**EXPLORER L'APPRENTISSAGE LORS D'UNE RÉUNION HEBDOMADAIRE DE LA SECTION CÉSARIENNE**

**Ogueh O.**

**Affiliation au moment de l’étude:**

Hôpitaux universitaires de Brighton et Sussex NHS Trust, Princess Royal Hospital, Lewes Road, Haywards Heath, West Sussex RH16 4EX

**Affiliation Actuelle:**

Hôpital d'enseignement universitaire de l'État de Delta, Oghara, État du Delta, Nigéria

**Conflit d’intérêts:** Aucun

**Sources de subvention/soutien:** Aucun

**Auteur correspondant:** Dr Onome Ogueh **Email:** [onomeogueh@gmail.com](mailto:onomeogueh@gmail.com)

**Résumé**

**But :** Le but de cette étude était d'explorer ce que les cliniciens apprennent des histoires de cas racontées lors d'une réunion hebdomadaire de césarienne.

**Méthodologie :** Une méthodologie d'étude de cas a été utilisée et des données recueillies à partir de l'observation des réunions, des entretiens semi-structurés et des réunions de groupes de discussion qui ont été enregistrées et transcrites. Les participants étaient les étudiants en médecine et en obstétrique, les médecins résidents, les sages-femmes et les consultants qui ont assisté aux réunions hebdomadaires de césarienne. Une analyse thématique des données générées a été entreprise.

**Résultats :** L'analyse a montré que les participants aux réunions de césarienne savaient quand une césarienne était appropriée et quand il était nécessaire d'effectuer d'autres interventions telles que l'augmentation du Syntocinon et le prélèvement de sang foetal. Elles ont appris de leurs erreurs et de celles des autres pour améliorer la qualité et la sécurité des soins qu'elles prodiguaient aux femmes en travail.

Tous les participants ont clairement indiqué que la réunion sur la césarienne était un environnement d'apprentissage important et, en raison de leur présence, les médecins résidents ont modifié leur pratique médicale en fonction des connaissances acquises.

**Conclusion :** L'apprentissage qui a eu lieu lors de la réunion de césarienne a entraîné un changement de comportement (pratique) qui pourrait potentiellement améliorer la qualité et la sécurité des soins fournis aux femmes en travail.

**Mots clés :** Recherche qualitative, apprentissage, revues de cas, réunion de césarienne et qualité des soins

**Introduction**

L'auteur a toujours été fasciné par les histoires, et les histoires sur la gestion de cas (histoires de cas / revues) peuvent résumer des connaissances pratiques, la déduction logique, le jugement et la prise de décision, tous les ingrédients qui développent l'expertise. 1 In general, stories provide a highly flexible framework for illustrating the lessons of experience, the tips and traps for young learners, and exploring the dilemmas requiring careful judgement in the trade-offs between benefits and risks; and listening to real stories unfold is much more effective in engaging learners and better remembered than being lectured at1. En fait, les histoires aident les auditeurs à se souvenir de faits et de détails qui autrement pourraient être oubliés, et lorsque les événements sont racontés sous la forme d'une histoire, ils peuvent attirer notre attention et laisser un souvenir durable. 2,3 Et c'est la description de cas des erreurs qui fournit souvent la meilleure compréhension et apprentissage.2

La réunion de césarienne au Princess Royal Hospital (PRH), Haywards Heath, Royaume-Uni a été mise en place pour promouvoir la réflexion sur la pratique et faire face à l'augmentation du taux de césariennes à l'hôpital. Cependant, l'objectif de cette étude était d'explorer ce que les cliniciens apprennent des histoires de cas présentées lors des réunions hebdomadaires de césarienne et de déterminer si l'apprentissage a influencé leur pratique.

**Méthodologie**

Une méthodologie de recherche qualitative, l'étude de cas, a été utilisée car elle implique une enquête critique pour générer une compréhension approfondie d'un seul sujet spécifique : la réunion de césarienne. La collecte des données s'est faite en observant et en enregistrant les réunions de césarienne et en réalisant des entretiens semi-structurés individuels et de groupe de discussion avec des cliniciens qui ont assisté aux réunions (annexe 1). Les participants se sont portés volontaires et ont donné leur consentement éclairé.

