



<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

EXPLORATION DU RAISONNEMENT CLINIQUE DES SAGES-FEMMES NEO-DIPLOMEES FACE A UNE SITUATION CLINIQUE RARE ET BENIGNE.

Étude qualitative réalisée auprès des jeunes diplômées des écoles de Bourg-en-Bresse, Dijon et Lyon.

Mémoire présenté et soutenu par :

Maïde DEGERLI

Née le 09 mai 2000

Année universitaire 2023 – 2024

Lucile VADCARD,

Professeure en sciences de l'éducation et de la formation, Université Grenoble Alpes

Directrice de mémoire

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

Guidante de mémoire

DÉDICACE

À mes parents et mes frères pour leur précieuse présence et immense soutien.

À mon grand-père pour ses encouragements infinis et sa confiance en moi à chaque étape de ma vie.

AVANT-PROPOS

C'est là que la patiente se retourne, dos à nous, pour sortir un gobelet de son sac et cracher dedans. Je découvre ainsi au cours d'un stage en consultation en début de 4^{ème} année un autre et rare symptôme parmi les nombreux « petits maux de la grossesse » : l'hypersialorrhée gravidique. J'observe le mal-être de cette dame en réalisant son geste avec discréction et répugnance. J'avais particulièrement été touchée par le niveau de gêne qu'éprouvait cette patiente pendant cette consultation, devant être un moment unique et de plaisir pour cette future maman allant entendre les battements de cœur de son bébé. Le soignant, quant à lui, était dans une posture d'indifférence et d'insouciance face à ce malaise, reléguant ce symptôme à un simple désagrément sans importance dont la seule phrase qu'il avait en réponse était « allez voir votre médecin traitant qui saura mieux vous renseigner que moi sur l'homéopathie ».

Cette situation m'a ainsi conduit à me questionner sur le rôle du soignant dans la prise en charge globale des patientes, au-delà de la gravité médicale d'un symptôme. Le caractère bénin de l'hypersialorrhée gravidique ne devrait pas minimiser l'importance de la souffrance ressentie par la femme enceinte et son besoin de trouver un soulagement.

Interpellée par ce fait et cette inconnue, je m'intéresse à ce symptôme, découvre que la prévalence est faible et que la physiopathologie reste encore peu comprise(1). Mes recherches et mes échanges avec des mamans ayant également souffert d'hypersalivation pendant leur grossesse m'emmènent à deux constats : l'impact majeur de ce symptôme dans la vie de tous les jours et l'indifférence des soignants face à ce mal de la grossesse, bénin, rare et sans prise en charge médicamenteuse spécifique. C'est à la lumière de cette expérience marquante que je me suis questionnée sur la posture et l'aide que l'on peut apporter, en tant que future soignante, en cas de situation clinique rare, sans gravité mais invalidante dans le quotient des femmes enceintes. L'ensemble de ces constatations, le dilemme entre ce symptôme rare, bénin mais impactant la qualité de vie des parturientes et surtout l'absence d'étude sur les conditions de ces femmes enceintes va motiver mon projet de travailler sur le raisonnement clinique des soignants face à ce genre de situation.

Mon souhait est de partir de l'hypersialorrhée gravidique, utilisée en tant que prétexte, pour m'intéresser au cheminement réflexif des professionnels de santé à l'aide d'une méthode particulière qu'est la didactique professionnelle.

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers ma directrice de mémoire, **Lucile Vadcard** pour son engagement, son écoute attentive et ses conseils avisés qui ont enrichi ce travail de recherche. Sa supervision éclairée tout au long de la rédaction et son soutien constant ont été d'une forte aide dans l'aboutissement de mon mémoire.

Je tiens également à adresser mes plus sincères remerciements à **Myriam Michel**, ma guidante de mémoire, pour son accompagnement précieux, ses conseils éclairés et son soutien inestimable tout au long de l'élaboration de cette étude. Sa disponibilité, sa rigueur et sa bienveillance ont grandement contribué à l'avancement de ce travail.

Un sincère merci à toute **l'équipe pédagogique de l'école de maïeutique de Bourg-en-Bresse** pour son accompagnement bienveillant et son dévouement envers ses étudiants.

Mes remerciements vont également à **toutes les sages-femmes et étudiantes sages-femmes** qui ont aimablement accepté de participer à mon étude. Leur collaboration précieuse a été essentielle pour la réalisation de ce travail. Leur générosité et leur engagement envers la profession ont été une source d'inspiration pour moi.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à **ma famille et à mes proches** pour leur soutien inconditionnel et leur encouragement constant tout au long de ce parcours académique. Je remercie ma meilleure amie, **Fatma**, qui a toujours été là pour moi.

Enfin, un grand merci à toutes **mes camarades de classe**, à **Shaïma et Laurine**, pour avoir embellis ces 4 années d'études.

Table des matières

ABREVIATIONS	1
1 INTRODUCTION.....	3
2 MATERIEL ET METHODE	5
2.1 MATERIEL.....	5
2.1.1 TYPE, LIEU ET DUREE DE L'ETUDE.....	5
2.1.2 PRESENTATION DU TYPE D'ETUDE	5
2.1.3 POPULATION.....	7
2.2 CADRE METHODOLOGIQUE.....	7
2.2.1 ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	7
2.2.2 PROCESSUS DE RECRUTEMENT	7
2.2.3 CONSTRUCTION DU SCENARIO	8
2.2.4 MISE EN PLACE DU JEU DE ROLE ET CONDUITE DES ENTRETIENS D'EXPLICITATION	9
2.2.5 METHODE DE DIDACTIQUE PROFESSIONNELLE	10
2.3 METHODE D'ANALYSE DES DONNEES	14
2.3.1 ANALYSE DES SIMULATIONS ET DES ENTRETIENS D'EXPLICITATIONS.....	14
2.3.2 PRESENTATION DES DONNEES RECUEILLIS ET RESULTATS.....	16
3 RESULTATS ET ANALYSE	17
3.1 INVARIANTS OPERATOIRES.....	17
3.2 REGLES D'ACTION.....	20
3.3 BUTS ET SOUS-BUTS.....	23
3.4 LIEN ENTRE LES COMPOSANTES DU SCHEME	24
4 DISCUSSION	27
4.1 LES LIMITES, BAIS ET FORCES DE NOTRE ETUDE.....	27
4.2 SCHEMA GENERAL DU RAISONNEMENT CLINIQUE	28
4.3 LES VARIATIONS DANS LES BOUCLES DE REGULATIONS.....	31
4.3.1 LA REGULATION PROACTIVE.....	32
4.3.2 LA REGULATION RETROACTIVE.....	33

4.3.3	LA REGULATION DIFFEREE	34
4.4	LES ITINERAIRES RACCOURCIS QUI ENRICHISSENT LA REFLEXION ?	35
4.4.1	L'ORIENTATION DE LA REFLEXION	35
4.4.2	IMPORTANCE DE LA FLEXIBILITE DANS LE CHEMIN DE LA REFLEXION	36
4.4.3	LES RISQUES ET BENEFICES DE CES ITINERAIRES RACCOURCIS	37
4.5	LES ETAPES MINOREES ET L'IMPACT SUR LE RAISONNEMENT CLINIQUE	37
4.5.1	IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE	38
4.5.2	NOTION DE TEMPORALITE.....	38
4.6	UN SCHEME COMMUN DANS LES SITUATIONS ATYPIQUES ?	40
4.7	INTERET DE NOTRE ETUDE	42
5	CONCLUSION.....	45
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		47
<u>ANNEXES</u>		51
ANNEXE I :	NOTE D'INFORMATION	51
ANNEXE II :	PROTOCOLE D'ENQUETE	52
ANNEXE III :	SCHEMATISATION PROTOCOLE DE TRAVAIL	54
ANNEXE IV :	FICHE CONSIGNE SF A.....	56
ANNEXE V :	FICHE CONSIGNE SF B	58
ANNEXE VI :	EXEMPLE DE SCENARIO TYPE.....	60
ANNEXE VII :	TABLEAU D'ANALYSE DES SEANCES DE SIMULATION ET DES ENTRETIENS	63
ANNEXE VIII :	SCHEMA GENERAL DU RAISONNEMENT CLINIQUE.....	99
ANNEXE IX :	MODELISATION DU RAISONNEMENT CLINIQUE PROPRE A CHAQUE SAGE-FEMME	100
ANNEXE X :	SYNOPSIS	110

ABREVIATIONS

AG	Anesthésie générale
AT	Arrêt de travail
CAT	Conduite à tenir
CU	Contractions utérines
CHD	Conseils hygiéno-diététiques
ESF	Étudiants sages-femmes
FdR	Facteurs de risque
G1	Primigeste
HG	Hypersialorrhée gravidique
HU	Hauteur utérine
ILA	Indice de liquide amniotique
IMC	Indice de masse corporel
LA	Liquide amniotique
MAF	Mouvements actifs fœtaux
MTR	Métrorrhagies
P1	Primipare
RAS	Rien à signaler
RC	Raisonnement clinique
RGO	Reflux gastro-œsophagien

RNIPH	Recherche n'impliquant pas la personne humaine
RSS	Relation soignant-soignée
SA	Semaines d'aménorrhée
SAE	Signes d'appel échographique
SF	Sage-femme
SFD	Signes fonctionnels digestifs
SFHTA	Signes fonctionnels d'hypertension artérielle
SFU	Signes fonctionnels urinaires
TA	Tension artérielle

1 Introduction

La grossesse est souvent accompagnée dès ses premières semaines, de symptômes désagréables mais généralement inoffensifs communément appelés les « petits maux » de la grossesse. Cependant, cette appellation tend à minimiser l'impact de ces symptômes, reléguant au second plan des préoccupations médicales, du fait de leur présumée bénignité.

Les nausées et vomissements sont les plus familiers et fréquents mais il en existe bien d'autres qui sont plus ou moins connus, plus ou moins embarrassants et désagréables dans la vie de tous les jours. Parmi ces symptômes, l'hypersalivation, également connue sous le nom d'hypersialorrhée gravidique ou de ptyalisme dans le milieu médical(2), se distingue. Elle débute dès les premières semaines de conception et s'estompe dans la plupart des cas avec le passage au second trimestre de la grossesse. Les femmes atteintes d'hypersialorrhée gravidique décrivent une production excessive de salive pouvant parvenir jusqu'à deux litres par jour. Cela s'accompagne d'une difficulté à avaler cet excès de salive entraînant souvent des nausées et vomissements, des difficultés phonatoires, des réveils nocturnes et une fatigue aussi bien physique que psychologique(3). Ce symptôme peu fréquent de la grossesse peut parfois être sous-estimé par les professionnels de la santé en raison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, son caractère bénin et généralement idiopathique peut conduire à une perception de moindre importance clinique. De plus, la prévalence exacte de ce symptôme est difficile à estimer en raison de sa rareté et du manque de données épidémiologiques spécifiques à ce sujet(3).

Face à de tels symptômes de la grossesse, pour lesquels les solutions thérapeutiques sont limitées voire inexistantes(1), les sages-femmes néo-diplômées sont confrontées à des défis particuliers. Elles doivent mettre à l'épreuve leur capacité d'analyse, d'évaluation et de prise de décision dans ces situations cliniques rares et délicates, nécessitant une réflexion adaptée. L'importance de la relation soignant-soignée est amplifiée dans ces contextes (4), où les options de traitement sont restreintes, car elle permet une meilleure compréhension des facteurs contextuels et psychologiques. Au-delà des compétences techniques, cette relation joue un rôle primordial dans la prise en charge globale des femmes enceintes. Parfois, le simple fait d'être écoutée et prise en considération(5) peut avoir un impact positif sur le bien-être des femmes enceintes(6), même si leurs symptômes ne sont pas entièrement soulagés.

Dans le cadre de cette étude, nous allons explorer le cheminement clinique des sages-femmes, en particulier leur capacité à gérer des situations cliniques rares et bénignes. Nous choisissons d'utiliser l'hypersialorrhée gravidique comme sujet prétexte pour cette exploration. Cette situation, bien que peu courante et souvent considérée comme bénigne, pose des défis particuliers aux professionnels de la santé. Cette étude vise à comprendre comment les sages-femmes néo-diplômées naviguent à travers

ces défis et adaptent leurs approches pour répondre aux besoins des patientes. Le raisonnement clinique des professionnels de la santé est d'une importance capitale pour garantir des soins de qualité et promouvoir le bien-être des patientes. Cette capacité à analyser, évaluer, et prendre des décisions dans les situations cliniques variées d'une patiente à une autre est acquise et développée tout au long de la formation professionnelle. Cependant, les problématiques peu courantes, parfois bénignes et dépourvues de thérapeutique standard, peuvent poser des difficultés dans la proposition de solution.

Dans cette optique, cette étude se focalise sur un groupe spécifique, à savoir les sages-femmes nouvellement diplômées. En raison de leur statut de novice sur le terrain clinique et professionnel, elles sont plus probablement confrontées à des situations cliniques rares, c'est-à-dire peu fréquentes dans la pratique médicale, ou atypiques. De plus, elles peuvent également être amenées à faire face à des circonstances qui n'ont pas encore été explorées, ce qui signifie qu'il existe peu ou pas de recherche préalable ni de données médicales disponibles sur ces cas. Ces défis incitent les néo-diplômées à élaborer un processus de réflexion spécifique et adaptée à ces conditions particulières. Leur expérience limitée pourrait offrir un aperçu unique de la manière dont elles abordent et traitent ces cas inhabituels.

L'analyse de leur raisonnement clinique dans ce contexte offre une occasion précieuse d'explorer comment ces jeunes professionnels s'adaptent, évoluent et appliquent leurs connaissances théoriques dans un environnement de travail réaliste.

De ce fait, nous nous sommes demandé : Comment les sages-femmes néo-diplômées procèdent-elles pour aboutir à une prise en charge face à une situation clinique peu connue, sans gravité maternelle et fœtale mais tout de même délicate ?

L'objectif principal de mon étude est d'explorer le raisonnement clinique des sages-femmes autour de cette problématique spécifique, qui bien que peu commune reste également bénigne. Notre objectif secondaire serait de fournir des plans d'action efficace dans la gestion de ce symptôme invalidant.

2 Matériel et méthode

Notre travail de recherche vise à étudier le raisonnement clinique des sages-femmes confrontées à des situations cliniques sans gravités mais impactant la qualité de vie des patientes.

2.1 Matériel

2.1.1 Type, lieu et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès des sages-femmes néo-diplômées, c'est-à-dire diplômées de l'été 2023, de trois écoles différentes : site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse, école de sages-femmes de Dijon et Besançon. Le choix de cette hétérogénéité découle de l'objectif d'obtenir une diversité suffisante de données à analyser. Nous avons opté pour la participation de sages-femmes issues de différentes écoles, chacune apportant ses connaissances et expériences uniques acquises tout au long de sa formation. Cette diversité vise à enrichir l'analyse en capturant les nuances propres à chaque lieu de formation, favorisant ainsi une compréhension approfondie des variations et des similitudes dans la gestion de situations cliniques spécifiques. Cette double perspective vise à élargir davantage la portée de l'étude en tenant compte des diversités professionnelles et des contextes de pratique. Cela contribue ainsi à une analyse plus complète des enjeux liés à la gestion de l'hypersialorrhée gravidique dans des environnements professionnels variés.

Ce travail de recherche repose sur l'observation et l'analyse d'une situation de simulation. Il s'agit d'une mise en scène d'une consultation de suivi de grossesse de 5^{ème} mois. Cette méthode a été choisie pour immerger les participantes dans un contexte clinique authentique. Nous avons délibérément fait le choix de présenter une patiente ayant une grossesse totalement physiologique afin que la participante se focalise sur la problématique explicitée par la patiente : une hypersialorrhée gravidique oppressante.

Mon étude s'est déroulée de fin juin à septembre 2023 dans les trois lieux différents mentionnés ci-dessus.

Il est important de souligner que notre échantillon est exclusivement féminin. De ce fait, tout au long de notre étude le féminin sera utilisé.

2.1.2 Présentation du type d'étude

Notre étude se fonde sur une étude qualitative réalisée en plusieurs étapes.

La première est basée sur l'observation et l'analyse de la simulation de la consultation de grossesse, filmée et retranscrite dans la totalité. Cette première séance nous a permis de repérer des éléments intéressants et pertinents à aborder dans la seconde partie de notre travail.

Dans cette première partie d'observation du jeu de rôle, aucune limite de temps n'est imposée. Il est dit aux participantes de prendre le temps de la consultation. Aucune intervention n'est réalisée par l'expérimentatrice qui n'est présente uniquement pour prendre des notes et analyser la séance.

L'objectif est double :

- D'une part, repérer les moments clés nécessitant des éclaircissements lors de l'entretien.
- D'autre part, construire un guide en fonction de la simulation afin de mener la seconde étape, à l'aide de ces points repérés.

Il convient de souligner que ce guide est construit à partir des notes d'observation de la simulation. Ces notes joueront un rôle essentiel dans la partie entretien, permettant d'organiser les questions et la conduite, en se basant sur les éléments repérés pendant la mise en scène.

La deuxième s'appuie sur la réalisation d'un entretien d'explicitation, conduit auprès de la personne jouant le rôle de la sage-femme, nommée SF A. L'entretien d'explicitation se distingue par sa flexibilité et son adaptabilité. Il est possible d'adapter les questions en fonction des réponses propres de chacune et de leurs besoins spécifiques, contribuant à une exploration approfondie des thèmes émergents et une compréhension contextuelle plus riche du sujet. Il permet également d'établir une relation de confiance construite par la bienveillance et favorisant une communication ouverte et honnête.

Le choix de cette méthode d'entretien repose sur la volonté d'analyser et de comprendre comment les individus construisent et développent des compétences, « dans et par l'expérience, et en premier lieu l'expérience du travail »(7). L'étude de l'activité en situation est un moyen essentiel pour explorer la pensée et son évolution au cours du développement, ainsi que les différences entre individus.

Nous avons opté pour l'entretien d'explicitation afin d'explorer de manière approfondie les expériences subjectives et les processus mentaux des participantes. Cette approche nous permet de recueillir des informations pertinentes sur leurs pensées, leurs émotions, leurs motivations et leurs perceptions. Ceci permet de fournir une compréhension riche et nuancée du sujet de l'étude. Cet entretien a également comme finalité d'accéder aux connaissances de la personne interrogée. En effet, cette méthode permet de révéler les connaissances qui ne sont pas facilement verbalisables ou conscientes. Les participantes sont encouragées à réfléchir de manière rétrospective sur leur action aboutie et à expliciter leurs connaissances, offrant ainsi un accès précieux à des informations souvent inaccessibles par d'autres moyens. L'exercice permet d'obtenir une perspective plus complète et de

recueillir des clarifications sur des aspects spécifiques de la pensée et de l'action réalisée, contribuant ainsi à définir des modèles opérationnels, ultérieurement explorés sous le terme de « schèmes d'action ».

Tous les points énoncés ci-dessus sont des objectifs indispensables à avoir dans cette étude qualitative. Il s'agit d'une méthode appropriée répondant donc aux besoins de ce travail de recherche et à sa problématique.

2.1.3 Population

Notre population cible est les sages-femmes diplômées de l'été 2023 de l'école de Bourg-en-Bresse, de Besançon et de l'école de Dijon. Seront exclues les diplômées des années antérieures à 2023.

2.2 Cadre méthodologique

2.2.1 Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude se situe hors loi Jardé. Il s'agit d'une étude n'impliquant pas la personne humaine car aucune donnée médicale personnelle n'est utilisée. L'accord de confidentialité et la fiche de déclaration de traitement de données de recherche RNIPH ont été complétés et envoyés en mars 2023.

Le synopsis de notre étude a été validé en février 2023 par l'équipe pédagogique. Les jeux de rôle et les entretiens ont été réalisés dans le respect de l'anonymat, la sécurité et la confidentialité. Nous avons communiqué un mail expliquant le déroulement de notre étude auprès des directrices des écoles et des sages-femmes participant à cette étude. Ce mail contenait les informations nécessaires au déroulement des séances. Afin de ne pas biaiser les résultats et les objectifs d'analyse de notre travail de recherche, la note d'information préalable au traitement a été fournie à la fin de la réalisation de la séance de jeu de rôle.

2.2.2 Processus de recrutement

Nous avons tout d'abord été en contact par mail et/ou appel téléphonique avec les directrices de chaque école afin d'avoir leur accord pour la réalisation de notre étude dans les salles de cours des écoles respectives. Les sages-femmes ont par la suite été sollicitées par diffusion d'un message de recrutement via les réseaux sociaux (les groupes Messenger de chaque promotion) ou par mail. Un lien Cally, un outil de planification en ligne, leur a été communiqué afin de définir les dates et les horaires de rencontre. Le nombre d'entretien souhaité était de 10 avec au moins 3 groupes de sages-femmes

par établissement. Au total, 10 groupes de 2 sages-femmes ont été constitués. Ces groupes ont été construit en amont de la rencontre, nous avons laissé le libre choix aux participantes de former les binômes afin qu'elles se sentent à l'aise dans la situation. Dans le cas contraire, les binômes ont été formés en fonction de la disponibilité de chacune. Finalement, parmi les 10 groupes constitués, 6 des participantes n'avaient pas de binômes et des étudiantes sages-femmes ont aimablement accepté de jouer le rôle de la patiente (Annexe II : Protocole d'enquête).

En analyse de l'activité, il n'est pas recherché que les données soient saturées. Étant donné qu'il y a autant de réflexions que de professionnels, il n'est pas possible d'atteindre cette saturation.

2.2.3 Construction du scénario

Le scénario a été rédigé de la manière la plus réaliste possible en prenant appui sur les expériences professionnelles et personnelles rencontrées lors de mes terrains de stage. Nous avons délibérément évité de créer un scénario précis pour la personne qui incarnait la sage-femme de consultation (SF A), afin de ne pas imposer de contraintes et d'obtenir une représentation aussi fidèle que possible de la façon dont elle agit et mène sa consultation. Nous lui avons laissé la liberté de mener la consultation comme elle l'aurait fait dans des circonstances réelles.

Il a été donné comme consigne à la SF A de mener sa consultation comme si elle était en consultation réelle, en utilisant le matériel à disposition, comme elle le ferait en temps normal lors d'une consultation habituelle (Annexe IV : Fiche consigne SF A). Étant donné que notre situation clinique est une situation de suivi de grossesse au 5^{ème} mois, chez une primipare, il n'a pas été nécessaire de reproduire un ventre de femme enceinte. Cependant, un gobelet a été mis à disposition à la SF B, jouant le rôle de la patiente, afin d'être dans le contexte de notre cas clinique (Annexe V : Fiche consigne SF B). La sage-femme consultante reçoit ainsi en consultation une patiente au 5^{ème} mois de grossesse, ayant comme principal problème une salivation excessive. Cette dernière est contrainte de l'extérioriser, car il lui est impossible de l'avaler.

Le processus de construction du scénario a suivi plusieurs étapes réfléchies et délibérées. Dans un premier temps, nous avons élaboré une vignette clinique détaillée de la patiente, comprenant son nom fictif, sa parité, son terme, ses données socio-professionnelles, psycho-sociales, ainsi que l'ensemble de ses antécédents et données paracliniques. Cette fiche a été distribuée à chaque membre du groupe.

Par la suite, un dossier médical complet de la patiente, recueillant toutes les informations depuis le début de la grossesse, a été complété. Ce dossier était accessible uniquement à la sage-femme SF A et a été construit à l'aide d'un dossier Audipog® vierge. Enfin, nous avons rédigé un scénario qui a servi

de support pour le rôle de la patiente. Ce document incluait des indications détaillées sur les réactions, les symptômes à exprimer, les préoccupations à partager et les réponses attendues face aux probables questions de la sage-femme. L'objectif principal de ce support était de guider cette personne dans la représentation authentique de la problématique d'hypersialorrhée, tout en permettant d'interagir de manière naturelle dans le cadre d'une consultation de suivi de grossesse. Ce scénario a été rédigé en s'inspirant des faits réels afin de guider la participante dans son jeu de rôle, dans le but de créer une expérience aussi réaliste que possible, tant sur le plan fonctionnel, psychologique que physique.

2.2.4 Mise en place du jeu de rôle et conduite des entretiens d'explicitation

La séance a été menée conformément au protocole de travail élaboré en amont (Annexe III : Schématisation protocole de travail). Tout d'abord, les données socio-démographiques ont été recueillies (école de formation, parcours de formation, lieu d'exercice actuel). Ensuite, nous avons procédé à la distribution des rôles, soit librement choisis par les membres de chaque groupe, soit attribués par tirage au sort, suivi de la remise des fiches consignes à chaque participante.

La mise en scène du scénario évoluera en fonction des principes d'action des participantes. Bien que la SF B (jouant le rôle de la patiente) ait un rôle plutôt bien défini, (Annexe VI : Exemple de scénario type), chaque jeu de rôle était unique.

Le jour de notre rencontre, une présentation orale du déroulement de l'étude a été réalisée, suivie de la présentation de chaque membre présent. Par la suite, la fiche scénario « patiente » a été remise à la sage-femme souhaitant incarner le rôle de la femme enceinte.

Un temps de préparation du rôle de la patiente était accordé pour permettre à la participante de se mettre dans la peau d'une patiente souffrant d'hypersialorrhée gravidique. La sage-femme, quant à elle, profite de ce temps de préparation pour s'installer dans son bureau de consultation et se préparer à accueillir sa patiente.

L'environnement physique a été aménagé tel un bureau de consultation dans la limite du possible, toujours en ayant comme objectif principal : créer une situation réaliste en ce qui concerne l'équipement et le contexte. Les installations comprenaient un bureau, des chaises pour la sage-femme et la patiente, une roulette de calcul de terme, un ordinateur, des feuilles d'ordonnance, le dossier de la patiente, des stylos, des outils de mesure tels que stéthoscope, tensiomètre, mètre ruban, un objet représentant le doppler fœtal et une table d'examen ainsi qu'une blouse blanche pour la sage-femme. Tout cela a, en principe, permis aux participantes de s'immerger davantage dans leur rôle. Un gobelet

a également été proposé comme accessoire pour renforcer la mise en situation réaliste dans le personnage de la patiente.

Le recueil des traces de l'activité simulée est réalisé au moyen de vidéos et enregistrements audios.

Une première caméra filme l'ensemble des actions pendant le jeu de rôle, en ayant principalement la SF A dans son champ de vision. Cet appareil a été placé de manière à ne pas perturber les participantes. Il était très souvent positionné dans un coin à distance et en diagonale par rapport à la SF A.

Mon emplacement a également été choisi en collaboration avec les groupes pour ne pas être dans leur champ visuel et devenir une source de distraction et de perturbation.

Ceci nous a permis d'observer :

- Les actions des participantes.
- La gestuelle dans son ensemble, c'est-à-dire dans le verbal et le non verbal.
- Les moyens et instruments utilisés lors de la simulation.
- Les mouvements et les déplacements.
- La manière de mener la consultation et les propositions d'une prise en charge par la SF A.

Un second enregistrement audio a été lancé lors de l'entretien d'explicitation dans le but de repérer et d'analyser les décisions prises par le sujet en aval, ce qui s'est avéré extrêmement utile dans l'analyse. Cela nous a permis de conserver une trace audio des informations verbales échangées avec la participante (SF A) autour de son activité. Pour mener les entretiens d'explicitation dans le cadre de notre recherche, nous avons suivi une méthodologie rigoureuse.

L'entretien d'explicitation s'intéresse au vécu de l'action, et plus précisément aux informations de type procédural, dans le but de reconstituer la structure de l'action. Ceci permet à la participante de réaliser un travail de retour réflexif sur son action à travers les verbalisations provoquées dans l'interaction. Comme le souligne Vermersch(8), le but de l'entretien est de « rendre intelligible le déroulement des actions finalisées et productives par la description détaillée de chacune des étapes ».

2.2.5 Méthode de didactique professionnelle

La méthode de didactique professionnelle semble être une approche pertinente dans l'analyse de la démarche clinique face à la situation présentée dans cette étude. En effet, il s'agit ici d'observer les participantes dans une activité directe, même si celle-ci est une simulation, car leur travail génère des traces analysables. Nous pouvons illustrer ce propos avec une citation issue d'un article de revue intitulée La didactique professionnelle (9): « l'analyse des apprentissages ne peut être séparée de

l’analyse de l’activité des acteurs ». Le jeu de rôle nous offre un environnement réaliste qui permet aux sages-femmes de réagir de manière authentique à des situations cliniques. Cela génère des données plus fidèles à la réalité et offre une opportunité d’observer leurs compétences de manière concrète. Ainsi, le recours à la simulation enrichit notre analyse en fournissant des traces plus significatives et des informations plus pertinentes sur l’exploration du raisonnement clinique des participantes.

La méthode de didactique professionnelle est encore peu connue dans le domaine des sciences maïeutiques et constitue une approche originale utilisée dans des récents travaux de recherche en obstétrique. Elle constitue un outil intéressant pour l’analyse de l’activité professionnelle.

Cette méthode a pour objectif majeur d’analyser et d’améliorer les pratiques professionnelles en se basant sur une démarche de recherche. Elle se situe à la croisée entre la pratique et la recherche, cherchant à comprendre comment les professionnels agissent et raisonnent dans leur activité. « La didactique professionnelle a un versant pratique et un versant de recherche »(10), la recherche en didactique a d’abord une tâche d’exploration. Elle cherche à expérimenter les manières de raisonner et d’agir avec des tâches et des problèmes de formation professionnelle. C’est ce que la plupart des chercheurs en didactique professionnelle depuis 1991 ont essayé de faire : « expérimenter des manières de faire et en tirer des conséquences théoriques et méthodologiques pour l’action. (10) » Cette méthode propose donc d’analyser les situations de travail en vue du développement des compétences aussi bien en situation de formation qu’en situation de travail. Comme le décrivent Pastré, Mayen et Vergnaud, elle permet « d’analyser le travail pour la formation et le développement des compétences professionnelles des acteurs »(11). L’exploration de l’activité du travail alimente directement la formation en offrant un aperçu concret de ce qui est nécessaire pour développer des compétences dans un domaine professionnel.

Tout au long du paragraphe, nous avons abordé l’activité, englobant à la fois l’action observable et les fondements qui la sous-tendent. En nous concentrant sur le comportement observable de la sage-femme en consultation, nous soulignons que ses actions sont générées par des connaissances. Vergnaud, introduit le concept de « connaissances-en-acte » pour décrire ces connaissances qui influent sur le comportement des individus en situation et leur permettent de s’adapter à diverses circonstances. La connaissance peut être décrite comme un outil d’adaptation du sujet aux situations qu’il rencontre au cours de son existence. Elle comporte deux propriétés (12):

- Une propriété dite prédicative, correspondant à la capacité à expérimenter et à formuler explicitement une connaissance sous forme de concepts, de règles ou de principes. C'est l'aspect déclaratif et verbalisable de la connaissance et « celle qui exprime les relations entre les objets, leurs propriétés, leurs transformations ».

- Une propriété dite opératoire, lorsqu'il s'agit d'un savoir-faire pratique acquis par l'expérience et l'apprentissage pratique. Elle se réfère à la manière dont la connaissance est mise en pratique dans des actions concrètes. C'est l'aspect de la connaissance qui permet à une personne d'agir, de résoudre des problèmes ou prendre des décisions dans des situations réelles.

Au cœur de cette forme opératoire de la connaissance nous allons retrouver la notion de « schème ». Si la connaissance est adaptation, il convient de préciser que ce qui s'adapte ce sont les schèmes. C'est l'analyse du schème d'action qui nous permet de comprendre ce qui guide les actions et les comportements des individus dans des situations spécifiques. Vergnaud décrit le schème comme « une organisation invariante de la conduite pour une classe de situation donnée »(7). C'est ainsi dans les schèmes qu'il faut rechercher les connaissances-en-acte du sujet, qui permettent à l'action d'être opératoire. Le développement des compétences est étudié à partir de l'activité de travail et de la conceptualisation que se construit le professionnel de sa situation. L'idée de schème concerne donc l'organisation de l'activité et il peut y avoir différentes formes d'organisation de l'activité, d'où la définition suivante (9) : « un schème est une totalité dynamique fonctionnelle ». Il comporte quatre catégories distinctes de composantes que nous allons développer dans le paragraphe suivant. Le sujet ajustera son action aux circonstances mouvantes des situations tout en prenant appui sur sa réflexion, son vécu et les constructions issues de son expérience personnelle et professionnelle.

Vergnaud énonce une autre définition du schème dans laquelle il évoque les éléments constitutifs du schème, entendu comme forme d'organisation de l'activité. Les principales composantes du schème peuvent être synthétisées selon trois points : (7)

- Le QUOI référant aux désirs et buts de l'acteur.
- Le COMMENT relatif aux manières de faire et de procéder pour parvenir au but.
- Le POURQUOI, relatif aux principes de l'acteur qu'il tient pour vrai en vue de réaliser son activité, pouvant lui permettre d'ajuster le « comment » de son action.

De manière plus complète, un schème intègre les différents éléments suivants :

- Les invariants opératoires, qui représentent la partie cognitive du schème. Ils correspondent en réalité aux caractéristiques qui restent stables et constantes lorsqu'un individu réalise un certain type d'opération cognitive. Ils sont les éléments les plus stables du schème, pouvant être transmis d'une situation à l'autre.
- Les règles d'action, recouvrant tant l'action, la prise d'information et le contrôle, sont des directives qui régissent la manière dont les actions ont été effectuées pour atteindre les buts et sous buts du schème en question. Elles nous informent sur les modes opératoires, les étapes

à suivre, les procédures à respecter, adaptés aux circonstances de la situation. Il s'agit du « comment » de l'action. Elles établissent donc la connexion entre les connaissances et l'activité concrète du sujet.

- Les buts et sous buts représentent les objectifs généraux que l'individu souhaite atteindre dans une situation donnée. Il s'agit du « quoi » de l'action. Les sous buts, sont des objectifs plus spécifiques qui contribuent à atteindre le but principal.
- Pour finir, les inférences, représentent l'aspect calculatoire qui permet d'ajuster les conduites en fonction du but et des informations perçues. Il s'agit d'une instance adaptative car le sujet va ajuster son comportement à la diversité des situations rencontrées. Ce sont donc des « micro-adaptations » nécessaires aux circonstances de la situation.

