professionnelle dans cette décision de prise en charge. Comparer les différentes prises en charge des sages-femmes face à une même situation clinique.	
Méthodologie / Schéma de la recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens individuels à partir d'un échantillon de sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissance. Utilisation de la <u>méthode didactique professionnelle</u> sur la méthode d'analyse des schèmes d'actions avec 4 composantes : <ul style="list-style-type: none">- Un but (ou plusieurs), des sous buts et des anticipations- Des règles d'action, de prises d'informations et de contrôle- Des invariants opératoires (concepts en acte et théorèmes en acte)- Des possibilités d'inférences	
Trame d'entretien : Le but serait de présenter un cas clinique (sous la forme de dossier Audipog), de stagnation de la dilatation, aux sages-femmes puis d'observer comment celles-ci mettent en place leurs conduites à tenir (en les amenant à verbaliser leurs réflexions). Tout d'abord, je laisserais la sage-femme prendre connaissance du cas en menant sa réflexion à voix haute sans intervenir. Dans un second temps, se déroulerait un entretien dans lequel j'essayerais de lui faire expliciter ses choix : à ce moment vous avez dit cela « ... », pourquoi avez-vous repéré cette information ? Qu'est-ce qui vous a orienté sur cette piste sans hésitation ? Est-ce que d'autres éléments auraient modifié votre prise en charge ? Cas clinique : Une primipare avec une présentation haute qui stagne à 6 cm de dilatation.	
Population cible et modalités de recrutement : Ces entretiens porteraient sur des sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissance, dans différents hôpitaux.	

Critères d'inclusion :	
<ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme hospitalière exerçant en salle de naissance - Hommes ou femmes 	
Critère de non-inclusion : Sage-femme n'exerçant plus en salle de naissance depuis plus d'un an	
Critère de sorties d'étude : Sage-femme ne souhaitant pas participer	
Nombre de sujets nécessaires : Plus ou moins une dizaine de sages-femmes	
Durée de l'étude et calendrier prévisionnel : 6 mois pour les entretiens et leur analyse, de l'été 2022 à l'automne 2022	
Lieu de la recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique : CHB, HFME, Maternité d'Oyonnax Justifiez ce choix : Avoir différentes échelles d'activité, plusieurs façons de procéder, plusieurs expériences professionnelles...	
Retombées attendues : Comprendre la PEC de la stagnation et montrer les différences de prise en charge en fonction du lieu, de l'expérience professionnelle...	
Aspects éthiques et réglementaires :	Promoteur :
<input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH) <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004) <input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données <input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité	<input checked="" type="checkbox"/> CHB
	Autres accords :
	<input checked="" type="checkbox"/> Cadre <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service
Références bibliographiques :	
<ul style="list-style-type: none"> - Vergnaud, Gérard. « La pensée est un geste. Comment analyser la forme opératoire de la connaissance Cairn.info », 2011. https://www.cairn.info/revue-enfance2-2011-1-page-37.htm. - Murillo, Audrey, Raquel Becerril, et Bernard Fraysse. « Les prises d'information dans les activités professionnelles : des éléments à prendre en compte en formation : » <i>Travail et Apprentissages</i> N° 8, n° 2 (2 décembre 2011): 30-47. https://doi.org/10.3917/ta.008.0030. - Bohler, Julie. « Mémoire : La dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation », 2011. - Protocole Réseau Aurore : « Oxytocine pendant le travail spontané », 2017 	
Mots clés : dystocie cervicale / stagnation cervicale / étude qualitative / méthodologie didactique professionnelle / sage-femme	

Auteur : BONNET Jeanne	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : La prise en charge de la stagnation cervicale en salle de naissance, par les sages-femmes.	
Résumé :	
<p>Introduction – L'HAS définit la stagnation de la dilatation par une vitesse de dilatation inférieure à 1cm/4 de 5 à 7cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm. La prise en charge de cette dystocie n'est pas aisée et peut mettre en difficulté les moins expérimentés, dont les étudiants.</p> <p>Objectifs- Le principal objectif est d'analyser la démarche réflexive des sages-femmes pour la prise en charge de la dystocie cervicale.</p> <p>Méthodes- Etude qualitative réalisée par le biais de 13 entretiens menés auprès de sages-femmes travaillant en salle de naissance dans des hôpitaux différents. La didactique professionnelle est la méthode de référence pour entrer dans le fonctionnement cognitif qui guide l'action basée sur les schèmes d'actions. L'analyse s'appuie sur l'étude des composantes du schème : buts, sous-buts anticipations ; règles d'actions, prise d'information, contrôles ; invariants opératoires ; inférences.</p> <p>Résultats- Nous avons démontré qu'il existe un schème commun dans cette prise en charge de stagnation car il y a un certain nombre de caractères généralisables. Cela n'exclut pas de la souplesse et des variations : ce schème s'adapte bien aux situations. Ayant les mêmes buts, les sages-femmes apportent une attention particulière au bien-être du couple dans cette situation dystocique.</p> <p>Conclusion- La prise en charge globale de la stagnation de la dilatation semble essentielle avec une combinaison d'actions médicales, posturales, de médecine douce et psychologiques.</p>	
Mots-clés : Stagnation – Dystocie cervicale – Didactique professionnelle – Schème - Sage-femme	

Title: Management of cervical stagnation in the delivery room by midwives.
Abstract:
<p>Introduction- The HAS defines the cervical stagnation has a dilatation speed of less than 1cm/4 from 5 to 7cm or less than 1cm/2h above 7cm. The management of this dystocia is not easy and can be difficult for less experienced midwives, including students.</p> <p>Objective- The main goal is to analyse the reflective approach of midwives regarding the management of cervical dystocia.</p> <p>Method- Qualitative study conducted through 13 interviews of midwives working in delivery rooms in different hospitals. Professional didactics is the reference method when entering the cognitive functioning that drives action based on scheme. The analysis is based on the scheme components: goals, sub-goals, anticipations; actions rules, information gathering, controls; operating invariants, inferences.</p> <p>Results- We have shown that there is a common scheme for the management of that cervical stagnation, because there are a certain number of generalizable aspects. It does not exclude flexibility and variation: that framework adapts well to situations. Having the same goals, midwives pay a particular attention to the well-being of couples in this dystocic situation.</p> <p>Conclusion- The global management of stagnation of dilatation seems essential, with a combination of medical, postural, alternative medicine and psychological actions.</p>
Key Words: Stagnation – Cervical dystocia - Professional educational methodology – Scheme - Midwife