



HAL
open science

Les éléments cliniques de la consultation du 9e mois : quels sont ceux qui permettraient d'établir un pronostic obstétrical mécanique ?

Ève Brinkert

► To cite this version:

Ève Brinkert. Les éléments cliniques de la consultation du 9e mois : quels sont ceux qui permettraient d'établir un pronostic obstétrical mécanique ?. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01175969

HAL Id: dumas-01175969

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01175969>

Submitted on 13 Jul 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**LES ELEMENTS CLINIQUES DE LA
CONSULTATION DU 9^{ème} MOIS : QUELS SONT CEUX
QUI PERMETTRAIENT D'ETABLIR UN PRONOSTIC
OBSTETRICAL MECANIQUE ?**

Mémoire soutenu le 10 Juin 2015

Par BRINKERT Eve

Née le 17 aout 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

2015

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**LES ELEMENTS CLINIQUES DE LA
CONSULTATION DU 9^{ème} MOIS : QUELS SONT CEUX
QUI PERMETTRAIENT D'ETABLIR UN PRONOSTIC
OBSTETRICAL MECANIQUE ?**

Mémoire soutenu le 10 Juin 2015

Par BRINKERT Eve

Née le 17 aout 1991

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année universitaire de la soutenance : 2015

Résumé

But : Le pronostic obstétrical mécanique est établi lors de la consultation du 9^{ème} mois. L'objectif de ce mémoire était de définir la prévalence de chacun des éléments cliniques, qui permettraient d'établir le pronostic obstétrical mécanique, retranscrits dans les dossiers. De plus nous avons cherché à établir la prévalence de la retranscription du pronostic obstétrical et de la conduite à tenir pour l'accouchement dans les dossiers.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, monocentrique. Elle a été menée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Le recueil des données a été effectué sur les Dossiers Médicaux Obstétricaux informatisés. La population étudiée se composait de 197 patientes nullipares ayant eu leur consultation du 9^{ème} mois entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 avril 2014 à l'HCE.

Résultats : On constate que la hauteur utérine était retranscrite dans 100% des cas. Dans 99% des cas, la palpation de l'utérus était effectuée ; permettant de définir la présentation fœtale et le volume fœtal. Un toucher vaginal recherchant la hauteur de présentation était retranscrit dans 95% des cas. La proportion de recherche de l'ampliation du segment inférieur était de 75% des cas. La retranscription du palpé introducteur était de 18%. Concernant l'examen du bassin elle était de 20%. Enfin, dans 1% des cas on retrouvait une mention concernant le pronostic obstétrical et dans 2% une conduite à tenir pour l'accouchement.

Conclusion : On constate qu'il existe une importante disparité de la retranscription de chacun des éléments cliniques. Par ailleurs, le raisonnement des sages-femmes sur le pronostic obstétrical mécanique n'était pas étudié. Nous ne pouvons donc pas affirmer de quelle manière le pronostic obstétrical mécanique est établi. Il est probable qu'aujourd'hui, il soit établi à un autre moment de la prise en charge des femmes enceintes.

Mots clés : *Pronostic obstétrical, Grossesse physiologique, Suivi de grossesse, Examen clinique*

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Madame Nadine VASSORT : Sage-femme Enseignante, Département de maïeutique UFR médecine de Grenoble, Présidente du jury

Madame le Pr Pascale HOFFMANN : PU-PH en Gynécologie Obstétrique à l'HCE du CHU de Grenoble, Co-présidente du jury

Monsieur Pierre CARQUILLAT : Sage-femme Enseignant, HES de Genève

Madame Maud BONFILS : Sage-femme au CHU de Grenoble, Directrice du mémoire

Madame Chrystèle CHAVATTE : Sage-femme Enseignante, Département maïeutique UFR médecine de Grenoble, Guidante du mémoire

Je remercie plus particulièrement,

Madame Maud BONFILS, Sage-femme à l'HCE Grenoble

Pour son aide, sa patience et ses conseils dans la direction de ce travail.

Madame Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme Enseignante à l'école de Grenoble

Pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui m'ont guidée tout au long de ce parcours.

Monsieur Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant à l'école de Grenoble

Pour son aide dans les requêtes informatiques et la résolution de problèmes s'y rapportant.

Madame Pascale FABBRIZIO, Sage-femme cadre à l'HCE de Grenoble

Pour la mise à disposition de postes informatiques à l'HCE, pour le recueil de données.

Ma famille,

Pour son soutien et son aide dans la relecture de ce travail.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODE	3
Type d'étude	3
Population.....	3
Critères de jugement	4
Les critères de jugement principaux	4
Recueil des données.....	5
Analyse statistique.....	5
RESULTATS	6
FLOW CHART.....	6
TABLEAUX DE RESULTATS	7
Tableau I : « caractéristiques de la population »	7
Tableau II : « Caractéristiques cliniques obstétricales au 9 ^{ème} mois ».....	8
Figure 1 : « Les éléments cliniques obstétricaux recherchés à la consultation du 8/9 ^{ème} mois».....	9
Tableau III : Résultats du remplissage de la fiche « synthèse obstétricale ».....	10
DISCUSSION	11
Biais et Limites	11
Discussion	12
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAPHIE	18
ANNEXES	20

ABREVIATIONS

CAT : Conduite A Tenir

ATCD : Antécédents

IMC : Indice de Masse Corporelle

DFP : Disproportion foeto-pelvienne

HAS : Haute Autorité de Santé

RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère

HU : Hauteur Utérine

SA : Semaines d'Aménorrhées

HCE : Hôpital Couples Enfants

DMO : Dossier Médical Obstétrical

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION

Le pronostic obstétrical mécanique est réalisé en fin de grossesse à l'approche de l'accouchement. Il est fait à partir d'éléments cliniques obstétricaux recueillis lors de la consultation du 9^{ème} mois ainsi que d'autres éléments comme : la pointure, la taille de la patiente, les antécédents chirurgicaux ou traumatiques (bassin, colonne vertébrale ou des membres inférieurs) ainsi que les antécédents de luxation congénitale de hanche et l'existence de maladies osseuses. [1][2][3][4][5]