Voici une représentation schématique des composantes du schème :

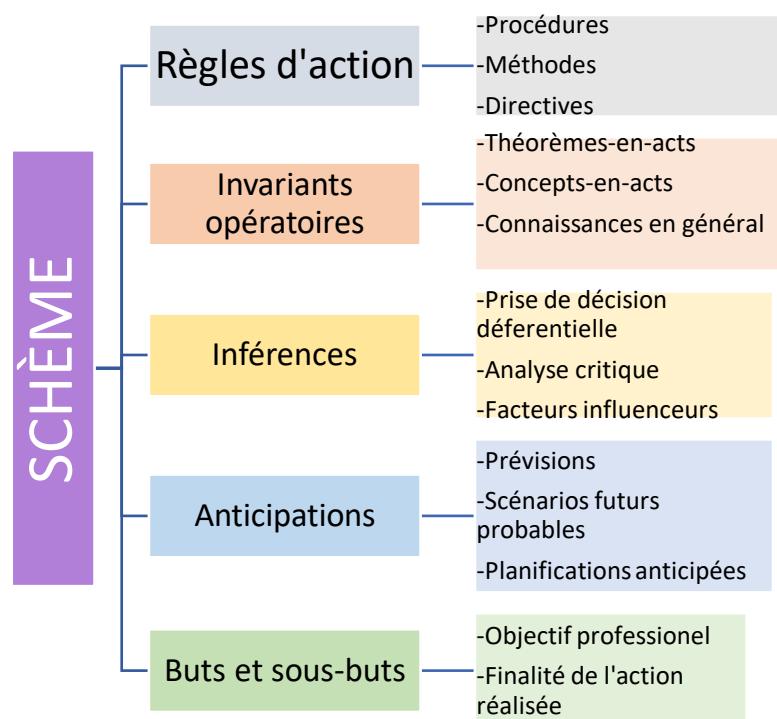


Figure 1 : Composantes du schème

Le concept de schème, par sa diversité de définitions et de compositions, englobe des éléments tels que des anticipations, des prises d'information et de contrôles en plus des éléments cités précédemment. Toutes ces informations vont permettre de comprendre la conduite de l'activité et les éléments qui la déterminent dans ce cheminement emprunté, aussi bien à son amorce qu'à sa poursuite. Comme le dit Vergnaud(12), la conduite n'est pas seulement constituée d'actions, « mais

également de prises d'informations nécessaires à la progression de l'activité, et des contrôles qui permettent au sujet de s'assurer qu'il a bien fait ce qu'il pensait faire ». Il est essentiel de préciser que ces règles sont conditionnées par le but qui est à atteindre.

Piaget et Vergnaud ont par ailleurs développé la théorie de la conceptualisation dans l'action qui est intéressante à aborder. Celle-ci permet l'analyse de l'activité à partir de l'analyse des schèmes et de toutes ses composantes. Selon eux, « l'activité humaine est organisée et elle est donc analysable, l'analyse consistant à remonter jusqu'à son organisation »(13). Pastré affirme que la notion de conceptualisation est à prendre au sens actif : « elle n'est ni un outil, ni un objet ; c'est une activité qui a pour but de produire des concepts qui permettent à un sujet de mieux s'adapter au réel, de mieux adapter le réel à lui-même, mais aussi de mieux connaître le réel »(13). La conceptualisation va permettre d'accéder au cognitif, Vergnaud ajoute : « au fond de l'action, la conceptualisation »(14).

Comme Pastré l'évoque, il devient plus intéressant et enrichissant d'analyser non seulement l'action observée mais aussi l'organisation et le cheminement aboutissant à l'action réalisée.

À partir de ce constat, pour mener à bien notre travail de recherche, nous allons fusionner les simulations et les entretiens pour en faire une analyse simultanée en utilisant la méthode décrite dans cette partie. Cette démarche nous permettra d'analyser l'organisation de l'activité des sages-femmes en termes d'invariants opératoires, de règles d'action ainsi que de buts et sous buts. Notre objectif ultime est de déchiffrer le raisonnement clinique des sujets observés, en exploitant les différents éléments du schème et en nous appuyant sur la théorie de la conceptualisation de l'action. Ceci va nous permettre d'identifier les processus cognitifs sous-jacents qui guident l'action des jeunes diplômées dans des situations atypiques et de comprendre les facteurs influençant la prise de décision clinique.

2.3 Méthode d'analyse des données

2.3.1 Analyse des simulations et des entretiens d'explicitations

Toutes les séances ont été anonymisées et chaque participante a été identifiée par l'abréviation SF suivie de la première lettre du site de formation et du chiffre correspondant à l'ordre de l'entretien. Voici un exemple : SF D1 pour la sage-femme diplômée de Dijon avec laquelle nous avons réalisé le premier entretien.

Chaque séance de jeu de rôle, accompagnée de son entretien, a été retranscrite de manière intégrale sur Word. Nous avons opté pour une transcription mot pour mot afin d'être aussi fidèle et

représentatif possible. Les échanges infra-verbaux et non verbaux ont également été consignés dans la transcription, plus particulièrement pour la partie jeu de rôle.

Notre méthode d'analyse des situations de simulation et des entretiens d'explicitation repose sur une approche exhaustive, visant à saisir la richesse et la complexité des interactions entre la sage-femme et la patiente. Pour les jeux de rôle, nous avons retranscrit l'intégralité de la communication. L'utilisation du support vidéo a été essentiel pour capter la composante non verbale, apportant ainsi une dimension essentielle à l'analyse, notamment l'observation des gestes techniques, des expressions faciales, et l'organisation de la consultation.

Par la suite, nous avons entrepris le repérage des différentes composantes du schème, à savoir les invariants opératoires, les règles d'action, ainsi que les buts et sous buts. Cette démarche, effectuée à partir du texte retranscrit sur Word, nous a permis de dégager les structures sous-jacentes aux actions et décisions de la sage-femme, offrant une compréhension approfondie de son cheminement clinique.

Dans le cadre des entretiens d'explicitation, nous avons également procédé à une retranscription intégrale de l'audio, puis nous avons identifié les composantes du schème de manière similaire à l'analyse des jeux de rôle. L'analyse des deux documents a d'abord été faite de façon individuelle, permettant de réaliser un premier repérage des éléments clés, puis une seconde lecture de la simulation et de l'entretien en simultanée. Cette approche nous a permis de mettre en lumière les interactions et les complémentarités entre la mise en scène et l'entretien d'explicitation, offrant une perspective holistique sur le cheminement clinique de la sage-femme.

Pour illustrer le cheminement de notre analyse, voici un exemple extrait de l'analyse de la séance SF D2. Nous avons examiné les transcriptions et identifié ce qui relevait :

- Des invariants opératoires : « J'ai identifié une possible perturbation au niveau des ions et des électrolytes chez Mme Violet présentant des symptômes tels que nausées, vomissements, hypersalivation, stabilité pondérale à deux reprises, une perte d'appétit et une consommation d'eau inférieure à la normale ».
- Des règles d'action : Prescription par la sage-femme d'un bilan vasculo-rénal accompagné d'un ionogramme complet.
- Des buts et sous buts : Écarter une pathologie, notamment une pathologie rénale, hépatique, déshydratation voire une hyperémèse gravidique.

À travers cet exemple, ces composantes du schème montrent comment la sage-femme applique des invariants opératoires et suit des règles d'action spécifiques pour arriver au but souhaité.

Les données d'analyse sont donc constituées des idéo et des retranscriptions des audios, assortis de commentaires et du non verbal, des situations de simulation et des entretiens d'explicitation menés.

2.3.2 Présentation des données recueillis et résultats

La construction d'un tableau d'analyse dédié à chaque séance a été essentielle. À la suite des 10 séances réalisées, nous avons constitué 10 tableaux d'analyse (Annexe VII : Tableau d'analyse des séances de simulation et des entretiens) regroupant l'ensemble des invariants opératoires, des règles d'action et des buts et sous-buts identifiés pour chaque sujet.

Dans ces tableaux figurent les différentes composantes du schème mentionné précédemment, identifiées à travers les propos échangés, tant dans la simulation que dans l'entretien. La structuration des colonnes de ces tableaux suit une chronologie, suivant l'ordre d'apparition des événements au fil de la séance. Chaque colonne représente une chronologie, mais aucune correspondance stricte n'est établie entre les éléments au niveau des lignes.

Après identification de chacune des composantes, nous avons intégré une colonne supplémentaire au tableau, intitulée « Raisonnement clinique ». Cette colonne permet de représenter le cheminement intellectuel de la sage-femme lors de la simulation et de l'entretien. Elle vise à décomposer et à identifier les différentes étapes du raisonnement clinique médical adopté par chaque participante et permet d'avoir une vue détaillée et chronologique du processus cognitif de la sage-femme. Chaque point de cette colonne correspond à une étape spécifique du raisonnement clinique, allant de l'observation des signes et symptômes à la formulation d'hypothèses, en passant par l'analyse des données permettant de poser le diagnostic et de proposer une conduite à tenir. Pour finir, nous avons construit un algorithme de manière à apporter une visualisation claire du processus intellectuel impliqué dans la prise en charge d'une situation clinique particulière, lors de la gestion de l'hypersialorrhée gravidique (Annexe IX : Modélisation du raisonnement clinique propre à chaque sage-femme).

3 Résultats et analyse

Dans cette nouvelle partie, nous présenterons les résultats obtenus et les analyserons de manière factuelle et objective, préparant ainsi le terrain pour une discussion approfondie dans une quatrième partie. Pour cela, nous nous appuierons sur les données recueillies lors des 10 séances de simulation et des entretiens correspondants, présentés de façon structurée dans 10 tableaux d'analyse distincts.

3.1 Invariants opératoires

Les invariants opératoires fournissent le fondement conceptuel et cognitif sur lequel reposent les règles d'action. Ce sont des concepts et principes fondamentaux que les professionnels utilisent pour comprendre les situations, prendre des décisions et agir de manière appropriée. Nous allons dans cette sous-partie identifier les différents éléments repérés au cours de nos analyses.

Si nous suivons la chronologie dans le raisonnement clinique des sages-femmes, la grande majorité d'entre elles ont consulté le dossier Audipog® de la patiente en amont de la visite. Elles ont repéré les critères afin de s'assurer d'un déroulement physiologique de la grossesse en portant attention aux antécédents, la surveillance depuis le début de la grossesse, les traitements mis en place, les bilans et échographies de début de grossesse, le type de suivi et ont conclu sur un dossier physiologique. Ce dossier a été consulté une seconde fois pendant la consultation par certaines SF suite aux nouvelles données fournies par la patiente. SF D3 et SF Be4 ont été les seules sages-femmes à ne pas étudier le dossier dans la totalité, elles ont préféré aller chercher les informations auprès de la patiente. Il s'agit d'une habitude pour elles, de mener la consultation de cette manière lors d'un premier contact avec leur patiente.

Ensuite, nous pouvons évoquer une autre catégorie d'invariants opératoires, celle du savoir-être avec la patiente. Les sages-femmes ont souligné, lors des entretiens, l'importance d'une posture et d'un comportement appropriés envers la patiente, incluant un discours empathique, le respect et une communication efficace, des éléments essentiels dans la pratique des soins. Ce concept-en-acte a été verbalisé par toutes les sages-femmes de notre étude. L'observation minutieuse de la patiente a permis aux SF B6, D7 et Be10, d'identifier le gobelet ou le mouchoir de la patiente, support commun à toutes les patientes participant de la séance de simulation.

L'ensemble de nos jeunes professionnelles a mobilisé leurs connaissances pour rechercher des signes de bonne vitalité et croissance fœtale à travers l'anamnèse, les examens cliniques et paracliniques et surtout l'examen du jour. Les SF D3, B5 et B6 évoquent l'importance de ces données lors d'une consultation de suivi de grossesse « même si la patiente parle beaucoup de son problème de

salivation ». Parallèlement, nous pouvons identifier des invariants opératoires permettant d'évaluer l'état général maternel, tant sur le plan somatique que psychosocial. Cet item a été recherché par toutes les sages-femmes à travers les constantes, l'anamnèse générale et médicale, les examens paracliniques, l'observation physique. Toutefois, des divergences se présentaient quant aux critères évalués. Par exemple, SF D7 a recherché des signes d'anémie, tandis que SF B5 a exploré les signes d'infection buccale et plus spécifiquement d'angine. SF D2 est allée explorer les signes de cholestase gravidique. La fatigue maternelle et le bien-être au travail sont des aspects redondant parmi les critères d'évaluation de l'état général. Il est intéressant de noter que quatre sages-femmes, SF Be4, B6, D7 et B8, se sont davantage orientées sur le vécu de la grossesse et le lien mère-fœtus après avoir conclu sur la nature bénigne du symptôme.

Une autre catégorie d'invariant opératoire que nous pouvons identifier concerne les connaissances sur la physiologie de la grossesse. Les professionnelles ont une connaissance des modifications physiologiques pendant la grossesse, notamment ce qui concerne les effets des hormones. Les trois sages-femmes issues de l'école de Besançon, deux de Dijon (D3 et D7) et la SF B6 évoquent qu'il y a une augmentation physiologique de la production de salive par les glandes salivaires. SF D7 explique que cela est due, et probablement liée, à un taux de béta-HCG élevé. SF B1 et B8 expliquent quant à elles, ce phénomène, par un mécanisme mis en place par le corps pour protéger les parois œsophagiennes de l'acidité de l'estomac. D'autres soulignent l'importance du terme dans l'atténuation des maux de la grossesse « l'avancement dans le terme de la grossesse va atténuer l'impact du symptôme ». Les SF D2, D3 et D7 et les SF Be4 et Be10 ont déjà rencontré ce symptôme, soit dans un cours pour les diplômées de l'école de Dijon, soit lors d'un stage pour les autres. Ces dernières connaissent les facteurs de risque en jeu dans l'hypersialorrhée gravidique.

Après cette catégorie d'invariants opératoires, nous pouvons parler des connaissances permettant l'évaluation de la situation afin d'émettre des hypothèses diagnostiques. Ces connaissances ont généré des règles d'action telles que la prescription de bilans sanguins afin d'éliminer des pathologies probablement en lien avec les symptômes décrits par la patiente. Elles possèdent des connaissances variées au sujet des pathologies à chercher et à exclure par ces examens complémentaires que nous détaillerons dans la partie Règles d'action. Il est à noter que malgré cela, les sages-femmes ont conclu sur le caractère bénin de cette hypersalivation. En utilisant ces invariants opératoires, qui guident les sages-femmes dans leur émission d'hypothèses, elles illustrent une approche méthodique et réfléchie dans leur prise de décision. La forme prédicative de leurs hypothèses, celle qui permet « d'énoncer les propriétés des objets de pensée »(15), se manifeste dans leur conclusion sur la nature bénigne des symptômes, tout en anticipant la nécessité de procéder à des évaluations supplémentaires pour exclure d'autres diagnostics. La forme opératoire de la connaissance, celle qui permet d'agir en

situation, est apparente dans les mesures concrètes prises pour tester ces hypothèses, telles que les prescriptions spécifiques de bilans biologiques.

Toutes les sages-femmes, sans exception, ont délivré des conseils hygiéno-diététiques assez similaires pour la gestion des nausées, des vomissements et des reflux. Certaines participantes ont ciblé leurs conseils autour de la problématique exposée par Mme Violet, l’HG, en prodiguant des conseils sur les aliments susceptibles de provoquer une hypersalivation. De plus, il est intéressant de noter que certaines d’entre elles avaient des connaissances en matière d’hygiène bucco-dentaire. Toutes celles issues de l’école de Bourg-en-Bresse ainsi que SF Be9, ont affirmé avoir acquis ces connaissances lors d’une intervention pendant leur cursus autour de la « Santé bucco-dentaire et grossesse ».

Une autre catégorie d’invariants opératoires que nous pouvons relever concerne les connaissances pharmacologiques et médicamenteuses. Plusieurs des participantes ont fait appel à leurs connaissances pour prescrire des thérapeutiques et les ajuster aux symptômes de la patiente. Elles ont ainsi prescrit des antiémétiques, des pansements gastriques, des protecteurs gastriques et des sédatifs. Les SF B6, Be4 et B6 ont remplacé le Primpéran® par le Cariban®, jugeant ce médicament plus efficace que ce dernier. Quant aux sages-femmes D7 et Be10, elles ont choisi l’option de prescrire du Donormyl® pour son double effet : antiémétique et sédatif. Certaines sages-femmes ont considéré l’homéopathie comme traitement thérapeutique, tant dis que d’autres l’ont prescrit pour son effet placebo (SF B5- SF D2). Le Gaviscon® était une thérapeutique commune à l’ensemble des sages-femmes. Nous remarquons que SF B5 et Be10 ont opté de le combiner avec un inhibiteur de la pompe à protons, Oméprazole®, estimant cette combinaison plus efficace. Seules les sages-femmes B1, B5 et B6 ont consulté les sites du CRAT et le Vidal pour vérifier les posologies et la compatibilité des traitements avec la grossesse.

À la suite des invariants opératoires pharmacologiques, nous pouvons poursuivre avec les connaissances autour des médecines alternatives et de leurs bénéfices. Deux sages-femmes issues de l’école de Bourg-en-Bresse, une de Dijon et de Besançon ont choisi d’orienter leur patiente vers des professionnels pratiquant l’acupuncture. Les deux de Bourg-en-Bresse ont évoqué, en plus, l’ostéopathie. Leur expérience professionnelle et les retours des patientes confirment leur efficacité dans la gestion des symptômes courants de la grossesse. Les autres sages-femmes ont évoqué les médecines alternatives mais ont préféré garder cela en second plan après l’exclusion d’une pathologie, pour celles ayant prescrit des bilans complémentaires, ou en seconde option en cas d’échec de la PEC initialement proposée. Deux participantes, n’ayant pas l’habitude des médecines alternatives ou n’ayant pas de contact à donner, n’ont pas du tout évoqué ce sujet.

D'autre part, les sages-femmes intègrent dans leur pratique l'invariant opératoire de la prise en charge des aspects professionnels et législatifs. Toutes les participantes ont accordé une attention particulière au bien-être maternel, notamment dans son nouvel environnement de travail ainsi qu'à l'impact de ce symptôme sur la vie socio-professionnelle. Elles avaient des connaissances diversement acquises. Ces connaissances ont conduit à la génération d'une autre règle d'action qui est celui de la prescription d'un arrêt de travail, que nous évoquerons dans la sous-partie suivante. Tandis que certaines sages-femmes optent pour des arrêts précoce, d'autres privilégient d'abord des solutions alternatives, témoignant ainsi d'une diversité de pratiques tout en maintenant l'objectif commun : le bien-être maternel. Il est important de noter que SF D7 était la seule sage-femme à être à jour sur la durée des arrêts de travail et la possibilité de les renouveler.

Pour finir avec cette sous-partie, nous allons maintenant parler des invariances opératoires liées au lieu d'exercice. En effet, il est intéressant de noter que le lieu d'exercice des nouvelles diplômées guide la conduite de leurs actions. Par exemple, SF D2, exerçant en milieu hospitalier, évoque l'influence de son lieu d'exercice dans sa conduite à tenir, ce qui la conduit parfois à prescrire assez facilement des bilans sanguins. Elle nous explique que cette pratique peut parfois être exagérée à l'hôpital, mais elle est également motivée par la nécessité de se protéger et c'est ce qui pousse souvent les médecins à avoir cette conduite à tenir. Tandis que la SF Be4, exerçant aussi en hospitalier, a moins l'habitude de prescrire des bilans en consultation et préfère « orienter la patiente à l'hôpital ». La sage-femme Be10, exerçant en libéral, préfère quant à elle, être en lien avec la maternité de naissance et orienter les patientes en consultation hospitalière. Ces sages-femmes soulignent toutes l'importance d'avoir un réseau de professionnels pour orienter au mieux les patientes.

3.2 Règles d'action

Les règles d'action sont les directives ou des principes de conduite professionnelle établis pour guider les praticiens dans leur prise de décision et leur intervention clinique. En explorant cette autre composante du schème à la lumière des invariants opératoires, nous allons présenter les schémas de pensée et les processus décisionnels qui guident l'action des sages-femmes.

Tout d'abord, toutes les sages-femmes accordent une importance à l'écoute active des patientes et à la collecte minutieuse des informations médicales et obstétricales. Chacune a initié la consultation par une question ouverte permettant à la patiente de s'exprimer librement. Il est primordial pour elles de ne pas interrompre la patiente et de lui permettre d'aborder spontanément ses préoccupations. Cette règle d'action englobe la lecture du dossier Audipog®, une anamnèse ciblée sur la plainte, l'exploration des symptômes digestifs associés, la recherche des actions de lutte mises en place et tout un

questionnement sur les habitudes de vie. La grande majorité des sages-femmes sont revenues sur les symptômes du mois dernier et ont évalué l'efficacité du traitement précédemment prescrit. Cette écoute active a permis à certaines SF d'émettre des hypothèses et d'orienter le diagnostic et à d'autres de poser directement un diagnostic. Toutes ont accordé une grande importance à l'explication des causes ou du mécanisme probable en jeu dans le symptôme. SF D3 a, par exemple, nommé le symptôme tout en expliquant à la patiente de quoi il s'agissait.

Après cette écoute active et une anamnèse détaillée, qui est l'étape commune à toutes les participantes, la suite de l'organisation de la consultation diffère. Nous pouvons identifier deux groupes : une première catégorie de sage-femme qui ont poursuivi la consultation par l'anamnèse générale et obstétricale avant l'examen clinique et paraclinique du jour. Un autre groupe (SF D3, Be4, B6, D7 et Be9) a choisi de mener la consultation par l'examen puis l'anamnèse. Il est important pour ce deuxième groupe d'avoir cet ordre pour rassurer la patiente en commençant par les bruits du cœur du bébé. De plus, chaque geste effectué était expliqué à la patiente. Après cette étape, une règle d'action commune a été identifiée, qui est celle de vérifier les données biologiques et les échographies réalisées jusqu'à présent. Il convient de noter une particularité chez la SF B5 dans son examen clinique : elle réalise l'examen de la gorge, palpation des ganglions cervicaux et sus-claviculaires ainsi que l'observation des crachats de la patiente.

Par la suite, toutes les données recueillies ont permis d'orienter les prochaines étapes de la consultation. Toutes les participantes, sauf les SF B8 et Be9, ont cherché à s'assurer de la bonne alimentation et hydratation de la patiente par l'anamnèse. Pour les deux autres, la stagnation pondérale n'était pas inquiétante compte tenu du contexte d'hypersalivation et du bien-être materno-fœtal vérifié précédemment. Bien que toutes les sages-femmes se soient attardées sur le bien-être psycho-social de la patiente, certaines d'entre elles ont insisté davantage sur la prise en charge psychologique en posant des questions plus détaillées et en proposant un suivi psychologique et un entretien prénatal précoce (SF Be4, BE9 et BE10). La SF Be4 insiste sur l'importance d'évoquer le moral à chaque consultation. La grande majorité des sages-femmes ont recherché des signes cliniques et physiques de fatigue maternelle. Cette information leur a permis d'évaluer la nécessité de prescrire un arrêt de travail. Nous pouvons remarquer des divergences quant aux critères d'évaluation comme toutes n'ont pas prescrit d'arrêt. Ceci se remarque par un groupe de sage-femme qui prescrivait des arrêts de travail assez aisément, face à un groupe qui partait sur l'option proposition d'aménagements au travail et qui gardait la possibilité de prescrire un arrêt en second plan. D'autres sages-femmes (SF B1, D2 et Be4) ne trouvaient pas d'intérêt à arrêter la dame du fait du terme précoce de sa grossesse, étant donné qu'elle n'était qu'au 5^{ème} mois, et de l'absence de signes cliniques motivant cette délivrance. Cependant, celles qui ont prescrit ce document, avaient toutes prévu de revoir leur patiente

à la fin de la période de l'arrêt (SF B5 et 6, SF Be9 et 10). Cette évaluation était une règle d'action primordiale pour certaines, afin d'agir avant l'installation d'une fatigue intense et de ses conséquences sur la grossesse.

Nous allons poursuivre le paragraphe par la règle d'action de prescription. En plus de prescrire des arrêts de travail, certaines sages-femmes ont prescrit des bilans biologiques. Les sages-femmes B1, B5, B6, B8 et Be9, dans l'optique d'anticiper sur les examens paracliniques du 6^{ème} mois de la grossesse, ont délivré en fin de consultation l'ordonnance pour le bilan sanguin à faire à partir de 24 SA. D'autres SF ont prescrit des bilans sanguins plus spécifiques à la recherche de pathologie : un bilan vasculo-rénal et ionogramme sanguin par les SF D2 et B6, et un bilan vitaminique, hépatique, infectieux et thyroïdien par la SF Be10. En revanche, la SF D7 et la SF D3 expliquent leur décision de ne pas prescrire de bilan sanguin en soulignant l'inutilité de prescrire sans connaître précisément ce que l'on recherche et sans qu'il existe un lien direct avec le symptôme présenté. Parmi cette action de prescrire, figure les prescriptions médicamenteuses. Toutes les sages-femmes ont procédé à la délivrance de thérapeutiques afin de soulager les conséquences du symptôme décrit.

De plus, afin de compléter et assurer une meilleure prise en charge de l'HG, les sages-femmes ont donné des conseils hygiéno-diététiques (CHD). Ces conseils ont été complété, pour certaines des participantes, par des recherches internet. D'autres ont utilisé cette ressource pour aider au diagnostic de ce symptôme inconnu (SF B1, SF B5, SF B6 et SF Be9). Toutes, avant d'effectuer leurs recherches, ont demandé à la patiente si elle pouvait consulter leur ordinateur.

La fin de la consultation a été consacrée aux questions de la patiente. Particulièrement, les SF B5, B6 et D7 ont interrogé la dame sur son ressenti en fin de consultation et sa bonne compréhension de la prise en charge proposée. La planification des prochains rendez-vous a été vérifiée par la grande majorité des sages-femmes. Elles se sont assurées de la prise des prochains rendez-vous de suivi de grossesse et de la date de la dernière échographie, celle du troisième trimestre. Ces mêmes sages-femmes ont proposé à la fin, la possibilité d'organiser une consultation afin d'évaluer l'efficacité de la prise en charge. Pendant ce temps, elles ont évoqué le fait qu'elles iraient sûrement se renseigner auprès des collègues sages-femmes ou médecins ou qu'elles prendraient le temps d'effectuer des recherches plus détaillées.

Nous pouvons donc remarquer que la temporalité est une composante importante dans certaines règles d'action des sages-femmes, car elles doivent planifier et organiser leurs interventions en fonction des besoins évolutifs de la patiente pendant sa grossesse.

Pour finir, les SF B1, D2, D3 et Be4 ont noté les données de la consultation pour en garder une trace écrire et y revenir lors de la prochaine visite.

3.3 Buts et sous-buts

Les différentes séances de simulation et d'entretien ont révélé que toutes les sages-femmes ont poursuivi des objectifs communs lors de leurs consultations avec la patiente, bien que des divergences aient également été observées.

Elles ont toutes cherché à instaurer un climat de confiance avec leur patiente en adoptant une attitude bienveillante et professionnelle. Cette confiance a été renforcée par un objectif central dans la démarche des SF : écouter activement la patiente, lui accorder un temps de parole sans interruption et se laisser guider par ses informations. Par exemple, SF D3 souligne que « le diagnostic se trouve dans les paroles des patients », ce qui lui a permis de poser d'emblée le diagnostic d'hypersialorrhée gravidique. Cette écoute active a guidé certaines sages-femmes dans le diagnostic du symptôme décrit et en a permis à d'autres de formuler des hypothèses pour orienter leur raisonnement clinique. Pour la SF B8, cette dernière visait à répondre en priorité aux besoins de la patiente « par l'écoute et le soutien », tout en lui montrant que sa problématique était prise au sérieux et ne serait pas minimisée.

Par ailleurs, chaque professionnelle avait comme but de poser un diagnostic. Certaines d'entre elles (SF D3, SF Be4, SF D7 et SF Be10), ont identifié l'hypersialorrhée gravidique sans difficulté. La SF n°10 a eu la particularité de poser ce diagnostic en seconde option, après avoir exclu d'autres possibilités par des examens biologiques. Les autres jeunes diplômées ont décrit le symptôme comme un « excès de salive ou hypersalivation due à l'état de la grossesse », sans employer le terme médical exact. En revanche, la SF B8 a posé le diagnostic d'hyperémèse gravidique non sévère et a conclu que cet excès de salive était une des conséquences des vomissements excessifs.

Nous pouvons également mettre en évidence à travers toutes les observations, que chaque SF avait comme but de rendre la patiente actrice dans sa prise en charge. Elles cherchaient à adapter les soins en fonction des attentes de la patiente et sollicitaient son accord ou avis pour chaque décision ou geste médical entrepris. Ceci visait non seulement à favoriser une meilleure observance thérapeutique, mais également à améliorer la compréhension de la prise en charge proposée.

La prise en charge dans la globalité est une préoccupation partagée, en prenant en compte l'aspect physique et psychologique. Certaines sages-femmes, telles que SF B1, SF Be4, SF B5, SF B6, SF B8 et SF Be9, accordent une attention particulière à l'environnement social, professionnel et familial ainsi qu'aux besoins émotionnels, dans le but de favoriser le bien-être. SF Be4, SF D7 et SF Be9 ont spécifiquement insisté sur le vécu de la grossesse et le bon lien fœtus-maman, qui sont, selon elles, des éléments importants à aborder et discuter.

Nous pouvons poursuivre par le but « écarter une pathologie ». Avant de poser leur diagnostic, la majorité des sages-femmes a voulu écarter une pathologie gravidique ou autre. Par exemple, SF D2, SF B6 et SF Be9, ont particulièrement voulu écarter une hyperémèse gravidique par le contrôle de la prise pondérale et par une anamnèse médicale ciblée. D'autres sages-femmes, les participantes n° 2-6-10, ont voulu écarter une pathologie hépatique, rénale et métabolique. SF B5, quant à elle, a particulièrement cherché à éliminer une angine ou une infection pérribuccale/ dentaire.

Plusieurs SF ont envisagé une approche pluridisciplinaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge. Elles ont orienté leur patiente vers d'autres professionnels de santé pour soulager au mieux les conséquences du symptôme. Par exemple, SF D3, SF B5, SF B8 et SF Be9 ont recommandé une consultation avec une sage-femme acupunctrice, tandis que SF B5 et SF B8 ont orienté leur patiente vers un ostéopathe spécialisé en périnatalité. En outre, SF Be4 et Be10 ont préféré orienter leur patiente vers la psychologue du service de maternité. Nous pouvons également remarquer que les 3 sages-femmes issues de l'école de Besançon ont classé Mme Violet comme « patiente vulnérable » en raison des facteurs de risque identifiés et du contexte psychologique. Cette classification permet d'organiser un suivi plus rapproché de la patiente. Une autre particularité de la SF Be10 est l'adressage de la sage-femme à la maternité de naissance afin d'avoir un avis médical et informer le service du cas de la patiente.

Pour finir avec les buts identifiés, l'humilité et la transparence sont des valeurs partagées par toutes les sages-femmes, qui reconnaissent leurs limites et ont été honnêtes avec la patiente concernant leurs connaissances et leurs incertitudes. En parallèle, nous pouvons remarquer que SF D7 a insisté sur la volonté de ne pas inquiéter la patiente en étant « trop transparente ».

3.4 Lien entre les composantes du schème

Il est important de rappeler, dans cette sous-partie, que le schème, englobant à la fois les invariants opératoires, les règles d'action et les buts et sous buts, est un ensemble actif et en constante évolution. Ces éléments interviennent de manière conjointe pour mener le raisonnement. Vergnaud définit le schème comme étant « une totalité dynamique fonctionnelle. C'est une organisation invariante de la conduite pour une classe donnée de situations »(16). Le schème est donc le fruit des interactions entre différents éléments recherchés dans notre analyse.

Pour les besoins de notre travail de mémoire nous avons choisi de présenter les différentes composantes du schème de manière distincte, or il est important de souligner que tous ces éléments s'articulent entre eux, dans une activité professionnelle et encore plus dans le déroulement du

raisonnement clinique. Ce corpus synthétise l'ensemble de l'activité et emmène à présenter le schéma du raisonnement clinique que nous aborderons dans une suivante partie.

Le raisonnement clinique des sages-femmes repose sur l'application des invariants opératoires, qui fournissent, comme nous l'avons dit, le socle conceptuel et cognitif de leur pratique. Par exemple, les connaissances autour des signes de bonne vitalité et croissance fœtale, influencent la manière dont elles évaluent la gravité du cas clinique.

Ensuite, les règles d'action guident les actions concrètes des professionnelles et constituent la partie génératrice du schème, Vergnaud (1996). Ces règles d'action sont directement liées aux buts spécifiques qu'elles cherchent à atteindre. Par exemple, si le but est d'écartier une pathologie hépatique, les sages-femmes peuvent prescrire un bilan sanguin ou orienter la patiente vers un médecin.

Le raisonnement clinique consiste donc à intégrer ces différentes composantes dans le processus de prise de décision.

4 Discussion

4.1 Les limites, biais et forces de notre étude

Comme de nombreuses études, notre travail de recherche présente des biais qui sont à discuter. Pour commencer, seules dix sages-femmes ont participé à notre recherche, ce qui n'est pas représentatif de la population générale. De plus, un biais de sélection est présent. Nous avons recruté les sages-femmes volontaires pour participer à l'étude. Le fait que ce soit une simulation et une observation dans l'action a été un frein pour certaines sages-femmes. Par ailleurs, le fait qu'il s'agisse d'une simulation d'une consultation de suivi de grossesse en a écarté d'autres. Celles ayant participé à ce travail sont probablement celles qui sont les plus à l'aise en consultation de suivi de grossesse. Il est tout de même intéressant de rappeler que notre étude est composée de deux sages-femmes exerçant en libéral et une quittant juste le milieu libéral, ainsi que de sept sages-femmes hospitalières.

Nous pouvons également discuter autour du biais dû à l'observateur. Étant donné que l'enquêtrice était présente dans la pièce durant la séance de jeu de rôle, cela pourrait conduire à des modifications dans les pratiques des sages-femmes. Pour pallier ce biais, nous avons essayé d'être le plus discret possible en se plaçant dans un coin de la pièce, hors du regard de la sage-femme, SF A. Nous avons discuté à la fin de l'entretien à ce sujet pour essayer d'évaluer l'impact que notre présence a pu engendrer. De façon générale, nous pouvons dire que la grande majorité des sages-femmes n'étaient pas gênées par notre présence. Seules deux participantess sur les dix ont évoqué un dérangement en tout début de séance, leur rappelant l'épreuve d'évaluation clinique pendant leur formation. Mais une fois dans le rôle, elles nous ont dit qu'elles avaient totalement fait abstraction de cela.

Un autre biais peut être relevé, celui du biais dû à la personne jouant le rôle de la patiente. En effet, pour la réalisation de notre étude, nous avons dû former des binômes propres à chaque groupe. Le rôle de la patiente a été incarné par des personnes différentes. Seul pour les groupes n° 5 et 7, il s'agissait de la même personne. Cela a donc conduit à des profils de patientes différents même si le personnage de base était commun à toutes : une patiente enceinte de 5 mois et présentant une hypersialorrhée gravidique oppressante depuis plusieurs jours. Chacune s'est approprié le rôle à sa propre façon. Pour essayer d'anticiper ce biais, nous avions fait le choix de rédiger un scénario type, support que les participantess ont pu garder pendant la séance. De plus, un temps de discussion était consacré avec elles afin de reprendre les points-clés du scénario avant le début du jeu de rôle.

Pour finir, il serait intéressant d'évoquer le biais de confirmation. Ce biais se manifeste par notre tendance à sélectionner uniquement les informations que nous voulons rechercher. Lors de l'entretien d'explicitation, réalisé à la suite de la séance de simulation, le déroulement de la discussion a inconsciemment été autour de la problématique de l'étude. Être conscient de ce biais est une des

formes de s'en écarter. De plus, pour l'analyse, nous avons utilisé différentes sources de données, à savoir les observations et les entretiens, ce qui permet à l'enquêtrice d'avoir une vision plus complète et nuancée de l'étude.