Le cadre de cette étude était le Princess Royal Hospital, Haywards Heath, l'un des trois hôpitaux qui composent le Brighton and Sussex University Hospitals (NHS) Trust au Royaume-Uni. La PRH a en moyenne 2 400 accouchements par an et un taux de césarienne de 30 à 32%. La réunion de césarienne a eu lieu à partir de 13h30 tous les vendredis pendant une heure dans le centre de formation médicale postdoctorale, et c'était un forum où toutes les césariennes d'urgence de la semaine précédente ont été discutées dans le but de tirer des leçons des cas d'expérience pour améliorer la sécurité et qualité des soins fournis aux femmes en travail. Les cas d'expérience ont été préparés et présentés par des stagiaires en médecine générale (GP) ou des stagiaires en obstétrique et gynécologie (O&G) au cours de leurs deux premières années de formation médicale postdoctorale. Ces médecins sont traditionnellement appelés Senior House Officers (SHO). Les autres médecins résidents, traditionnellement appelés registraires, sont les médecins les plus expérimentés sur le terrain dans la salle d'accouchement et prennent généralement la décision d'entreprendre une césarienne avec l'approbation du consultant de garde. Pendant la période de l'étude, le service d'obstétrique et de gynécologie comptait sept (7) SHO, six (6) registraires, six (6) consultants et 68 sages-femmes. Les cas sont anonymisés et présentés à un public de 6 à 12 personnes, dont des étudiants en médecine, des étudiants en sages-femmes, des docteurs de troisième cycle, des sages-femmes et des consultants. L'auteur a consigné dans son journal de recherche les actes des cinq réunions de césarienne auxquelles il a assisté pendant les quatre mois de collecte de données de février à mai 2014.

Des entretiens semi-structurés de trois médecins de troisième cycle ont été menés en mars 2014. Une personne interrogée était un GP SHO de deuxième année et les deux autres étaient des registraires. L'auteur a également animé deux entretiens avec des groupes de discussion ; le premier, en mars 2014, concernait un GP SHO, un registraire et une sage-femme. Le deuxième entretien a impliqué deux consultants et a eu lieu après une réunion de césarienne en mai 2014. Les questions d'entrevue (annexe 1) avaient été partagées avec les participants au préalable, et leurs réponses ont déterminé les données générées et l'importance relative de chacune des données.

L'auteur a enregistré et transcrit tous les entretiens et une réunion de césarienne en mars 2014. L'enregistrement audio a été réalisé en utilisant *Enregistreur vocal numérique Olympus WS-811,* et transcrit par une secrétaire. L'auteur a écouté les enregistrements plusieurs fois et les a comparés aux transcriptions pour s'assurer de leur exactitude. L'approbation éthique a été obtenue du comité d'éthique de Kent, Surrey et Sussex (Code de référence d'approbation éthique : MDM492014OO).

**Analyse des données et résultats**

Les données générées à partir des observations et des enregistrements des rencontres de césarienne, des entretiens semi-structurés et des entretiens de groupe de discussion ont été analysées et les objectifs de l'étude ont été utilisés comme thèmes pour structurer la présentation des données.

Enseignement et apprentissage lors des réunions de césarienne

On s'attend à ce que les médecins et les sages-femmes assistant aux réunions de césarienne apprennent la gestion des femmes en travail et améliorent la qualité des soins qu'elles fournissent aux femmes en travail. Mais l'apprentissage a-t-il lieu lors des réunions? Le cas suivant a été présenté lors de la réunion de césarienne enregistrée en mars 2014;

*'*Tabitha' une femme de 33 ans, a eu deux grossesses. La première grossesse en 2013 s'est terminée par une fausse couche. La deuxième et récente grossesse a été compliquée avec une pré-éclampsie à 38 semaines de gestation. En conséquence, elle a été admise le 10 février 2014 pour le déclenchement du travail alors qu'elle était enceinte de 39 semaines. Elle a commencé le travail, la CTG a commencé et une analgésie péridurale a été installée pour soulager la douleur. Le CTG est ensuite devenu pathologique et il a été décidé de pratiquer une césarienne d'urgence (catégorie 1). Le bébé est né en excellent état.