Le pronostic obstétrical mécanique essaie de prévoir si l'engagement pourra avoir lieu au moment de l'accouchement. On recherche donc l'existence d'obstacles à cette phase du travail avec l'apparition de signes de disproportion foeto-pelvienne (DFP). Rappelons que la suspicion de DFP concerne 10% des accouchements. [6][7] L'examen clinique du bassin est un élément essentiel dans la recherche des facteurs de risque de DFP. Il est d'autant plus important si l'on suspecte une macrosomie. Cependant, Mandelbrot et al[8] soulignent qu'un examen du bassin anormal entraîne rarement une radiopelvimétrie déterminante. Ils ajoutent que c'est par l'épreuve du travail que la voie d'accouchement sera finalement déterminée. La recherche de la présentation fœtale et l'estimation clinique du volume fœtal par la palpation utérine et la Hauteur Utérine (HU) sont également des éléments primordiaux. D'autant plus qu'il est décrit une baisse de la fiabilité de l'estimation échographique du poids fœtal lorsque le terme augmente.[8][9][10][11]

Par ailleurs, l'intérêt d'établir un pronostic obstétrical en fin de grossesse principalement chez les patientes nullipares est relevé par l'étude de JP.Schaal [12][13] portant sur 13620 accouchements. Il décrit un engagement spontané dans 95,5% des accouchements. Parmi les 4,5% de dystocie d'engagement, 80% sont des patientes primipares.

Malgré l'accord interprofessionnel qui souligne l'importance de réaliser le pronostic obstétrical en fin de grossesse, il n'existe, en France, aucun consensus ni protocole détaillant la manière de l'établir.

La Haute Autorité de Santé (HAS), détaille le contenu des consultations du suivi de grossesse et ajoute qu'il faut « établir le pronostic d'accouchement » lors de la consultation du 9^{ème} mois. [14] Le Réseau Périnatal Alpes Isère (RPAI), quant à lui, note qu'il faut « établir les conditions probables de l'accouchement : largeur du bassin, souplesse des tissus, volume apparent de l'enfant, position de la tête fœtale. »[15]

La sage-femme est au premier plan concernant l'établissement du pronostic obstétrical mécanique. Nous retrouvons cette notion dans le « référentiel métier Sage-femme ». Il y est détaillé, les éléments cliniques à rechercher lors des consultations de suivi de grossesse et spécifié l'importance de savoir analyser et synthétiser les données recueillies. Ceci ayant également pour but d'établir le pronostic obstétrical. [16][17]

Quels sont, aujourd'hui, les éléments cliniques de la consultation du 9ème mois qui permettraient aux sages-femmes d'établir un pronostic obstétrical mécanique ?

Hypothèses : Le pronostic mécanique obstétrical manque d'arguments cliniques à la consultation du 9ème mois. Il est probable que certains éléments cliniques permettant d'établir le pronostic obstétrical mécanique soient moins utilisés en routine mettant à profit la mécanique qui aura lieu le jour de l'accouchement au travers de l'épreuve du travail.

L'objectif principal de notre travail était d'établir la prévalence des éléments cliniques retranscrits par la sage-femme dans le dossier de la patiente permettant d'établir un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois. L'objectif secondaire de notre travail était d'établir la prévalence de pronostic obstétrical mécanique ainsi que la conduite à tenir retranscrits dans le dossier de la patiente.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, mono centrique. Notre étude a été menée à l'Hôpital Couple Enfant (HCE), maternité de niveau 3 du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble (CHUG). La période de l'étude s'étendait du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2014.

Population

La population a été étudiée à partir des données saisies dans le Dossier Médical Obstétrical (DMO) des patientes suivies à L'HCE.

Ont été incluses, dans l'étude, les patientes ayant bénéficiées d'une consultation du 9^{ème} mois et présentant une grossesse à bas risque. Afin de définir quels sont les critères d'une grossesse à bas risque nous sommes basés sur les recommandations de l'HAS pour le suivi des femmes enceintes. [18]

Ont été exclues de l'étude, les patientes multipares et les patientes présentant une pathologie préexistante à la grossesse et/ou nécessitant une prise en charge particulière pour l'accouchement.

Ont également été exclues, les patientes présentant un diabète gestationnel avec un retentissement fœtal et/ou traité par insuline ; et les grossesses présentant une pathologie fœtale nécessitant une prise en charge pour l'accouchement ou à la naissance.

D'autre part, ont été exclues de l'étude, les consultations pratiquées par un médecin.

Critères de jugement

Les critères de jugement principaux étaient :

Le pourcentage de chacun des éléments cliniques permettant d'établir le pronostic obstétrical, retranscrits dans le compte rendu de la consultation du 9^{ème} mois :

- La palpation de l'utérus associée à l'appréciation du volume fœtal et la recherche du type de présentation ; la Hauteur Utérine ; le Périmètre Ombilical ;
- Le toucher vaginal associé à la recherche de : la hauteur de la présentation, le palpé introducteur, le segment inférieur, l'examen du bassin.

Il n'existe pas de champ pré rempli concernant l'appréciation clinique du volume fœtal dans le compte rendu de consultation du 9^{ème} mois. Par conséquent la présence de la présentation fœtale associée à la présence d'une mention concernant la conformité de la HU ont été considérées comme la « recherche de l'appréciation clinique du volume fœtal ».

Les critères de jugement secondaires étaient :

- Le pourcentage de fiches « synthèse obstétricale » dans le DMO contenant la mention d'un pronostic.
- Le pourcentage de fiches « synthèse obstétricale » précisant une Conduite à tenir (CAT) pour l'accouchement.
- Le pourcentage de fiches « synthèse obstétricale » dans lesquelles le champ « Examen du Bassin » était renseigné.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir du Dossier Médical Obstétrical (DMO) informatisé du CHU de Grenoble.

Une requête a été effectuée sur le DMO afin de sélectionner les dossiers. Cette sélection a été faite sur les consultations effectuées au CHU de Grenoble entre 37+0 SA et 40+6 SA, du 1^{er} janvier 2014 au 30 avril 2014.