Malgré les biais potentiels, notre travail de recherche présente des points forts. Les participantes ne connaissaient pas le sujet exact de l'étude, rendant les simulations et les entretiens plus pertinents et proches de la réalité. En plus de cela, parmi les sages-femmes interrogées, nous avions une diversité des lieux de formation et de parcours professionnels, apportant une richesse et une hétérogénéité dans les observations et les entretiens.

Toutes nos séances ont été réalisé en présentiel, nous avons ainsi pu recueillir des données complètes et variées telles que l'attitude, le gestuel, le verbal, non verbal, ce qui présente une force dans ce travail.

Enfin, la méthode de didactique professionnelle constitue un pilier solide dans notre étude qualitative. Cette approche qui n'est pas connue dans les sciences maïeutiques nécessite une bonne maîtrise et une appropriation de la méthode. Chose qui a été travaillée en amont de l'étude, avec l'aide précieuse de notre directrice et guidante de mémoire. La méthode de didactique professionnelle, reconnue et largement utilisée en sciences de l'éducation, nous a permis d'explorer en profondeur les compétences, les connaissances et les réflexions sous-jacentes qui guident l'action des sages-femmes. Il s'agit d'une méthode rigoureuse aboutissant à des résultats fiables et précis engendrés par la richesse d'informations.

4.2 Schéma général du raisonnement clinique

Le raisonnement clinique (RC) est défini comme « l'ensemble des processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien de prendre les actions les plus appropriées dans un contexte spécifique de résolution de problème de santé »(17).

Le raisonnement clinique est essentiel à la résolution de problèmes cliniques. Nous pouvons distinguer deux catégories de RC :

- Processus analytique ou raisonnement hypothético-déductif, reposant sur la triade « hypothèses, indices, confirmation/infirmation »(18).
- Processus non analytique caractérisé par la reconnaissance d'un « pattern » ou d'un cas analogue.

L'itinéraire que l'on pourrait nommer de classique, dans la schématisation du RC ([Figure 2](#)), est celle utilisée par la grande majorité des participantes. Il regroupe les étapes 1 (histoire du patient), 2

(caractérisation du symptôme par l'anamnèse), 3 et 3A (émission des hypothèses diagnostiques-examens cliniques et biologiques complémentaires), 4 (interprétation des données), 5 (diagnostic final retenu), 6 (PEC) et 7 (perspective d'avenir). Une variation dans le processus du RC consiste à emprunter une étape alternative, appelée 3 bis, qui implique une reconnaissance immédiate du problème après les deux premières étapes. Cela donne aux professionnelles la possibilité d'accéder directement aux étapes 5, 6 et 7, et donc d'en contourner certaines. Ce cheminement est uniquement utilisé par les SF D3 et B8, qui ont su immédiatement reconnaître les symptômes décrits par la patiente en établissant des liens avec des situations cliniques antérieures.

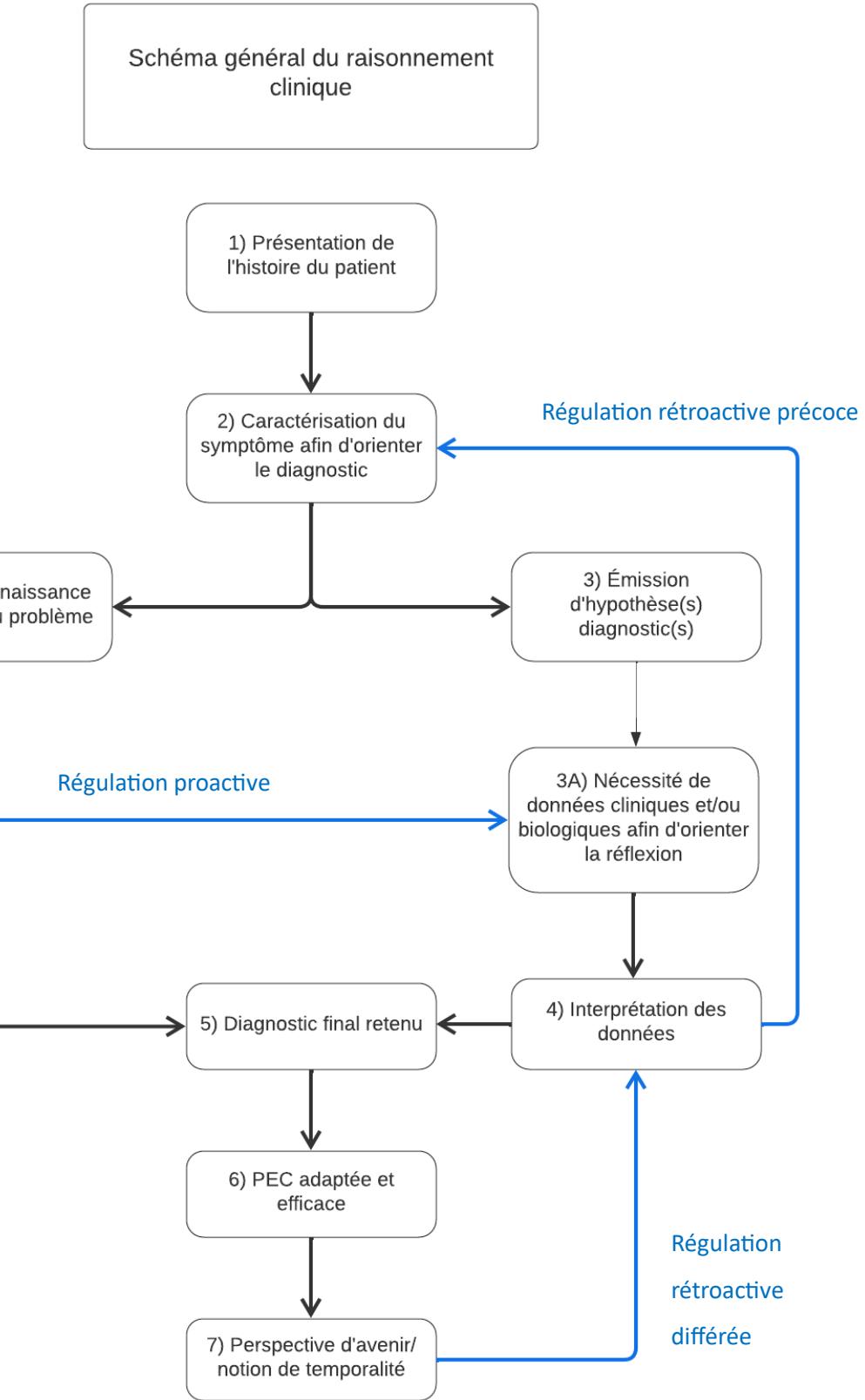


Figure 2: Schéma général du raisonnement clinique

La première étape était celle commune à l'ensemble des professionnelles. Elle repose sur la représentation de la situation, qui est une étape préliminaire à toute tentative de résolution(19). Cette

première étape se poursuit par le réflexe de questionnement, après l'écoute de la plainte de la patiente. Les questions étaient très axées sur le « quand ? où ? comment ? ». Cela a orienté la suite des étapes du RC, des hypothèses ont été émises et des données supplémentaires ont été jugées nécessaires par les sages-femmes afin de confirmer ou infirmer ces dernières (étape 4 dans le schéma). Quant aux deux sages-femmes n'ayant pas pris l'itinéraire classique, elles ont directement abouti à l'étape 5.

Les étapes 5-6-7 étaient similaires pour toutes les sages-femmes. Le raisonnement chemine donc de la plainte de la patiente, identifiée comme un problème, vers la solution de celle-ci, tout en suivant un processus d'activités mentales progressives. Ce cheminement, bien que parfois similaire dans la conduite du raisonnement, présente des divergences dans les étapes menant à la résolution finale. De manière générale, nous pouvons affirmer que le schéma général du RC a été respecté par toutes les participantes, en passant par les différentes étapes présentes. Dans le schéma du RC tel qu'observé dans notre étude, les invariants opératoires sont omniprésents. Leur influence se fait sentir à chaque étape du processus de raisonnement et joue un rôle dans sa conduite. Les règles d'action, en revanche, ne sont pas présentes de manière constante à travers toutes les étapes. Elles interviennent principalement dans les étapes 2- 3A- 6 et 7 et ce sont elles qui guident les décisions cliniques prises pour atteindre les buts souhaités.

La forme étant globalement similaire, le fond présente des singularités. Le processus du RC n'est pas simplement linéaire, mais implique souvent des boucles de régulation, et parfois même des redirections dans des itinéraires bis ou la reprise de l'itinéraire « classique ». Cela reflète la nature dynamique et cognitive du cheminement clinique lorsque le professionnel est confronté à un cas clinique inhabituel.

4.3 Les variations dans les boucles de régulations

Dans cette section, nous discuterons autour des variations observées dans les boucles de régulation dans le RC des sages-femmes. Quelques constats ou informations ont emmené les participantes à ajuster les étapes ou revenir à l'étape précédente. Il est essentiel de détailler à quoi correspondent ces boucles et leurs importances dans le schéma du RC ([Figure 2: Schéma général du raisonnement clinique2](#)). Elles font référence aux mécanismes par lesquels les professionnelles surveillent et ajustent leur processus de raisonnement en réponse à des informations nouvelles ou changeantes. Nous pouvons définir ces boucles comme étant un processus dynamique et itératif permettant d'ajuster les actions et la réflexion des soignants en fonction des données recueillies par l'anamnèse ou la clinique et la biologie. Nous retrouvons la notion de contrôle dans la régulation. Voici une définition qui en est donnée : « une régulation est un contrôle rétroactif qui maintient l'équilibre relatif

d'une structure organisée ou d'une organisation en voie de construction »(20). Parmi ces boucles de régulation, nous allons parler de la régulation proactive, qui consiste à organiser les actions en fonction de la problématique détectée, permettant d'élaborer une procédure qui permettra ultérieurement de la résoudre : « l'opérateur cherche une procédure pour résoudre le problème ponctuel »(20). Les actions futures sont influencées par les données initiales dans l'intention d'anticiper les défis potentiels. Le but de cette procédure est d'agir de manière anticipée. Dans un second temps, nous aborderons la régulation rétroactive : ce type de contrôle se concentre sur l'évaluation des résultats et permet une « correction de l'action une fois le résultat obtenu et jugé insuffisant. Cette action permet d'établir l'équilibre dans le système analytique »(21). Nous distinguerons la régulation rétroactive précoce, c'est-à-dire, une régulation qui survient le plus tôt possible dans le processus de prise en charge, et une régulation différée, où la correction est associée à une notion de temps. Cela déclenche une réévaluation de la situation et incite à explorer d'autres possibilités ou à ajuster l'approche des sages-femmes en fonction des nouvelles informations obtenues. Il est important de préciser que les données recueillies englobent aussi bien les données médicales, cliniques, l'histoire du symptôme, les données psycho-sociales et comportementales.

4.3.1 La régulation proactive

Après avoir activement écouté la patiente, une boucle de régulation apparaît quant à la suite de la prise en charge proposée par les soignantes. Ces décisions ont été prises après une évaluation de la situation en fonction des informations recueillies. Nous pouvons identifier deux groupes : un premier groupe ayant décidé de poursuivre par l'anamnèse générale et obstétricale dans l'optique de faire suite aux questions posées à l'étape 2 du RC. L'autre groupe, a préféré entamer directement par l'examen clinique général et obstétrical, après avoir ressenti une angoisse et une inquiétude dans les mots de la patiente concernant la santé fœtale. Ainsi, en débutant l'examen par la recherche des bruits du cœur fœtal, ce second groupe a cherché directement à répondre aux inquiétudes de la patiente. Cette approche démontre la sensibilité et l'empathie de certaines professionnelles autour des besoins émotionnels de la patiente. Pour rappel, toutes les actrices jouant le rôle de la patiente disposaient de la même fiche scénario et devaient insister sur certains points, notamment leurs inquiétudes concernant la santé de leur bébé. Nous pouvons émettre une autre hypothèse quant au cheminement suivi par ce deuxième groupe : la symptomatologie n'inspirant pas la SF, ce temps clinique permet de prendre du recul pour choisir sa CAT. L'examen clinique peut aussi permettre d'apporter d'autres éléments et de réfléchir à la prise en charge. Ceci est une sorte de stratégie discrète, mettant en avant l'empathie mais facilitant la décision.

D'autre part, la SF D3 a posé initialement un diagnostic d'HG après l'étape de l'anamnèse ciblée. Elle a ensuite décidé de poursuivre par l'examen clinique obstétrical et l'anamnèse afin d'évaluer la gravité de la situation en plus de la volonté d'atteindre les objectifs de la consultation de suivi de grossesse du 5^{ème} mois. Finalement, elle est restée sur son diagnostic de départ. Nous pouvons ici repérer un système de contrôle proactif, dans un but d'évaluation et de prévention.

Pour finir, SF B8, qui a posé le diagnostic d'hyperémèse gravidique non sévère et a conclu que cette hypersalivation était une des conséquences de cette pathologie, a poursuivi l'étape 2 par l'examen clinique et l'anamnèse obstétricale. Cette décision a été prise dans l'optique d'évaluer, elle aussi, la gravité du symptôme sur le bien-être maternel et fœtal. Son diagnostic initial, posé à l'étape 3 bis, a été retenu.

4.3.2 La régulation rétroactive

Le processus de rétroaction, a une importance décisionnelle pour le cheminement final des sages-femmes. Ces régulations se distinguent, comme dit précédemment, par leur caractère rétrospectif.

Un exemple illustratif est celui de la sage-femme B1, qui, après avoir recueilli des données cliniques rassurantes à l'étape 3A, décide de revenir à l'étape 2 du schéma du RC. Ce retour en arrière lui permet de réévaluer ses hypothèses initiales qui étaient jugées « floues » par la participante. Les inquiétudes de la patiente l'ont poussée à revenir à cette étape d'anamnèse ciblée. En émettant de nouvelles hypothèses à la lumière des nouvelles données recueillies, la SF B1 ajuste sa PEC, exprimant ainsi sa volonté de répondre aux préoccupations de sa patiente.

Nous pouvons identifier un autre cas illustrant une boucle de rétroaction concernant l'évaluation du diagnostic. Les SF D2, D3 et B8 ont été des rares sages-femmes à poser un diagnostic suite à l'étape 2 du schéma du raisonnement. La sage-femme D2 a initialement posé le diagnostic d'hypersialorrhée gravidique. Lorsque nous regardons la conclusion donnée à l'étape 5, nous remarquons que cette sage-femme est revenue sur son diagnostic initial, complété par la mention « sans répercussion materno-fœtale à proprement parler ». En effet, suite aux interrogatoires de la patiente concernant la nature et la cause de son symptôme, elle décide de revenir à l'étape d'anamnèse ciblée. Cette régulation rétroactive précoce a été motivée par le fait que la sage-femme n'a pas su répondre aux questions de sa patiente, réalisant qu'elle a besoin d'autres informations pour comprendre pleinement la situation et « ne pas passer à côté d'une pathologie ». Finalement, elle décide de revenir à l'étape 2 et de suivre l'itinéraire classique du RC. Cela lui permet d'émettre des hypothèses, de prescrire des bilans complémentaires et de proposer une prise en charge adaptée et un suivi rapproché de la patiente.

Cette démarche témoigne de sa volonté de ne pas méconnaître une éventuelle pathologie, étant donné sa maîtrise limitée du symptôme et de ses gravités possibles.

Une autre boucle de rétroaction a été identifiée dans le raisonnement de la SF B8. Ayant initialement pris l'itinéraire 3 bis puis 3 A, elle décide de revenir à l'étape 3 qui est celle d'émission d'hypothèses. Cette démarche s'avère être une réponse directe suite à l'insistance de la patiente concernant sa gêne quotidienne et persistante. Les questions que cette sage-femme avait posées à l'étape 2 étaient essentiellement axées sur les nausées et vomissements, probablement influencées par le cas clinique qu'elle a rencontré en stage lors de son cursus et sur laquelle elle s'était appuyée pour poser le diagnostic de départ. Toutefois, suite aux paroles insistantes et face à son incapacité à répondre aux questions de la patiente, la sage-femme ressent le besoin de revisiter son raisonnement et son anamnèse et de retourner à l'étape 3 en émettant de nouvelles hypothèses. Après une analyse approfondie, des recherches sur internet et un examen attentif, elle décide de maintenir son diagnostic initial, jugé adéquat à la lumière des informations recueillies ce jour.

4.3.3 La régulation différée

Une boucle de régulation supplémentaire pourrait être observée autour de la continuité de la prise en charge de la patiente au fil du temps. Toutes ont intégré une notion de temporalité dans leur PEC initiale. En cas d'échec de la PEC, les sages-femmes B1, D2, D7 et Be10 ont évoqué la possibilité de recourir aux médecines alternatives. Ce choix reflète leur volonté d'explorer d'autres options non médicamenteuses pour répondre aux besoins de la patiente et s'adapter en fonction de sa réaction à la conduite à tenir initiale. Cette alternative, à l'absence de prise en charge spécifique de l'HG, est surtout proposée par les sages-femmes ayant conclu sur la nature bénigne du symptôme (SF B1, D2, B5, D7, B8). Pour la SF Be10, cette option sera envisagée lorsque les bilans et la consultation à la maternité auront confirmé l'absence d'anomalies. Il s'agit ici d'une régulation différée.

De plus, les SF B1 et B5, ayant constaté une asthénie profonde chez la patiente, ont souligné l'importance d'évaluer le niveau de fatigue et la nécessité d'un arrêt de travail à chaque consultation. Cela leur permettrait de détecter rapidement tout signe de détérioration de l'état de santé de la patiente et adapter la PEC en conséquence. Enfin, la planification d'évaluations cliniques à court terme, généralement programmée dans un délai d'une à deux semaines pour surveiller l'évolution des symptômes, témoigne de l'approche rétroactive différée des participantes dans la gestion du cas clinique. Cette période est déterminée en fonction de la durée de l'arrêt de travail pour celles ayant choisi d'arrêter leur patiente (SF B5, B6 et Be10). Concernant les professionnelles qui ont prescrit des examens complémentaires, elles adapteront leur CAT en fonction des résultats obtenus. En cas de

pathologie avérée ou de doute, elles ont souligné la nécessité de solliciter un avis médical, car cela ne relève plus de leurs compétences. Comme l'a mentionné la SF B6 : « Je suis sage-femme et pas médecin, il faut savoir détecter la pathologie et passer la main au médecin ». Cette démarche témoigne de leur souci d'assurer une prise en charge complète et adaptée à la situation, ainsi qu'un suivi régulier de la patiente. La régulation rétroactive différée est le reflet d'un contrôle effectué après un certain délai écoulé pour avoir une évaluation approfondie et une collecte d'informations précises et supplémentaires.

Ces boucles de régulation rétroactive jouent un rôle d'orientation dans le raisonnement clinique face à cette situation particulière. Elles offrent une voie de retour permettant de réévaluer la situation suite à certaines informations délivrées par la patiente oralement ou émotionnellement et surtout de remettre en question leur démarche de réflexion initiale. Ainsi, en permettant aux praticiennes de revisiter leur raisonnement clinique et leurs décisions entreprises à la lumière de nouvelles données ou de préoccupations exprimées par la patiente, la régulation favorise une approche réflexive et surtout critique du processus de prise en charge. Elles permettent à certaines sages-femmes de prendre conscience des limites de leurs connaissances face à certaines situations, l'hypersialorrhée dans ce cas, et d'éviter de passer à côté d'éventuelles manifestations pathologiques. Cela leur permet de rester vigilantes et ouvertes aux différentes possibilités diagnostiques. Nous pouvons dire que ces boucles favorisent un processus d'apprentissage continu et un développement professionnel, tout en assurant la sécurité et la qualité des soins prodigués. Cela les amène à rechercher des informations complémentaires ou à consulter d'autres professionnels de la santé pour obtenir des conseils et des orientations. Toutes les participantes ayant envisagé de revoir la patiente dans un court délai ont explicité le besoin de se renseigner auprès des collègues médecins ou sages-femmes avant le prochain rendez-vous.

4.4 Les itinéraires raccourcis qui enrichissent la réflexion ?

Nous allons maintenant poursuivre notre discussion autour des itinéraires raccourcis, nommé par le terme bis dans le schéma général, [Figure 2](#): Schéma général du raisonnement clinique, et leurs impacts sur le raisonnement clinique de certaines sages-femmes. Initialement choisis par trois des participantes, deux d'entre elles ont finalement abandonné cette approche au cours de leur cheminement.

4.4.1 L'orientation de la réflexion

Certaines participantes, ont choisi d'emprunter l'itinéraire bis au début de leur évaluation clinique. Cette approche, caractérisée par une reconnaissance immédiate de la plainte de la patiente sans passer

par des étapes habituelles, a parfois conduit à des conclusions différentes. Par exemple, SF B8 a envisagé une l'hyperémèse gravidique après avoir poursuivi par l'anamnèse et l'examen clinique, notamment le poids de la patiente. Elle a conclu que ce symptôme était une des conséquences non sévères de cette hyperémèse gravidique, dû aux persistances des nausées et vomissements du premier trimestre. Quant à la SF D2, bien qu'elle soit initialement restée sur son constat de l'étape 3 bis, a finalement entrepris une boucle de régulation rétroactive pour revenir à l'itinéraire classique à partir de l'étape 2, pour éviter de passer à côté d'une pathologie gravidique potentielle. Cette réorientation précoce de la réflexion montre la capacité de la sage-femme à remettre en question son hypothèse de départ et à avoir une approche hypothético-déductive dans des situations inhabituelles et peu communes. Elle a ainsi constaté que les informations obtenues via l'itinéraire bis n'étaient pas suffisantes pour parvenir à un diagnostic précis et sûr. Cela peut permettre aux professionnelles de prendre en compte d'autres aspects qui auraient pu être négligés sans ce retour en arrière. En revanche, la SF D3 a été la seule personne à rester fidèle à son diagnostic. Étant fondée sur une reconnaissance immédiate des symptômes, elle a construit son plan d'action en fonction de ce diagnostic et des conséquences dans le quotidien de la patiente, causées par cette HG. En optant pour cette voie alternative, elle a démontré et exprimé une confiance en ses capacités à évaluer la situation de manière exhaustive et poser un diagnostic sûr. Dans cette approche, cette participante nous a souligné la nécessité d'avoir des ressources fiables et une expertise clinique pour prendre des décisions éclairées dans ces genres de cas cliniques. En se basant sur son jugement et son expérience, la SF D3 a pu identifier les caractéristiques de la problématique et formuler un diagnostic adéquat sans avoir à revenir sur l'itinéraire classique comme ses deux autres collègues.

4.4.2 Importance de la flexibilité dans le chemin de la réflexion

Il est important de noter, à travers ses trois exemples, la flexibilité des sages-femmes dans leur approche de raisonnement clinique. Alors que ces itinéraires raccourcis peuvent offrir une perspective alternative et stimuler la réflexion heuristique, il est essentiel de savoir quand revenir à la voie classique pour garantir une évaluation complète et rigoureuse de la situation en cas de doute. Cela souligne la nécessité d'une base de connaissances solides et d'une expertise clinique pour naviguer efficacement à travers les différents chemins du raisonnement. C'est ce que les schémas du RC des sages-femmes D2 et B8 mettent en lumière. Il est également intéressant de reconnaître les situations où l'itinéraire bis peut être approprié (SF D3).

4.4.3 Les risques et bénéfices de ces itinéraires raccourcis

Enfin, il convient de reconnaître à la fois les avantages et les risques associés aux itinéraires raccourcis. Bien qu'ils puissent permettre une exploration plus rapide dans le diagnostic et dans la mise en place d'un traitement, ils présentent également le risque de négliger des éléments importants et de prendre des décisions parfois précipitées. Il est donc essentiel que les sages-femmes considèrent attentivement les données importantes de la patiente et évaluent continuellement l'efficacité du raisonnement dans le contexte du cas clinique.

Le cas de la SF B8 met en lumière un phénomène important dans le raisonnement clinique : le biais de confirmation(22). Ce biais se produit lorsque la sage-femme à une idée préconçue, suite aux toutes premières informations fournies par la patiente, et tend à rechercher des informations confirmant cette hypothèse de départ. Elle a, certes, repris un raisonnement classique, mais les questions dans l'étape 2 étaient orientées sur les symptômes de l'hyperémèse gravidique, tout en ignorant ou en interprétant de manière sélective les données qui pourraient la contredire. Même si la patiente insistait sur cette apparition soudaine et très contraignante d'une hypersalivation, la participante a continué son interrogatoire autour de son diagnostic initial. Bien qu'elle soit finalement revenue à l'itinéraire classique, le fait d'avoir été influencée par son hypothèse initiale a biaisé son raisonnement et l'a empêché de considérer pleinement d'autres possibilités.

Nous pouvons donc mettre en lumière que ces itinéraires peuvent offrir des avantages potentiels en termes de réduction du temps de diagnostic. Néanmoins, ils nécessitent une base de connaissances et de données suffisantes car ils comportent également des risques de biais de diagnostic. Le retour à l'itinéraire classique peut être motivé par des facteurs tels que l'insuffisance des données ou une réévaluation de la situation clinique. Il est donc essentiel que les sages-femmes soient conscientes de ces considérations et qu'elles adoptent une approche réfléchie et critique dans leur prise en charge, surtout lorsqu'elles font face à un cas clinique inhabituel et peu commun.

4.5 Les étapes minorées et l'impact sur le raisonnement clinique

Outre les itinéraires alternatifs et boucles de rétroaction, il serait intéressant d'examiner l'impact des étapes minorées dans le raisonnement clinique des sages-femmes. Certaines étapes minorées peuvent jouer un rôle significatif dans la formulation d'un diagnostic précis et dans la prise en charge appropriée des patientes.

4.5.1 Identification des facteurs de risque

La plupart des sages-femmes ont procédé par la recherche des facteurs de risque : SF Be4, B5, B6, D7, Be9, Be10. Cette identification, très souvent apparue à la suite de l'anamnèse, étude du dossier et de l'examen clinique n'a été verbalisée et respectée que par certaines sages-femmes. Ces données peuvent fournir des indices précieux sur les conditions préexistantes, les antécédents et les habitudes de vie qui peuvent influencer le diagnostic et le plan de traitement et de suivi(23).

En identifiant les facteurs de risque, les sages-femmes peuvent anticiper les complications potentielles et mettre en place des mesures préventives appropriées. Par exemple, la primiparité(24), identifié comme un facteur de risque commun, a incité les sages-femmes à être très vigilantes sur le plan psychologique. Elles ont proposé plus aisément un suivi psychologique ou ont abordé l'aspect psychologique de façon détaillée. Ces sages-femmes se sont intéressées à savoir s'il s'agissait d'une grossesse désirée, si le conjoint était présent, si la patiente avait des appréhensions concernant la grossesse... De plus, toutes celles ayant identifié la fatigue maternelle comme facteur de risque, n'ont pas hésité à proposer et prescrire un arrêt de travail, ce que les autres sages-femmes n'ont pas forcément fait en vue du terme de la patiente (SF D3, SF B8) ou d'une identification d'une simple fatigue physique (SF B1, SF D2). Ainsi, l'identification des facteurs de risque a permis aux participantes d'individualiser la prise en charge de la patiente, d'anticiper les complications potentielles et de « prendre des décisions éclairées tout au long du cheminement clinique »(23). Cela contribue à améliorer la qualité des soins.

4.5.2 Notion de temporalité

La prise en compte de la temporalité est une étape importante du raisonnement clinique des sages-femmes. Cela reflète une étape proactive et réfléchie où certaines sages-femmes ont pris l'initiative de planifier un autre rendez-vous avec la patiente pour évaluer de nouveau son état et surtout interpréter les résultats des examens complémentaires prescrits à la fin de cette consultation. Les participantes qui ont programmé un suivi dans un délai d'une à deux semaines, ont formulé un diagnostic probable d'hypersialorrhée physiologique due à la grossesse à l'instant t, tout en gardant à l'esprit d'autres possibilités diagnostiques peu probables mais à exploiter. SF D2, qui a prescrit un bilan hépatique complet et un ionogramme, SF B6 avec la prescription d'un bilan vasculo-rénal et SF Be10 avec un bilan métabolique complet, ont opté pour une approche prudente et exhaustive. Elles reconnaissent ainsi la complexité des cas cliniques et la nécessité de prendre en compte diverses éventualités avant de s'orienter d'emblée sur la physiologie. De même, SF D7 a voulu revoir sa patiente afin d'évaluer son

état et l'efficacité de la prise en charge initiale, SF B5 et Be10 en plus de cette volonté, avait comme but de revoir sa patiente à la fin de la durée de l'arrêt de travail.

En revanche, certaines sages-femmes, telles que SF B1 et Be9, ont simplement évoqué la possibilité de reprendre un rendez-vous si la patiente le souhaite, sans préciser de délai spécifique. Cela pourrait conduire à un retard dans le diagnostic et une détérioration de l'état physique et moral de la patiente si des complications surviennent entre-temps et ne sont pas détectées précocement. Il est important de souligner que l'objectif n'est pas de préconiser une réévaluation systématique de chaque patiente, mais plutôt de reconnaître que l'identification des facteurs de risque offre une approche plus holistique et un suivi attentif, adapté aux critères identifiés. Ce qui a incité certaines sages-femmes, ayant repéré les facteurs de risque, à adopter cette approche.

D'autres professionnelles, comme les SF D3 et B8, n'ont pas abordé la question de la temporalité dans leur suivi. Considérant les symptômes comme bénins, elles n'ont pas jugé nécessaire de fixer un rendez-vous ultérieur dans un court délai. SF D3 rajoute « qu'il ne faut pas orienter les patientes, mais faire comprendre par la bienveillance et la confiance, qu'elles peuvent revenir quand elles le souhaitent ». Il est possible que cela entraîne une observance thérapeutique réduite si la patiente ne se sent pas suffisamment encouragée ou motivée à prendre elle-même cette initiative. D'autre part, dans le contexte de la grossesse où le suivi peut être assuré par différents ou plusieurs professionnels à la fois, cela peut parfois entraîner une perte de continuité des soins pour la patiente. SF Be 4, par exemple, insiste sur l'importance de planifier les prochains rendez-vous avec elle, afin d'avoir un suivi continu de l'état de la patiente et de son évolution pendant toute la grossesse. Elle demande également que l'entretien prénatal précoce soit réalisé avec elle, renforçant ainsi cette continuité.

Dans les situations cliniques inhabituelles et peu communes, « où les symptômes peuvent être atypiques ou évoluer de manière imprévisible »(25), la prise en compte de la temporalité peut être importante. C'est ce que nous pouvons constater face à un nombre important de sages-femmes ayant porté attention à cette dimension temporelle (SF B1, D2, Be4, B5, B6, D7, Be9 et Be10).

Premièrement, cela permet de contextualiser les symptômes et de comprendre leur évolution dans le temps. SF D2 explique que les maux de la grossesse tendent à s'estomper généralement à la fin du premier trimestre, voire déborder parfois sur le second. Cette approche temporelle peut fournir des indices sur la nature sous-jacente du problème de santé et aider à différencier les causes possibles. Il est toutefois important de préciser que l'HG est un symptôme pouvant persister jusqu'à l'accouchement(3).

Deuxièmement, la surveillance réitérée est essentielle pour évaluer la réponse au traitement et ajuster la prise en charge en conséquence. Dans les cas cliniques inhabituels, où les traitements ciblés sont

méconnus ou inexistant, suivre l'évolution des symptômes au fil du temps permet aux professionnelles d'évaluer l'efficacité et d'adapter le plan de traitement. Les sages-femmes ont toutes évoqué cette volonté à travers cette approche.

De plus, en planifiant des rendez-vous de suivi réguliers et rapprochés dès le départ, les sages-femmes peuvent détecter préocement tout changement significatif de l'état de la patiente. La prise en compte de la temporalité dans le processus de raisonnement clinique permet une surveillance efficace, facilitant le diagnostic en éliminant au fur et à mesure les autres possibilités, classifiées de « peu probables » par ces jeunes diplômées.

4.6 Un schème commun dans les situations atypiques ?

La pratique de sage-femme est caractérisée par une grande variété de situations imprévisibles auxquelles elle n'a pas été confrontée lors de nos études ou en tant que jeune diplômée. Il est essentiel de développer une stratégie de raisonnement clinique aboutissant à une prise en charge efficace et adaptée à ces situations. C'est cette réflexion qui a conduit à la réalisation de ce mémoire.

À partir des observations et entretiens, et des modélisations des RC qui en découlent, ainsi qu'en utilisant la méthode de didactique professionnelle, convenant à ce travail de recherche, nous avons constaté des similitudes dans le cheminement clinique des participantes. De cela, nous pouvons dégager une organisation invariante dans le RC des sages-femmes face à cette situation atypique et au sein de ce schème général, nous pouvons repérer des sous-schèmes comparables.

Comme le montrent les sous-sections de la partie 3, [Résultats et analyse](#), notamment sur les invariants opératoires, une certaine invariance dans les connaissances est présente. Les règles d'actions également sont majoritairement identiques dans la conduite de la consultation, dans les actions de contrôle telles que le poids, l'hydratation, l'alimentation, dans les prises d'informations par questionnement, étude du dossier et examen clinique. En parallèle des variations dans les prises en charge et les conduites à tenir, nous retrouvons une conduite quasiment identique quant à la démarche de raisonnement clinique. Les sages-femmes commencent et finissent par les mêmes étapes du RC, avec des objectifs à atteindre très similaires. Nous pouvons remarquer qu'une importance particulière a été attribuée à la relation soignant-soignée, la formulation d'un diagnostic et à l'interprétation des données, aboutissant à un projet de soins adapté à la patiente. Les buts et les règles actions sont placés en priorité dans le relationnel et l'approche centrée sur la patiente, ouvrant ainsi à la parole et à l'expression libre, comme le dit William Osler « Si vous écoutez attentivement le patient, il vous donnera le diagnostic ».

Les nouvelles diplômées adoptent toutes une approche globale dans l'évaluation des situations cliniques inhabituelles. Elles prennent en compte non seulement les symptômes présents, mais également l'aspect psychologique, le bien-être maternel et fœtal, pour parvenir à une compréhension complète de la situation.

Elles s'engagent dans une démarche active de recherche et d'apprentissage. Les boucles étudiées dans la partie 4.3 Les variations dans les boucles de régulations, mettent en avant cette volonté. Elles font preuve de flexibilité et d'adaptabilité dans leur approche des situations inhabituelles. Elles sont capables de se remettre en question et d'ajuster rapidement leur raisonnement à la situation. Les notions de temporalité et d'évaluation de la situation deviennent des préoccupations communes aux sages-femmes dans cette problématique peu fréquente.

Parmi le schème d'action commun, nous pouvons identifier le schème de l'organisation du raisonnement clinique. La grande majorité des participantes a adopté un raisonnement hypothético-déductif. Les étapes ont été suivies de façon globalement linéaire, même si des boucles ont été identifiées. Toutefois, deux sages-femmes ont suivi un raisonnement non analytique, représenté par le cheminement bis dans le schéma général. Mais cette différence dans la conduite des étapes ne constitue pas un schème différent car l'organisation du raisonnement était la même à travers les étapes initiales et finales (Annexe VIII : Schéma général du raisonnement clinique).