Il y avait un enseignement et un apprentissage actifs pendant les réunions de césarienne. Les participants, pour la plupart les greffiers, ont demandé des éclaircissements au fur et à mesure que les histoires se déroulaient, et tous ont participé à la discussion des cas tout au long des présentations. Les consultants ont posé des questions et les stagiaires étaient impatients de répondre aux questions et de donner leur avis. L'extrait suivant de la réunion de césarienne de mars 2014 a démontré l'apprentissage de la classification du CTG et la lutte du registraire 2 pour comprendre;

“Que pensez-vous du CTG avant le début de la péridurale ? (Con 2)

“C'était suspect (Reg 1)

“Pourquoi était-ce suspect ? (Con 2)

“La ligne de base était comprise entre 160 et 180 (Reg 1)

“Si ça marche comme ça pendant plus de 40 minutes, ce serait suspect ? (Con 2)

“ Il y a des décélérations peu profondes qui ont du mal à récupérer (Con 1)

“Je ne vois pas les décélérations, il y a un peu d'ondulation mais je n'appellerais pas ça une décélération*…. (Reg 2)*

Les médecins ont apporté leur point de vue sur la direction et leurs connaissances ont été testées. Il y avait un dialogue constant tout au long de la présentation et dans le cas de 'Tabitha', il y avait un apprentissage et une compréhension de la raison pour laquelle le CTG était pathologique. À la fin de chaque présentation de cas, on a demandé au groupe s'il pensait que la décision de pratiquer une césarienne était appropriée ou non. Trois cas ont été présentés ce jour-là. Dans deux cas, le groupe a estimé que la décision était appropriée et, dans un cas, il a estimé que la décision était douteuse. Dans le cas douteux, l'indication de la césarienne a été donnée comme CTG pathologique, mais le groupe a estimé que le CTG était suspect et qu'à tout le moins un prélèvement de sang foetal (FBS) aurait dû être réalisé pour évaluer davantage le bien-être du fœtus avant de pratiquer une césarienne section.

La réunion de césarienne a été un environnement propice à un processus d'apprentissage collaboratif et interactif. Les discussions lors de la réunion ont porté bien plus que sur la présentation de cas, tout le monde a contribué et un apprentissage actif a eu lieu. “Aurait-il été utile de l’examiner?” “Qu'aurions-nous dû faire?” “Pourquoi avons-nous appelé une césarienne de catégorie 1?” “Pour la pyrexie maternelle devrions-nous faire un FBS?”

*“....*mais en fait, la façon dont nous examinons les choses est plus interactive que .. ce qui donne lieu à une bonne discussion et si l'équipe qui s'occupait de la femme à l'époque est réellement dans la réunion, je pense que c'est encore plus pertinent*....*

*….* alors que dans d’autres services de chirurgie, c’est souvent une sorte de discours monotone à sens unique que je prononce sur un patient*....” (M)*

Les participants aux réunions de césarienne ont confirmé qu'ils apprennent de leurs erreurs et changent de pratique en fonction de ce qu'ils apprennent lors des réunions, comme le montre l'extrait suivant de mon entretien avec NP ;

*“*Encore une fois, je sais que je reviens à apprendre de mes erreurs, mais si quelqu'un vous corrige et vous dit que peut-être que ce n'était peut-être pas la meilleure approche la prochaine fois que vous aurez un cas très similaire à celui-ci, vous adopterez l'autre approche pour et j'espère qu'il a un meilleur résultat

*“....* J’avais une patiente qui était une primip et qui poussait pendant plus d'une heure et je suis allée l'évaluer et j'ai senti que la tête était trop haute et ne convenait pas à un instrumental, j'ai senti à l'époque que ses contractions étaient assez bien mais je l'ai emmenée pour une césarienne*…” (NP)*

NP a déclaré que lorsque ce cas a été discuté lors de la réunion de césarienne, il lui est devenu évident que les contractions utérines auraient pu être meilleures et il a été suggéré que l'augmentation de Syntocinon aurait peut-être dû être envisagée à ce moment-là et même si cela n'aurait pas fonctionné, elle aurait pu être meilleure. Ont donné une chance à cette femme, alors maintenant elle a changé cet aspect de sa pratique. La participation à la réunion de césarienne a donc conduit à un changement de comportement / pratique clinique de l'IP. C'est un véritable apprentissage. Les consultants apprennent également lors des réunions de césarienne ; ils apprennent de l'expérience des autres et dissipent les doutes qu'ils peuvent avoir sur des décisions de gestion complexes