A partir de cette sélection, ont été conservées les consultations de suivi de grossesse et les doublons ont été supprimés à partir des Identifiants Permanents des Patients (IPP).

Par ailleurs, le palpé introducteur et l'examen clinique du bassin sont deux examens complémentaires pouvant être effectués au 8^{ème} ou 9^{ème} mois [1]. Leur présence a donc également été recherchée et relevée sur le compte rendu de consultation du 8^{ème} mois lorsqu'ils n'apparaissent pas sur le compte rendu de la consultation au 9^{ème} mois.

Analyse statistique

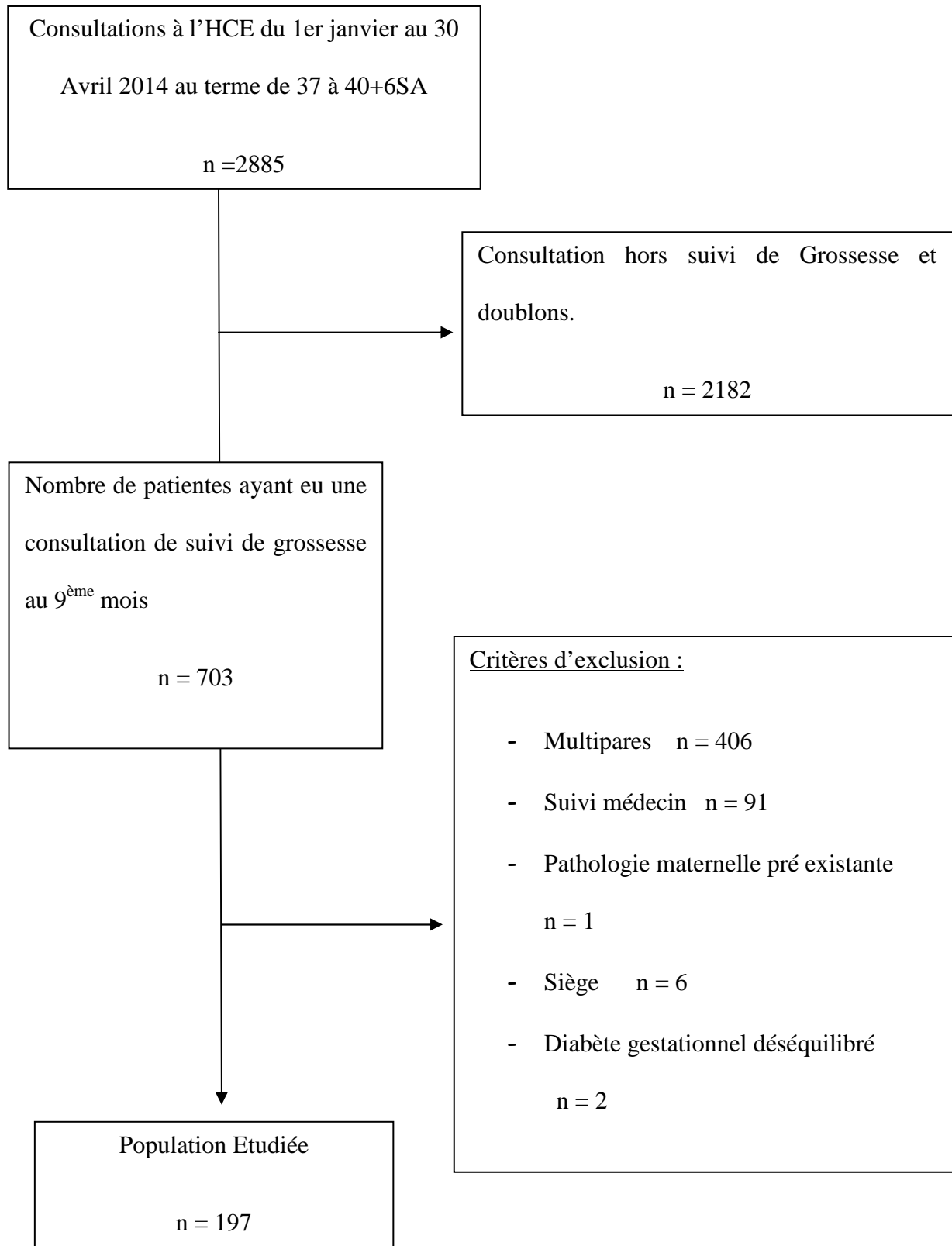
L'analyse des données a été uniquement descriptive.

Les variables quantitatives ont été décrites par la médiane et l'écart type. Les variables qualitatives étaient décrites par la proportion.

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel d'analyses statistiques « STATVIEW ».

RESULTATS

FLOW CHART



TABLEAUX DE RESULTATS

Tableau I : « caractéristiques de la population »

	n = 197
Age (années) (médiane)	28
Primigeste (%)	60
Taille (cm) (médiane)	164
Indice de Masse Corporelle (kg/m ²) (médiane)*	22,4
Prise de poids (kg) (médiane)**	14
ATCD Chirurgicaux (%)***	
Bassin	1,5
Pelvis	1
Membres Inférieurs	3
Colonne Vertébrale	0,5
Luxation Congénitale de Hanches (%)***	2
ATCD Médicaux (%)*** (tuberculose, rachitisme, maladie osseuse)	0

*1 donnée manquante

** 7 données manquantes

*** 2 données manquantes

- La pointure n'était pas référencée dans le DMO.
- La parité de notre population n'est pas référencée dans ce tableau s'agissant exclusivement de patientes nullipares au moment de la consultation du 9^{ème} mois.