Un sous-schème est identifié dans la suite des soins organisés. Une grande majorité des participantes, c'est-à-dire toutes sauf les SF B1 et Be9, ont prévu une continuité dans la prise en charge. Une évaluation a été, soit organisée, soit proposée et verbalisée par ses sages-femmes. Étant donnée l'incertitude dans le diagnostic posé et dans la prise en charge proposée, ce sous-schème d'action est retenu comme essentiel dans le suivi de cette situation peu commune.

Un autre composant du schème général émerge dans l'approche de prise en charge, alliant à la fois une vision globale et une approche individualisée pour chaque patiente. En intégrant ces deux aspects dans leur pratique, les sages-femmes prennent en compte les besoins uniques de chaque femme enceinte dans cette situation particulière aidant dans la prise en charge. Cette approche permet également d'explorer une gamme plus large de solutions alternatives et d'impliquer activement la patiente dans le processus de prise en charge, favorisant une meilleure coordination des soins et des résultats plus satisfaisants pour les dames.

En analysant chacune des composantes du schème impliquée dans le raisonnement clinique des sages-femmes, nous nous rendons compte de la présence d'un schème d'action commun, composé de plusieurs sous-schèmes comparables. Nous appelons un schème d'action, « ce qui, dans une action, est ainsi transposable, généralisable ou différenciable, d'une situation à la suivante »(26). Les schèmes

sont donc des modèles mentaux qui permettent aux sages-femmes de reconnaître des similitudes entre différentes situations et d'adapter leurs actions en conséquence. Ainsi, les différents sous-schèmes contribuent à former un schème plus large et flexible, qui reste invariant dans ses principes fondamentaux tout en s'adaptant aux particularités de chaque situation rencontrée.

4.7 Intérêt de notre étude

Nous sommes parties d'une observation directe des sages-femmes dans l'action afin d'en tirer des modèles de raisonnement clinique (Annexe IX : Modélisation du raisonnement clinique propre à chaque sage-femme). Cela nous a permis d'observer la manière dont les SF abordent et gèrent des situations cliniques particulières. Dès lors que l'action devient observable, « il est plus facile d'en discuter, d'en saisir les forces et les faiblesses du raisonnement cognitif et de la modifier selon les besoins »(27). À l'origine de cette étude, comme sous-entendu dans notre avant-propos, nous avions comme a priori que ces symptômes bénins et rares pouvaient être minimisés par les professionnels de la santé, malgré leurs impacts dans le quotidien des patientes. De manière remarquable, toutes les participantes ont accordé une importance à la problématique de la patiente, adoptant une vision globale de l'impact du symptôme. Leur objectif était non seulement de chercher une solution concrète mais aussi d'atténuer les impacts, tout en pensant à écarter une éventuelle pathologie face à l'incertitude de la situation.

Cette étude présente un intérêt scientifique, nous avons développé une méthode d'investigation du RC de jeunes diplômées face à une situation clinique peu rencontrée. Nous avons pu identifier une volonté d'éliminer toute possibilité de pathologie sous-jacente et ainsi qu'une préoccupation unanime pour la prise en charge globale, en plaçant la patiente au cœur de son parcours de soins. À travers ses 10 séances de simulation de l'activité et des entretiens, nous avons observé une structure commune dans le RC. En parallèle des différences identifiées et des adaptations des actions à la situation, nous remarquons une PEC cohérente et appropriée, tant sur le plan médical que psycho-social. La PEC dans la globalité semble être une approche cruciale dans la PEC des cas bénins.

Comme évoqué précédemment, la méthode de didactique professionnelle est un atout majeur dans cette étude. L'analyse de chacune des composantes du schème nous a permis d'aboutir à une modélisation structurée et détaillée du RC des participantes. Cette étude ayant été réalisé à l'aide des simulations d'un cas clinique, suivi des entretiens d'explicitation, nous avons pu explorer en profondeur les réflexions et les choix des participantes lors de leur action. Nous avons décortiqué toutes les étapes empruntées par chacune des participantes pour avoir une compréhension et une analyse plus fine des processus de décisions et des pratiques cliniques face à des situations mettant parfois en difficulté certaines.

Pour finir, cette étude nous a sensibilisées aux défis rencontrés dans la pratique de sage-femme. Cela offre une opportunité de développer nos connaissances sur le raisonnement clinique et de comprendre les processus cognitifs impliqués dans cette démarche essentielle. Ainsi, en intégrant les différentes modélisations du RC dans notre formation et pratique, cela nous donne l'opportunité d'enrichir nos compétences cliniques et notre approche réflexive, tout en les personnalisant, à la découverte de notre propre méthode analytique.

5 Conclusion

Bien qu'il existe des protocoles et des algorithmes bien définis et structurés concernant certaines pathologies gravidiques, les situations peu fréquentes, inhabituelles et bénignes peuvent rapidement devenir des situations mettant en difficulté les moins expérimentés, dont les nouvelles diplômées. Les sages-femmes sont souvent confrontées à la prise en charge des patientes présentant des symptômes variés et propres à chacune, pour lesquels il n'existe pas de protocoles spécifiques.

Notre étude visait à explorer le raisonnement clinique des jeunes sages-femmes face à des situations cliniques inhabituelles, en mettant en avant des schèmes d'action qui émergent de leur pratique. À travers l'analyse des données recueillies lors des situations de simulations et des entretiens d'explicitation consécutifs, nous avons pu identifier un schème d'action commun composé de plusieurs sous-schèmes identiques.

L'exploration du raisonnement clinique, qui semblait être propre à chacune des sages-femmes, présente en réalité des éléments qui sont constants. En analysant le cheminement cognitif de ces dernières, à l'aide de la méthode de didactique professionnelle, nous avons observé un parcours réflexif comparable. Bien qu'il y ait des variations qui ont été identifiées, les composantes du schème restent similaires, avec des conduites homogènes dans les étapes du raisonnement clinique, soulignant à la fois le caractère invariant et adaptable du schème d'action.

Nos résultats ont mis en évidence un schème d'organisation du raisonnement clinique commun, caractérisé par l'adoption d'une approche hypothético-déductive et analytique. Cette étude souligne un point important dans cette démarche, la prise en charge dans la globalité. Il est important de noter que la grande majorité des sages-femmes a su trouver une harmonie entre une approche médicale rigoureuse, en prescrivant des thérapeutiques et des examens complémentaires afin d'évaluer la gravité et de traiter les symptômes présentés, et une approche empathique. La prise en charge holistique, intégrant les comportements primordiaux comme l'empathie, l'écoute active et la bienveillance ainsi que des connaissances et compétences médicales solides, constitue un pilier fondamental de la pratique des sages-femmes. En effet, ces qualités humaines et médicales permettent d'établir une relation de confiance avec les patientes, favorisant une communication ouverte et une prise en charge efficace dans tous ses aspects. Cette approche peut contribuer à un effet placebo, et devenir un moyen très utile dans la prise en charge des problématiques bénignes.

Dans de telles situations, sans gravité, mais impactant fortement le quotidien des parturientes, il est essentiel d'explorer et de mettre en œuvre des moyens alternatifs pour soulager ces symptômes et veiller à améliorer le bien-être des femmes enceintes. En adoptant une approche holistique, humble et bienveillante, les professionnels de santé peuvent offrir un accompagnement personnalisé et

attentif, en considérant les plaintes de ces dames, sans les minimiser, afin d'améliorer leur bien-être et de favoriser une expression positive de la grossesse.

Ce travail de recherche a ainsi permis d'éprouver, à partir d'une patiente présentant une hypersialorrhée gravidique, une méthode d'investigation du raisonnement clinique basée sur la simulation d'une situation clinique, des entretiens et l'analyse des données. Notre étude a amené à une formalisation du RC face à un symptôme atypique. Cette approche réflexive et méthodique pourrait très bien être étendue à d'autres situations cliniques et ainsi être intégrée dans les parcours d'apprentissage des étudiants sages-femmes en formation. En permettant aux futurs soignants de s'exercer à travers des simulations de cas cliniques et de ces analyses, cette méthode peut favoriser le développement des compétences essentielles à la pratique clinique. La simulation peut être une bonne méthode pour soutenir les étudiants en difficulté, en identifiant les obstacles dans les étapes du raisonnement, et être un moyen interactif et efficace d'apprentissage. Par des séances de simulation, les ESF peuvent explorer diverses approches de résolution de cas clinique, renforçant ainsi leur capacité à raisonner de façon autonome et à proposer des solutions adaptées à la problématique. « L'apprentissage est plus efficace et plus puissant lorsqu'il est fondé sur l'expérience personnelle et surtout s'il est suivi d'une réflexion sur cette expérience»(28).

Bibliographie

1. François K. L'hypersalivation gravidique, un symptôme invalidant. Sages-Femmes. mars 2020;19(1):37-9.
2. Thoulon JM. Petits maux de la grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique. août 2005;2(3):227-37.
3. Van Dinter MC. Ptyalism in Pregnant Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. mai 1991;20(3):206-9.
4. cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf>
5. Seret J, Pirson M, Penson F, Lefebvre H, Lecocq D. Besoins et attentes des personnes vivant avec un asthme chronique quant à l'accompagnement proposé par les professionnels de la santé belges. Rech Soins Infirm. 2018;132(1):64-77.
6. Mchenga NL. My Experience With Ptyalism Gravidarum During the COVID-19 Pandemic. Nurs Womens Health. oct 2021;25(5):400-2.
7. Munoz G, Marques C, Gomes A, Allain O. Initiation à la Didactique Professionnelle pour les formateurs. 2022. 351 p.
8. Vermersch P. L'entretien d'explicitation Ed. 9 [Internet]. 9^e éd. Paris: ESF éditeur; 2019 [cité 26 mai 2023]. 205 p. (Psychologies & Psychothérapies). Disponible sur: <https://unr-ra-scholarvox-com.docelec.univ-lyon1.fr/book/88904014>
9. Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation. 1 mars 2006;(154):145-98.
10. Mayen P. Lever quelques embarras et incertitudes de méthode en didactique professionnelle. Trav Apprentiss. 2014;13(1):118-9.
11. Pastré P, Mayen P, Vergnaud G. La didactique professionnelle. Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation. 1 mars 2006;1(154):145-98.
12. Vergnaud G. La pensée est un geste Comment analyser la forme opératoire de la connaissance. Enfance. 2011;1(1):43-4.
13. Leplat J. Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes. Formation et pratiques professionnelles. Activités. 15 oct

2011;08(2):150.

14. Vergnaud G. FORME OPERATOIRE ET FORME PREDICATIVE DE LA CONNAISSANCE. *Investig Em Ensino Ciênc*. 2012;17(2):287-304.
15. Vergnaud G. FORME OPERATOIRE ET FORME PREDICATIVE DE LA CONNAISSANCE. *Investig Em Ensino Ciênc*. 2012;17(2):287-304.
16. 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 2 mars 2024]. p. 285. (Education et formation). Disponible sur: <https://www.cairn.info/savoirs-theoriques-et-savoirs-d-action--9782130589990-p-275.htm>
17. Clinical reasoning in the health professions. ISTE Editions. Edinburgh London New York: Elsevier; 2019. 511 p. (Interdisciplinarité, sciences; vol. 1).
18. CNFS. Modèle hypothético déductif [Internet]. 2014. Disponible sur: https://formation.cnfs.ca/assets/atelierscnfs/faconner-le-raisonnement-clinique/pdf/unite3/unite3_2_transcription_modele_hypothetico-deductif.pdf
19. Fayol M, Lemaire P. Richard (Jean-François). — Les activités mentales. Comprendre, raisonner, trouver des solutions. *Rev Fr Pédagogie*. 1991;94(1):119-21.
20. Leplat J. La notion de régulation dans l'analyse de l'activité. *Perspect Interdiscip Sur Trav Santé* [Internet]. 1 mai 2006 [cité 23 mars 2024];(8-1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/pistes/3101#tocco2n3>
21. Diebolt C. L'idée de régulation dans les sciences : hommage à l'épistémologue Jean Piaget. *Rev Déconomie Polit*. 2020;130(4):509-17.
22. Larivée S, Sénéchal C, St-Onge Z. Le biais de confirmation en clinique. *Enfance*. 2018;4(4):575-92.
23. Kaeuffer C, Le hyaric C, Fabacher T, Mootien J, Ruch Y, Zhu Y, et al. Caractéristiques cliniques et facteurs de risque associés aux formes sévères de COVID-19 : analyse prospective multicentrique de 1045 cas. *Med Mal Infect*. sept 2020;50(6):S27.
24. Reeves N. L'anxiété spécifique à la grossesse : une entité clinique distincte ? Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale. [Thèse de doctorat de psychologie]. [Centre hospitalier de l'Université de Montréal]: Montréal; 2017.
25. HENRY S. Le raisonnement clinique : Genèse de l'expertise IADE [Internet] [Mémoire]. [Centre hospitalier universitaire de Nantes]: Nantes; 2017 [cité 9 mars 2024]. Disponible sur:

https://documentation.chu-nantes.fr/jlbweb/jlbSai/HENRY_S_IADE2017.pdf?html=Bur&base=irfaps&file=818.pdf

26. Vinatier I. Schème – situation. In: Dictionnaire des concepts de la professionnalisation [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2022 [cité 9 mars 2024]. p. 387-90. (Hors collection Psychologie/Pédagogie; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisation--9782807340534-p-387.htm>
27. Paucard-Dupont S, Marchand C. Étude exploratoire du raisonnement clinique chez les étudiants en soins infirmiers à l'aide de la carte conceptuelle. *Rech Soins Infirm.* 2014;117(2):85-112.
28. Kolb D. Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development. Vol. 1, *Journal of Business Ethics.* 1984. 272 p.

Annexes

Annexe I : Note d'information



Note d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude intitulée « *Exploration du raisonnement clinique des sages-femmes nouvelles diplômées face à une situation clinique rare et bénigne* » nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

L'investigateur principal de cette étude, dont le l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux s'est porté promoteur, est le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'étude de *Maïde DEGERLI*, étudiante sage-femme en 4 ème année.

L'objectif de cette étude est d'explorer le raisonnement clinique des sages-femmes néo diplômés autour d'une problématique peu grave, pas commune mais ayant un impact non négligeable sur la qualité de vie des patientes.

La participation à l'étude consiste à observer dans l'action, par un jeu de rôle, les explications, les conseils et la prise en charge proposées par les soignants face à une patiente se plaignant d'hypersialorrhée gravidique. Le but ici serait d'analyser leur manière de raisonner et d'aboutir à une conduite à tenir tout en les observant dans l'action. Il voudra former un groupe de 2 sages-femmes avec 1 jouant le rôle de la sage-femme consultante et l'autre la patiente se plaignant depuis le début de sa grossesse de ce symptôme et demandant des conseils face à ce mal de la grossesse impactant fortement sa qualité de vie (nausées, halitose, réveils nocturnes...). La scène sera filmée du début jusqu'à la fin en vue de compléter mes prises de notes. Par la suite, un entretien d'explication sera réalisé en groupe en guise de débriefing. Le tout durera entre 1h-1h30.

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).

Dans le cadre de cette recherche fondée sur l'intérêt public, vous pouvez refuser de participer à cette recherche ou retirer votre acceptation de participation à tout moment.

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et/ou sous format papier dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité, afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche, pendant une durée maximale de 2 ans. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

Le responsable du traitement des données est l'UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux avec la participation du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de sous-traitant. Le délégué à la protection des données du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse Haut-Bugey, est votre interlocuteur pour exercer vos droits (accès, effacement, limitation, opposition). Vous pouvez le contacter par email à l'adresse dpo@ght01.fr

Si vous estimatez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE / SAGES-FEMMES
UFR Médecine Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux
CENTRE HOSPITALIER FLEYRIAT
900 route de Paris - CS 90401
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex

Annexe II : Protocole d'enquête

Thématique d'enquête :

- ◊ Exploration du raisonnement clinique des sages-femmes néo diplômées de l'année 2023 face à une situation clinique particulière, peu courante et bénigne.

Public concerné :

- ◊ Sages-femmes diplômées de juin 2023 des sites de formations de Bourg-en-Bresse, Besançon et Dijon.

Modalité de réalisation de l'enquête :

- ◊ Jeu de rôle par groupe de deux : une sage-femme consultante (SF A) et une patiente au 5^{ème} mois de grossesse (SF B).
- ◊ Consigne de travail expliquée oralement avant le début du temps de préparation puis distribution de la consigne de travail format papier pour la SF A et SF B individuellement.

Aspects pratiques :

- ◊ Pancarte ne pas déranger apposée à la porte de la salle de cours.
- ◊ Matériel à disposition pour la SF A :
 - Bureau de consultation (ordinateur, feuilles vierges et ordonnances vierges, roulette, stylos, dossier Audipog).
 - Table d'examen : Tensiomètre, mètre ruban, appareil représentant le doppler fœtal.
 - Matériel personnel apporté par la SF A.
- ◊ Durée de la consultation libre en apportant comme précision « prendre le temps de la consultation ».
- ◊ La mise en scène sera filmée à l'aide d'une caméra installée en diagonale de la SF A et SF B, après accord et avis sur l'emplacement avec les participantes.
- ◊ Présence de l'enquêtrice (E), dans un coin de la pièce afin de prendre des notes pour l'organisation de l'étape suivante. Elle n'interviendra à aucun moment à partir du début du jeu de rôle.
- ◊

Dernière étape de la séance : entretien d'explicitation :

- ◊ Entretien d'explicitation auprès de la SF A dans la salle n°1 pour revenir sur les points essentiels de l'étape 1.
- ◊ Séance avec enregistrement audio uniquement par un dictaphone apposé sur le bureau.

- ◊ Fin de l'entretien dans la bienveillance et remerciements.

Engagement :

- ◊ Recueil de données de façon strictement anonyme.
- ◊ Le film et l'enregistrement audio seront utilisés pour les stricts besoins de l'étude et seront effacés suite à l'exploitation des données.

Rôle de l'enquêtrice (E) :

- ◊ Instauration d'un climat de confiance pour la réalisation du jeu de rôle et de l'entretien en sérénité.
- ◊ Installation du matériel.
- ◊ Prise de note active en notant les moments clés de la consultation pour l'analyse dans la partie entretien.

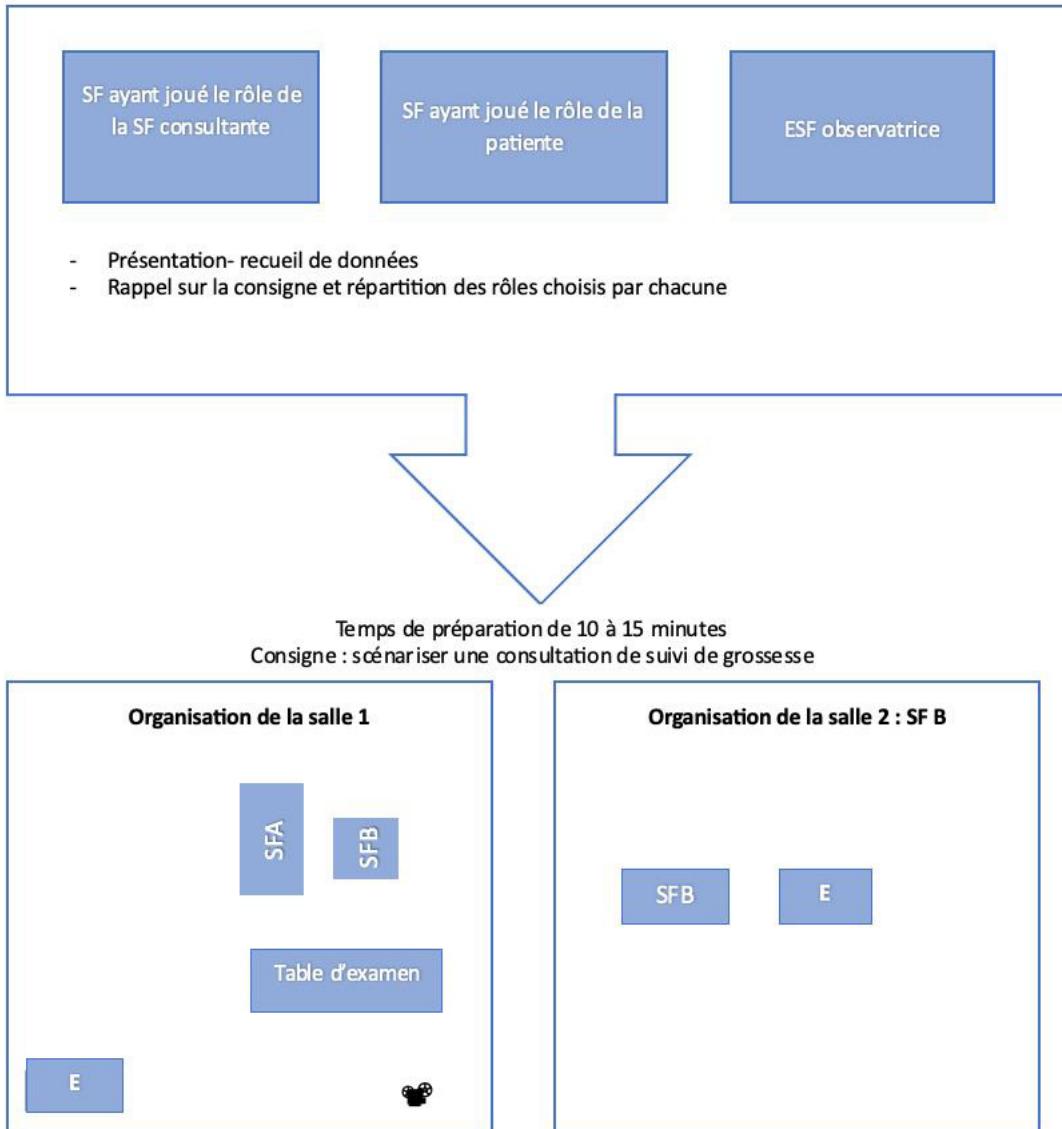
Constitution des groupes :

(Les chiffres indiquent le rang de l'entretien).

- ◊ Groupe Dijon (D) :
 - Groupe D2 : 1 SF hospitalière + 1 SF libérale
 - Groupe D3 : 1 SF libéral + 1 ESF Ma4
 - Groupe D7 : 1 SF hospitalière + 1 ESF Ma5
- ◊ Groupe Bourg-en-Bresse (B) :
 - Groupe B1 : 2 SF hospitalières
 - Groupe B5 : 1 SF hospitalière + 1 ESF Ma5
 - Groupe B6 : 1 SF hospitalière + 1 ESF Ma5
 - Groupe B8 : 1 SF hospitalière + 1 ESF Ma5
- ◊ Groupe de Besançon (Be) :
 - Groupe Be4 : 1 SF de Besançon + 1 SF de Bourg-en-Bresse (SF B)
 - Groupe Be9 : 1 SF libéral + 1 ESF Ma5
 - Groupe Be10 : 1 SF libéral/ hospitalière + 1 SF hospitalière (SF B)

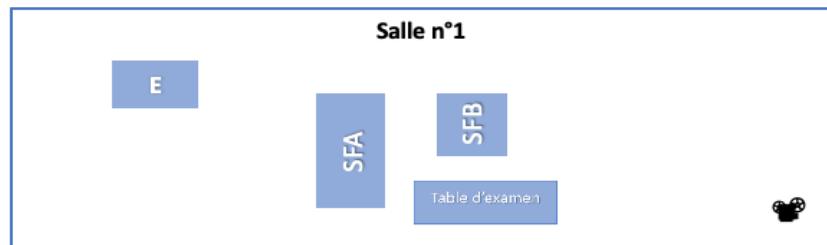
Annexe III : Schématisation protocole de travail

Modélisation du protocole de travail :

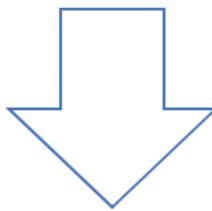


- Prise de connaissance de la salle et du matériel mis à disposition : bureau de SF, dossier Audipog, ordinateur, roulette, table d'examen, tensiomètre, mètre ruban, appareil simulant le doppler foetal
- Temps commun avec E pour répondre aux questions
- Fiche consigne à disposition + feuille de scénario
- Gobelet
- Temps commun avec E pour répondre aux questions

Suite protocole de travail : Scénariser une consultation de suivi de grossesse



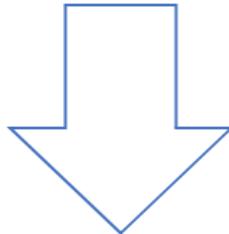
- Temps indicatif non imposé (prendre le temps de la consultation)
- Scène filmée
- Enquêtrice présente en observation mais non sollicitable



- Remerciement auprès SF B
- Installation en vue de l'entretien avec SF A



- Discussion autour de la mise en scène
- Entretien enregistré à l'aide d'un dictaphone
- Pas de durée limitée



- Remerciements

FIN

Annexe IV : Fiche consigne SF A

Vous êtes sage-femme consultante et vous assurez le suivi de grossesse de Mme Violet. C'est une primipare de 27 ans qui est à 22SA et 3j ce jour, elle consulte pour sa consultation mensuelle du 5^{ème} mois. Cette patiente a jusqu'ici une grossesse à déroulement physiologique.

Vignette clinique de la patiente :

IG, future IP

Poids début de grossesse : 58 kg // Taille : 168cm // IMC= 20,6kg/m²

❖ Données socio-démographiques :

- Mariée, vit en couple
- Nationalité française
- Origine : Asie mineure
- Profession : comptable, embauchée récemment dans un nouveau cabinet (35h de travail hebdomadaire)

❖ Données psycho-sociales : RAS

❖ Antécédents maternels :

- Médicaux : RAS (pas de consommation de drogue, alcool, tabac, absence d'allergie)
- Chirurgicaux : ablation dents de sagesse en 2018 sous AG = RAS
- Gynécologique : RAS
- Obstétricaux : RAS
- Familiaux : RAS

❖ Données paracliniques :

- Glucosurie et albuminurie : négatives
- Immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose
- Sérologies de début de grossesses négatives
- Absence de FdR de diabète gestationnel
- Résultats T21 : <1/10 000
- Échographie de dépistage du T2 réalisé à 21SA+4j :
 - Absence de SAE
 - Biométries conformes avec âge gestationnel
 - Placenta postérieur non bas inséré
 - Quantité de liquide amniotique normale : ILA= 9cm

- Présentation céphalique, dos à droite
- Fœtus viable
- Sexe féminin

Vous êtes libre de mener la consultation comme vous le souhaitez. N'hésitez pas à utiliser le matériel mis à disposition (dossier, ordinateur, tensiomètre...)

Annexe V : Fiche consigne SF B

Vous êtes sage-femme consultante et vous assurez le suivi de grossesse de Mme Violet. C'est une primipare de 27 ans qui est à 22SA et 3j ce jour, elle consulte pour sa consultation mensuelle du 5^{ème} mois. Cette patiente a jusqu'ici une grossesse à déroulement physiologique.

Vignette clinique de la patiente :

IG, future IP

Poids début de grossesse : 58 kg // Taille : 168cm // IMC= 20,6kg/m²

❖ Données socio-démographiques :

- Mariée, vit en couple
- Nationalité française
- Origine : Asie mineure
- Profession : comptable, embauchée récemment dans un nouveau cabinet (35h de travail hebdomadaire)

❖ Données psycho-sociales : RAS

❖ Antécédents maternels :

- Médicaux : RAS (pas de consommation de drogue, alcool, tabac, absence d'allergie)
- Chirurgicaux : ablation dents de sagesse en 2018 sous AG = RAS
- Gynécologique : RAS
- Obstétricaux : RAS
- Familiaux : RAS

❖ Données paracliniques :

- Glucosurie et albuminurie : négatives
- Immunisée contre la rubéole et la toxoplasmose
- Sérologies de début de grossesses négatives
- Absence de FdR de diabète gestationnel
- Résultats T21 : <1/10 000
- Échographie de dépistage du T2 réalisé à 21SA+4j :
 - Absence de SAE
 - Biométries conformes avec l'âge gestationnel
 - Placenta postérieur non bas inséré
 - Quantité de liquide amniotique normale : ILA= 9cm

- Présentation céphalique, dos à droite
- Fœtus viable
- Sexe féminin

Résumé de la consultation du 4^{ème} mois :

- RAS à l'examen clinique et paraclinique.
- Prise pondérale : + 1kg (60kg).
- Troubles digestifs : nausées et vomissements matinaux.
- MAF non ressentis

CAT : Primpéran 1 comprimé 10mg le matin pendant 1 mois.

Depuis le traitement vous présentez toujours un peu de nausées mais vous avez l'impression que cela est due à cet excès de salive.

Vous êtes à votre 5^{ème} mois de grossesse et vous souffrez depuis votre début de grossesse d'une hypersalivation qui commence à impacter fortement votre qualité de vie. Vous ressentez l'envie sans cesse d'extérioriser cette salive que vous n'arrivez pas à avaler. Vous devez être muni d'une bouteille lors de vos rendez-vous ou de vos sorties. L'accumulation de cette salive dans la bouche irrite votre cavité buccale et entrave à la communication. Ceci vous emmène à limiter vos sorties et vos conversations. Vous estimatez cette hypersalivation à 1,5L par jour. Ceci vous provoque une odeur désagréable dans votre bouche au point de causer des nausées et des vomissements si vous vous forcez à l'avaler. Vous ressentez également un goût amer dans votre bouche sans cesse et ceci vous gêne lorsque vous mangez et vous constatez une diminution de votre appétit.

Vous n'êtes malheureusement pas épargnée de ce symptôme la nuit et vous vous réveillez donc fréquemment durant votre sommeil ce qui cause une fatigue importante.

Annexe VI : Exemple de scénario type

Lorsque la SF vous demande comment vous allez :

Je vais bien dans l'ensemble mais il y a un problème qui m'embête énormément depuis une bonne semaine. Je fais que cracher et j'ai vraiment l'impression que ma salive est interminable et cela me gêne vraiment. Surtout là depuis la semaine dernière car ça s'est intensifié. Je crache sans cesse et ça devient très difficile à gérer.

Pouvez-vous me parler de ce qui vous gêne ? Quand cela est apparu ? À quelle fréquence ?

J'avais l'impression que depuis le début de la grossesse je produisais plus de salive que d'habitude, du moins c'est ce que j'ai remarqué mais c'était plutôt gérable, j'arrivais à avaler sans problème même si parfois cela me donnait la nausée. J'ai l'impression depuis 1 semaine que cela s'est vraiment empiré. Je n'arrive pas du tout à avaler ma salive et je dois sans cesse cracher. Vous imaginez bien qu'au boulot ou à l'extérieur je ne peux pas me permettre de cracher quand je veux et n'importe où.

En plus de cela, j'ai ça la nuit aussi et ça perturbe mon sommeil. J'ai du mal à trouver une position confortable avec toute cette salive dans la bouche et je me dois de cracher la nuit, c'est crevant et mon mari en a déjà marre au bout d'une semaine !

J'ai remarqué que j'avais également des remontées acides la nuit, probablement liées à l'excès de salive, je ne sais pas. Cela me donne une sensation de brûlure et rend les choses encore plus désagréables et inconfortables.

Au réveil le matin je ne vous parle même pas de l'état de mon oreiller ! Et je commence à accumuler une fatigue intense avec mon sommeil perturbé par tout cela. Je suis épuisée et je n'arrive pas à être concentrée au travail, à faire des choses pendant mon temps libre et même de profiter de ma grossesse et mon bébé.

Le pire c'est en public, encore à la maison je me permets de cracher dans ma petite bouteille que j'ai avec moi mais au travail ce n'est pas pareil ! Je dois constamment me trouver des moyens discrets de me débarrasser de ma salive. Souvent c'est dans un mouchoir. Quand je me force à avaler j'ai tout de suite un réflexe de vomissement qui s'enclenche et ça me donne la nausée et une odeur très étrange dans ma bouche.

Si on vous demande votre travail :

Je suis comptable, je travaille dans un bureau où j'interagis régulièrement avec mes collègues et les clients que ce soit directement ou au téléphone. Et je me sens très gênée par cette salive excessive car

je ressens constamment le besoin de cracher je n'ai pas d'autres choix et je me sens vraiment mal à l'aise de devoir le faire en public même si je trouve des moyens discrets de le faire. Je suis sans arrêt préoccupée par cette crainte. Donc quand je suis en plein échange avec la personne j'accumule la salive dans ma bouche mais du coup après quand je parle ça se voit et ça s'entend que j'ai de la salive accumulée. Donc ça change ma voix quand je parle, je ne sais pas si vous voyez ce que je veux dire... Cela nuit beaucoup à ma confiance en moi aussi, lundi nous étions en réunion et je n'ai pas dit un mot de toute la réunion. Heureusement que le dossier ne me concernait pas sinon je ne sais vraiment pas comment j'aurais fait pour m'exprimer à l'oral devant mes collègues.

Je suis fatiguée de penser à ça tous les jours, tous les matins avant d'aller au boulot. J'aimerais pouvoir me concentrer pleinement sur mon travail sans être constamment préoccupée par cette salive. Je suis nouvelle au boulot, je ne parle pas de ça avec mes collègues. J'ai peur d'être jugée ou incomprise.

En dehors du travail, cela affecte aussi ma vie sociale et familiale. À la maison je me sens épuisée en permanence. Comme je vous ai dit, la nuit je ne peux pas dormir correctement, je suis constamment dérangée par l'envie de cracher et les remontées acides. Cela affecte beaucoup mon sommeil et ma qualité de repos.

Je n'ai plus envie de sortir dehors avec mes amies car toujours le même souci, je ne peux pas me permettre de cracher en plein public ou dans un resto sans arrêt. Je suis sans cesse préoccupée par ça et je n'arrive même pas à profiter pleinement de ma grossesse à cause de cette gêne, c'est vraiment frustrant.

Depuis une semaine j'ai l'impression de vivre que de ça, je dors salive, je me lève salive.

Je limite mes sorties à cause de cela, quand j'ai des courses j'envoie mon conjoint car je ne peux pas sortir avec ça en public et avec en tête cette gêne constante... D'ailleurs ça ne doit pas être charmant pour lui non plus de voir une personne qui crache tout le temps en face de lui.

Je ne sais pas quoi faire, j'espère que vous pourrez m'apporter une réponse. Je suis très inquiète je ne veux pas avoir ça toute ma grossesse. Cette hypersalivation impacte tellement ma vie quotidienne que je ne peux pas profiter pleinement de ma grossesse. Tout ça m'impacte beaucoup physiquement et moralement. J'en peux plus de vivre comme ça et je suis extrêmement fatiguée de ne pas dormir, de tout le temps penser à ça au boulot, de profiter de rien...

[Si on vous demande si vous avez essayé des choses pour calmer ce symptôme ?](#)

Non, je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas ce que c'est, pourquoi j'ai ça... je ne sais pas s'il y a des moyens de soulager ça, et j'espère que oui !

Points à insister :

N'hésite pas à revenir sur les symptômes, les gênes, l'impact de cette salivation au travail, en public... après que la SF a fait ton examen par exemple ou lorsque qu'on te demande si tu présentes d'autres signes fonctionnels ou si tu as d'autres choses à rajouter, des questions...

Tu peux aussi utiliser une bouteille ou gobelet et faire semblant de cracher pour complétement être dans le rôle de la patiente souffrant d'hypersalivation.