*“*Je pense qu’il s’agit toujours de revoir en permanence votre propre pratique lorsque vous vous asseyez et que vous discutez du cas de quelqu'un d’autre, que vous vous asseyez et que vous pensez à ce que vous auriez fait dans ce scénario par rapport à ce qu’ils ont fait, c’est intéressant*” (HB)*

*“*Nous en apprenons tout le temps et je pense que je suis très ouvert d'esprit; Eh bien, je prends des suggestions de tout le monde et je pense que quand j'ai un doute ou quoi que ce soit, certains des doutes sont dissipés, partager des connaissances pour l'un est bon*” (AG)*

*“*en particulier dans une situation plus complexe, parfois il est intéressant d'entendre comment les autres l'abordent, parfois il n'y a pas de réponse claire ou correcte*” (HB)*

Réunion de césarienne et changement de pratique dans la prise en charge des femmes en travail

La réunion de césarienne se déroule dans l'anonymat tant pour les patients que pour les cliniciens impliqués dans leurs soins. Ceci afin de permettre une exploration ouverte et détaillée de tout soin clinique pouvant avoir conduit à un résultat indésirable. De cette façon, des leçons peuvent être tirées pour éviter un résultat défavorable similaire à l'avenir. La réunion de mars 2014 s'est déroulée dans un environnement très propice et convivial avec beaucoup de rires, et les médecins se sont sentis suffisamment en sécurité pour 'sortir' d'eux-mêmes.

*“....*et je pense que le forum (réunion de césarienne) est assez collaboratif…. Il n'y a pas de lutte de pouvoir comme je le pensais, assez souvent dans d'autres spécialités, il y a le sentiment que les consultants passent en premier et disent leur part et que vous ne pouvez pas ajouter et je pense qu'il est important d'avoir cela ouvert forum pour qu'il n'y ait pas de hiérarchie car nous sommes tous là pour apprendre à la fin de la journée…Tout le monde est précieux, je suppose - ce serait bien d'avoir des sages-femmes plus souvent*”* M)

Cependant, les réunions de césarienne révèlent les pressions auxquelles font face les registraires et leur état d'esprit au moment où ils prennent la décision de procéder à une césarienne. Les pressions sont amplifiées pour eux en tant que médecin le plus expérimenté sur le terrain. Il peut y avoir une réelle tension entre les médecins et les sages-femmes, et une partie de la tension peut filtrer sur les patients qui sont déjà inquiets pour eux-mêmes et leurs bébés. Une partie de la tension est due à des désaccords sur la classification du CTG, un élément important dans la prise en charge des femmes en travail et la décision de pratiquer une césarienne. Ceci est illustré par l'extrait suivant d'une réunion de césarienne;

*“*Mais quand vous êtes seul dans la salle de travail, vous avez comme **gang de sages-femmes** vous demandant si vous allez appeler le consultant parce que le CTG a 2 caractéristiques le rendant pathologique, ou ils appelleront le consultant eux-mêmes (Reg 1)

*“*C'est là que le leadership entre en jeu (Con 1)

*“*et votre état d'esprit à l'époque (Reg 2)

*“*Je pense qu'il est important aussi que les pressions puissent être si fortes (Reg 1)

Les pressions proviennent principalement des sages-femmes, mais il peut aussi y avoir des pressions des anesthésistes et des néonatologistes qui pèsent parfois physiquement sur les registraires et demandent *“*qu'allez-vous faire à ce sujet*”*. Il peut être difficile pour les registraires de pouvoir absorber toutes ces pressions tout en prenant des décisions de vie ou de mort. Lors de la réunion de césarienne, les cliniciens apprennent à faire face à la pression à laquelle ils sont confrontés dans l'atelier et à améliorer leur capacité de leadership et la qualité des soins qu'ils fournissent. Ils apprennent à améliorer leur relation avec l'équipe et à gagner leur confiance en expliquant clairement chacune de leurs décisions et actions au patient et à l'équipe.