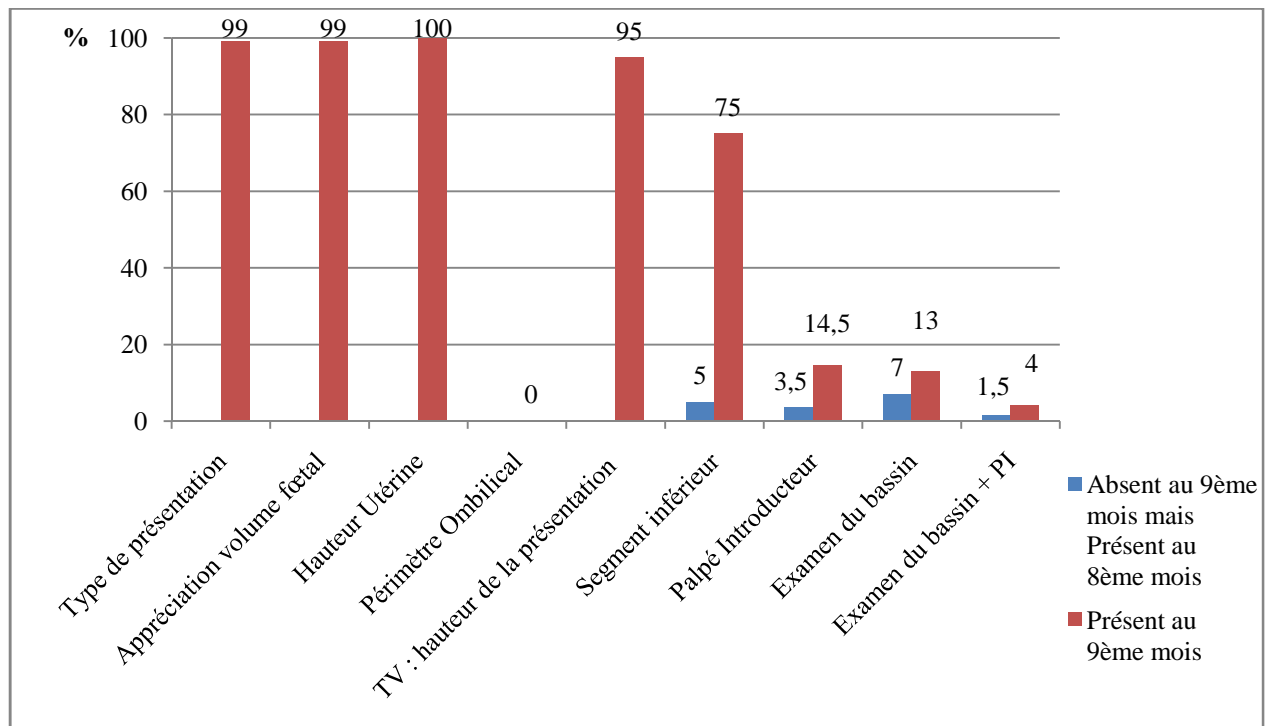
Tableau II : « Caractéristiques cliniques obstétricales au 9^{ème} mois »

	n = 197
Terme consultation 9^{ème} Mois (SA) (moy)	38
Terme consultation 8^{ème} Mois (SA) (moy)	33
Diabète gestationnel équilibré (%)	4,5
TV : recherche du col (%)	97
Position (%)	99
Longueur (%)	98,5
Consistance (%)	88
Dilatation (%)	99,5
Hauteur présentation (%)	97
Scores de Bishop renseigné au 9^{ème} Mois (%)	40

D'après notre étude un toucher vaginal (TV) était effectué dans 97% des cas. Cependant la description du TV n'était pas toujours complète : l'un des critères de cet examen manquait alors. Dans la plupart des cas, il s'agissait de la consistance du col qui était retranscrite à 88%.

Le score de Bishop était renseigné dans 40 % des cas. L'utilisation des champs pré-remplis détaillant les différents critères, calcule automatiquement le score de bishop. Cependant, la description du TV pouvait être complète même en l'absence du renseignement du score de Bishop.

Figure 1 : « Les éléments cliniques obstétricaux recherchés à la consultation du 8/9^{ème} mois »



La retranscription était quasi-systématique pour : le type de présentation (99%), la Hauteur Utérine (HU) (100%) et l'appréciation du volume fœtal (99%).

Le périmètre ombilical n'était jamais renseigné.

Concernant les éléments recherchés au travers du TV, la hauteur de la présentation fœtale était renseignée dans 95% des cas.

La retranscription de l'ampliation du segment inférieur était présente dans 80% des dossiers. Dans 5% des cas elle était relevée à la consultation du 8^{ème} mois mais absente au 9^{ème} mois. Dans 75% des cas elle était retranscrite lors de la consultation du 9^{ème} mois. Nous n'avons pas recherché la présence d'une mention concernant l'ampliation du segment inférieur dans la consultation du 8^{ème} mois, si elle était présente au 9^{ème} mois.

La proportion de palper introducteur et examen clinique du bassin était plus faible. En effet, dans 18% des dossiers nous retrouvions une mention concernant le palper introducteur et dans 20% des dossiers pour l'examen du bassin.

De plus, notons que dans 5,5% des dossiers, nous retrouvions un examen du bassin associé au palpé introducteur. Sur les 37 palpés introducteurs, 11 étaient associés à l'examen du bassin. Réciproquement, sur les 40 examens du bassin pratiqués, 11 étaient associés à un palpé introducteur.

Tableau III : Eléments renseignés dans la fiche « synthèse obstétricale »

	n = 197
Présence de la fiche Synthèse obstétricale (%)	99
Mention « pronostic » renseignée (%)*	1
CAT pour l'accouchement renseignée (%)*	2
mention « Examen du bassin » renseigné (%)*	0,5

*manque 2 données (n = 195)

La fiche « synthèse obstétricale » était présente dans le DMO dans 99% des dossiers. Le champ concernant le pronostic obstétrical était rempli dans 1% des cas. Concernant la Conduite à Tenir pour l'accouchement, elle était renseignée dans 2% des cas.

A noter qu'il existe un champ « examen du bassin » dans cette fiche. Celui-ci était rempli dans 0,5% des cas.

DISCUSSION

Biais et Limites

1. Biais de sélection

La sélection des dossiers se faisant en partie sur le motif de consultation, il est possible que certaines consultations n'aient pas été référencées comme « consultations de suivi de grossesse ». Ainsi, certaines patientes ont pu être, involontairement, exclues de l'étude. Cependant, l'existence de plusieurs consultations au cours du 9^{ème} mois, pour une même patiente, réduit le risque de biais.