Annexe VII : Tableau d'analyse des séances de simulation et des entretiens

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous buts	Raisonnement clinique
Entretien N°1 SF B1 Bourg	<p>Signes de bonne vitalité fœtale et bonne croissance : HU conforme au terme (20cm), utérus souple à la palpation, BDC à 155bpm, RAS écho T2</p> <p>Caractéristiques d'un dossier de patiente physiologique : pas d'ATCD particulier, pas de trouble digestif, pas d'ATCD au niveau digestif</p> <p>Connaissances médicamenteuses : Cariban®, antiémétique</p> <p>Conseils hygiéno-diététiques contre les remontées acides : fractionner les repas, éviter les repas copieux, ne pas s'allonger directement après les repas</p> <p>L'hypersalivation peut être une sorte de mécanisme de protection réflexe face aux nausées => traitement des nausées par Primpéran® jugé inefficace donc prescription du Cariban®</p> <p>Il s'agit d'un mécanisme lié à la grossesse avec retentissement sur le bien-être physique et mental de la patiente après vérification des constantes maternelles :</p>	<p>Récolter des données sur la plainte de la patiente</p> <p>Effectuer une anamnèse détaillée et approfondie afin de comprendre l'historique des symptômes.</p> <p>Vérifier le dossier obstétrical de la patiente (ATCDs, résumé de la consultation du 4^{ème} mois, prescriptions effectuées.)</p> <p>Prendre en compte les ressenties de la patiente, écouter activement les paroles de la dame : hochement de tête, regard droit la patiente</p> <p>Créer un climat de confiance et favoriser l'échange</p> <p>Évaluer le niveau de gêne et le degré d'impact du symptôme sur la fatigue maternelle</p> <p>Explorer les symptômes associés pour essayer de trouver l'origine et établir un diagnostic</p> <p>Demander les mesures mises en place pour lutter contre cette gêne => prise d'information auprès de la patiente pour trouver avec elle les choses aggravant/ améliorant l'hypersalivation</p> <p>Mener la consultation en réalisant une anamnèse « classique » afin de</p>	<p>Diagnostiquer l'hypersialorrhée gravidique : l'objectif principal est de confirmer la cause des symptômes en se basant sur les symptômes que la patiente décrit spontanément</p> <p>Proposer une PEC appropriée : s'assurer que la patiente comprend sa PEC, reçoit les conseils et soins adaptés à sa condition, de manière à soulager ses symptômes et améliorer sa qualité de vie</p> <p>S'assurer de la bonne qualité de l'écoute : comprendre et entendre sa patiente, permettre l'instauration d'un climat de confiance afin de favoriser les échanges, montrer que la SF se préoccupe du problème exposé et ne minimise pas son mal-être, prise d'information sur le contexte du symptôme afin d'orienter la PEC</p> <p>Rechercher des solutions en partenariat avec la patiente : favoriser la participation de la patiente dans sa PEC (utilisation du pronom « on », « nous » ...), repérer et trouver les moments ou les choses qui atténuent les symptômes, soulager la gêne</p> <p>Traiter les symptômes complémentaires gênants, associés à l HG</p> <p>Expliquer chaque geste, les recherches effectuées lors de la consultation :</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance</p> <p>Écoute active</p> <p>Échange sur le bien-être général de la patiente</p> <p>Recueil de données auprès de la patiente + dossier obstétrical</p> <p>◊ Descriptions en détail du symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la durée d'apparition et les moments de la journée, la fréquence, l'intensité, les facteurs influençant la production de salive, les actions de lutte mises en place, La patiente partage ses préoccupations et les situations embarrassantes qu'elle vit au quotidien (manque de sommeil, gêne dans la vie sociale, le travail)</p> <p>◊ Évaluation du risque</p> <p>Examen clinique général et obstétrical suite à l'anamnèse</p> <p>Reprise des résultats des examens paracliniques effectués (échographie du 2^{ème} trimestre, bilan urinaire)</p> <p>Évaluation de l'impact physique du symptôme décrit</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous buts	Raisonnement clinique
	<ul style="list-style-type: none"> - Patiente normo tendue - Bon état général mais fatigue maternelle - Absence de SFU-SFD autre que l'HG-SFHTA - Bonne hydratation - Bonne prise pondérale (pas de perte de poids, stabilisation) <p>Évaluation de la fatigue maternelle et de l'impact de cette gêne au travail avant la proposition d'un arrêt de travail</p> <p>Connaissances sur les possibilités d'adaptation au travail : questionner sur le poste de travail, comment la patiente se sent au travail et si elle ressent le besoin d'avoir un arrêt de travail, besoin de diminuer le temps de travail, les conditions</p> <p>Pas d'asthénie chronique donc pas d'AT dans l'immédiat</p> <p>MAF perçus, patiente contente du sexe du bébé et inquiétude pour la santé et le bien-être de sa fille => la patiente est investie dans sa grossesse même si parle beaucoup de son HG.</p>	<p>s'assurer du bien-être fœtal et maternel : SFU, SFD, SFHTA, MAF, BDC, MTR, pertes LA, CU... : « pour s'assurer que tout va bien aussi côté obstétrical ».</p> <p>Rassurer la patiente en lui expliquant les gestes effectués lors de l'examen clinique et paraclinique : « HU=20cm c'est super, écoutez son cœur bat à 155bpm, le chiffre s'affiche juste ici ». Vérifier les bilans et échographies.</p> <p>Rassurer la patiente en expliquant les résultats.</p> <p>Effectuer des recherches internet afin d'approfondir les connaissances sur ce symptôme et rassurer sur le côté bénin.</p> <p>Questionner sur les habitudes de vie dans l'optique de trouver une cause expliquant la survenue de ce symptôme.</p> <p>Expliquer l'origine des RGO et donner des CHD pour éviter cela.</p> <p>Expliquer à la patiente le mécanisme mis en jeu dans l'hypersalivation : mécanisme de réflexe contre les nausées, condition probablement temporaire et bénigne.</p> <p>Faire le point sur les gênes du premier trimestre et l'efficacité du traitement prescrit</p>	<p>honnêteté de la SF concernant ses connaissances au sujet de l HG, lui proposer d'aller voir un autre professionnel, être humble</p> <p>Être dans une posture d'écoute et passer du temps avec la patiente sur ce symptôme « car la patiente avait besoin d'être écoutée et cela permet d'instaurer un climat de confiance et l'ouvrir à la parole ».</p> <p>Rassurer pour relativiser la situation en écartant la pathologie : s'assurer du bien-être fœtal en expliquant les résultats, les gestes lors de l'examen, expliquer le caractère bénin de ce mal de la grossesse</p> <p>Établir un climat de confiance pour que la patiente se délivre facilement à la sage-femme : permettre à la patiente de se sentir écoutée et prise en considération.</p> <p>Laisser une porte ouverte à la patiente : porter attention à la RSS, placer la patiente au cœur de la PEC, proposer un RDV.</p> <p>Se soucier de l'image, de la confiance que la SF renvoie à la patiente.</p>	<p>◊ Recherche des facteurs de risque repérés ATCD familiaux RGO Mauvaises habitudes de vie (tabac, changement alimentaire, consommation excessive de sucre, déshydratation)</p> <p>◊ Émission des premières hypothèses Recherches effectuées sur l'ordinateur Exploration des signes associés (RGO, nausées, vomissements) Absence d'impact sur la santé fœtale et maternelle suite à l'examen du jour</p> <p>◊ Proposition de PEC Prescription médicale pour traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaviscon contre les brûlures d'estomac - Cariban®: nausées - Bilan du 6^{ème} mois <p>Conseils hygiéno-diététiques Évaluation de la fatigue et de la nécessité d'AT Planification des prochains rendez-vous et planifier un suivi pour évaluer l'efficacité de la PEC proposée</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous buts	Raisonnement clinique
	<p>Pas de tabac, pas de mauvaise habitude alimentaire => pas d'HG provoquée par cela</p> <p>La salive est acide, les reflux sont aussi acides => prescription d'un protecteur œsophagique contre cette production d'acide</p> <p>IMC correct, pas de FdR de diabète donc pas de prescription de test OMS avec le bilan du 6^{ème} mois</p> <p>SF B1 dit avoir déjà entendu parler de ce symptôme, l'HG appartient aux maux de la grossesse</p> <p>Recherches effectuées lors de la consultation, l'avancement dans le terme de la grossesse peut atténuer voire faire disparaître l'effet et l'impact du symptôme</p>	<p>Proposer des solutions non pharmacologiques trouvées lors des recherches internet (mâcher de la gomme, sucer des cubes de glace ou des bonbons, éviter les aliments trop gras ou trop acides, fractionner les repas, boire régulièrement... des choses qui peuvent forcer à déglutir). Enregistrer et noter les données de la consultation présente afin de garder des traces écrites et faire le point la prochaine fois.</p>		<p>Prise en compte des aspects psychosociaux</p> <p>Envisager une PEC multidisciplinaire en cas d'échec de ce plan d'action</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir</p> <p>Rassurer la patiente</p> <p>Médecine complémentaire à évoquer</p> <p>Renseignements auprès d'autres professionnels</p> <p>S'assurer de la bonne écoute et de la compréhension de la CAT proposée</p> <p>◊ Diagnostic retenu</p> <p>Excès de salive dû à la grossesse, non pathologique, avec un impact majeur sur la qualité de vie de la patiente (vie familiale, professionnelle, sociale et le moral).</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
Entretien N°2 SF D2 Dijon	<p>Connaissances acquises en cours autour du sujet de l'HG</p> <p>Connaissances sur les CHD contre les nausées et vomissements : fractionner les repas, éviter les aliments acides, trop épicés, ne pas manger copieux, proposer des gélules de gingembre contre les nausées.</p> <p>Une bonne prise pondérale et une bonne hydratation permet d'écartier une hyperémèse gravidique</p> <p>L'exercice en milieu hospitalier : volonté d'écartier l'hyperémèse gravidique et éliminer les causes urgentes</p> <p>Bon état général et clinique de la patiente par examen clinique, obstétrical et général sans particularité : HU conforme avec le terme, utérus souple, BdC présent, MAF +, absence de SFHTA, SFU, pas de MTR, pertes LA, Tension : 11/6, prise de poids depuis le début de la grossesse</p> <p>⇒ Bonne vitalité et croissance fœtale et bien-être maternel (constantes sans particularité).</p>	<p>Poser une question permettant à la patiente de s'exprimer ouvertement, dire ce qui/ ne va pas</p> <p>Recolter des données sur la plainte de la patiente</p> <p>Effectuer une anamnèse ciblée afin d'aider la patiente à expliciter la nature, l'origine, la survenue de cette gêne</p> <p>Rechercher un changement dans l'habitude de vie ou alimentaire de la patiente pouvant expliquer cette hypersalivation.</p> <p>Écouter la patiente « qui nous guide pas mal dans notre diagnostic ».</p> <p>Évaluer le niveau d'inconfort de ce symptôme dans le quotidien de la patiente</p> <p>S'assurer d'une bonne alimentation maternelle</p> <p>Écarter un RGO</p> <p>Expliquer le symptôme à la patiente</p> <p>S'assurer de la bonne vitalité fœtale à travers l'anamnèse : « Est-ce que vous avez des pertes de sang ? de liquide ? des contractions, comme le ventre qui se durcit ? » et à travers l'examen clinique/ paraclinique : HU, BDC, bilan + écho RAS, ventre souple, prise pondérale, TA.</p>	<p>Diagnostiquer l'hypersialorrhée : confirmer ce symptôme tout en écartant l'hyperémèse gravidique.</p> <p>Assurer une bonne écoute : comprendre sa patiente en l'écoutant, établir le diagnostic en fonction de ce qu'elle décrit, permettre l'instauration d'un climat de confiance en la laissant s'exprimer librement, sans l'interrompre.</p> <p>Se montrer disponible, montrer que la SF se préoccupe de ses symptômes.</p> <p>Se laisser guider par la patiente.</p> <p>Proposer un traitement à la patiente car ressent qu'elle souhaite en avoir un.</p> <p>Adapter ses CAT en fonction de la patiente : personnaliser la prise en charge.</p> <p>Faire participer la patiente dans l'élaboration d'un plan de PEC : demander si un AT lui conviendrait.</p> <p>Écarter la pathologie par le bilan prescrit, l'anamnèse réalisée et l'examen clinique du jour.</p> <p>Rassurer la patiente sur le côté bénin de ce symptôme de la grossesse et lui expliquer les points rassurant de la consultation : prise de poids, HU conforme au terme, utérus souple...</p> <p>Faire attention à l'image que la SF renvoie/ fait ressentir à la patiente. Avoir</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance</p> <p>Écoute active</p> <p>Échange sur le bien-être général de la patiente</p> <p>Expression libre de la patiente au sujet de la plainte</p> <p>Recueil de données auprès de la patiente + dossier obstétrical</p> <p>◊ Description en détail du symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la nature du symptôme (nausées, vomissements, RGO, brûlures d'estomac), le moment de survenue dans la journée, l'intensité de la gêne, facteurs influençant la salivation excessive, l'impact sur la qualité de vie</p> <p>Exploration des habitudes alimentaires pour évaluer les possibles déclencheurs (aliments gras, épicés, sucrés)</p> <p>◊ Diagnostic différentiel évoqué</p> <p>Exclusion d'un RGO en posant des questions sur la sensation de brûlures post-prandiale et les positions qui exacerbent les symptômes</p> <p>◊ Évaluation du risque</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	<p>Ventre souple + bonne alimentation et hydratation : pas d'autres signes digestifs</p> <p>Connaissances pharmacologiques : prescription de Donormil qui présente un double effet => agit sur le sommeil et les nausées et vomissements.</p> <p>Les maux de la grossesse « classiques » s'estompent souvent au 4^{ème}-5^{ème} mois</p> <p>Efficacité de la médecine complémentaire en 2^{ème} intention pour soulager les maux de la grossesse : hypnose et acupuncture.</p> <p>Absence de prurit, pas de coloration jaune de la peau/ des yeux => absence de signe évocateur de pathologie hépatique.</p> <p>Connaissances des caractéristiques d'un dossier physiologique et d'une grossesse à déroulement physiologique : absence d'ATCD particulier, pas de maladie/ pathologies signalées par la patiente, fœtus de bonne croissance et bonne vitalité, bilans et échographies sans particularité</p>	<p>S'assurer que tout va bien cliniquement avant de s'attarder à la qualité de vie</p> <p>S'assurer du bon déroulement de la grossesse dans tous ces aspects (vie familiale, professionnelle, sociale)</p> <p>Demander à la patiente si elle (SF) peut regarder son livret et effectuer des recherches sur son ordinateur et expliquer/lire ce qu'elle trouve => ne pas perdre la confiance de la patiente et la placer au cœur de sa PEC.</p> <p>Demander son avis avant chaque prescription après lui avoir expliquer le but du traitement => meilleure observance, confiance.</p> <p>Écarter une sous-alimentation et s'assurer d'un apport suffisant en minéraux et vitamines</p> <p>Lutter contre l'installation d'une fatigue chronique et adapter les traitements et la conduite à tenir aux symptômes de la patiente</p> <p>Évaluer l'efficacité du traitement en aval</p> <p>S'assurer du bon suivi de la grossesse</p> <p>Noter les données issues de la consultation afin d'en garder une trace écrite et évaluer à la prochaine visite.</p>	<p>une posture professionnelle, rassurante et bienveillante.</p> <p>S'assurer de la bonne compréhension des examens et des conseils donnés : répéter les CHD, évoquer à plusieurs reprise le bilan sanguin.</p> <p>Permettre à la patiente de se sentir libre de faire un retour en cas de stagnation ou aggravation de la gêne.</p> <p>Porter attention à la RSS en plaçant la patiente et ses préoccupations en premier plan après s'être assurée du bien-être maternel et fœtal.</p> <p>Mener la consultation dans la globalité avec l'examen clinique, l'anamnèse classique du 5^{ème} mois.</p> <p>Expliquer chaque geste effectué, recherches faites (consultation du livret, du téléphone...), être honnête.</p>	<p>1)Sur la santé fœtale : Examen clinique général + obstétrical + anamnèse Vérification des résultats des examens paracliniques réalisés (échographie du 2^{ème} trimestre, bilan urinaire)</p> <p>2)Sur la santé maternelle</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatigue - Perte d'appétit - Baisse du moral <p>3)Impact sur le quotidien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté au travail - Limitation interactions sociales - Sommeil <p>◊ Recherche des facteurs de risque possibles</p> <p>Pathologie hépatique</p> <p>Trouble digestif</p> <p>Hyperémèse gravidique</p> <p>RGO</p> <p>Mauvaises habitudes alimentaires (aliments épicés, sucrés, gras)</p> <p>◊ Proposition de PEC</p> <p>Prescription médicale (traitement symptomatique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donormil : contre nausées et insomnie - Ergynatal (vitamines) <p>Prescription bilan sanguin :</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
		Prescrire des bilans « pour se protéger » VS sage-femme libérale « qui commence par des méthodes douces ». Influence du lieu d'exercice dans la conduite à tenir.		<ul style="list-style-type: none"> - Ionogramme sanguin complet - Bilan hépatique <p>Conseils hygiéno-diététiques</p> <p>Discussion avec la patiente de la nécessité d'un AT (refusé par cette dernière)</p> <p>Planification d'une évaluation clinique dans un délai de 7 jours</p> <p>(Efficacité du traitement, évaluer le bien-être materno-fœtal, niveau de fatigue, nécessité d'un AT, discussion autour des médecines alternatives)</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir</p> <p>Rassurer la patiente sur le côté bénin du symptôme</p> <p>Médecines complémentaires à évoquer</p> <p>Renseignements auprès d'autres professionnels</p> <p>S'assurer de la bonne écoute et de la compréhension de la CAT proposée</p> <p>◊ Diagnostic retenu</p> <p>Hypersialorrhée gravidique due à l'état de la grossesse en raison de l'effet des hormones sans répercussion materno-fœtale « à proprement parlé »</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
				Conclusion sur une bonne alimentation et hydratation (prise pondérale correcte avec le contexte).

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
Entretien N°3 SF D3 Dijon	<p>Connaissance sur des limites thérapeutiques avec la grossesse : les femmes enceintes sont à risque de certains médicaments</p> <p>Connaissance sur l HG : mal de la grossesse peu fréquent</p> <p>Nausées et vomissements ainsi que « les petits symptômes que la patiente présentait sont liées à l HG » : symptômes occupant la sphère digestive/ buccale.</p> <p>Habitude, par expérience, de proposer l acupuncture aux femmes enceintes pour tous les maux de la grossesse car elles sont plus réceptives => méthode douce et non invasive</p> <p>Connaissance de l HG à l occasion d un cours eu en MA3/4 => identification de ce symptôme et diagnostic posé aisément grâce à ce cours.</p> <p>Grossesse et modifications hormonales causent une production excessive de salive par les glandes salivaires.</p>	<p>Poser une question ouverte permettant à la patiente d exprimer ce qui va et qui ne va pas</p> <p>Recueillir les informations pertinentes auprès de la patiente avant de poser le diagnostic, porter attention à la problématique apportée par la dame => favoriser l échange et la confiance</p> <p>Avoir une posture d écoute active.</p> <p>Cibler l anamnèse pour essayer de comprendre l origine, la survenue de ce symptôme</p> <p>Nommer ce symptôme « Ça s appelle l hypersialorrhée ce symptôme que vous décrivez ».</p> <p>Poursuivre la consultation avec l examen clinique, l anamnèse obstétrical => s assurer du bon déroulement de la grossesse et aussi prendre un temps de réflexion sur les moyens de prise en charge.</p> <p>Ne pas orienter les questions et laisser la patiente apporter les choses</p> <p>Rechercher d autres signes accompagnant le symptôme ou présents avec la grossesse</p> <p>Établir des liens entre les symptômes énumérés par la patiente : salive +</p>	<p>Écarter une sous alimentation</p> <p>Adapter le traitement à la patiente et la grossesse.</p> <p>Favoriser une meilleure observance thérapeutique en expliquant les prescriptions- posologies- moment de la prise- demander l accord de la patiente avant chaque prescription.</p> <p>Envisager une PEC pluridisciplinaire si pas d amélioration des symptômes : avis médecin généraliste ou gynécologue.</p> <p>Adopter une posture et un discours empathique afin de permettre à la patiente de se sentir écoutée et considérée</p> <p>Rassurer la patiente : nommer ce que la patiente décrit, expliquer que sa perte d appétit est normale en vue des chaleurs excessives après s être assurée d une prise pondérale conforme, rassurer par l examen clinique en expliquant les gestes à la patiente (« la tension est parfaite, le bébé a un bon rythme... »)</p> <p>Être humble : en principe ça marche mais c est comme pour tout, je ne peux pas vous garantir que dans un mois ça va passer ».</p> <p>Être honnête dès le départ avec la patiente sur les explications, les informations que la sage femme sait ou ne sait pas.</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d un climat de confiance</p> <p>Écoute active</p> <p>Échange sur le bien être général de la patiente =></p> <p>Favorise l expression libre de la patiente, mentionnant un problème récent de salivation excessive</p> <p>Recueil de données auprès de la patiente + dossier obstétrical</p> <p>◊ Précision sur le symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la durée d apparition du symptôme</p> <p>Autres symptômes accompagnant cette gêne</p> <p>(Troubles digestifs, halitose, perte d appétit)</p> <p>Changement sur les habitudes alimentaires (repas plus épices, sucré, lourd ?)</p> <p>Niveau d impact sur le quotidien</p> <p>⇒ Diagnostic d HG a été posé à cette étape suite aux symptômes décrits par la patiente</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	<p>Connaissances pharmacologiques : Primpéran® : efficace contre les nausées et vomissements.</p> <p>Prescription de Paciflora</p> <p>Bonne tolérance clinique maternelle : Prise pondérale correcte, patiente normotendue, pas de signe d'altération de l'état général (pas de cernes, pas de baisse de moral, patiente souriante), pas de SFHTA, pas d'œdème + rappel sur l'importance du port des bas de contention pendant la grossesse et pendant les chaleurs+ en cas de voyage (consultation réalisée en été 2023).</p> <p>Bonne croissance et vitalité fœtale : MAF +, BDC à 155 bpm, HU conforme au terme, utérus souple, absence de MTR, perte de liquide, pas de SFHTA, SFU, bilan et échographie RAS => données rassurantes</p> <p>Effet placebo des prescriptions d'homéopathie améliore le bien-être de la maman</p>	<p>réflexe de vomissement + nausées + halitose => HG</p> <p>S'assurer de la bonne vitalité fœtale : présence des MAF, absence de perte de liquide, pas de perte de sang, pas de SFU, utérus souple à la palpation, présence des BDC</p> <p>S'assurer d'une bonne croissance fœtale : RAS à l'échographie du T2, HU conforme avec le terme, IMC et prise pondérale corrects.</p> <p>S'assurer d'une bonne alimentation équilibrée : questionner sur le mode de vie alimentaire, nombre de repas, appétit</p> <p>Évaluer le niveau de fatigue maternelle et proposer des solutions avant que la fatigue s'installe</p> <p>S'assurer du bon suivi de la grossesse : vérifier les bilans, échographies, prochains RDV.</p> <p>Prendre note sur le dossier de la patiente, les données issues de la consultation pour garder des traces écrites et revenir dessus lors de la prochaine consultation.</p> <p>Agir dès maintenant sur le symptôme décrit avant qu'il s'installe complètement.</p> <p>Adapter le traitement à la grossesse</p>	<p>Expliquer ce qu'il se passe à la patiente et s'assurer que les informations données sont comprises</p> <p>Prise en considération des maux de la patiente</p> <p>Faire un retour à la patiente suite aux recherches/ avis médicaux.</p> <p>Tendre la main, ne pas attendre le prochain rendez-vous pour prendre des nouvelles de la patiente : instauration d'un climat de confiance permettant tout autant à la patiente de s'exprimer facilement.</p> <p>Proposer des solutions alternatives non invasives et douces : acupuncture et homéopathie.</p> <p>Écouter la patiente et se laisser diriger par ses paroles : temps de parole non limité, laisser la patiente s'exprimer en début de consultation.</p> <p>Placer la patiente au cœur de la prise en charge</p> <p>Se montrer assez disponible envers la patiente afin d'avoir un retour de sa part.</p> <p>Personnaliser le soin.</p> <p>S'assurer que tous les points ont été abordé et que rien n'a été oublié à la fin de la consultation : s'assurer que la patiente a exprimé tous ses problèmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◊ Évaluation du risque <p>1) Santé maternelle : constantes, observation du comportement de la patiente, signes physiques, fatigue chronique, apport nutritionnel suffisant, port des bas de contention + rappel sur l'importance d'une bonne contention pendant la grossesse, autres gênes mise à part l'hypersalivation</p> <p>2) Bien-être fœtal :</p> <p>MAF-LA-MTR-BDC-CU-SHU-SFHTA-échographie T2-examen clinique du jour</p> <p>3) Lien mère-fœtus</p> <p>Sexe du bébé</p> <p>Séance de préparation à la naissance et la parentalité</p> <p>MAF +</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Proposition de PEC adaptée à la grossesse et la patiente <p>Prescriptions médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Homéopathie contre l'HG (consultation du carnet homéopathie) - Paciflora pour lutter contre l'insomnie <p>Orientation vers une SF acupunctrice</p> <p>Conseils hygiénico-diététiques</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	car elles se sentent considérées et entendues. Connaissances sur les CHD pour lutter contre la surproduction de salive : éviter le sucre qui est pourvoyeur de salive, chewing-gum, aliments qui peuvent augmenter la salive que la patiente a remarqué.	Réaliser tous les objectifs de la consultation donc anamnèse+ examen clinique+ prescription pour le 6ème mois+ prendre le temps pour la plainte de la patiente Prescrire de l'homéopathie pour aussi bénéficier de l'effet placebo de la prescription		Renouvellement ordonnance analyse urinaire pour les mois à venir Proposition de reprendre un RDV en cas de stagnation ou d'aggravation des effets de ce symptôme Vérification des prochains rendez-vous pour le suivi de la grossesse ◊ Conclusion et perspective d'avenir Rassurer la patiente sur le côté bénin de ce symptôme Recours aux médecines alternatives Renseignements auprès des professionnels sur les autres moyens possibles pour lutter contre les conséquences de ce symptôme Laisser la liberté à la patiente de revenir auprès de la SF à tout moment Traitement symptomatique ◊ Diagnostic retenu Hypersialorrhée gravidique et nausées dues à la déglutition.

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
Entretien N°4 SF Be4 Besançon	<p>Connaissance sur l'hypersialorrhée gravidique en stage ⇒ Mal de la grossesse rencontrée en stage + 1 cours sur les maux de la grossesse évoquant l HG brièvement.</p> <p>Connaissance sur les groupes de population à risque : influence de l'ethnie dans l'apparition de ce symptôme</p> <p>Les cas rencontrés en stage + le cours laisse conclure la sage-femme qu'il s'agit d'une situation totalement bénigne</p> <p>Connaissances sur les signes de bonne vitalité et croissance fœtale (anamnèse et l'examen clinique/paraclinique) : MAF +, BDC perçus à 155bpm, HU conforme au terme, échographie sans anomalie, sans SAE, fœtus eutrophe.</p> <p>Connaissances sur les signes de bon état maternel : constantes maternelles physiologiques (normo-tendue, non tachycarde, bon état général, pas d'œdème), anamnèse : pas de SFU/SFHTA/ autres troubles digestifs</p> <p>En cas de perte de poids extrême (>10% du poids initial) avec difficulté alimentaire => prescription d'un bilan étiologique avec +/- consultation aux urgences obstétricales.</p>	<p>Poser une question ouverte permettant à la patiente de s'exprimer ouvertement</p> <p>Regarder le dossier de la patiente en amont de la consultation pour refaire le point sur les choses abordées lors de la dernière consultation.</p> <p>Ne pas interrompre la patiente, se montrer disponible et empathique :</p> <p>Porter attention au comportement, aux paroles de la patiente.</p> <p>Mener une anamnèse ciblée afin de comprendre l'origine de cette HG : « D'accord, est-ce que vous avez aussi des nausées ou ça c'est moins ?</p> <p>Et vous avez changez des choses dans votre alimentation ? Est-ce qu'il y a des choses qui améliorent ou pas du tout ? Et après les repas c'est comment ? ».</p> <p>Réaliser l'examen clinique après avoir écouté les plaintes de la patiente</p> <p>S'intéresser au contexte familial de la patiente (approfondir l'anamnèse psycho-sociale)</p> <p>Contrôler la prise pondérale et rassurer la patiente</p> <p>Rassurer la patiente avec les données de l'examen clinique du jour et l'interprétation des résultats</p>	<p>Diagnostiquer l HG en se basant sur les symptômes décrits et le visuel (présence d'un gobelet pour évacuer la salive)</p> <p>Écouter activement, sans interruption, les symptômes reportés par la patiente, poser des questions plus ciblées pour définir la nature et la gravité des nausées et de l HG</p> <p>Rechercher des solutions en partenariat avec la patiente dans l'élaboration d'un plan de PEC : demander ce qu'elle a fait et pris pour atténuer ces symptômes, évaluer la pertinence de la prescription du Gaviscon et du Primpéran® et voir avec la patiente si elle est d'accord pour continuer.</p> <p>Donner des conseils alimentaires tout en sensibilisant la patiente sur les aliments et habitudes à éviter.</p> <p>Demander son avis avant chaque prescription => favoriser une bonne observance thérapeutique</p> <p>Rassurer la patiente au sujet de ses préoccupation : expliquer les</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance</p> <p>Écoute active</p> <p>Prise d'information auprès de la patiente (observation générale + paroles) + recueil de données dans le dossier obstétrical en amont de la visite</p> <p>Échange sur le bien-être général ⇒ Expression libre de la patiente</p> <p>◊ Description en détail du symptôme présent à la recherche des premières hypothèses</p> <p>Questionnement sur les nausées, la survenue de cette salivation, changement des habitudes alimentaires, moments de la journée (après les repas ?), impact sur la qualité de vie (sommeil, fatigue physique et psychologie, interactions sociales, vie de couple, travail)</p> <p>Rechercher une cause non somatique : source de stress, d'angoisse,</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	<p>Connaissances sur les modifications physiologiques dues à la grossesse : au cours de la grossesse il y a des modifications physiologiques comme une augmentation des glandes salivaires avec la grossesse</p> <p>Connaissances sur les règles hygiéno-diététiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contre la salivation : éviter les repas lourds et épicés, le sucre et la consommation de tabac car augmentent la production de salive - Contre les nausées : éviter les crudités comme les carottes, concombres, les choses en sauces, surtout le soir => conseils connus et vu en stage en libéral - Contre les reflux : fractionner les repas, ne pas s'allonger immédiatement après les repas, boire du lait pour diminuer l'acidité et avoir une bonne hydratation. <p>Connaissances sur les conséquences des astuces pour éviter la salive (gomme+ chewing-gums) => risque d'aérophagie</p> <p>Connaissance sur les conséquences de l HG sur le quotidien des patientes : goût amer dans la bouche, voix</p>	<p>biologiques/urinaires et l'échographie du T2.</p> <p>Vérifier l'absence de contractions, pouvant apparaître notamment avec les vomissements</p> <p>S'assurer du bien-être psychosocial maternel</p> <p>Explorer et traiter les symptômes gênants accompagnant cette HG : prescription de Gaviscon® et Cariban®. Évaluer l'impact du symptôme sur la qualité de vie de la patiente => aborder le sommeil, la fatigue, le lien mère-enfant</p> <p>Proposer une consultation avec le psychologue du service spécialisé en périnatalité et organisation d'un entretien prénatal précoce afin d'identifier des situations de vulnérabilité existante + séance d'hypnose.</p> <p>Demander le vécu au travail, gêne la nuit et à la maison.</p> <p>Prendre note des données issues de la consultation pour revenir dessus le mois prochain ou avant si besoin.</p> <p>Rechercher avec la patiente des plans d'action possible</p> <p>S'assurer du bon vécu de la grossesse</p> <p>S'assurer du bon suivi de la grossesse : revoir les dates des prochains RDV et</p>	<p>données et résultats rassurant pour le bien-être foetal</p> <p>S'assurer de la bonne qualité de l'écoute : se montrer disponible, laisser la patiente s'exprimer d'abord et poser après les questions. Reprendre les mots employés par la patiente.</p> <p>Demande si elle a bien compris</p> <p>Prévoir un soutien continu : prises de RDV prochains, disponibilité pour un RDV avec le psychologue du service</p> <p>Envisager une PEC pluridisciplinaire.</p>	<p>Questionnement sur les traitements mis en place (Gaviscon®, gingembre), efficacité du Primpéran®</p> <p>Puis poursuite par l'anamnèse de suivi de grossesse</p> <p>◊ Évaluation du risque</p> <p>1)santé maternelle sur le plan somatique : par l'examen clinique du jour, l'état général de la patiente, comportement, moral</p> <p>2)bien-être foetal : examen clinique du jour, BDC, début des MAF, échographie T2 RAS, bilan maternel RAS</p> <p>3)bien-être psycho-social : question autour du vécu de la grossesse, soutien familial, présence et soutien du conjoint, bien-être au travail, besoin de discuter autour de la grossesse</p> <p>◊ Identification des facteurs de risque</p> <p>Primiparité, fatigue, impact social de ce symptôme, origine ethnique, nouveau travail</p> <p>⇒ Classification dans la catégorie « patiente vulnérable » donc suivi régulier afin d'éviter</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-buts	Raisonnement clinique
	<p>modifiée, gêne en public et nécessité de cracher sans cesse.</p> <p>Possibilité d'aménagement au travail : possibilité de diminuer le temps de travail, ou mettre en place le télétravail</p> <p>Comme il s'agit de quelque chose de bénin cliniquement, s'attarder sur le côté psychologique et surtout la fatigue psychologique que la patiente décrit.</p> <p>Les violences conjugales peuvent créer un stress pendant la grossesse mais ce n'était pas le cas pour la patiente car : « il s'agit d'une grossesse désirée, ça fait longtemps qu'elle est en couple, depuis 5 ans elle m'a dit, et puis quand j'ai évoqué le conjoint elle n'a pas été fermée sur le sujet. Elle m'a dit que ça allait, qu'en ce moment c'était juste un peu compliqué parce que tout le monde était fatigué mais il n'y avait pas l'air d'avoir un contexte de violence ».</p> <p>Connaissances pharmacologiques : Gaviscon® contre les reflux (pansement gastrique), et Cariban® antiémétique</p> <p>Le lieu de la consultation conditionne la PEC : « Comme je suis en consultation, dans un bureau, je ne vais pas forcément prescrire un ionogramme tout de suite... Mais si j'accueille cette dame en consultation en urgence en</p>	<p>planifier le RDV avec la psychologue et l'EPP.</p> <p>Envisager des cours de préparation à la naissance avec hypnose-haptonomie ou yoga</p>		<p>l'installation d'une fatigue chronique ou dépression périnatale</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Proposition de PEC <p>Prescription médicale : Gaviscon®, Cariban®</p> <p>Conseils hygiéno-diététiques</p> <p>Soutien psychologique : proposition d'un entretien prénatal précoce (non réalisé auparavant), consultation avec psychologue du service, évoquer les différents types de préparation avec hypnose, yoga ou haptonomie</p> <p>Suivi mensuel avec la même sage-femme pour évaluer le bien-être maternel + proposition de prise de rendez-vous en dehors des consultations mensuelles en cas de besoin</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Conclusion et perspective d'avenir <p>Envisager une PEC multidisciplinaire avec vigilance sur le plan psychologique</p> <p>Rassurer la patiente au sujet du caractère bénin et du bien-être fœtal</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	salle, oui tu vas lui faire un ionogramme. »			<p>S'assurer de la bonne écoute et de la bonne compréhension de la CAT proposée</p> <p>Aborder à chaque consultation le moral de la patiente</p> <p>◊ Diagnostic retenu par la SF Hypersalivation, symptôme bénin de la grossesse, avec fort impact dans le quotidien de la patiente.</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
Entretien N°5 SF B5 Bourg	<p>Salive = sphère oro-buccale donc réalisation d'un examen de la gorge + ganglions au niveau du cou</p> <p>Connaissances sur les signes cliniques évocateurs d'angine : à l'examen clinique absence d'inflammation des amygdales, pas de rougeur et absence de ganglions à la palpation, patiente apyrétique et pas d'altération de l'état général => exclusion d'une angine</p> <p>Connaissances sur les signes de bonne vitalité foetal à l'examen clinique et paraclinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vitalité : BDC à 155, régulier, MAF + - Croissance : eutrophe à l'échographie, HU conforme avec le terme - Développement : échographie sans anomalie <p>Et anamnèse sans particularité : pas de SFU, SFHTA, SFD, pas de MTR/perte LA, absence de CU</p> <p>Bien-être maternel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiente normo tendue - Absence d'oedème - Pas de plainte fonctionnelle - Pas de douleur - Bon état général 	<p>Poser une question ouverte permettant à la patiente de s'exprimer librement</p> <p>Adopter une posture d'écoute : regarder droit la patiente, reprendre ces mots, se montrer attentive au sujet de la problématique amenée par la patiente.</p> <p>Consulter le dossier de la patiente en amont de la consultation pour avoir une vision d'ensemble du déroulement de la grossesse</p> <p>Poser des questions ciblées afin de s'informer sur la consistance de la salive et trouver une cause à ce symptôme</p> <p>Rechercher une angine/ infection buccale suite aux symptômes décrits par la patiente</p> <p>S'assurer d'une bonne prise pondérale</p> <p>Rechercher une pathologie en cas de prise de poids suspect avec le contexte de la patiente</p> <p>Réaliser l'anamnèse générale et obstétricale avant de s'attarder sur la problématique de salive afin de s'assurer du bon déroulement de la grossesse.</p> <p>Explorer les symptômes pouvant accompagner cette gêne</p> <p>S'assurer d'une bonne alimentation et hydratation</p>	<p>Écarter une pathologie inflammatoire de la sphère buccale par examen de la gorge, ganglions : absence de douleur à la palpation, pas de ganglions ressentis, pas de langue blanche, uniquement une hyperproduction de salive.</p> <p>S'assurer du bon déroulement de la grossesse dans la globalité : recentrer la patiente sur sa grossesse, son bébé, l'échographie qu'elle a eue il y a 1 semaine, le sexe du bébé...</p> <p>Prendre en considération l'impact personnel et professionnel de ce symptôme : questionner sur la gêne au travail, la fatigue, le sommeil, les interactions sociales...</p> <p>Trouver des solutions en coopération avec la patiente => placer la patiente au cœur de sa prise en charge (permet de créer un climat de confiance) => demander avant toute prescription, acceptation des médecins complémentaires, homéopathie.</p> <p>Envisager une PEC pluridisciplinaire => orienter</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance permettant l'expression libre de la patiente</p> <p>Écoute active</p> <p>Prise d'information auprès de la patiente (parole + comportement + observation)</p> <p>⇒ Recueil de donnée par la patiente + dossier obstétrical</p> <p>◊ Description détaillée du symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la fréquence, l'intensité, circonstance de survenue de la salive et à des moments particuliers de la journée</p> <p>Questionnement autour de la consistance, couleur, odeur texture et quantité de la salive</p> <p>Visualisation de la salive</p> <p>Exploration par anamnèse des symptômes associés (nausées, vomissements, RGO, autres troubles digestifs)</p> <p>Questionnement sur la qualité de vie et impact dans le quotient (gêne au travail, fatigue, bien-être global)</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	<p>Connaissances sur l'efficacité des médecines complémentaires : acupuncture et ostéopathie</p> <p>Orientation vers un ostéopathe spécialisé en périnatalité car il faut manipuler les femmes enceintes avec prudence</p> <p>En libéral il est important d'avoir un répertoire de professionnel</p> <p>Connaissances sur les CHD contre les nausées, vomissements et reflux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manger fractionné - En petite quantité - Pas de repas lourd - Ne pas s'allonger après avoir mangé - Avoir une bonne hydratation - Menthe poivrée + gingembre + jus de citron contre les nausées <p>La salive est acide donc peut endommager la sphère buccale => important d'avoir une bonne hygiène bucco-dentaire, se brosser les dents après chaque repas + bain de bouche.</p> <p>Prise d'information auprès du CRAT, service d'information concernant les médicaments compatibles avec la grossesse + vérification de la posologie maximum du Primpéran® sur le CRAT.</p> <p>Connaissances pharmacologiques : combinaison du Primpéran® et Oméprazole® plus efficace contre les</p>	<p>Expliquer à la patiente l'importance d'une bonne alimentation et hydratation => sensibiliser la patiente</p> <p>S'informer auprès de la patiente sur les mesures mises en place</p> <p>Évaluer l'efficacité du traitement prescrit au 4^{ème} mois</p> <p>S'assurer d'une bonne hygiène buccale en raison de cette hyperproduction de salive (acide)</p> <p>Trouver des solutions pour limiter les conséquences de l'HG</p> <p>Prescrire le bilan du 6^{ème} mois afin d'être sûre de respecter les délais pour le prélèvement de l'AgHbs.</p> <p>Demander à la patiente son ressenti à la fin de la consultation (savoir si la patiente se sent rassurée, a compris la prise en charge ou a des questions).</p> <p>Recueillir toutes les informations que la patiente donne spontanément aide à émettre des hypothèses sur la gravité notamment</p> <p>Rechercher des signes alarmants, évocateur d'une pathologie buccale</p>	<p>auprès d'un obstétricien en cas d'échec des moyens mis en œuvre + ostéopathe, sage-femme acupunctrice.</p> <p>Adapter les traitements à la patiente (femme enceinte).</p> <p>Se préoccuper de l'état émotionnel de la patiente en fin de consultation</p> <p>Prévoir un plan de soin continu</p> <p>Être humble et honnête : dire que la SF ne connaît pas les noms de l'homéopathie mais va faire des recherches, pour la posologie du Primpéran</p> <p>Rassurer la patiente : expliquer à la patiente ce symptôme</p>	<p>Questionnement autour de l'hygiène bucco-dentaire et alimentation</p> <p>◊ Évaluation du risque</p> <p>1) Santé maternelle : examen clinique avec examen de la gorge (observation buccale, amygdales et langue) et palpation du cou à la recherche de ganglions cervicaux et sus-claviculaires</p> <p>Patiante apyrétique, pas d'altération de l'état général</p> <p>2) fœtale : anamnèse + examen paraclinique avec reprise des résultats de l'échographie du T2 et des bilans</p> <p>3) santé psychologique : contexte social, familial, bien-être au travail, lien maman-fœtus</p> <p>◊ Émission des premières hypothèses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inflammation des amygdales, recherche d'une angine - Infection buccale/dentaire - Problème psychologique - Hypersalivation due aux nausées, mécanisme de protection des voies

