

CTG centralisé: pourquoi et comment questionner un outil en cours de généralisation

Anouck Pfund et Sophie Desreumaux, sages-femmes, ont réalisé un travail de master passionnant sur le vécu de l'utilisation du cardiotocographe (CTG) centralisé par les sages-femmes dans les maternités romandes dans le cadre de la validation de leur Master en Sciences de la santé HES-SO/UNIL, orientation sage-femme. Elles en livrent ici les principaux résultats, mettant en évidence une certaine ambivalence des sages-femmes dans leurs représentations et leur pratique.

PROPOS RECUEILLIS PAR: JEANNE REY



permet notamment de répondre à une charge de travail qu'elles définissent comme en constante augmentation. Le fait d'avoir accès au tracé en dehors des salles et l'affichage si-

«Le CTG-c implique une mise à distance des éléments cliniques.»

ANOUCK PFUND

multané sur un même écran permet d'assurer plus de surveillances en parallèle, et de réaliser d'autres tâches hors de la salle (le travail administratif, par exemple, qui est décrit comme un travail important). Plusieurs sages-femmes décrivent aussi qu'il est plus facile pour elles de faire des pauses, de manger ou d'avoir des moments de convivialité durant leur journée. La possibilité de déléguer plus facilement la surveillance est également soulignée. Plusieurs sages-femmes mentionnent ainsi que dans des institutions avec de fortes charges de travail, actuellement, il serait compliqué de travailler sans. Mais il faut nuancer, ce n'est pas le cas partout. On sait aussi que même dans certaines institutions avec le CTG-c, l'accompagnement une femme-une sage-femme (*one to one*) est favorisé et la dotation en personnel est correcte.

Sophie Desreumaux: Autre avantage: le fait d'avoir les tracés à l'extérieur de la salle d'accouchement permet de les analyser de

façon collective. En tant que sage-femme, on sait que l'interprétation d'un tracé est un exercice difficile et fait souvent l'objet de discussion entre collègues et avec les médecins. Sans centralisation, la sage-femme doit décider du moment où elle montre le tracé, sortir le papier de la salle et trouver les personnes de l'équipe qui se réunissent ensuite autour d'une table pour l'analyse et la prise de décision. Le CTG-c permet plus facilement d'analyser un tracé ensemble devant un écran. Cela facilite le partage, et permet aussi de former des personnes à cet exercice.

Anouck Pfund: Mais c'est ambivalent, car cela implique aussi plus de regards et d'avis externes sur le tracé. Et l'augmentation du nombre d'intervenante·s autour du tracé n'est pas toujours décrite comme bénéfique par nos participantes.

Quels sont les inconvénients du CTG, selon les sages-femmes interrogées?

Sophie Desreumaux: Plusieurs sages-femmes reconnaissent qu'avec la centralisation, elles sont moins présentes dans les salles d'accouchement, et apportent moins de soutien continu aux femmes et à leur partenaire.

Anouck Pfund: Autres inconvénients: une analyse plus lacunaire des situations obstétricales, avec moins de «clinique», davantage d'interventions externes, et davantage de difficultés à déployer leurs compétences, notamment pour diagnostiquer et prendre en charge les écarts de la norme.

Sophie Desreumaux: Et enfin, du fait de l'informatisation, il y a des problèmes techniques récurrents. Toutes les sages-femmes ne sont pas forcément à l'aise avec les mani-

pulations que le CTG-c implique, il faut avoir des notions informatiques. C'est plus compliqué que de dérouler un papier, et cela augmente la charge de travail.

Le CTG-c soulève-t-il des questions de qualité du suivi, d'après votre recherche?

Anouck Pfund: Ces questions sont notamment liées au constat d'analyse lacunaire des situations obstétricales qui peut toucher la sage-femme référente. Certaines témoignent du fait que l'écran avec les tracés est la première chose qu'elles voient en prenant leur garde. Elles peuvent alors se faire une idée de la situation avant même d'avoir vu la femme – et de même tout au long de la garde. Et cela pourrait être de même pour les médecins. Le CTG-c implique une mise à distance des éléments cliniques (dilatation du col, progression fœtale, ressenti et position de la femme, etc.) du fait d'avoir accès au tracé sans avoir à retourner en chambre. Pourtant selon les participantes ces éléments sont utilisés pour situer le tracé et désamorcer ou accentuer des possibles préoccupations. Il est par ailleurs recommandé de systématiquement interpréter le rythme cardiaque fœtal en tenant compte de l'évolution clinique de la femme et du bébé (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2022).

Sophie Desreumaux: L'augmentation du nombre de professionnel·le·s donnant leur avis sans avoir l'entièreté des informations sur la situation clinique est décrite comme ayant du poids sur la prise de décision finale. Ce qui pourrait favoriser des interventions non nécessaires – c'est une hypothèse que nous posons.



Anouck Pfund: Il faudrait des études quantitatives pour mesurer les interventions médicales non justifiées. En tout cas notre travail montre des conditions propices à une analyse clinique lacunaire et tronquée. À long terme, une autre hypothèse que nous posons est une diminution des compétences d'observation et d'analyse clinique des sages-femmes, du fait qu'elles sont moins dans les salles. Une participante disait par exemple qu'en passant d'une institution avec CTG-c à une autre sans, elle avait du «réapprendre» à observer.

Qu'en est-il du vécu des sages-femmes dans leur relation aux couples en cas d'utilisation du CTG-c ?