Nous avons choisi de mener l'étude uniquement sur les patientes ayant bénéficiées d'une consultation du 9^{ème} mois. En effet, une patiente pouvant accoucher avant la consultation du 9^{ème} mois, il aurait alors manqué une partie des données recherchées dans les dossiers.

Ainsi, nous espérons obtenir des résultats, le plus objectif possible, dans le cadre d'une étude transversale sur dossiers.

Enfin, l'absence d'un champ pré-rempli concernant l'appréciation du volume fœtal nous a contraint à considérer que le volume fœtal était estimé lorsque les sages-femmes palpent l'utérus à la recherche du type de présentation. Nous avons ajouté à cela, qu'une mention concernant la conformité de la HU devait être présente. Cependant, nous ne pouvons affirmer qu'il existe une réelle appréciation du volume fœtal malgré la retranscription de ces 2 éléments dans les dossiers.

2. Limites

Il est possible que des éléments cliniques aient été recherchés lors de la consultation du 9^{ème} mois mais qu'ils n'aient pas été retranscrits dans le compte rendu. Il peut donc exister une différence entre ce qui est réellement fait et ce qui a été étudié.

Enfin, il est important de noter qu'il s'agissait d'une étude monocentrique, dans une maternité de type 3. Cette étude décrivait donc la pratique d'une faible proportion de sages-femmes exerçant à l'HCE. Toute référence ultérieure à cette étude doit donc en tenir compte et ne peut généraliser ces résultats.

Par ailleurs, notre étude ne permet pas de mettre en évidence un lien entre les éléments cliniques recherchés, retranscrits, et le raisonnement clinique de la sage-femme sur le pronostic obstétrical mécanique.

Discussion

1. Caractéristiques de la population étudiée

L'âge médian de notre population était 28 ans. Cette donnée rejoint le rapport de l'Institut National de la statistique et des Etudes Economiques (INSEE) selon lequel, en 2010, en France, les femmes ont leur premier enfant à 28 ans. [19]

Concernant la taille médiane de notre population qui était égale à 164cm, elle rejoint également la moyenne nationale qui est de 163cm. [20]

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) médian de notre population était de 22,4 kg/m². Cette valeur est en corrélation avec la population générale. Pour les femmes de 18 à 35 ans l'IMC moyen est de 22,11 kg/m². [20]

Notre population était donc proche des moyennes nationales françaises.

Concernant les caractéristiques obstétricales de la population étudiée, nous retrouvons une prévalence du diabète gestationnel équilibré de 4,5%. Le déséquilibre du diabète gestationnel était un facteur d'exclusion de l'étude. La prévalence du diabète gestationnel en Europe est de 3 à 6%. Cependant celle-ci est variable, selon la population et, par manque de standardisation des tests de dépistage utilisés. [21][22]

2. Objectif principal : quels sont les éléments cliniques retranscrits, dans le dossier des patientes, qui permettraient d'établir le pronostic obstétrical mécanique ?

Les résultats de notre étude montraient qu'il existe une importante disparité dans la retranscription des différents éléments cliniques, qui permettraient d'effectuer un pronostic obstétrical mécanique lors de la consultation du 9^{ème} mois.

Dans un premier temps, nous retrouvions la valeur de la HU dans 100% des cas. La palpation de l'utérus permettant de définir le type de présentation et le volume fœtal était renseignée dans 99% des cas. L'estimation clinique du poids fœtal peut être appréciée à partir de l'ensemble de ces éléments dans la pratique clinique des sages-femmes de consultation. Les études de G.Noumi et al. et E.Peregrine et al. concluent à une performance quasi identique de la clinique et de la paraclinique dans l'estimation du poids fœtal pour des poids inférieurs à 4000g.[10][11] La dernière échographie se pratiquant autours de 32 SA dans le suivi des grossesses physiologiques, la clinique tient une place primordiale en fin de grossesse. Elle permet l'appréciation du volume fœtal et le dépistage d'anomalie de la croissance fœtale, à l'approche du terme.

L'absence de retranscription du périmètre ombilical dans les dossiers montre qu'il n'est pas utilisé au cours des consultations de suivi de grossesse. Il s'agit d'un élément clinique pouvant être utilisé de manière spécifique dans des cas de suspicion de pathologies comme l'hydramnios ou le RCIU. Il serait alors utilisé en association à la mesure de la HU qui est supérieure en terme de sensibilité et spécificité.[23]

Nos résultats montraient que dans 95% des cas un toucher vaginal était effectué lors de la consultation du 9^{ème} mois. La recherche de l'ampliation du segment inférieur peut facilement

être associée au toucher vaginal ne le rendant pas plus douloureux. Dans 80% des cas, l'information concernant l'ampliation du segment inférieur était retranscrite dans les dossiers.

Les résultats de notre étude ont montré que le palper introducteur et l'examen clinique du bassin, sont peu présents dans les dossiers. Cela souligne probablement une utilisation moins systématique de ces deux éléments cliniques lors de la consultation du 9^{ème} mois. Rappelons que le palpé introducteur est retrouvé dans 18% des dossiers et l'examen clinique du bassin dans 20% des cas. Bien qu'ils soient systématiquement nommés et détaillés dans les ouvrages ou les cours d'obstétrique dans le but d'établir un pronostic obstétrical, ils semblent toutefois peu présents dans la pratique clinique.

D'autre part, l'intérêt de l'utilisation systématique de l'examen du bassin dans le suivi de grossesse est relaté dans l'étude de C.S. BLACKADAR et al [9]. Il découle de celle-ci que la réalisation de l'examen du bassin de manière systématique n'entraîne pas de modification de la prise en charge ; ni immédiate, ni à l'admission en salle d'accouchement, même dans le cas d'un examen clinique noté comme anormal. Cependant, notons que leur étude portait entre autre sur la première consultation de suivi de grossesse. Or, nous savons qu'une des conditions pour réaliser un examen clinique du bassin de manière efficace est de le pratiquer en fin de grossesse. En effet, il est conseillé d'effectuer l'examen clinique du bassin autours de 36 SA [1]. L'âge gestationnel médian de la consultation du 8^{ème} mois, dans notre étude, est 33 SA. Ainsi, la part plus importante d'examens cliniques du bassin effectués au 9^{ème} mois est certainement due au terme précoce de la consultation du 8^{ème} mois pour cet examen. Cependant, le faible taux d'examens du bassin retranscrits dans les dossiers nous invite à être prudents.