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
	<p>nausées car traitement de l'acidité gastrique en parallèle donc prescription d'Oméprazole® en complément du Primpéran®.</p> <p>Pas de connaissances concrètes sur ce symptôme, découverte lors de la mise en situation mais afin de s'assurer du bien-être clinique réalisation d'un examen clinique buccal, recherche sur internet</p> <p>Homéopathie : prescription pour son effet placebo que thérapeutique</p> <p>Présence de CU au moment des vomissements</p> <p>Caractéristiques d'un dossier physiologique : pas d'ATCD alarmant dans le dossier de la patiente, données cliniques et paracliniques sans particularité, absence de traitement => il s'agit d'une grossesse à déroulement physiologique.</p> <p>35 heures de travail + difficultés sociales en raison de son HG => motifs valables pour proposer un AT sur 2 semaines</p>			<p>aériennes supérieurs par un mécanisme de réflexe oesogastrosalivaire.</p> <p>◊ Facteurs de risques identifiés</p> <p>Perte d'appétit (consommation uniquement d'aliment liquide, du yaourt)</p> <p>Fatigue maternelle</p> <p>Baisse du moral (primipare, fatigue, gêne du symptôme)</p> <p>Persistance des nausées depuis le début de la grossesse (contexte psychologique ?)</p> <p>Situation interpellante car patiente non originaire d'Afrique</p> <p>◊ Proposition de PEC</p> <p>Conseils hygiéno-diététiques (alimentaires+ dentaires)</p> <p>Recours aux médecines alternatives : acupuncture, homéopathie, ostéopathie</p> <p>Prescriptions médicales : Oméprazole®, Primpéran®</p> <p>Bilan du 6^{ème} mois</p> <p>Arrêt de travail de 2 semaines et réévaluation dans 10-15jours</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires	Règles d'action	Buts et sous-but	Raisonnement clinique
				<p>◊ Conclusion et perspective d'avenir</p> <p>Importance de rassurer la patiente sur le bien-être fœtal en insistant sur toutes les choses positives de la consultation</p> <p>Renseignement auprès des professionnels</p> <p>Si échec de la PEC proposée, orientation vers médecin</p> <p>◊ Diagnostic retenu : Hypersalivation physiologique due à l'état de la grossesse avec répercussion gastrique + impact sur le quotient de la patiente</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
Entretien N°6 SF B6 Bourg	<p>Les nausées peuvent survenir en cas d'hypotension donc importance du port des bas de contention pour améliorer le retour veineux</p> <p>Conclusion sur une bonne vitalité et bien-être fœtal par l'anamnèse, l'examen clinique et paraclinique : présence des MAF, HU : 21 cm => conforme avec le terme donc bonne croissance</p> <p>Absence de MTR/ pertes de LA</p> <p>BDC perçus à 155 bpm => rythme régulier et normo cardé donc bonne vitalité</p> <p>Connaissances sur les modifications physiologiques pendant la grossesse et l'effet sur la production de salive</p> <p>La patiente en parle dès le début de la consultation + vient avec une bouteille pour évacuer sa salive => production de salive identifiée comme supérieure à la normale pour la SF</p> <p>Absence de SFHTA, SFU, pas de signe de cholestase gravidique, absence d'œdème,</p> <p>Tension : 11/7 (normo tendu)</p> <p>⇒ Conclusion sur une absence de pathologie gravidique.</p> <p>Connaissances pharmacologiques : Gaviscon, pansement gastrique qui tapisse la paroi de l'œsophage, efficace</p>	<p>Poser une question ouverte permettant à la patiente d'aborder ce qu'elle souhaite, comme elle le désire et donc laisser la patiente amener la problématique.</p> <p>Observer la patiente attentivement (posture, comportement, mots utilisés, gestuel...)</p> <p>Creuser l'interrogatoire afin de guider les premières hypothèses</p> <p>Analyser le dossier de la patiente en amont de la consultation afin de cibler la consultation.</p> <p>⇒ Établir le point sur les maux de la précédente consultation</p> <p>Proposer un AT suite aux difficultés rencontrées par la patiente, en raison de ce symptôme, dans son quotidien : fatigue maternelle, gêne au travail, fatigue physique et mentale décrite par la patiente, goût amer, nausées, vomissements</p> <p>Effectuer des recherches sur internet pour s'informer en détail sur l'hypersialorrhée.</p> <p>Évaluer la gravité et l'impact de l'HG sur le quotidien</p> <p>S'assurer d'une bonne alimentation et hydratation maternelle</p>	<p>Soulager les symptômes de la patiente</p> <p>⇒ Rechercher des solutions pour soulager les symptômes associés (Gaviscon, Cariban)</p> <p>⇒ Rechercher des solutions pour améliorer la qualité de vie (AT, traitement, empathie).</p> <p>Expliquer la situation et le phénomène physiologique dû à la grossesse</p> <p>⇒ Rassurer sur le côté bénin et physiologique</p> <p>Prendre en considération le bien-être physique, psychologique dans la globalité</p> <p>⇒ Trouver des solutions contre la fatigue</p> <p>⇒ Discuter du moral de la patiente</p> <p>Écarter une pathologie gravidique :</p> <p>⇒ Absence d'hypertension</p> <p>⇒ Absence de diabète gestationnel</p> <p>⇒ Absence de cholestase gravidique</p> <p>Écarter une pathologie en lien avec la salivation :</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance permettant à la patiente de s'exprimer librement</p> <p>Écoute active</p> <p>Observation fine du comportement, geste, posture de la patiente (identification du paquet de mouchoir)</p> <p>Prise d'information auprès de la patiente sans l'interrompre, sans la guider au départ</p> <p>◊ Description détaillée du symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la durée, la fréquence, la consistance, la quantité de la salive, salivation à des moments cibles de la journée/ nuit</p> <p>Questionnement sur les changements alimentaires et l'impact de ce symptôme sur l'appétit et l'hydratation</p> <p>Persistante des nausées présentes au T1 ? port des bas de contention ?</p> <p>Questionnement sur les conséquences dans le quotidien de la patiente (au travail, qualité du sommeil, fatigue)</p> <p>Exploration des signes associés : RGO, nausées, halitose</p> <p>Hygiène bucco-dentaire</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-but :	Raisonnement clinique :
	<p>contre les RGO, Primpéran®, antiémétique + Remplacement du Primpéran® par un autre antiémétique qui n'est pas remboursé par la sécurité sociale car hors AMM => Cariban® Vidal => site de référence des produits de santé (vérification de la posologie du Primpéran®).</p> <p>Possible perturbation au niveau des ions et des électrolytes suite aux nausées-vomissements- salive excessive- poids stable et perte d'appétit + patiente dit boire 1 à 1,5 litre d'eau par jour et présente une hypersalivation</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Prescription d'un ionogramme sanguin à la recherche d'une déshydratation, pathologie rénale ou hépatique. <p>Symptôme non inquiétant sur le plan clinique/ somatique car bien-être maternel et fœtal et il s'agit d'un phénomène physiologique de la grossesse.</p> <p>Prise pondérale depuis le début de la grossesse avec une stabilisation depuis le mois dernier mais pas de perte >10% donc pas de motif d'hospitalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Paramètre à surveiller car si aggravation peut avoir des répercussions sur la santé materno-fœtale. 	<p>Explorer les symptômes complémentaires</p> <p>Réaliser l'examen clinique suite à la verbalisation des inquiétudes par la patiente envers la santé de son bébé</p> <p>Demander la permission avant chaque geste ou demander l'avis de la patiente avant chaque prise de décision</p> <p>Interroger sur le bien-être psychosocial, tout en laissant la patiente amener le sujet</p> <p>Prescrire un bilan sanguin (ionogramme complet + bilan vasculo-rénal).</p> <p>Surveiller la prise pondérale en raison de la stabilisation depuis le mois dernier + perte d'appétit</p> <p>Prévoir un rendez-vous dans une semaine pour évaluer l'amélioration de la gêne avec les conseils, les traitements, et l'AT</p> <p>Rechercher les causes possibles et cibler les moments de la journée</p> <p>Prescrire un bilan vitaminique si perte de poids à la prochaine visite (s'assurer d'un apport alimentaire suffisant).</p> <p>Reprendre avec la patiente les points abordés lors de la</p>	<p>⇒ Prescription d'un ionogramme sanguin complet</p> <p>⇒ S'assurer du bien-être materno-fœtal par l'examen clinique</p> <p>Éliminer les causes graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Perturbation biologique (sous-alimentation, maladie métaboliques) ⇒ Perte de poids ⇒ Déshydratation ⇒ Problème rénal ⇒ Problème hépatique <p>Écouter activement</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aboutir au diagnostic et adapter les moyens thérapeutiques/ complémentaires aux attentes de la patiente <p>Envisager une PEC pluridisciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Se renseigner des collègues SF ou gynéco-obstétricien <p>Rassurer la patiente</p> <p>Se montrer disponible</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La patiente peut joindre la SF en dehors des moments de consultation 	<p>◊ Émission des hypothèses Hypersalivation due à une mauvaise hygiène dentaire Mauvaise habitude alimentaire (aliments gras, sucrés) Problème rénal avec déshydratation par excès de salivation (donc perte de liquide)</p> <p>◊ Facteurs de risque identifiés Perte d'appétit (avec stabilisation pondérale depuis 2 consultations) Primiparité Gêne dans le quotidien de la patiente et baisse de moral Fatigue maternelle</p> <p>◊ Évaluation du risque 1)santé maternelle : examen clinique du jour + anamnèse rassurante 2) bien-être fœtal : examen clinique du jour + anamnèse 3) Bien-être psycho-social : fatigue maternelle, gêne au travail, tension dans le couple en raison des réveils nocturnes et dérangement</p> <p>◊ Proposition de PEC Prescription médicale pour traitement symptomatique : Gavison® et Cariban®</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
	<p>La salive fait partie de la sphère buccale => conseils donnés sur l'hygiène bucco-dentaire (brosser les dents régulièrement + bain de bouche à la menthe).</p> <p>Connaissance des règles hygiéno-diététiques contre les nausées, reflux et vomissements : éviter les aliments copieux, gras, manger en petite quantité, repas légers à privilégier</p> <p>A 22SA, limite de la viabilité, pas de motif d'envoyer la patiente consulter aux urgences</p> <p>Une alimentation trop grasse ou sucrée peut augmenter la production de salive.</p>	<p>consultation (revenir sur les CHD, les traitements prescrits) afin de s'assurer de la bonne compréhension de la prise en charge proposée.</p>	<p>⇒ Possibilité de prendre un rendez-vous hors suivi de grossesse mensuel</p> <p>Rechercher l'information auprès de la patiente, se laisser guider</p> <p>Trouver du positif avec la patiente, ne pas renfermer la patiente chez elle en prescrivant un AT long, trouver des choses qui lui procure du plaisir pour la reconnecter à son bébé et son environnement => PEC dans la globalité</p>	<p>Règles hygiéno-diététique alimentaires et d'hygiène buccale</p> <p>Bilan sanguin : bilan vasculo-rénal + ionogramme complet + bilan du 6^{ème} mois</p> <p>Arrêt de travail et évaluation de l'efficacité de la PEC dans 1 semaine avec surveillance pondérale et BDC pour rassurer la maman</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir</p> <p>Rassurer la patiente sur le bien-être fœtal</p> <p>Apporter des solutions pour améliorer la qualité de vie</p> <p>Vigilance sur le moral de la patiente + prise pondérale et retentissement fœtal</p> <p>Aviser la suite en fonction des résultats du bilan prescrit</p> <p>Renseignement auprès collègues SF et obstétriciens</p> <p>◊ Diagnostic retenu</p> <p>Salivation excessive, bénigne de la grossesse avec gêne importante dans le quotidien de la patiente</p>

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
Entretien n°7 SF D7 Dijon	<p>Connaissances sur les critères de bonne vitalité fœtale (vérifié par l'anamnèse et les paramètres vitaux) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence de MAF - BDC à 155bpm, régulier - Utérus souple - HU conforme avec le terme - Échographie du 2^{ème} trimestre sans SAE, fœtus eutrophe <p>Connaissances hygiéno-diététiques sur les aliments pourvoyeur de salive : éviter la consommation d'aliments épicés</p> <p>Avec le terme très tôt, possibilité de chercher le fœtus lors de la recherche des BDC => prévenir la patiente pour ne pas créer d'inquiétude</p> <p>Connaissances pharmacologiques : Gaviscon®, protecteur gastrique, tapisse la paroi de l'oesophage et protège contre les RGO</p> <p>Connaissances sur les modifications physiologiques de la grossesse par rapport au terme : au T2 le corps s'adapte mieux aux modifications physiologiques hormonales de la grossesse (progesterone et œstrogène + B-HCG)</p> <p>Les œstrogènes et la progesterone peuvent avoir un effet sur les glandes salivaires, causant une augmentation</p>	<p>Regarder le dossier de la patiente en amont de la consultation afin de cibler les points à aborder ou à reprendre.</p> <p>Observer la patiente dès son entrée : patiente peu souriante, plutôt lente dans ses mouvements</p> <p>Poser une question ouverte permettant à la dame de s'exprimer librement sans la guider dans les questions</p> <p>Questionner sur le bien-être au travail pour faire le lien avec la fatigue physique</p> <p>Évaluer le niveau de fatigue avant de proposer un AT</p> <p>Débuter la consultation par l'examen clinique puis revenir sur la problématique apportée par la patiente</p> <p>Refaire le point sur tout ce qui s'est passé depuis la dernière consultation pour trouver une cause probable à cette HG</p> <p>Réaliser une anamnèse orientée afin de trouver l'origine de cette salive excessive</p> <p>S'assurer de l'absence de diabète => patiente ne présente pas de FdR, pas de nécessité de faire un test OMS, glucosurie négative</p>	<p>Rassurer la patiente sans trop dramatiser et sans trop prendre à la légère.</p> <p>Identifier puis nommer le symptôme (il s'agit d'un problème au niveau digestif, gastrique).</p> <p>Organiser une PEC pluridisciplinaire (demander avis aux collègues SF, médecins, relayer à un médecin si ne requiert pas de la compétence de la SF).</p> <p>Orienter la patiente vers un autre professionnel de santé si pas d'amélioration car peut être un problème au niveau des glandes salivaires</p> <p>Écarter une pathologie hors grossesse, écarter une perturbation métabolique</p> <p>Trouver des causes possibles <ul style="list-style-type: none"> - Pathologie hépatique, digestif ? - Mécanisme génétique, familial ? - Mimétisme psychique ? - Mal de la grossesse simple, sans cause particulière </p> <p>Prendre en considération le souci de la patiente pour qu'elle se sente entendue, soutenue et écoutée.</p> <p>Rendre la patiente actrice de sa PEC</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance</p> <p>Observation fine de l'état physique de la patiente (identification d'une fatigue)</p> <p>Prise d'information sur l'état général de la patiente + vécu au travail et conditions de travail en vue de la fatigue physique identifiée</p> <p>Écoute active</p> <p>Poursuite de la consultation directement par l'examen clinique</p> <p>◊ Évaluation clinique</p> <p>1) Santé maternelle : constantes, état général, examen général + anamnèse => examen somatique sans particularité</p> <p>2) Santé fœtale : examen clinique du jour et anamnèse rassurants, échographie et bilan sanguin sans particularité</p> <p>3) Bien-être psycho-social : vécu de la grossesse, vécu au travail, changement de vie depuis la dernière visite ? La patiente évoque la gêne à ce moment</p> <p>Classification du degré de gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invalidant au quotidien - Impact sur la santé physique et psychologique maternelle - Retentissement fœtal ? (Mauvaise prise pondérale ?)

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
	<p>de l'activité des glandes. Les nausées sont proportionnelles au taux d'œstrogènes et B-HCG, donc probable effet sur les glandes salivaires aussi.</p> <p>Connaissances sur les signes fonctionnels d'anémie : Goût amer dans la bouche mais exclusion d'un goût métallique/ cuivre, pas de décoloration des conjonctifs, bilan T1 ne montrant pas d'anémie</p> <p>Patiene normo-tendue : 13/8 mmHg</p> <p>Absence de douleurs, porte des bas de contention, absence d'œdème, pas de jambes lourdes, pas de SFU, SFHTA</p> <p>⇒ Bien-être clinique maternel</p> <p>Nouvelle loi sortie en 2023 : possibilité de rallonger la durée de l'AT d'un mois.</p> <p>Connaissances des CHD pour lutter contre le reflux : avoir une bonne hydratation, ne pas manger épicé, ne pas consommer de chewing-gum sur la durée, fractionner les repas, ne pas s'allonger tout de suite après les repas.</p> <p>La grande majorité des cas, les petits maux de la grossesse finissent par disparaître au 2^{ème} trimestre donc attendre que le T2 passe avant de prescrire.</p> <p>Les nausées que la patiente décrit + vomissements + salivation excessive + difficultés à s'alimenter expliquent la</p>	<p>Explorer les symptômes/gênes associés à cette HG</p> <p>Informier la patiente sur le côté bénin de ce symptôme</p> <p>S'assurer d'une bonne hydratation et alimentation.</p> <p>Évaluer l'efficacité du traitement, des CHD et de la nécessité d'un AT dans une semaine, si pas d'amélioration</p> <p>S'assurer de l'absence de contractions utérines, qui doivent être bien différenciées des douleurs ligamentaires.</p> <p>Expliquer les événements qui vont se produire avec l'évolution de la grossesse (augmentation du volume utérin, douleurs ligamentaires, fatigue, RGO)</p> <p>Prévoir un bon suivi de la grossesse en reprenant les dates des prochains rendez-vous et discuter de la préparation à la naissance et de possibles options (classique, hypnose, haptonomie, yoga).</p> <p>Prescrire des thérapeutiques prouvées scientifiquement</p> <p>Ne pas se précipiter sur un traitement médical pour se donner le temps sur une semaine</p>	<p>Ne pas inquiéter la patiente par les prescriptions de bilan ou les thérapeutiques.</p> <p>Avoir une vision de la patiente dans sa globalité. Être humble et reconnaître que nous n'avons pas les sciences infuses, savoir ses limites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Empêche de dormir ◊ Description détaillée du symptôme présent Questionnement sur la localisation de la gêne (estomac, œsophage, région buccale ?) – récurrence – durée du symptôme – changement dans les habitudes alimentaires (épices, soda, eau gazeuse, sucre)– moments cibles de la journée - ATCD familiaux de troubles digestifs, contexte psychologique – diabète ? ◊ Facteurs de risque identifiés : <ul style="list-style-type: none"> Fatigue physique Temps de travail Mauvaise qualité de sommeil Terme (transition entre le premier et deuxième trimestre donc modifications hormonales) Excès de salive depuis une durée d'une semaine ◊ Hypothèses et diagnostic différentiels exclus <ul style="list-style-type: none"> Diabète Anémie RGO Causes génétiques et psychologiques (mécanisme de mimétisme)

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
	<p>minime perte de poids donc pas d'inquiétude pour le moment. De plus, il est fréquent de finir le 1^{er} trimestre avec une légère perte de poids.</p> <p>Pas d'ATCD particulier chez la patiente, grossesse désirée, bébé eutrophe, bonne croissance à l'écho et à la HU, examen clinique sans particularité, biologies normales,</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Grossesse à déroulement physiologique, pas de surveillance particulière à mettre en place <p>Probable contexte de mimétisme, concept de psychologie</p> <p>Aliments trop sucrés ou trop salés, boissons gazeuses => pourvoyeurs d'acidité et reflux, il faut adapter les règles hygiéno-diététiques en fonction de l'hygiène de vie</p> <p>Il peut y avoir un lien entre le diabète, la soif intense et l'hypersalivation car il peut y avoir un déséquilibre hormonal.</p> <p>Patiente n'a pas de FdR de diabète.</p> <p>IMC de la patiente > 18 et <25kg/m² donc corpulence normale, mais poids stable sur 2 mois, croissance du fœtus à surveiller à la prochaine échographie et surveillance de la prise pondérale avec attention à la prochaine consultation.</p>	<p>Ne pas prescrire de bilan d'emblée, ne pas s'affoler sur le poids mais paramètre à surveiller.</p> <p>Porter attention aux mots employés face à une femme enceinte</p> <p>Passer le relai assez facilement à un médecin pour ne pas passer à côté d'une pathologie (durée d'évaluation sur une semaine)</p> <p>Oser poser les questions délicates pour avoir des vraies réponses (que ce soit le vécu au travail, le moral, vécu de la grossesse, à la maison).</p> <p>Rechercher par l'interrogatoire s'il y a des problèmes digestifs dans la famille</p>		<p>Sur-stimulation des glandes salivaires par les hormones de la grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Proposition de PEC <p>Prescription médicale : Gaviscon®</p> <p>Règles hygiéno-diététiques + conseils sur les postures après repas et la nuit</p> <p>Bas de contention</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Conclusion et perspective d'avenir <p>Rassurer la patiente en insistant sur les points positifs de la consultation</p> <p>Aviser dans une semaine après évaluation clinique et du bien-être général de la patiente</p> <p>Demander avis des collègues SF et médecins sur la PEC mise en place</p> <p>Problèmes des glandes salivaires à explorer par médecin si persistance des symptômes sans amélioration</p> <p>Prescription d'un bilan à la recherche d'un disfonctionnement métabolique car excès de sortie de liquide par la salive</p> <p>Courrier ORL ?</p> <p>Prévoir les dates de séances de préparation à la naissance</p> <p>Recours aux médecines alternatives (acupuncture, ostéopathie)</p>

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-but :	Raisonnement clinique :
	<p>Une des causes de l'hypersalivation ne peut pas être infectieux car pas de signe d'infection, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patiente apyrétique cliniquement - Pas d'état grippal - Bon état général 			<p>◊ Diagnostic retenu par la SF à l'instant t :</p> <p>Hypersialorrhée gravidique : symptôme bénin, dû à l'état de la grossesse</p>

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
Entretien n°8 SF B8 Bourg	<p>Situation rencontrée lors d'un stage en Ma3 dont le diagnostic d'hyperémèse gravidique avait été posé</p> <p>Les symptômes de cette patiente étaient : nausées et vomissements avec parfois uniquement le réflexe de vomissement accompagné d'une hypersalivation.</p> <p>Le rapprochement avec les 2 patientes a fait que le SF a posé d'emblée le diagnostic d'hyperémèse gravidique sans conséquence grave sur la santé materno-fœtale.</p> <p>Connaissance sur la physiologie de la grossesse : les symptômes décrits évoquent un des maux de la grossesse et les MAF peuvent ne pas être ressentis à ce terme car la patiente n'est qu'à 22SA et il s'agit d'un premier bébé, le corps n'a pas de mémoire de la grossesse.</p> <p>Connaissance sur les signes de bien-être fœtal et bon déroulement de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de MTR, pertes de liquide - Absence de SFHTA, SFU - Pas de contractions ressenties 	<p>Se présenter au début de la consultation et donner confiance dès le premier contact</p> <p>Poser une question ouverte permettant à la patiente de se sentir à l'aise et libre de s'exprimer.</p> <p>Poser des questions plus précises et détaillées afin de cibler l'anamnèse et de comprendre la problématique</p> <p>Expliquez à la patiente le mécanisme en jeu</p> <p>Expliquez les symptômes accompagnant cette gêne</p> <p>Poursuivre la consultation par l'anamnèse classique et s'assurer du bon déroulement de la grossesse en réalisant l'examen clinique et paraclinique. S'assurer du bon suivi de la grossesse : questionner sur les prises de rendez-vous, la date du rendez-vous du 6e mois et de la prochaine échographie.</p> <p>Effectuer des recherches sur internet pour compléter les conseils hygiéno-diététiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bain de bouche à la menthe - Bonne hygiène dentaire donc se brosser les dents 	<p>Avoir une posture professionnelle</p> <p>Écoutez activement la patiente</p> <p>Rassurer la patiente</p> <p>Organiser une prise en charge pluridisciplinaire</p> <p>Être humble et dire ses incertitudes</p> <p>Écarter une pathologie gravidique</p> <p>Poser le diagnostic, l'expliquer à la patiente et l'orienter vers des professionnels qualifiés</p> <p>Faire confiance aux paroles de la patiente et au ressenti</p> <p>Répondre aux besoins de la patiente en premier lieu par l'écoute et le soutien</p> <p>Rendre la patiente actrice dans sa prise en charge</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance (présentation de la SF, posture professionnelle)</p> <p>Expression libre de la patiente</p> <p>Questionnement sur l'état général</p> <p>Écoute active</p> <p>Prise d'information auprès de la patiente</p> <p>◊ Description du symptôme évoqué</p> <p>Questionnement sur la date d'apparition, les circonstances de survenue, présence de nausées, brûlure d'estomac ou œsophagique, accompagnement de la salive par des vomissements ou reflexe de vomissement uniquement</p> <p>Questionnement sur le degré d'impact sur le bien-être maternel</p> <p>(Gêne au travail et crainte du regard des autres)</p> <p>⇒ Diagnostic d'hyperémèse gravidique posé à ce stade du raisonnement clinique (diagnostic influencé par cas rencontré pendant les études)</p> <p>◊ Évaluation du risque</p>

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-but :	Raisonnement clinique :
	<ul style="list-style-type: none"> - Échographie sans anomalie - Patiente normo tendue - Présence des BDC, à 155bpm - HU conforme avec le terme - Bon état maternel, pas d'altération de l'état général - Examen clinique sans particularité <p>Hypothèse : il s'agirait selon la SF d'un mécanisme de protection du corps, des voies aériennes supérieures/œsophage face à ses sécrétions acides. « Le corps protège les parois en produisant plus de salive ». Connaissance sur la pathologie gravidique donnant des vomissements incoercibles : l'hyperémèse gravidique est une pathologie grave de la grossesse s'il n'y a pas de PEC adaptée. Connaissance sur les critères d'un dossier physiologique : <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'ATCD - Bilans sans anomalie - Bonnes constantes maternelles </p>	<ul style="list-style-type: none"> minimum 3 fois par jour - Mâcher un chewing-gum pour aider à avaler la salive ou bien gomme sans sucre - Ostéopathie - Éventuellement homéopathie <p>S'intéresser au bien-être psychosocial de la patiente : Ne pas prescrire sans savoir ce qu'on recherche Ne pas faire des examens inutiles sans savoir interpréter S'intéresser au contexte psychosocial, le moral le vécu de la patiente à la recherche d'un mal-être chez la patiente, un état de stress, d'angoisse qui pourrait expliquer ce symptôme Établir les prescriptions en fonction des besoins et souhaits de la patiente Analyser la situation et l'ampleur de l'impact avant toute prescription de bilan ou d'arrêt de travail</p>		<p>1) Santé maternelle : examen clinique + anamnèse + état général, absence de signe de fatigue => bien-être somatique 2) Santé fœtale : examen clinique du jour et anamnèse rassurants, échographie T2 et bilan sans particularité 3) Bien-être psychologique : moral, gêne au travail, crainte regard des autres</p> <p>◊ Hypothèses émises suite à l'examen + anamnèse + recherche Symptôme de la grossesse en raison des hormones Mécanisme de protection réflexe du corps contre l'acidité des vomissements (Protection des voies aériennes supérieures) Les vomissements provoquent l'hypersalivation Hypersalivation provoque les vomissements</p> <p>◊ Facteurs de risque identifiés Etat de la grossesse (hormones) Gêne au travail Moral bas Début fatigue exprimée par la patiente Nausées + Vomissements persistant depuis début de la grossesse</p>