Les réunions offrent l'occasion d'apprendre des erreurs et de recevoir et de donner des critiques et des commentaires constructifs. Les registraires disent que ce qu'ils apprennent lors de la réunion de césarienne améliore la qualité des soins qu'ils fournissent à mesure qu'ils modifient leur pratique en réponse à l'apprentissage.

*“...*nous apprenons en fait à prendre des décisions sûres et je pense que cette réunion se concentre également et nous donne une idée de la gestion des risques ......... et aussi parfois si vous entendez des histoires qui ont mal tourné et auraient pu être mieux faites par un autre collègue alors je pense que c'est un autre endroit où nous pouvons le prendre et le garder à l'esprit, puis si je rencontre une situation ou un cas similaire, j'espère que le souvenir me reviendra et que je pourrai faire un pas pour l'empêcher événement.... *” (BC)*

*“*c'est très bien et certainement en tant que registraire, vous apprenez de cette expérience parfois c'est un cas dans lequel vous avez été impliqué et parfois c'est de vos collègues même si je pense que c'est particulièrement utile quand c'est votre cas parce que c'est agréable d'entendre ce que vos pairs auraient fait dans la même situation et je suppose que cela peut être positif ou négatif, mais je pense que cela fait partie de l'apprentissage et de la formation médicale que parfois ce que nous faisons n'est pas la bonne chose, mais il est bon d'apprendre de vos erreurs. Je veux dire quand c’est une réaction positive, alors il est plutôt bon de savoir que nous appliquons les meilleures pratiques (NP)

Lors des réunions de césarienne, les cliniciens apprennent ce qu'ils ont pu faire différemment et ce qu'ils doivent faire la prochaine fois ; ils apprennent comment ils changeraient leur pratique.

**Discussion**

La méthodologie des études de cas est une enquête critique qui génère une compréhension approfondie d'un seul sujet spécifique. Ce qui définit une étude de cas est sa singularité, et Simons a défini l'étude de cas comme une exploration approfondie à partir de multiples perspectives de la complexité et du caractère unique d'un projet, d'une politique, d'une institution, d'un programme ou d'un système particulier dans un contexte 'réel'.4 On pense qu'il est subjectif, donnant trop de place à la propre interprétation du chercheur, rendant la validité manquante.5 Cependant, l'étude de cas produit le type de connaissances dépendant du contexte que la recherche sur l'apprentissage montre être nécessaire pour permettre aux gens de se développer, du niveau débutant basé sur les règles aux experts virtuoses.5 Les connaissances et l'expérience dépendant du contexte sont au cœur même de l'activité des experts 5, et par conséquent, la recherche d'études de cas peut être un excellent moyen d'explorer l'apprentissage dans le contexte d'une réunion hebdomadaire de césarienne qui examine l'expertise dans la gestion des femmes en travail.

La médecine est fondamentalement narrative et le récit oral de ce récit médical est un élément central de la formation clinique et de la supervision dans un hôpital universitaire.6 La version médicale du médecin de l'histoire d'un patient est l'incarnation narrative d'une hypothèse diagnostique, la reconstruction de ce qui a mal tourné et l'organisation narrative des faits de la maladie, et cela n'est nulle part plus évident que dans la présentation du cas.6 Les présentations de cas sont essentiellement des histoires, et les cliniciens et les éducateurs en gérontologie s'appuient sur des histoires de cas pour stimuler la discussion sur un aspect clé de la théorie, illustrer l'application de concepts importants et explorer des problèmes difficiles et complexes avec certains patients âgés.7 C'est essentiellement ce qui se passe dans le réunions hebdomadaires de césarienne. Les histoires de cas fournissent un contexte concret pour la discussion et l'histoire de l'expérience subjective du patient devient un récit d'éducation et de contrôle.6