Enfin, le palpé introducteur et l'examen clinique du bassin sont deux examens complémentaires ayant pour but d'apprécier la confrontation céphalo-pelvienne.[1] Dans notre étude nous retrouvions, que dans 5,5% des cas, les patientes ont bénéficié des deux

gestes simultanément. Dans les autres cas, elles n'ont soit bénéficié d'aucun des gestes, soit des deux, ou uniquement de l'un des deux.

Nos données concernant le palpé introducteur et l'examen du bassin ne sont pas en corrélation avec un mémoire de sage-femme effectué à Lyon en 2013.[4] Dans l'étude de N.Brahimi, les patientes avaient bénéficié dans 94% des cas d'un palpé introducteur et dans 83% des cas d'un examen clinique du bassin. Ces résultats sont nettement supérieurs aux nôtres. Cependant, il s'agissait d'une étude prospective sous forme de questionnaires remplis par les sages-femmes. Le recueil était fait au moment de la consultation durant laquelle était établi le pronostic obstétrical. Il existe probablement un biais à l'origine de cette différence. En effet, les éléments cliniques attendus, permettant d'effectuer le pronostic obstétrical, étaient détaillés sur la fiche de recueil, sous forme de champs pré-remplis. Enfin, s'agissant d'un lieu d'étude différent du notre ainsi que d'un protocole d'étude différent, il nous est difficile de conclure sur cette différence de résultats.

L'article de AK.Jacobson et al.[17] publié en 1993 soulevait une problématique que relève en partie notre étude. A travers son écrit, Jacobson mettait en avant l'augmentation de l'utilisation de nouvelles technologies en antépartum et au cours du travail. Il soutenait que dans le programme de formation des sages-femmes, l'accent devrait d'avantage être mis sur la clinique et la physiologie que sur les grossesses à haut risque. Notre étude montre qu'il semble exister une standardisation de la consultation du 9^{ème} mois. Il est vrai qu'il existe une utilisation moins importante des paramètres cliniques, tels que le palpé introducteur ou l'examen du bassin. L'utilisation facilitée d'examens paracliniques est, peut-être, un des facteurs de ce changement.

3. Objectifs secondaires : quelle utilisation de la fiche « synthèse obstétricale » ?

Afin de s'adapter à la spécificité de la consultation du 9^{ème} mois, le CHU de Grenoble met à disposition des sages-femmes, au travers du DMO, la fiche « synthèse obstétricale ».

Dans notre étude celle-ci était présente dans 99% des dossiers. Cependant, d'après nos résultats, une mention concernant le pronostic obstétrical était retranscrite dans 1% des cas. Concernant la conduite à tenir pour l'accouchement, elle était renseignée dans 2% de cas.

Parallèlement, l'échographie de 32 SA, quant à elle, est retranscrite dans 99% des cas sur la fiche « synthèse obstétricale ». [Annexe I] Cette retranscription est également effectuée par les sages-femmes de consultation.

D'autre part, faisons le rapport au référentiel métier des sages-femmes. Il y est spécifié l'importance d'analyser et synthétiser les éléments recueillis au cours des consultations. Nous nous interrogeons donc, sur le faible taux de remplissage de ces champs. Est-ce par manque d'ergonomie du logiciel : le compte rendu des consultations étant séparé de la fiche « synthèse obstétricale » ?

De plus nous pouvons soulever la différence entre le nombre d'exams du bassin retranscrits sur la fiche « synthèse obstétricale » (0,5%) et le nombre d'exams du bassin retranscrits sur le compte rendu de consultation du 9^{ème} mois (20%). Ces derniers étaient essentiellement retranscrits dans la partie « texte libre » de la consultation.

Ces différents points semblent soutenir l'hypothèse de manque de praticité de la fiche « synthèse obstétricale » due à la séparation au compte rendu de la consultation du 9^{ème} mois.

CONCLUSION

Le pronostic obstétrical mécanique chez une patiente nullipare s'établit lors de la consultation du 9^{ème} mois à partir d'éléments :

- cliniques généraux (taille, pointure, ATCD traumatiques...)
- cliniques obstétricaux (HU, palpation abdominal, type de présentation, TV, palpé introducteur et examen du bassin).
- paracliniques échographiques (périmètre céphalique, périmètre abdominal...)

Or, nous avons vu dans cette étude, que tous les éléments cliniques obstétricaux ne sont pas présents dans le compte rendu de la consultation du 9^{ème} mois. Par conséquent il nous semble impossible d'affirmer que le pronostic obstétrical est systématiquement établi lors de cette consultation. Il est possible qu'aujourd'hui le pronostic obstétrical mécanique soit établi à un autre moment de la grossesse : à l'entrée en salle de naissance ou au cours du travail par exemple.

Par ailleurs, nous pouvons supposer que l'épreuve du travail, qui est courante en cas d'examen clinique douteux, peut être à l'origine d'une utilisation moins fréquente du palpé introducteur et de l'examen du bassin. Cependant notre étude ne permet pas d'affirmer quelles en sont les causes.