Sophie Desreumaux: La plupart des sages-femmes qui ont connu les deux systèmes mentionnent une diminution de leur présence auprès des couples quand le CTG est centralisé. Elles l'expliquent de différentes manières: premièrement, du fait de la charge de travail à réaliser hors des salles et grâce au CTG-c, elles retournent moins en salle car elles y sont moins contraintes. Deuxièmement, elles mentionnent davantage de difficulté à justifier leur présence en salle du fait d'une pression ressentie de la part de leurs collègues à en sortir, particulièrement lorsque les femmes ont une péridurale. Enfin, certaines sages-femmes décrivent que la centralisation permet de mieux respecter l'intimité du couple. Néanmoins on a pu mettre en évidence qu'il s'agit parfois d'une demande supposée sans que ça soit explicitement demandé par la femme. Il y a probablement des patientes qui auraient besoin d'un soutien continu, qui fait d'ailleurs partie des recommandations de bonne pratique pour l'accouchement (Bohren *et al.*, 2017).

Anouck Pfund: Ici, de nouveau, nous n'avons interrogé que le vécu des sages-femmes. Il serait intéressant de recueillir le vécu des femmes et des partenaires. Mais effectivement, il y a des discours qui généralisent peut-être un peu vite les besoins des couples d'être tranquilles, surtout en cas de péridurale. Il serait étonnant que toutes les femmes ou tous les couples aient les mêmes besoins à cet égard.

Cette question rejoint aussi le thème plus général de l'omniprésence des écrans dans notre société, comment cela est-il vécu par les sages-femmes ?

Anouck Pfund: Cet aspect ne faisait pas partie du cœur de notre travail, mais effective-

ment cela peut être ressenti ainsi. Je pense à cette sage-femme qui nous disait comment elle se sentait déconcentrée par l'écran alors qu'elle réalisait un soin auprès d'un couple. C'est typique de l'écran qui capte notre attention!

Sophie Desreumaux: Par rapport aux tracés diffusés en salle de pause, il y a aussi une certaine ambivalence: cela leur permet de faire des pauses (c'est même parfois le seul moyen d'en faire), mais certaines disent qu'elles ne se sentent jamais en pause, qu'elles ne peuvent jamais vraiment se détacher de leur tracé.

Anouck Pfund: Il y a aussi tout un aspect qui touche à la surveillance. Les sages-femmes disent pour un grand nombre se sentir surveillées. Et il y a effectivement des participantes qui décrivent comment elles suivent sur la base du tracé diffusé ce que leurs collègues, notamment les plus jeunes sages-femmes, font ou non dans les salles. C'est comme une nouvelle manière de lire le CTG, non plus uniquement axée sur le fœtus mais également sur les actions des sages-femmes dans les salles. Et de fait, dans le but d'avoir des tracés irréprochables, certaines témoignent mettre en place des stratégies qui pourraient être délétères pour les femmes, comme de limiter leur mobilité pour ne pas avoir de pertes de foyer. Une participante décrivait également avoir un coaching plus agressif pour limiter le temps des poussées. Le fait d'être surveillé-e entraîne donc des adaptations d'actions auprès de la femme dont le bien-fondé reste à démontrer.

Votre travail semble dessiner en creux une médecine du futur aux contours inquiétants... Doit-on craindre que cet outil participe à une déshumanisation de la médecine ?

Anouck Pfund: Les sages-femmes le disent beaucoup aussi: c'est fascinant tout ce qu'il y a à dire sur cet outil alors que, pour moi, il faisait partie des murs. Mais celles qui ont vécu la transition ont partagé des réflexions et analyses très fines sur son implication dans leur pratique quotidienne.

Et, mine de rien, il pourrait y avoir une façon d'utiliser cet outil tout en maintenant les standards de qualité des soins. Mais comme il y a une possibilité de failles dans le suivi offert par les sages-femmes, celles-ci sont investies. Notre travail de recherche ne recommande pas de ne pas l'utiliser, mais d'être très vigilant-e-s, que ce soit davantage protocolé,

que la dotation soit maintenue, et qu'il y ait une philosophie d'équipe à aller en salle – bref, que les professionnel-le-s qui l'utilisent soient conscient-e-s de ces failles. C'est déjà un début. ●

Desreumaux, S. & Pfund, A. (2023) Implémentation du cardiotocographe centralisé (CTG-c) dans les maternités romandes: représentations pratiques et expériences de sages-femmes exerçant avec et sans cette technologie. *Master of Science conjoint Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale - Université de Lausanne en Sciences de la santé, Orientation Sage-femme*. Sous la direction de Patricia Perrenoud.

Références

- Akrich, M. (2012) La description des objets techniques. In Akrich, M. Callon & Latour, B. (Eds.), *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. (pp. 159-178) Presses de l'école des mines de Paris.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*; (7). CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- National Institute for Health and Care Excellence (2022) Fetal monitoring in labour. [NG229] www.nice.org.uk

ENTRETIEN AVEC:



Sophie Desreumaux, sage-femme diplômée depuis 1992, a travaillé à l'Hôpital Daler de Fribourg avant de commencer le Master en Sciences de la santé. Depuis 2021, travaille à l'Hôpital Riviera Chablais de Renaz où en tant que clinicienne et de praticienne formatrice.



Anouck Pfund, sage-femme diplômée en 2018, a travaillé à l'Hôpital de Morges puis a réalisé un Master en Sciences de la Santé. Travaille depuis 2021 comme collaboratrice de recherche à la Haute Ecole de Santé Vaud.