



HAL
open science

Apprentissage de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes

Chloé Ruelle

► **To cite this version:**

Chloé Ruelle. Apprentissage de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01240405

HAL Id: dumas-01240405

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01240405>

Submitted on 9 Dec 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 MAIEUTIQUE

APPRENTISSAGE DE L'EXAMEN CLINIQUE DU BASSIN
PAR LES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES

Mémoire soutenu le 9 juin 2015

Par Chloé RUELLE

Née le 12 mai 1991

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

Année universitaire 2015

Apprentissage de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes

Auteur : Chloé Ruelle (étudiante sage-femme, UFR de médecine de Grenoble)

Avec la contribution de Claire Lucas (sage-femme au CHU de Grenoble) et de Chrystèle
Chavatte (sage-femme cadre enseignante à l'école de sage-femme de Grenoble)

RESUME

Objectif : Déterminer la prévalence de la pratique de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes (ESF). Décrire les modalités d'apprentissage théorique et clinique de cet examen au cours de leur formation initiale.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique, menée auprès des ESF en cinquième année maïeutique des écoles françaises. Le recueil des données s'est effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire informatisé. Le critère de jugement principal est la réalisation de l'examen clinique du bassin par les ESF au cours de leur formation initiale. Les critères de jugements secondaires sont multiples.

Résultats : Deux cent six étudiants ont répondu au questionnaire et 84.5 % d'entre eux affirment avoir pratiqué au moins une fois l'examen clinique du bassin, avec un nombre moyen d'examens réalisés de 10.4 (e.t = 13.56). Soixante seize pour cent des étudiants sont insatisfaits de l'enseignement pratique. Dans le but d'une amélioration ils proposent la réalisation de travaux pratiques sur des bassins anormaux (26.5%), une généralisation des travaux pratiques (20.5%), ainsi qu'un meilleur encadrement par les professionnels (15.7%). Cette insatisfaction est corrélée au fait que plus de 51 % des ESF considèrent ne pas avoir acquis l'examen du bassin à l'issue de la quatrième année de maïeutique.

Conclusion : Le fait que l'examen du bassin ne soit plus fait de façon systématique, semble avoir un impact négatif sur la qualité de l'apprentissage. Il semble donc judicieux de prendre les propositions faites par les étudiants comme piste d'amélioration afin d'optimiser la pratique de l'examen.

Mots-clés : apprentissage - examen clinique du bassin - étudiants sages-femmes

Je remercie les membres du jury :

Président du jury : Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante Département de maïeutique,
UFR médecine de Grenoble

Co-président : Dr Thierry MICHY, PH HCE du CHU de Grenoble

Sage-femme invitée : Claudine MARTIN, Sage-femme coordinatrice RPAI, CHU de Grenoble

Directeur de mémoire : Claire LUCAS, Sage-femme HCE du CHU de Grenoble

Sage-femme enseignante guidante : Chrystèle CHAVATTE, Sage-femme enseignante
Département de maïeutique, UFR médecine de Grenoble

Je remercie plus particulièrement :

Mme Claire LUCAS, sage-femme au CHU de Grenoble, directeur de ce mémoire ;

Pour son aide précieuse à la réalisation de ce mémoire, pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Mme Chrystèle CHAVATTE, sage-femme cadre enseignante à l'école de Sage-femme de Grenoble, guidante de ce mémoire ;

Pour le suivi de mon travail, son soutien et ses conseils.

Ainsi que pour la formation et le suivi de notre promotion. Un grand merci à l'attention qu'elle a su porter à chacun d'entre nous.