Enfin, le lien entre la recherche des éléments cliniques et le raisonnement des sages-femmes concernant le pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois n'était pas l'objectif de notre étude. Il serait donc intéressant de faire une étude qualitative par entretien qui compléterait cette réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

1. SCHAAL JP. Examen de fin de grossesse. Mécanique et techniques obstétricales. p. 213–22.
2. LANSAC J, MAGNIN G. Examen obstétrical et surveillance de la grossesse normale. 5th ed. Issy-les-moulineaux: Masson; 2008. 44-52 p.
3. MARTIN C. Etude de la grossesse. Surveillance clinique et paraclinique. Les objectifs de la consultation du 9ème mois.
4. BRAHIMI N. pronostic obstétrical des grossesses à bas risque : fiabilité de l'examen clinique. Lyon; 2013.
5. PARSON M, SIEFFERT L. Pregnancy outcome in short women. J Reprod Med. 1989;
6. SCHAAL J, RIETHMULLER D. Dystocies osseuses. MTO. 4e Edition. 2012. p. 481.
7. RUF H, BLANC B, COMTE M, ADRAI J, DELPONT P, DUPONT S. Appréciation clinique et radiologique des dystocies osseuse. Encycl Méd Chir. 1986;Obstétrique.
8. MANDELBROT L, CECCALDI P.-F. Surveillance de la grossesse normale. 2006; Disponible à : <http://www.em-consulte.com/article/53506/surveillance-de-la-grossesse-normale>
9. Blackadar CS, Viera AJ. A retrospective review of performance and utility of routine clinical pelvimetry. Fam Med. 2004 Aug;36(7):505–7.
10. Peregrine E. Clinical and ultrasound estimation of birth weight prior to induction of labor at term. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007;29:304–9.
11. Noumi. Clinical and sonographic estimation of fetal weight performed during labor by residents. AJOG. 2005;192:1407–9.
12. SCHAAL JP. Engagement. Mécanique et techniques obstétricales. p. 256.
13. SCHAAL JP, MAILLET R, COLETTE C. Dystocie d'engagement et ventouse obstétricale. Technique de l'engagement de la tête foetale par ventouse obstétricale. Perspect Gynaecol Obstétrique 1984. 1 et 2.
14. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le suivi des femmes enceintes. [Internet]. Available from: http://www.sfmp.net/download/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_.pdf
15. RPAI périnatalité [Internet]. Disponible à : http://www.rpai-perinat.org/public/public_manuscrite.aspx?PAGE_CODE=PUBLIC_GROSSESSE_CONSEIL_EXAM
16. Référentiel Sage-Femme [Internet]. Disponible à : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf
17. Jacobson AK. Are we losing the art of midwifery? J Nurse Midwifery. 1993 Jun;38(3):168–9.

18. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007. [Internet]. Disponible à: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
19. DAVIE E. Un premier enfant à 28 ans. Div Enq Études Démographiques INSEE. 2011;
20. Thibaut de Saint Pol. L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. Div Cond Vie Ménag Insee. 2004;
21. CNGOF. RECOMMANDATIONS pour la PRATIQUE CLINIQUE : le diabète gestationnel. 1996 revu en 2010;
22. Viala M. Evaluation de la qualité du dépistage du diabète gestationnel. 2013.
23. Mathai M, Jairaj P, Muthurathnam S. Screening for light-for-gestational age infants: comparison of three simple measurements. Br J Obstet Gynaecol. 1987;(94):217–21.

ANNEXE I

Tableau de résultats : objectifs principaux

n = 197	Présent au 9 ^{ème} mois	Présent au 8 ^{ème} mois
Palpation utérus :		
Type de présentation (%)	99	
Appréciation du volume fœtal (%)	99	
Hauteur Utérine (%)	100	
Périmètre ombilical (%)	0	
TV : Hauteur de la présentation (%)	95	
Segment inférieur(%)	75	5
Palper introducteur (%)	14 ,5	3,5
Examen du bassin (%)	13	7
Examen du bassin + PI (%)	4	1,5

Fiche « synthèse obstétricale » : échographie de 32 SA

Echographie 32 SA présente(%)	99
Biométries : (%)	98,5
<10eP	0,5
10-50eP	21
50eP	28,5
50-90eP	35,5
>90eP	11,5

Biométries : Manque 3 valeurs

ANNEXE II

HAS, suivi de grossesse, consultation du 9^{ème} mois

Consultation du 9 ^e mois	
Examens cliniques et biologiques	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> ● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente ● Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> ● ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cyto bactériologique des urines.

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

► Consultation du 9^{ème} mois

En complément de l'appréciation du niveau de risque déterminant dans le choix du lieu de naissance (cf. *Tableau en Annexe 2*), le déroulement de la 8^{ème} consultation prénatale, ainsi que les examens à prescrire ou à proposer sont décrits dans les *encadrés 9 et 10*.

Si la grossesse est toujours considérée à faible niveau de risque, il est important de souligner qu'il n'y a pas d'arguments justifiant une consultation supplémentaire ou un enregistrement du rythme cardiaque fœtal entre cette consultation et le terme.

Encadré 9. Déroulement de la consultation du 9^{ème} mois (accord professionnel)	
a. Réaliser un examen clinique général et obstétrical	Poids, prise de la tension artérielle, recherche des signes fonctionnels urinaires Mesure de la hauteur utérine, recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux, recherche des contractions utérines, présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
b. Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)	Information de la femme sur le déroulement de l'accouchement
c. Donner des informations pratiques^(a)	Prise en charge d'une grossesse à terme ; modalités locales de rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint
d. Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son bébé	Information sur les interventions adaptées possibles et proposition d'éventuelle intervention coordonnée d'une aide sociale (travailleur social), d'une puéricultrice de PMI, du médecin traitant, du pédiatre, du psychologue, etc.

^(a) : Recommandations pour la pratique clinique « Préparation à la naissance et à la parentalité », HAS 2005