Nom de l'entretien :	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
	<p>⇒ Grossesse à déroulement physiologique, sans altération de la santé maternelle et fœtale.</p> <p>Hypothèse différentielle à évoquer : ce symptôme peut aussi être une manifestation du corps à la grossesse ou l'acceptation de la grossesse. Il peut y avoir un facteur stressant et déclenchant ce symptôme.</p> <p>Connaissances sur les signes évocateurs d'une fatigue intense et chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'hypotension et pas de signe d'hypotension - Patiente non cernée, non pâle - Pas de description de contractions de fin de journée - Pas de grosse plainte évoquée autour de la fatigue : « la patiente l'a évoqué mais elle n'a pas insisté ». 			<p>◊ Proposition de PEC Orientation vers SF ayant un diplôme d'hypnose ou d'acupuncture Conseils hygiéno-diététiques + hygiène dentaire Ostéopathie Homéopathie Prescription bilan 6^{ème} mois</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir Assurer une bonne qualité de l'écoute, être empathique, accorder un temps de parole à la patiente Rassurer la patiente Renseignement auprès des collègues SF Surveillance poids (si >10% du poids initial => indication d'hospitalisation) Travail sur l'estime de soi et la prise de confiance Orienter vers un médecin si persistance s</p> <p>◊ Diagnostic retenu Hypersalivation en raison des symptômes persistants du premier trimestre de la grossesse sans impact sur la santé maternelle et fœtale (versant clinique)</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique :
Entretien n°9 SF Be9 Besançon	<p>Connaissances sur les modifications physiologiques dues à la grossesse : augmentation de la production de salive par les glandes salivaires</p> <p>Baisse de l'immunité due à l'état de la grossesse donc à risque d'infection (dentaire)</p> <p>Connaissances sur le mode d'action de l'acupuncture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une médecine chinoise qui est composée principalement de points d'équilibre entre le Ying et le Yang - Médecine douce non invasive <p>Connaissances pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaviscon®, pansement gastrique - Connaissance sur les dosages homéopathiques : les hautes dilutions comme le 15 ou le 30CH stimulent et les basses dilutions inhibent <p>Connaissance sur les consultations conseillées pendant la grossesse : existence d'une</p>	<p>Posez une question ouverte et favorisez l'expression libre de la patiente</p> <p>Se montrer disponible, avoir une posture d'écoute active en regardant droit les yeux de la patiente, prendre des notes et hochement de tête.</p> <p>Recueillir des informations et précisions envers la patiente</p> <p>Évaluer l'impact de ce symptôme sur le quotidien de la patiente</p> <p>Prendre note des informations fournies par la patiente dans le dossier médical afin de refaire le point lors de la prochaine visite</p> <p>Rechercher des symptômes complémentaires et associés à cette hypersalivation</p> <p>Savoir si la patiente a mis en place des moyens pour lutter contre ce symptôme</p> <ul style="list-style-type: none"> - A elle fait des recherches ? - S'est-elle renseignée auprès des proches, d'autres professionnels ? - A-t-elle remarqué des changements autour de l'alimentation ? Il y a-t-il des aliments qui augmentent la salive ? À quel moment de la journée ? 	<p>Instaurer une relation de confiance : mettre la patiente au cœur de sa prise en charge</p> <p>Prendre en charge dans la globalité (la patiente est un être bio-psychosocial)</p> <p>Être honnête face à la patiente</p> <p>Rassurer la patiente sur le côté bénin de ce symptôme</p> <p>Importance de l'empathie</p> <p>Assurer une écoute active tout en gardant une posture professionnelle</p> <p>Trouver des moyens pour atténuer l'impact du symptôme</p> <p>Permettre à la patiente d'avoir une qualité de vie optimale pour un bon déroulement de sa grossesse</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance permettant à la patiente de s'exprimer librement (accueil chaleureux, posture professionnelle)</p> <p>Écoute active et attentive</p> <p>Observation de la posture de la patiente, comportement, gestuel, non verbal (gobelet)</p> <p>Prise d'information auprès de la patiente en lui laissant un temps de parole, sans l'interrompre</p> <p>Lecture du dossier médical en amont de la consultation</p> <p>◊ Description détaillée du symptôme présent</p> <p>Questionnement sur la fréquence des crachats/24h, intensité, moments précis de la journée, la nuit, moment d'apparition, quantification des crachats (en litre), changement des habitudes alimentaires</p> <p>Exploration des symptômes associés : reflux – halitose – nausées – vomissements (réflexe vomitif)</p> <p>Questionnement sur l'impact dans le quotidien : réveil nocturne,</p>

	<p>consultation dentaire remboursée pendant la grossesse.</p> <p>Connaissances sur les signes de bonne viabilité et croissance fœtale (anamnèse et l'examen clinique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Début des MAF - Hu conforme avec le terme - Utérus souple - Bébé en présentation céphalique - Présence des bdc, à 155bpm <p>Bon déroulement de la grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de pertes anormales - Pas de contractions ressenties - Absence de SFU, SFHTA, pas d'œdème des membres inférieurs - Absence de signe digestif - Constantes maternelles normales <p>Connaissances sur les probables facteurs de risque de l'HG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influence de l'origine ethnique <p>Connaissances sur les signes de bien-être maternel :</p>	<p>Orienter la patiente auprès d'une sage-femme acupunctrice et proposer d'aller voir un dentiste</p> <p>Demander si la consultation dentaire pendant la grossesse a été faite</p> <p>Évaluer le niveau de fatigue de la patiente afin d'écartier une fatigue intense et chronique (temps de sommeil, temps de travail, fatigue tout au long de la journée)</p> <p>Se renseigner auprès des collègues au sujet de cette hypersalivation</p> <p>Demander les points positifs et négatifs de la grossesse depuis la dernière consultation</p> <p>Évaluer l'efficacité du traitement antiémétique prescrit précédemment :</p> <p>Établir l'anamnèse obstétricale après avoir écouté attentivement la patiente.</p> <p>S'assurer du bien-être psychologique de la patiente</p> <p>Consulter le dossier obstétrical et les résultats des analyses en amont de la consultation afin de cibler les points à aborder lors de cette consultation et expliquer à la patiente les résultats.</p> <p>Rechercher sur internet pour compléter les conseils.</p> <p>Discuter autour d'un réaménagement au travail comme une possibilité de</p>	<p>fatigue, gêne au travail et au quotidien, acidité gastrique, impact sur le lien mère-fœtus</p> <p>Moyens mis en place par la patiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Facteurs de risque identifié Primiparité Fatigue Gêne dans le quotidien et baisse du moral Nausées de début de grossesse persistantes Grossesse : baisse de l'immunité donc à risque d'infection <p>◊ Hypothèses</p> <p>Hypersalivation due à l'état de la grossesse</p> <p>Problème psychologique et manifestation du corps face à un trouble psychologique (dans ce cas proposer un entretien prénatal précoce et suivi psychologique, médecines alternatives)</p> <p>◊ Évaluation du risque</p> <p>1) Santé maternelle : examen clinique et anamnèse rassurants, bon état général, patiente autonome dans la vie de tous les jours => examen somatique sans particularité</p>
--	--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Poids stable depuis le début de la grossesse, pas de perte pondérale - Contexte expliquant la stabilité pondérale (nausées, vomissements, salivation) - IMC de la patiente 22kg/m² => corpulence normale, pas de perte pondérale >10% du poids de départ donc il ne s'agit pas d'une hyperémèse gravidique - Patiente active professionnellement => pas en manque de vitamines <p>Connaissances sur les règles hygiéno-diététiques pour limiter l'hypersalivation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éviter l'excès de sucre <p>Surprise à l'idée que la patiente salive plus d'1L et demi par jour et influence de cette information dans la proposition d'un AT</p>	<p>diminution des heures de travail car un arrêt de travail peut être précoce en vue du terme et du statut de « nouvel employé de la patiente. »</p> <p>Exclure la prescription de bilan du fait du phénomène physiologique de ce symptôme</p> <p>Cibler les moments importants dans les paroles de la patiente</p> <p>Aborder le côté psychologique à chaque consultation en osant poser la question :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Proposition d'un psychologue ⇒ Un Entretien prénatal précoce pour uniquement discuter ⇒ Hypnose pour la gestion des angoisses liées à la grossesse 	<p>2) Bien-être fœtal : anamnèse et examen clinique du jours sans anomalie, bilan et échographie sans particularité => bien-être fœtal</p> <p>3) Bien-être psycho-social : baisse de moral mais soutien et entraide dans le couple et par la famille, fatigue psychologique en raison des conséquences de ce symptôme dans le quotidien</p> <p>◊ Proposition de PEC :</p> <p>Prescription médicale : Gaviscon®, bilan sanguin et urinaire du 6^{ème} mois,</p> <p>Médecines alternatives : acupuncture, homéopathie</p> <p>Consultation chez le dentiste (consultation de prévention pendant la grossesse)</p> <p>Conseils hygiéno-diététiques et d'hygiène dentaire</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir :</p> <p>Rassurer la patiente</p> <p>Assurer une bonne qualité de l'écoute, apporter un soutien, être empathique</p> <p>Possibilité par la patiente de prendre rendez-vous hors consultations prénatales</p>
--	---	--	--

				<p>Renseignement auprès des collègues SF et obstétriciens au sein du cabinet</p> <p>Penser à prendre des nouvelles de la patiente dans 1 semaine</p> <p>Penser à évoquer l'AT de nouveau si persistance de la fatigue ou un aménagement des conditions de travail (télétravail, baisse des heures de travail)</p> <p>◊ Diagnostic retenu : Symptôme physiologique d'hypersalivation pendant la grossesse sans impact somatique materno-fœtal mais gêne dans le quotidien</p>
--	--	--	--	--

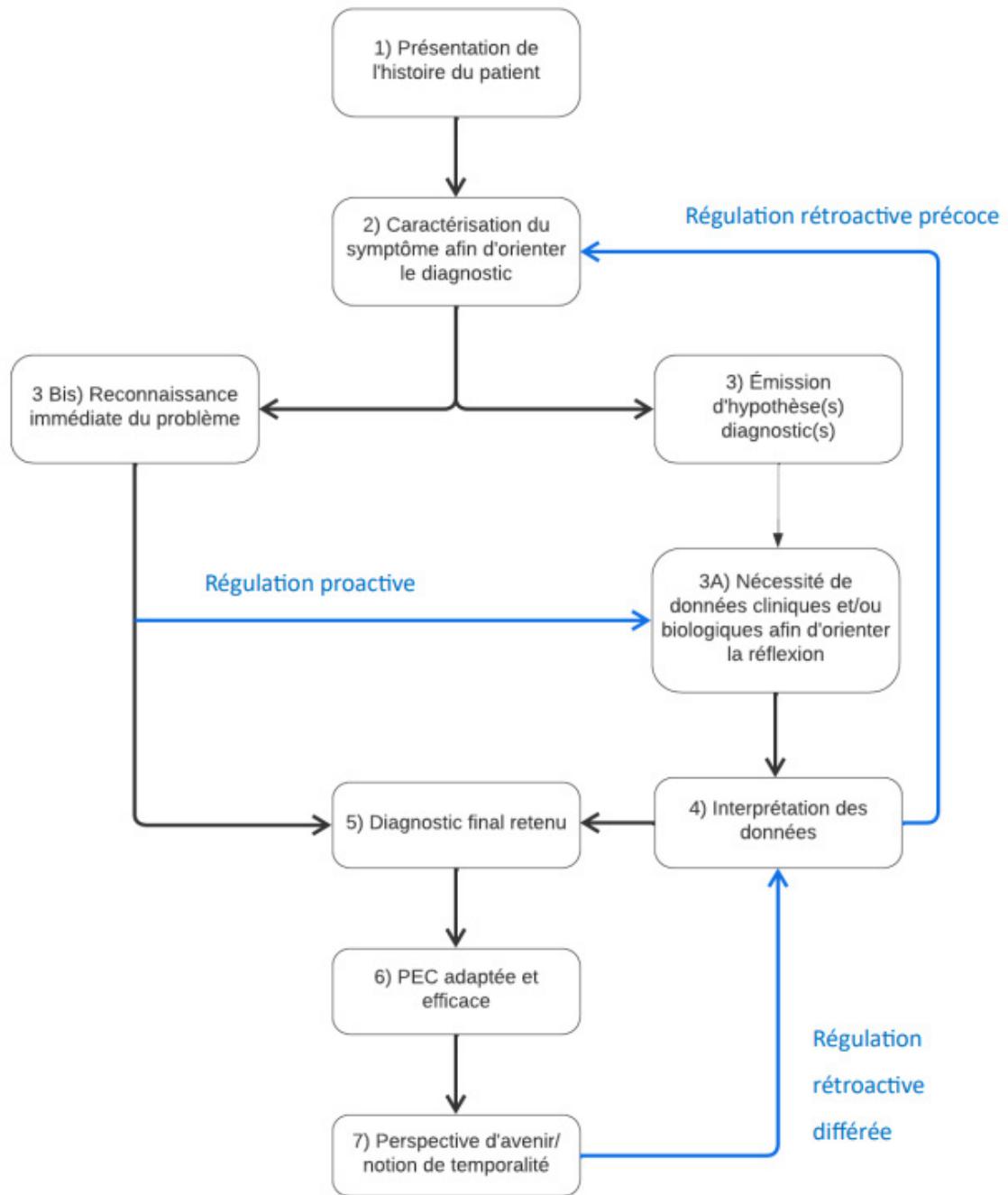
Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique
Entretien n°10 SF Be10 Besançon	<p>Connaissances sur les signes de bien-être foetal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BDC à 155bpm, régulier - Utérus souple - HU conforme avec le terme - Échographie T1 et T2 sans anomalie, pas de SAE - Fœtus eutrophe - Début de ressenti des MAF, tous les jours - Pas de perte de sang, de liquide anormal - Pas de CU <p>Connaissances sur les valeurs des constantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tension à 10/7 lors de l'examen : petite tension mais « normal » pour la grossesse et la fatigue <p>Connaissance sur l'hypersialorrhée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rare - Phénomène physiologique dans la majorité des cas dû à la grossesse mais possible cause pathologique ou psychologique « ...mais peut être un symptôme de pleins d'autres choses, un problème hormonal ou hépatique ? ». - « Comme c'est peu fréquent ça me paraît plus grave » 	<p>Poser une question ouverte permettant à la patiente de s'exprimer ouvertement</p> <p>Reprendre les mots de la patiente pour la laisser emmener la problématique</p> <p>Faire le point sur les maux du mois dernier et voir avec la patiente s'il y a des améliorations</p> <p>Observer la patiente, ses gestes, son comportement</p> <p>Évaluer l'efficacité du traitement donné contre les nausées</p> <p>Évaluer l'impact, le degré de gêne de ce symptôme</p> <p>Réaliser toute l'anamnèse au début, montrer à la patiente que la SF est préoccupée par la problématique de la dame puis passage à l'examen clinique pour s'assurer du bon déroulement de la grossesse</p> <p>Expliquer chaque geste à la patiente => détendre l'atmosphère et rassurer</p> <p>S'assurer du bien-être psycho-social de la patiente</p> <p>S'assurer d'une bonne hydratation pendant la grossesse</p> <p>Regarder le dossier obstétrical en amont de la consultation pour</p>	<p>Écarter une pathologie en réalisant un examen clinique, prescription de bilan (hormones, ionogramme, bilan hépatique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysfonctionnement hormonal - Hépatique - Déficit en ion, vitamines <p>Orienter la patiente vers la maternité de naissance pour les informer de la situation (comme reprise du suivi à partir du 8^{ème} mois).</p> <p>Placer la patiente au cœur de sa prise en charge : demander son avis avant chaque prescription, lui expliquer la conduite à tenir et lui demander si elle est d'accord.</p> <p>Rassurer la patiente : pas d'inquiétude dans l'immédiat, bien-être maternel et fœtal, examen clinique, bilans sans particularité.</p> <p>Organiser une PEC pluridisciplinaire dans la PEC de ce symptôme : orientation au CHU, demander avis des collègues en libéral, proposition d'un psychologue, SF acupunctrice, diététicienne.</p> <p>Être humble envers la patiente.</p> <p>Adopter une posture professionnelle tout en étant empathique car symptôme très dérangeant.</p>	<p>◊ Identification de la problématique</p> <p>Mise en place d'un climat de confiance, expression libre de la patiente sans interruption</p> <p>Observation fine du comportement de la patiente, état de la patiente (identification du gobelet)</p> <p>Écoute active et attentive</p> <p>Prise d'information auprès de la dame + lecture du dossier obstétrical en amont de la consultation</p> <p>◊ Description détaillée du symptôme</p> <p>Questionnement sur la fréquence des crachats – quantité – présence d'une gêne à la déglutition – persistance des nausées avec ce symptôme – traitement contre les nausées pris ? amélioration des symptômes du premier trimestre ? ATCD de dysthyroïdie- diabète – pathologie hépatique</p> <p>⇒ Réalisation de l'examen clinique à la suite de cette anamnèse</p> <p>◊ Facteurs de risque identifiés :</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique
	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de connaissance de ce symptôme dans le terrain mais vu en cours « Quand j'ai vu son pot et qu'elle crachait dedans j'ai directement pensé à l'HG ». <p>Connaissances sur les critères d'un dossier physiologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'ATCD - Bilans de début de grossesse sans pathologie - Absence de facteur de risque de diabète - Absence de dysthyroïdie - Absence de pathologie hépatique <p>Connaissances sur les signes de bien-être maternel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Moral bon globalement - Tension et pouls normaux - Absence d'œdème et de SFHTA - Absence de SFU - Pas de douleurs particulières décrites pas la patiente <p>Connaissances pharmacologiques : Gaviscon® et Oméprazole® efficaces contre les reflux et les brûlures gastriques -> efficacité si combinaison des 2 traitements.</p>	<p>refaire le point sur les éléments importants du mois dernier</p> <p>Prescrire un bilan hormonal à la recherche d'un dysfonctionnement hormonal</p> <p>S'assurer d'une bonne prise pondérale</p> <p>Adapter le traitement aux attentes en fonction des plaintes (Donormyl® pour améliorer le sommeil, Cariban®, complément de gingembre)</p> <p>S'assurer que la PEC proposée est appropriée pour la patiente et que cela a été bien comprise.</p> <p>Adresser un courrier à l'hôpital résumant la situation de la patiente.</p> <p>Débuter par les bilans, orientation au CHU puis une fois avoir écarté la pathologie, proposer les médecines complémentaires.</p> <p>Classer la patiente dans la catégorie "patiente vulnérable" en vue de la situation, de l'impact de ce symptôme sur le moral et la qualité de vie</p> <p>Évaluer l'impact de ce symptôme sur le bien-être materno-fœtal</p> <p>Réorganiser un rendez-vous dans 2 semaines pour évaluer l'état de la patiente</p>	<p>Assurer un bon suivi de la grossesse pour la suite (patiente classée dans la catégorie patiente vulnérable donc bien aborder le moral, le bien-être de la patiente).</p> <p>Se montrer disponible : possibilité de consulter en dehors des rendez-vous mensuel, possibilité de joindre la SF par téléphone ou message</p> <p>Écouter activement la patiente</p>	<p>Fatigue maternelle</p> <p>Salivation excessive</p> <p>Perte d'appétit et stagnation pondérale depuis la dernière consultation</p> <p>Changement alimentaire</p> <p>Grossesse = baisse de l'immunité (pathologies plus fréquentes)</p> <p>Origine ethnique de la patiente</p> <p>◊ Émission d'hypothèses : Conséquence de la persistance des nausées du premières trimestre</p> <p>Recherche de pathologies sous-jacentes : dysthyroïdie, pathologie hépatique, infection buccale, déficit en ions, vitamines...</p> <p>Cause psychologique</p> <p>◊ Évaluation du risque</p> <p>1) Santé maternelle : examen + anamnèse + état général + fatigue (tension basse) => fatigue avec retentissement physique</p> <p>2) Bien-être fœtal : examen clinique + anamnèse du jours sans anomalie (bilans + échographie sans particularité)</p> <p>3) Santé psycho-sociale : baisse du moral, fatigue intense, insomnie</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique
	<p>Donormyl® est un hypnotique utilisé pendant la grossesse contre les nausées et vomissements, faire attention à l'insomnie avec le dosage.</p> <p>Compléments à base de gingembre efficaces contre les nausées.</p> <p>Connaissances sur les règles hygiéno-diététiques contre les nausées, reflux, salivation :</p> <p>Connaissances sur les paramètres biologiques à surveiller pour écarter une probable pathologie inflammatoire par la NFP et CRP</p> <p>Fonction hormonale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH - T3, T4 - Glycémie à jeun <p>Fonction hépatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASAT/ ALAT, LHD, Bilirubine, acide urique <p>Bilan ionique : ionogramme sanguin complet pour rechercher une carence en apport alimentaire.</p> <p>Les causes motivant la prescription des bilans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - +1kg depuis le début de la grossesse, avec stagnation pondérale depuis 2 mois - Difficulté alimentaire et d'hydratation 			<p>◊ Proposition de PEC</p> <p>Bilan sanguin hormonal, ionique, hépatique, inflammatoire</p> <p>Gaviscon®, Oméprazole®, Cariban®, Donormyl®</p> <p>Compléments de gingembre</p> <p>Adressage à la maternité de naissance pour avis médical sur courrier de la sage-femme après réalisation du bilan sanguin</p> <p>Arrêt de travail de 15 jours avec réévaluation dans 15jours au cabinet</p> <p>Proposition de suivi psychologique (refusé par la patiente)</p> <p>◊ Conclusion et perspective d'avenir</p> <p>Patiente classée dans la catégorie « patiente vulnérable » donc assurer un suivi rapproché</p> <p>Prévoir un RDV dans 2 semaines pour refaire le point</p> <p>Adressage à la maternité pour avis médical => si consultation et bilans sans particularité => recours aux médecines alternatives et traitement purement symptomatique dans le but d'atténuer l'inconfort quotidien</p>

Nom de l'entretien	Invariants opératoires :	Règles d'action :	Buts et sous-buts :	Raisonnement clinique
	<ul style="list-style-type: none"> - Symptôme inconnu, à la recherche d'une cause pathologique avant de conclure sur la physiologique <p>L'hyperthyroïdie peut peut-être causer une HG</p> <p>Connaissances sur les probables facteurs de risque de l HG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influence de l ethnies - Changement alimentaire - Pathologie inflammatoire autour de la sphère buccale <p>Avant de décider d'un long arrêt de travail, réévaluer à courte distance de son intérêt, à 15 jours d'intervalle</p> <p>Pendant la grossesse importance d'insister sur l'hydratation</p> <p>Connaissances sur les limites thérapeutiques dans le traitement de l HG</p>			<p>Importance de rassurer la patiente avec l'examen clinique du jour => bien-être fœto-maternel sur le plan clinique</p> <p>◊ Diagnostic retenu</p> <p>Symptôme peu fréquent, pouvant cacher une cause pathologique sans danger immédiat</p> <p>SF libérale : fonctionnement en libéral avec AT de 2 semaines et évaluation lors d'un RDV</p> <p>Orientation plus facile en cas de doute</p>