En explorant le processus interactif de partage d'histoires dans des activités en petits groupes en médecine générale, Abildsnes et al ont constaté que les récits de cas succincts traditionnels ne généraient que des questions à la fin, tandis que les récits plus détaillés et expansifs mettant davantage l'accent sur le contexte de vie des patients générés plus de discussions lors de la présentation de l'agenda et des attentes des patients, ainsi que des critiques constructives et du soutien des pairs pour les cliniciens.8 Les discussions comprenaient les meilleures pratiques et l'échange de conseils utiles, et ils ont conclu que le partage d'histoires en petits groupes en pratique générale facilitait la prise de sens , réflexion sur la pratique et le soutien par les pairs 8. Une bonne médecine implique d'apprendre tout le temps des patients et des collègues, et une partie de cet apprentissage implique le partage d'histoires de cas comme cela se passe dans les réunions de césarienne. Collins et al suggèrent qu'un bon apprentissage devrait être actif et interactif, que les apprenants devraient remettre en question et analyser leurs connaissances, et que l'apprentissage devrait être un processus collaboratif impliquant l'apprenant, l'enseignant et l'environnement 9. Tous les participants ont déclaré que la réunion de césarienne offrait une excellente opportunité d'apprentissage et que les médecins, consultants et sages-femmes qui gèrent directement les femmes en travail semblent apprendre de manière active et interactive des cas présentés lors des réunions de césarienne dans la mesure où il en résulte un changement de comportement (pratique). Ils ont appris à quel moment il était approprié de pratiquer une césarienne chez les femmes en travail et à quel moment les interventions alternatives telles que le prélèvement de sang fœtal, l'augmentation du travail par Syntocinon et l'accouchement vaginal instrumental étaient plus appropriées.

Raconter des histoires qui enseignent aux autres nos erreurs et nos succès peut améliorer la sécurité des patients, et ces récits nous renseignent sur les dangers, les conditions dangereuses et les contextes de production d'accidents qui existent dans des environnements cliniques spécifiques tels que le bloc opératoire 2. En effet, les registraires apprennent des erreurs et modifient par la suite leur pratique, suggérant que la participation aux réunions de césarienne peut rendre les femmes et leurs bébés plus en sécurité. Les études futures devraient examiner les tendances du taux de césarienne et les taux d'interventions alternatives telles que le prélèvement de sang fœtal, l'augmentation du syntocinon et les accouchements vaginaux instrumentaux pour confirmer si la réunion de césarienne conduit vraiment à un changement de pratique.

**Références**

1. Cox, K. Les histoires comme connaissance de cas: la connaissance de cas comme histoires. Éducation médicale 2001;35:862–6.
2. Beyea, S. C., Killen, A., et Knox, G. E. Apprendre des histoires - une voie vers la sécurité des patients. Journal AORN2004;*79*:224-6.
3. Ogueh, O. De quelles manières les histoires et anecdotes peuvent-elles avoir un impact sur la qualité de l'enseignement en petits groupes en obstétrique et gynécologie? *Niger Med J* 2019;60:80-6
4. Simons H. Étude de cas Recherche en pratique. Publications SAGE 2009
5. Flyvbjerg, B. Cinq malentendus sur la recherche d'études de cas. Enquête qualitative 2006;12:219-45
6. Hunter KM. Histoires de médecins: la structure narrative des connaissances médicales. Presses universitaires de Princeton, Princeton, New Jersey 1991
7. Clark PG. Valeurs et voix dans l'enseignement de la gérontologie et de la gériatrie: études de cas comme histoires. *The Gerontologist* 2002;42:297-303
8. Abildsnes E, Flottorp S, et Stensland P. Exemples de cas en médecine générale: une étude de groupe de discussion. *BMJ Open* 2012;0:e001208. DOI:10.1136/bmjopen-2012-001208
9. Collins, J., Harkin, J. et Nind, M. Manifeste pour apprendre. Londres: Continuum 2002

**Annexe 1: Les questions d'entretien**

1. Que pensez-vous que vous avez appris en écoutant des histoires de cas lors de la réunion hebdomadaire de césarienne?

2. Quelle est votre expérience en présentant des cas d'expérience lors des réunions de césarienne

3. Que ressentez-vous en entendant les histoires de cas lors des réunions de césarienne?

4. Quel est le rôle des réunions hebdomadaires de césarienne dans la formation médicale des médecins de troisième cycle?

5. La réunion hebdomadaire de césarienne est-elle un moyen efficace d'enseigner et d'apprendre sur la gestion des femmes en travail?

6. La participation à la réunion hebdomadaire de césarienne améliore-t-elle la qualité et la sécurité des soins prodigués par les stagiaires aux femmes en travail?