ANNEXE III

REFERENTIEL METIER SAGE-FEMME

Situation 1

CONDUIRE UNE CONSULTATION PRENATALE

Réaliser un diagnostic

- **en accueillant la femme et le / les accompagnant(s)**
 - en invitant la femme à exprimer le motif de la consultation et en étant attentif aux éventuels motifs complémentaires
 - en informant sur le déroulement de la consultation
 - en observant les attitudes de la femme
- **en reconstituant l'anamnèse**
 - en réalisant un interrogatoire personnalisé sur les antécédents médicaux individuels et familiaux, et les habitudes de vie pour détecter les facteurs de risque éventuels en datant la grossesse
 - en questionnant sur l'évolution de l'adaptation à la grossesse
- **en réalisant l'examen clinique général**
 - en évaluant les constantes
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à l'état de grossesse :
 - l'adaptation physiologique de toutes les grandes fonctions
 - l'adaptation psychologique, en écoutant la manière dont la mère ressent sa grossesse et en veillant à sa capacité à prendre soin d'elle et de l'enfant à naître
 - en vérifiant la qualité du soutien de son entourage
- **en réalisant l'examen obstétrical**
 - en examinant les seins
 - en mesurant la hauteur utérine et le périmètre ombilical
 - en palpant l'utérus (forme, tonicité, et selon le terme : présentation fœtale, mouvements actifs...)
 - en auscultant les bruits du cœur du fœtus
 - en évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques :
 - soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente
 - soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)
 - en réalisant si nécessaire un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ ou un prélèvement vaginal
 - en examinant les pertes vaginales (sur indication)
 - en réalisant une échographie si besoin
- **en évaluant le caractère physiologique ou pathologique de la grossesse**
 - en analysant et synthétisant les données recueillies
 - en établissant un pronostic obstétrical à la consultation du 9^{ème} mois
 - en diagnostiquant les conduites/comportements à risque (addictions, conditions de travail, temps de transport, conditions de vie domestique, maltraitances, ...)
- en identifiant les signes qui nécessitent d'orienter la femme vers un autre professionnel (psychologue, obstétricien, travailleurs sociaux, ...)

- **en élaborant et proposant à la femme une conduite à tenir quant au suivi de sa grossesse**
 - **en repérant des conduites de consommation à risque**
 - en évaluant avec discernement sa situation et son environnement
 - en instaurant un dialogue confiant et éthique permettant l'émergence des ressources individuelles et socioculturelles de la femme/du couple
 - en adaptant son discours et en s'assurant qu'il a été compris
 - en donnant toutes les informations utiles et nécessaires
 - en établissant un calendrier de suivi après avoir expliqué les bénéfices d'un suivi régulier
 - en proposant systématiquement un entretien individuel ou en couple

ANNEXE IV



■ Le premier examen clinique

Il doit avoir lieu **avant la fin de la 14^{ème} semaine de grossesse**, soit **seize semaines d'aménorrhée** (voir rubrique "Calcul du terme").

Cet examen :

- confirme le diagnostic de grossesse
- permet de s'assurer de la bonne santé de la future mère.

Le praticien prend connaissance :

- des **antécédents médicaux** (maladies graves, opérations, transfusions...)
- des **grossesses précédentes** et de leur issue (accouchements, avortements...).
- des **maladies chroniques** à prendre en compte : tuberculose, maladies rénales, cardiaques, diabète, troubles neurologiques, etc...
- des **traitements reçus** depuis les dernières règles, le poids, la taille et la tension artérielle.

L'examen gynécologique précise le développement de la grossesse.

Il réunit tous les éléments qui permettent de fixer une **date de début probable de la grossesse**, qui est retranscrite dans la déclaration de grossesse.

■ Les examens suivants

Les **consultations mensuelles**, selon le calendrier de grossesse, sont réalisées par un médecin ou une sage-femme.

Elles comportent :

- l'analyse des **troubles** ou **maaises** qui peuvent vous gêner,
- l'examen gynécologique qui a pour but de s'assurer du **développement** normal de l'utérus, des **mouvements** actifs de l'enfant, des bruits du cœur, de l'absence de modification du col utérin qui pourraient faire craindre une menace d'accouchement prématuré,
- la recherche du **sucre** et de l'**albumine** dans les urines,
- la prise de la **tension artérielle** et la **pesée**.

A partir de sept mois révolus, on recherche la **position de l'enfant**. A cet âge, si la tête n'est pas en bas, on peut tenter de le retourner par une version par manœuvre externe.

Au cours du **dernier mois**, l'examen clinique permet de préciser les **conditions probables de l'accouchement** : largeur du bassin, souplesse des tissus de la mère, volume apparent de l'enfant, position de sa tête. Si des difficultés paraissent prévisibles, le médecin peut, avant l'accouchement, demander divers examens (radiographie du bassin, échographie).

A partir de la date du terme de grossesse, une surveillance spécifique débute pour s'assurer du bien être de l'enfant et organiser la naissance.

Au cours du neuvième mois, une consultation d'anesthésie est organisée en vue de la naissance.

RESUME

But : Le pronostic obstétrical mécanique est établi lors de la consultation du 9^{ème} mois. L'objectif de ce mémoire était de définir la prévalence de chacun des éléments cliniques, qui permettraient d'établir le pronostic obstétrical mécanique, retranscrits dans les dossiers. De plus nous avons cherché à établir la prévalence de la retranscription du pronostic obstétrical et de la conduite à tenir pour l'accouchement dans les dossiers.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, monocentrique. Elle a été menée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Le recueil des données a été effectué sur les Dossiers Médicaux Obstétricaux informatisés. La population étudiée se composait de 197 patientes nullipares ayant eu leur consultation du 9^{ème} mois entre le 1^{er} janvier 2014 et le 30 avril 2014 à l'HCE.

Résultats : On constate que la hauteur utérine était retranscrite dans 100% des cas. Dans 99% des cas, la palpation de l'utérus était effectuée ; permettant de définir la présentation fœtale et le volume fœtal. Un toucher vaginal recherchant la hauteur de présentation était retranscrit dans 95% des cas. La proportion de recherche de l'ampliation du segment inférieur était de 75% des cas. La retranscription du palpé introducteur était de 18%. Concernant l'examen du bassin elle était de 20%. Enfin, dans 1% des cas on retrouvait une mention concernant le pronostic obstétrical et dans 2% une conduite à tenir pour l'accouchement.

Conclusion : On constate qu'il existe une importante disparité de la retranscription de chacun des éléments cliniques. Par ailleurs, le raisonnement des sages-femmes sur le pronostic obstétrical mécanique n'était pas étudié. Nous ne pouvons donc pas affirmer de quelle manière le pronostic obstétrical mécanique est établi. Il est probable qu'aujourd'hui, il soit établi à un autre moment de la prise en charge des femmes enceintes.

Mots clés : *Pronostic obstétrical, Grossesse physiologique, Suivi de grossesse, Examen clinique*