Annexe VIII : Schéma général du raisonnement clinique



Annexe IX : Modélisation du raisonnement clinique propre à chaque sage-femme

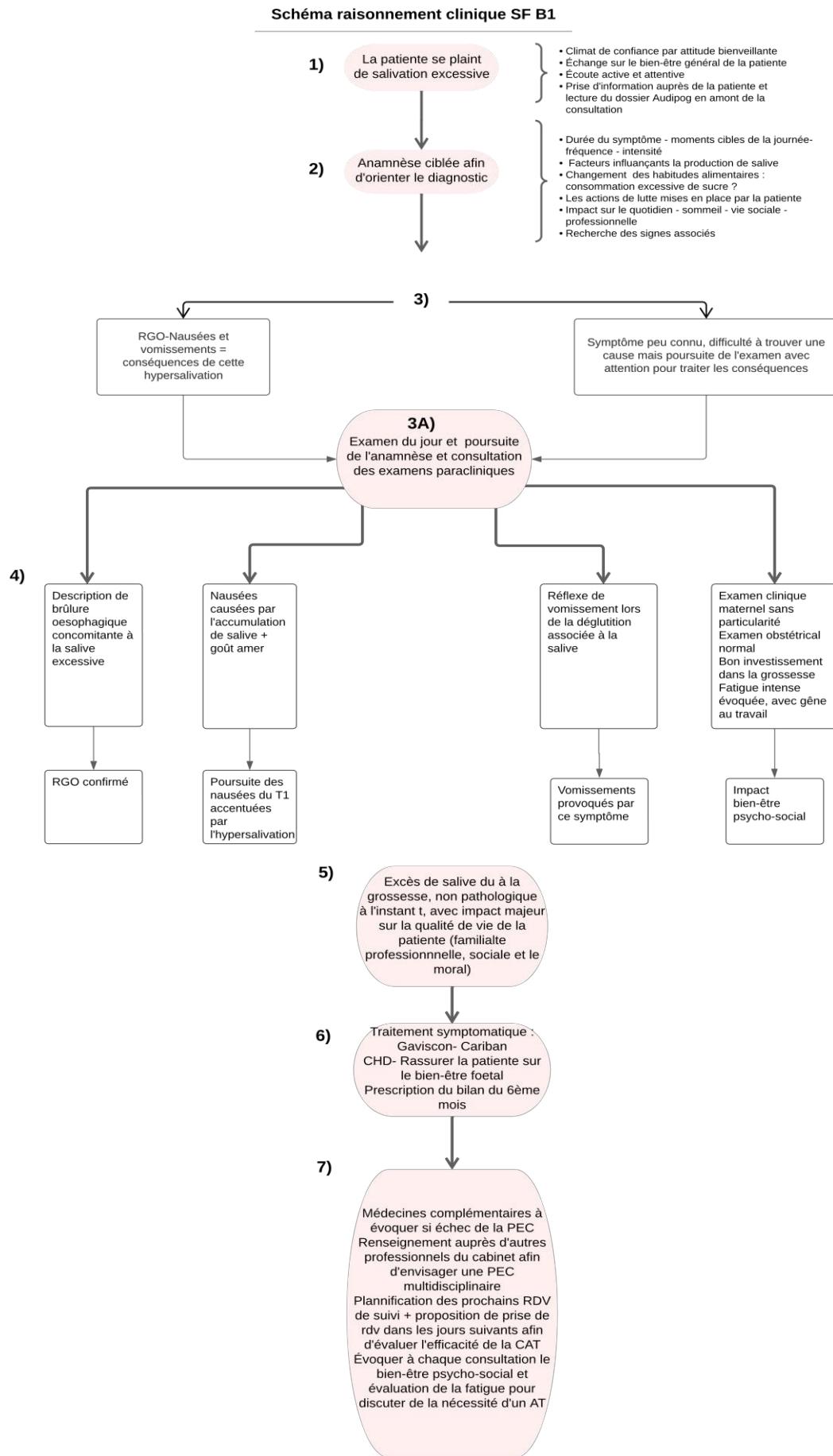


Schéma raisonnement clinique SF D2

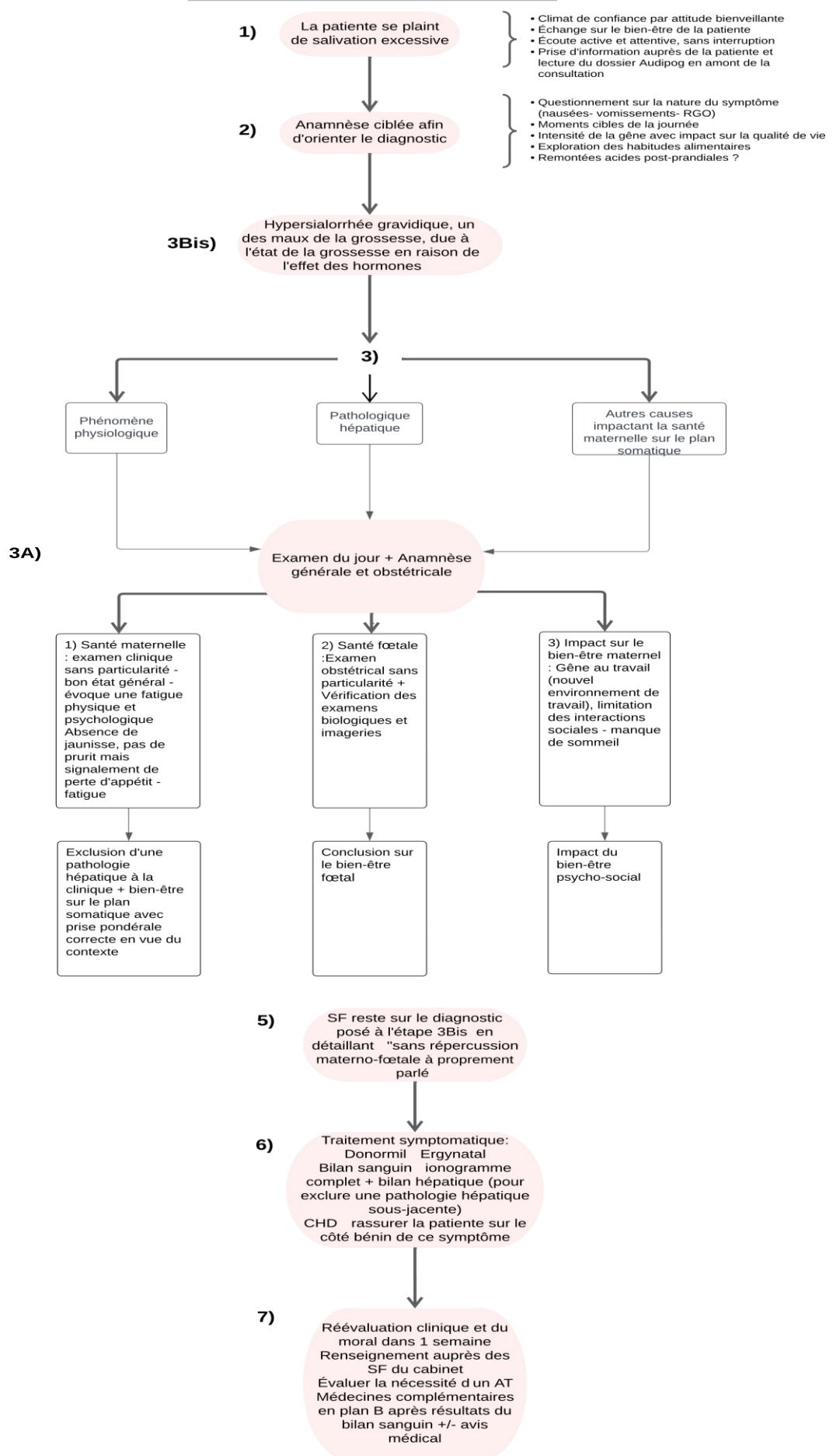


Schéma raisonnement clinique SF D3

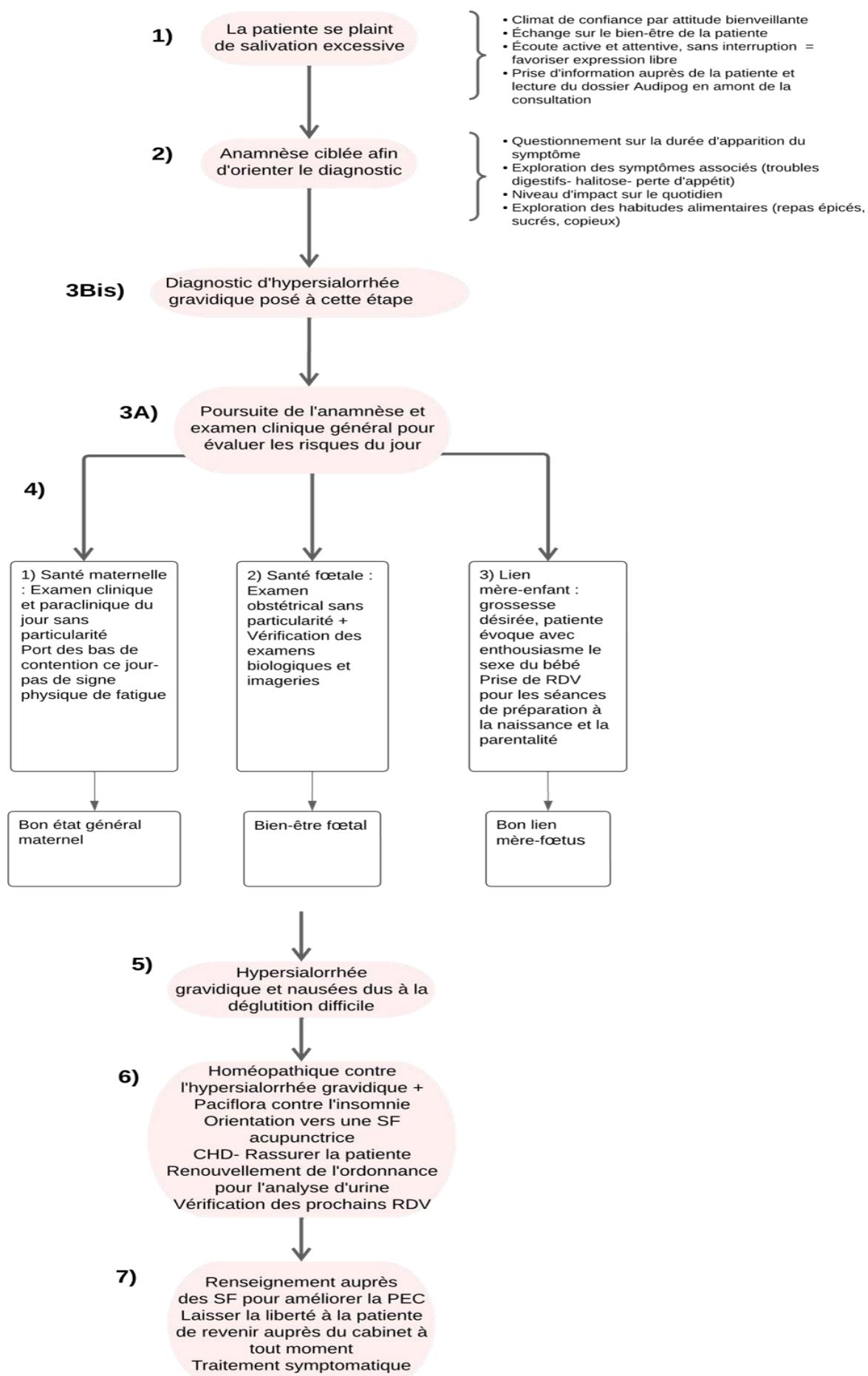


Schéma raisonnement clinique SF Be4

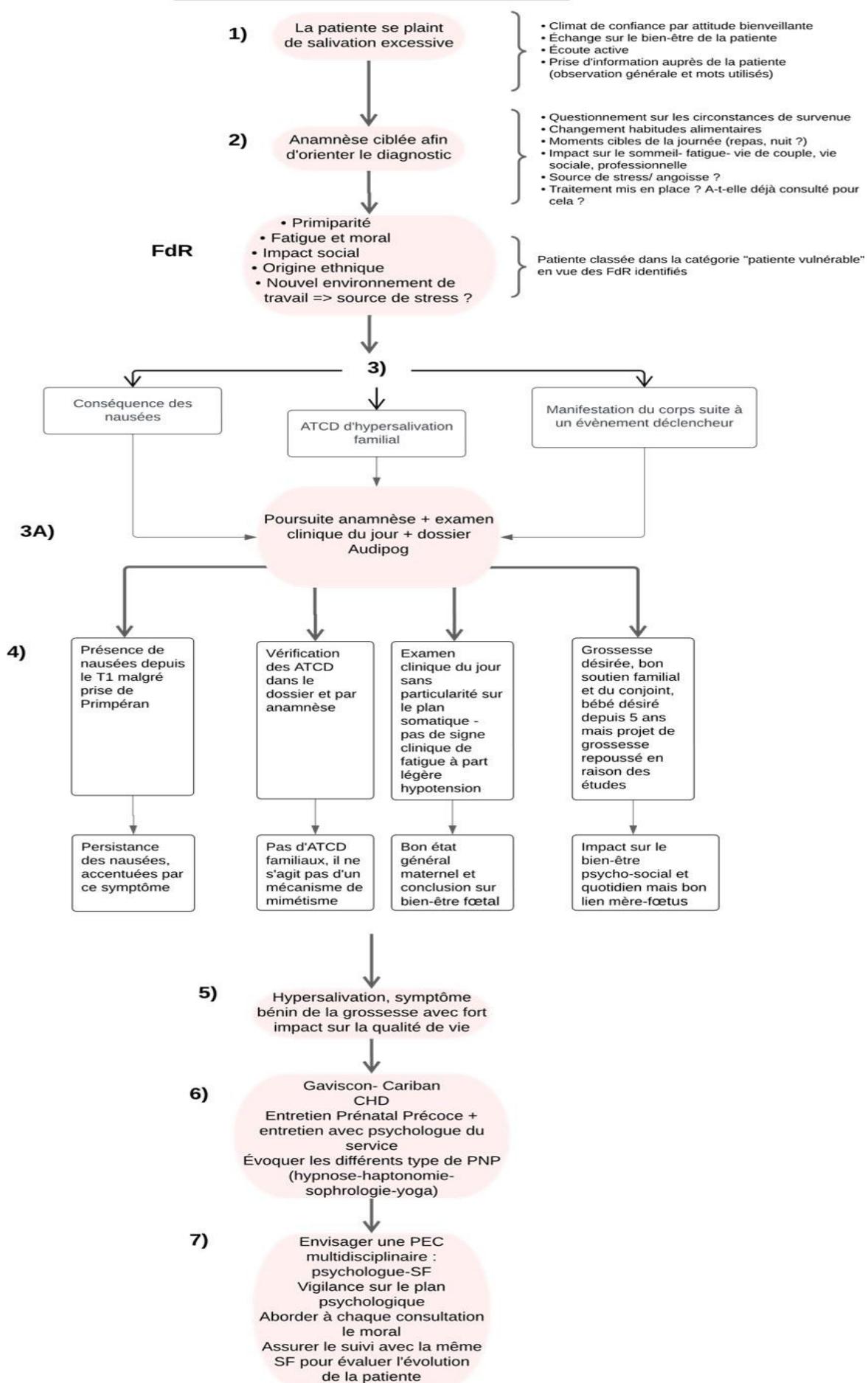


Schéma raisonnement clinique SF B5

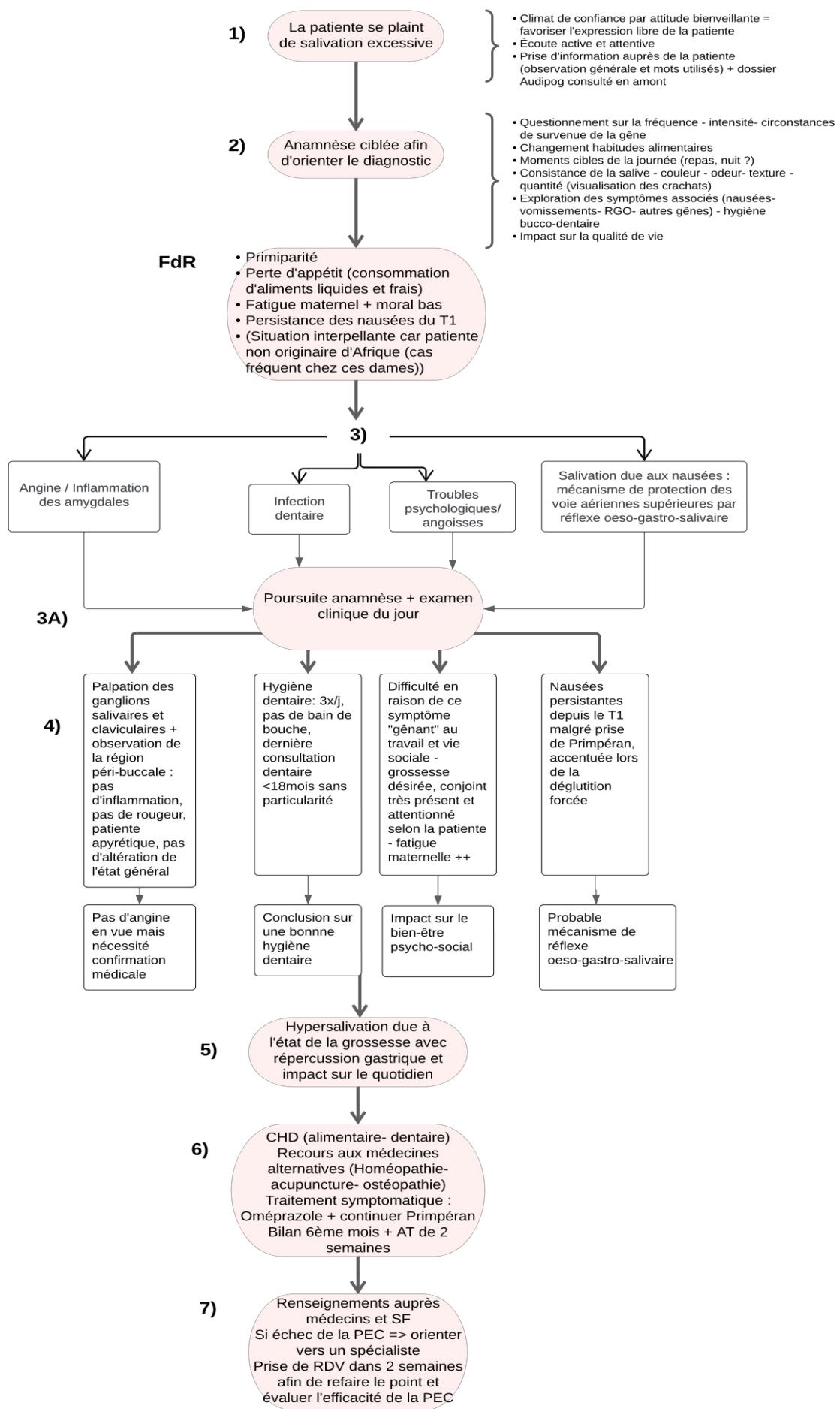


Schéma raisonnement clinique SF B6

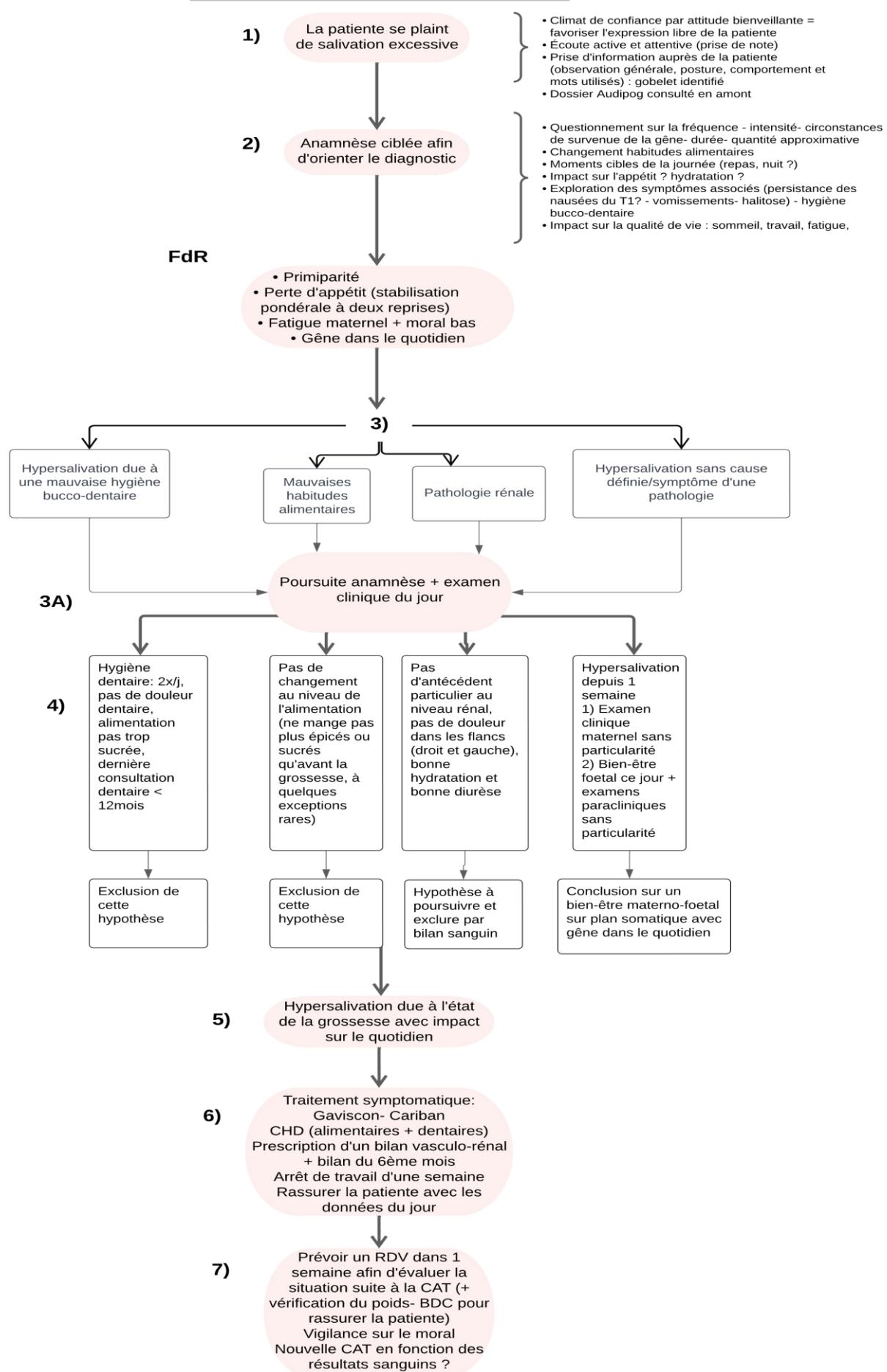


Schéma raisonnement clinique SF D7

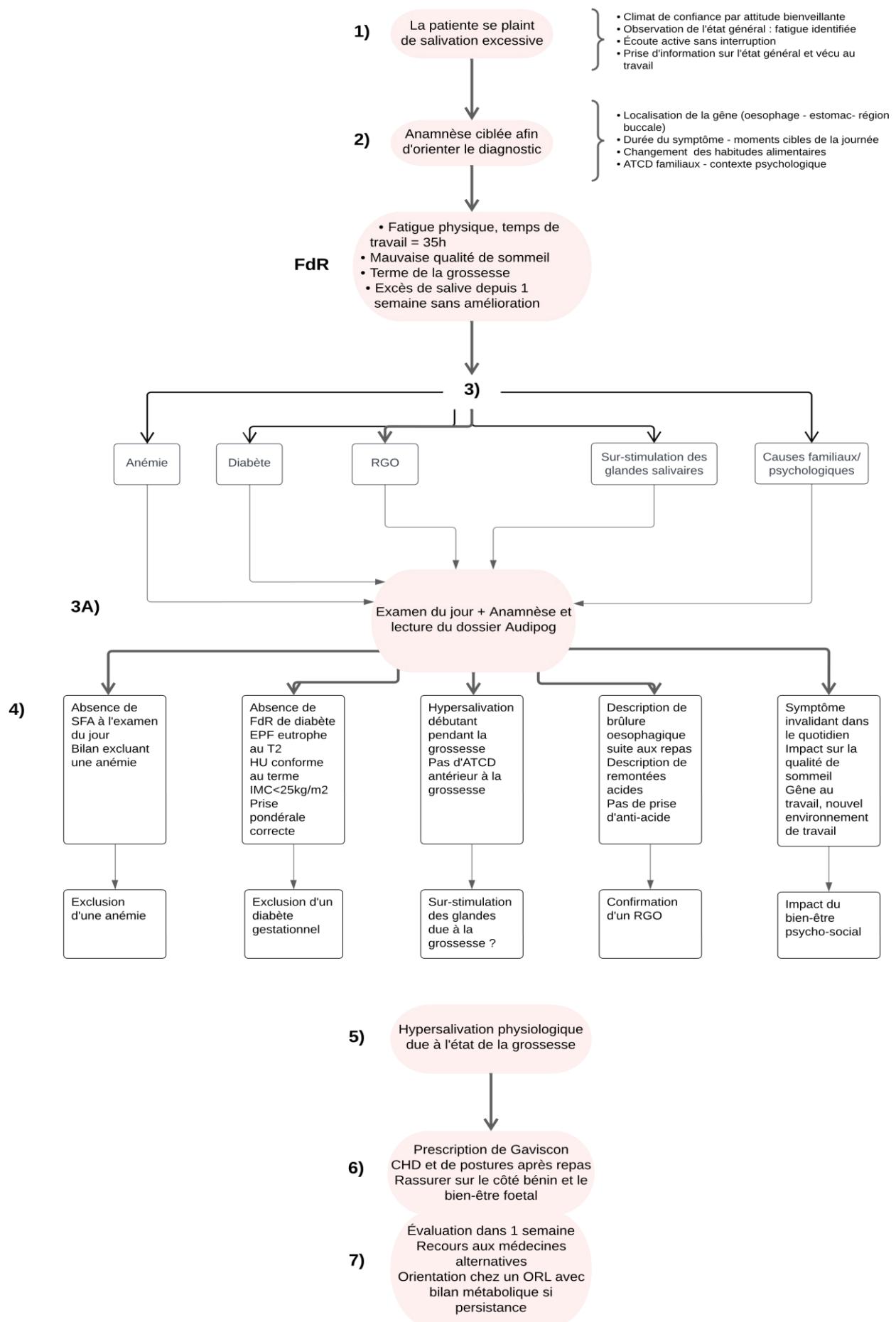


Schéma raisonnement clinique SF B8

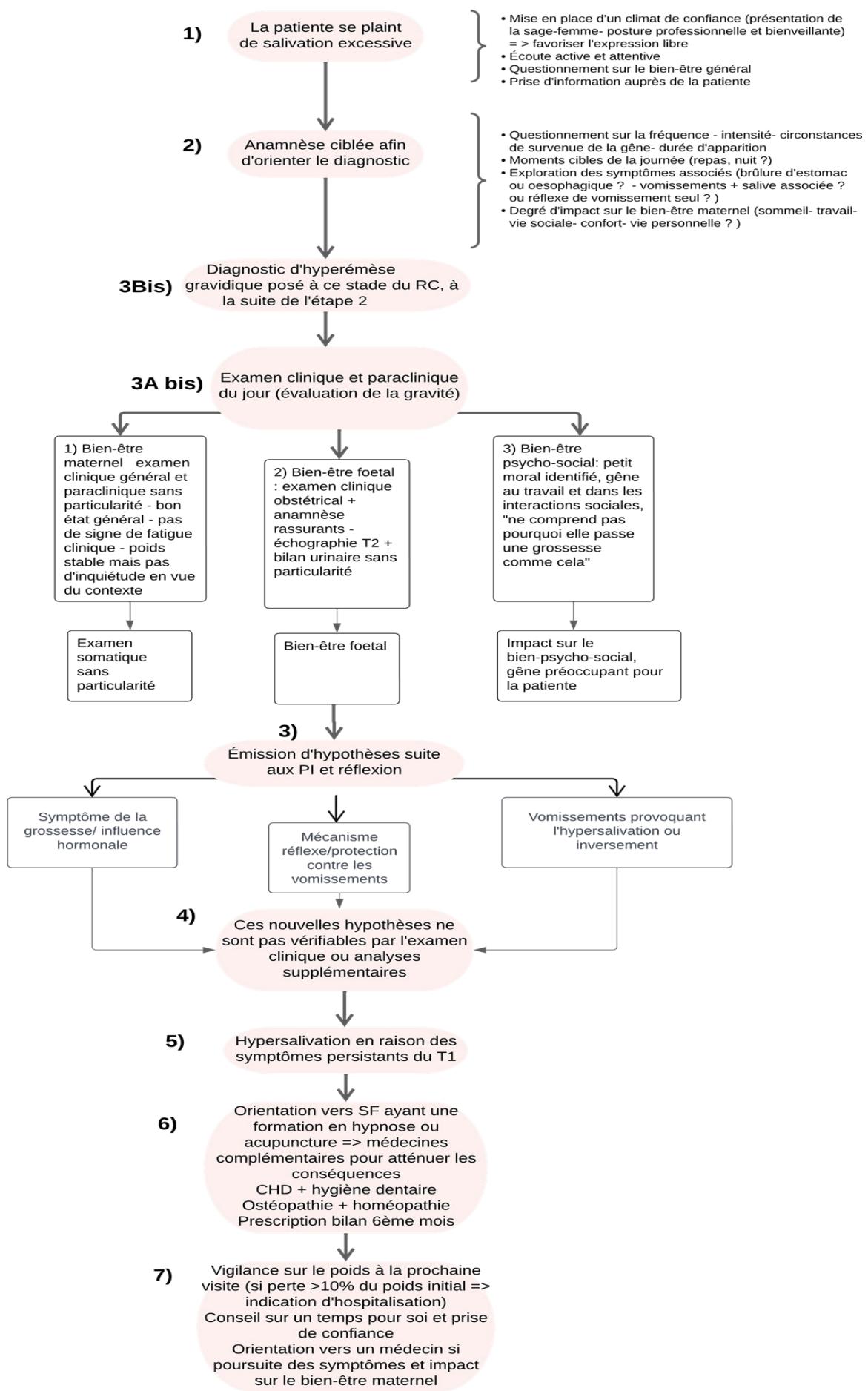


Schéma raisonnement clinique SF Be9

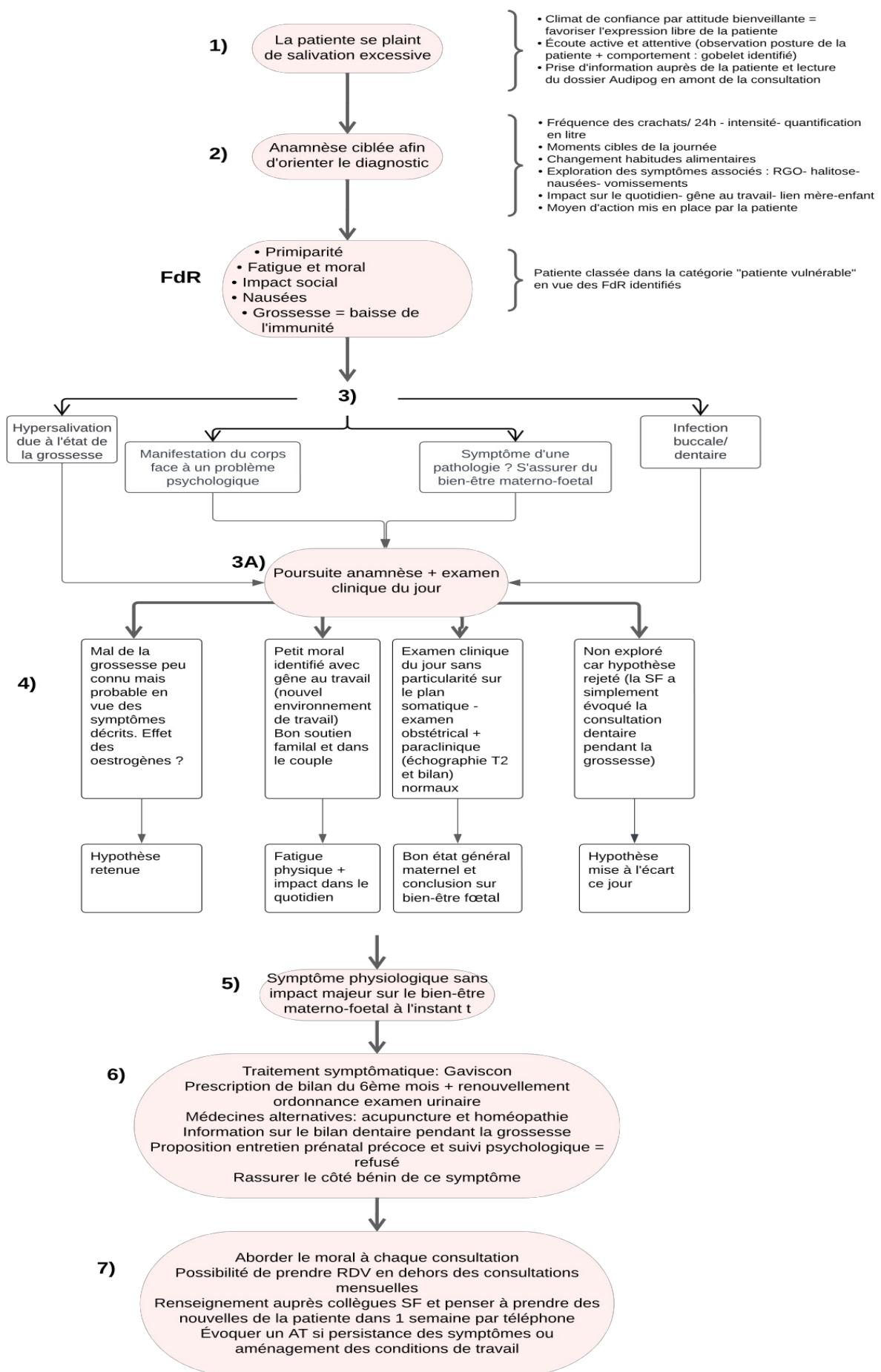
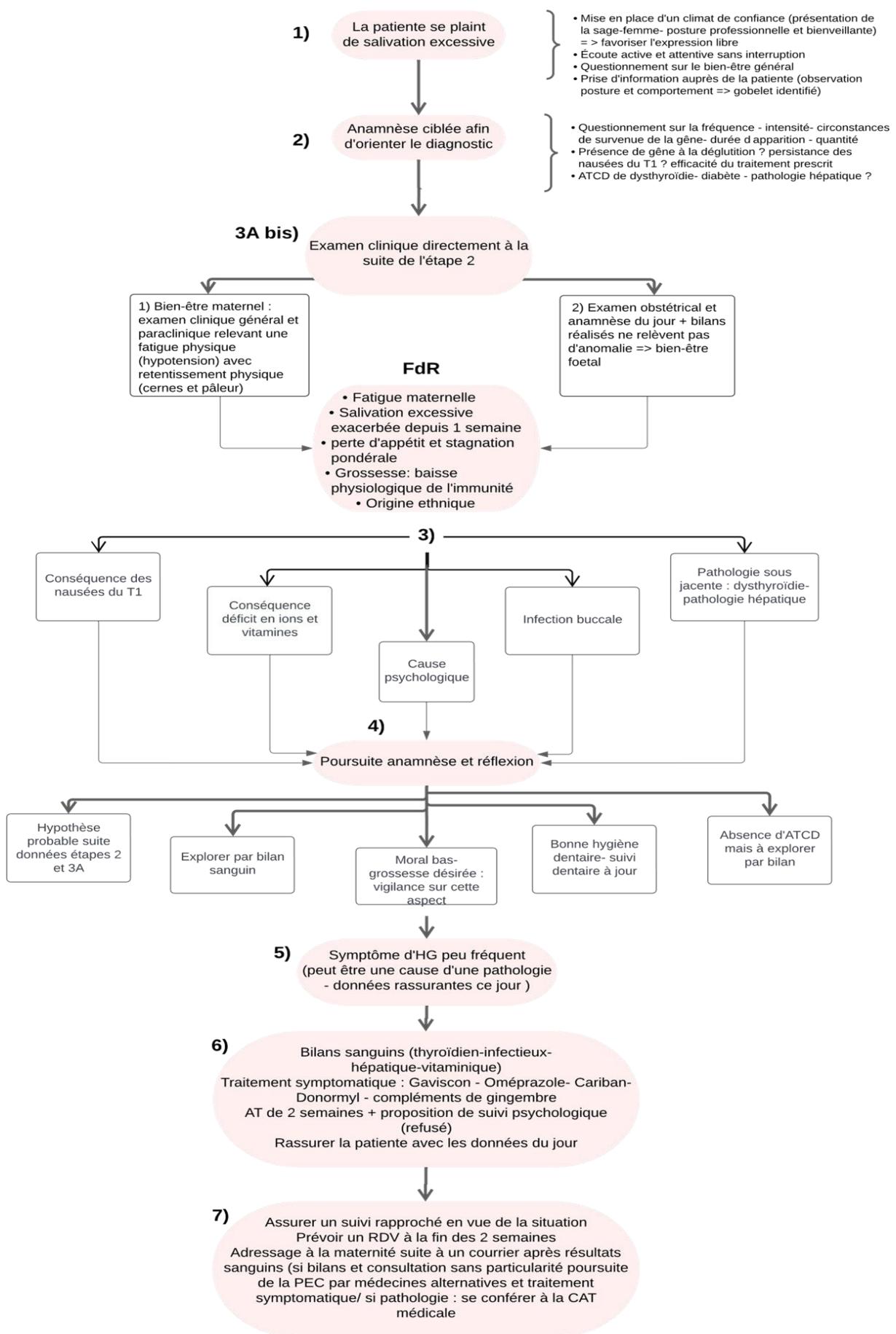


Schéma raisonnement clinique SF Be10



Annexe X : 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

Auteur : Maide DEGERLI	Date de ce synopsis : 06/02/2023
Directeur de recherche : L. VADCARD, maître de conférences HDR en sciences de l'éducation et de la formation, université Grenoble Alpes <input checked="" type="checkbox"/> Confirmé	
Titre provisoire : Exploration du raisonnement clinique des sage-femmes néo-diplômées face à une situation clinique rare et bénigne.	
Constat / Justification / Contexte / Problématique : <p>J'ai rencontré lors de mon stage en consultation une patiente se présentant pour son rendez-vous du 4^{ème} mois avec une bouteille à la main pour évacuer le surplus de salive qu'elle n'arrivait pas à avaler. Le soignant semblait totalement indifférent face à cela et aucune prise en charge ou conseils n'avaient été apporté à la patiente. Très peu d'étude et qu'un seul mémoire ont été réalisés sur l'hypersialorrhée gravidique. Il me semble ainsi intéressant de mener une étude sur les pratiques et les stratégies de prise en charge mises en œuvre pour ce symptôme peu commun dont l'impact négatif sur la vie des parturientes est souvent négligé.</p>	
Problématique : <p>Comment les jeunes diplômées abordent-elles la prise en charge de situations cliniques peu courantes, sans risque majeur pour la santé maternelle et fœtale, mais néanmoins préoccupantes pour la parturiente ?</p>	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input checked="" type="checkbox"/> Sociologique <p>L'hypersialorrhée gravidique fait partie des petits maux de la grossesse, du fait de sa faible prévalence en France et de sa physiopathologie méconnue, ce symptôme est la plupart du temps banalisé par les soignants. Ils n'ont peu de connaissances à ce sujet, sont souvent démunis et ne proposent pas de prise en charge spécifique pour ces patientes. Je souhaiterais donc mener mon étude auprès des jeunes professionnels de santé dans le but d'analyser et comprendre leur façon de proposer ou pas une prise en charge de l'hypersialorrhée gravidique.</p>	
Objectif(s) de recherche : <ul style="list-style-type: none">- <i>Principal</i> : explorer le raisonnement clinique des sage-femmes néo-diplômées autour d'une problématique peu commune, bénigne mais tout aussi inconfortable pour la patiente.	
Méthodologie / Schéma de la recherche : <input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif <p>Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à l'aide de jeu de rôle puis d'entretien d'explicitation auprès des participants en utilisant la méthode de didactique professionnelle.</p>	
Trame d'entretien : <p>L'objectif de mon étude est d'observer dans l'action, par un jeu de rôle, les explications, les conseils et la prise en charge proposés par les sage-femmes face à une patiente se plaignant d'hypersialorrhée gravidique. Le but ici serait d'explorer leur démarche de raisonnement et d'aboutir à une conduite à tenir tout en les observant dans l'action.</p> <p>Pour cela, je souhaite former 8 à 10 groupes de 2 participants avec une première personne incarnant le rôle de la sage-femme et une deuxième qui incarnera la patiente qui présente depuis le début de sa grossesse ce symptôme très embêtant (nausées, halitose, difficulté d'orthophonie, réveils nocturnes, limitation des interactions sociales...). J'interviendrais le moins possible pour ne pas créer de biais dans leur démarche réflexive. La scène sera filmée à l'aide d'une caméra du début jusqu'à la fin du jeu de rôle en vue de compléter mes observations et ma prise de note. Par la suite, un entretien d'explicitation sera réalisé à la fin de la séance afin de les questionner sur leur raisonnement et ce qui conditionne leur action.</p>	

Population cible et modalités de recrutement : Ma population cible serait les sage-femmes diplômées de l'été 2023 de l'école de Bourg-en-Bresse, de Besançon et de Dijon dans le but d'avoir une plus grande diversité dans mon étude.

Critères d'inclusion :

- Sage-femmes diplômées des écoles de Bourg-en-Bresse, Besançon et Dijon

Critères de non-inclusion :

- Obtention du diplôme antérieure à l'année 2022

Critères de sortie d'étude :

- Sage-femmes ne voulant pas participer au jeu de rôle
- Sage-femme ne souhaitant pas être filmé

Nombre de sujets nécessaires :

8 à 10 groupes, de 2 personnes

Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :

6 à 8 mois pour la réalisation de l'étude et son analyse : début été 2023 à l'automne 2023

Discussion à débuter début d'année 2024

Lieu de la recherche :

- Multicentrique : sur Bourg en Bresse, Besançon et Dijon

Justifiez de ce choix : avoir une grande diversité d'analyse à travers des sage-femmes diplômées de différentes écoles ayant elles même des connaissances et expériences variées et uniques acquis tout au long de leur formation.

Retombées attendues :

- Explorer la démarche réflexive et le raisonnement des jeunes sage-femmes face à une situation peu commune à travers une diversité de site de formation et d'expériences professionnelles
- Sensibiliser les professionnels de santé sur ce symptôme
- Cette étude sera aussi bénéfique pour moi lorsque plus tard, je serais face à une telle situation et une telle problématique

Aspects éthiques et réglementaires :

- RIPH3 (MR-003)
- Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)
 - Interne
 - Multicentrique (MR-004)
- Fiche information préalable
- Renseigner registre de traitement des données
- Signature engagement confidentialité

Promoteur :

- CHB

Autres accords à recueillir :

- cadre des écoles

Références bibliographiques :

1. François K. L'hypersialivation gravidique, un symptôme invalidant. Sages-Femmes. mars 2020;19(1):37-9.
2. Thoulon JM. Petits maux de la grossesse. EMC - Gynécologie-Obstétrique. août 2005;2(3):227-37.
3. Van Dinter MC. Ptyalism in Pregnant Women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. mai 1991;20(3):206-9.
4. cnsf-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://static.cnf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnfs-dossiers-thematiques-2012-sage-femme-et-petits-maux-de-la-grossesse-autre-regard-autres-pratiques.pdf>
5. Seret J, Pirson M, Penson F, Lefebvre H, Lecocq D. Besoins et attentes des personnes vivant avec un asthme chronique quant à l'accompagnement proposé par les professionnels de la santé belges. Rech Soins Infirm. 2018;132(1):64-77.

Mots clés : hypersialorrhée gravidique, ptyalisme, prise en charge, méthodologie didactique professionnelle, sage-femme

Auteur : DEGERLI Maide	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : Exploration du raisonnement clinique des sages-femmes néo-diplômées face à une situation clinique rare et bénigne	
Résumé :	
<p>Introduction – L'hypersialorrhée gravidique est un des maux de la grossesse ayant une prévalence faible en France et une physiopathologie inconnue. Ce symptôme, invalidant dans le quotidien des femmes enceintes, peut rapidement devenir un défi pour les nouvelles diplômées en vue de son caractère bénin et atypique. Objectif – Le principal objectif de notre étude est d'explorer le raisonnement clinique des jeunes diplômées lorsqu'elles sont confrontées à une situation clinique rare et bénigne.</p>	
<p>Méthodes – Étude qualitative réalisée par le biais de 10 séances de simulation d'une consultation de suivi de grossesse, suivies des entretiens d'explicitation menés auprès des néo-diplômées de trois écoles différentes : Bourg-en-Bresse, Besançon et Dijon. La didactique professionnelle est la méthode de référence pour rentrer dans le raisonnement cognitif qui guide les schèmes d'action. L'analyse s'appuie sur l'étude des composantes du schème à savoir, les invariants opératoires, les règles d'action et les buts et sous buts, pour en dégager une modélisation du cheminement clinique de ces sages-femmes.</p>	
<p>Résultats – Nous avons démontré qu'il existait des schèmes communs dans le raisonnement clinique entrepris par ces sages-femmes, respectant globalement les différentes étapes de ce processus.</p>	
<p>Conclusion – Face à ces situations inhabituelles et bénignes, les jeunes diplômées traversent parfois des moments d'incertitude et de questionnement avant de développer leur modèle de cheminement clinique. Cette étude met en lumière l'importance de chaque étape du raisonnement clinique dans l'élaboration d'un plan d'action. Suite à l'exploration du raisonnement cognitif de chacune, nous pouvons en dégager un schème d'action commun face à cette situation atypique et bénigne, qui est l'hypersialorrhée gravidique.</p>	
<p>Mots-clés : Raisonnement clinique – Hypersialorrhée – Sages-femmes néo-diplômées – Didactique professionnelle – Schème d'action</p>	

Title: Exploring the clinical reasoning of neo-graduate midwives when faced with a rare and benign clinical situation
Abstract :
<p>Introduction - Hypersialorrhea gravidarum is one of the complaints of pregnancy with a low prevalence in France and an unknown pathophysiology. A disabling symptom in the daily lives of pregnant women, it can quickly become a challenge for new graduates, given its benign and atypical nature. Objective - The main aim of our study is to explore the clinical reasoning of young graduates when faced with a rare and benign clinical situation.</p>
<p>Methods - Qualitative study carried out by means of 10 simulation sessions of a pregnancy follow-up consultation, followed by explanatory interviews conducted with neo-graduates from: Bourg-en-Bresse, Besançon and Dijon. Professional educational methodology is the reference method for gaining insight into the cognitive reasoning that guides patterns of action. The analysis is based on a study of the components of the schema, i.e., operative invariants, rules of action, goals and sub-goals, to produce a model of the midwives' clinical reasoning.</p>
<p>Results - We demonstrated that there were common patterns in the clinical reasoning undertaken by these midwives, generally respecting the different stages of this process.</p>
<p>Conclusion - Faced with these unusual and benign situations, young graduates sometimes go through moments of uncertainty and questioning before developing their clinical path model. This study highlights the importance of each stage of clinical reasoning in the development of an action plan. By exploring cognitive reasoning, we are able to identify a common scheme in the face of the atypically benign situation of hypersialorrhea gravidarum.</p>
Key words: Clinical reasoning - Hypersialorrhea – young midwives - Professional educational methodology – Scheme