Je remercie également :

Ma famille et mes proches ;

Pour m'avoir encouragée et soutenue au cours de mes études.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	1
I. INTRODUCTION	2
II. MATERIEL ET METHODE	4
A. Type et lieu d'étude.....	4
B. Critère d'exclusion :	4
C. Population d'étude.....	4
D. Recueil des données	4
E. Critères de jugement.....	4
F. Méthodes statistiques	5
III. RESULTATS	6
A. Figure et tableaux	6
IV. DISCUSSION	14
A. Les limites et biais de l'étude.....	14
B. Discussion	14
C. CONCLUSION	18
D. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	20
ANNEXE	22
RESUME	

ABREVIATIONS

ESF : étudiant(s) sage(s)-femme(s)

SDN : salle de naissance

APD : analgésie péridurale

TP : travaux pratiques

IRM : imagerie par résonance magnétique

e.t : écart-type

moy : moyenne

I. INTRODUCTION

En 1781 Baudelocque inventa la pelvimétrie externe avec la création du pelvimètre, instrument qui permettait de mesurer le diamètre antéro-postérieur [1; 2]. Puis vient la pelvimétrie interne ou examen clinique du bassin qui semble plus précise et qui se pratique lors d'un toucher vaginal : elle permet de dépister les anomalies de taille du bassin qui seront alors explorées par radiopelvimétrie [2].

La radiopelvimétrie a vu le jour avec Varnier en 1897 et permet la mesure indirecte des diamètres pelviens (des tables de conversion de mensuration étaient nécessaires du fait de l'agrandissement radiologique). Cependant elle nécessite une irradiation materno-fœtale importante [2; 3; 4].

Cette dernière est ensuite remplacée par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) mise au point en 1969 par Damadian. Elle permet d'obtenir des mesures directes sans correction, et n'entraîne aucune irradiation materno-fœtale. C'est aujourd'hui la technique de premier choix [2 ; 3; 4].

Il est recommandé d'établir le pronostic obstétrical de toute femme enceinte en fin de grossesse [5; 6]. Ce dernier s'effectue, entre autre, par la pratique de l'examen clinique du bassin [7]. Or depuis quelques années celui-ci semble de moins en moins pratiqué de façon systématique par les professionnels [3; 8].

Jusqu'à la fin des années 90, lorsque l'examen clinique du bassin était douteux, on faisait pratiquer à la patiente une radiopelvimétrie. Puis grâce au diagramme de Magnin [annexe I], qui confrontait les mensurations du bassin par rapport à celles de la tête fœtale, on établissait un pronostic obstétrical. Si la confrontation plaçait la patiente dans la zone d'incertitude, la conduite à tenir pour l'accouchement était celle de l'épreuve du travail.

En effet, le diagnostic d'un rétrécissement modéré du bassin, pour une présentation céphalique sans autre facteur de risque ne remettait pas en cause de façon certaine un accouchement voie basse [9; 10].

Aujourd'hui la radiopelvimétrie est un examen tombé en désuétude, puisque ses résultats n'avaient qu'une faible valeur prédictive sur la voie d'accouchement [11 ; 12]. Elle est

pratiquée pour une présentation du siège ou chez des patientes avec des bassins dits chirurgicaux.

Si l'examen systématique du bassin ne semble pas indispensable lors des consultations prénatales, il garde un intérêt au cours du suivi du travail en salle de naissance. En effet, il peut modifier une décision obstétricale devant une stagnation de la dilatation ou une dystocie d'engagement [13; 14].

Dans le texte de loi relatif aux études de sage-femme, il est spécifié qu'au terme de leur formation initiale, les ESF (étudiants sages-femmes) doivent être capable de pratiquer un examen clinique obstétrical et d'établir un pronostic obstétrical [15].

Or un travail réalisé dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage – femme à montré que moins de 15 % des sages-femmes réalisent l'examen clinique du bassin [8].

On peut donc supposer que moins de 15 % des ESF ont déjà pratiqué cet examen.

L'objectif principal de l'étude est de déterminer la prévalence de la pratique de l'examen clinique du bassin par les ESF au cours de leur formation initiale.

L'objectif secondaire est de décrire les modalités d'apprentissage théorique et clinique de l'examen clinique du bassin chez les ESF, au cours de leur de formation initiale.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type et lieu d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique. L'étude a été réalisée dans les écoles de sage-femme françaises.

B. Critère d'exclusion :

Ont été exclus de l'étude les établissements de formation suivants :

- Ecoles où aucun contact n'a été possible
- Ecoles contactées mais aucune réponse
- Ecoles contactées mais refus de participer communiqué

C. Population d'étude

Ont été inclus dans cette étude, l'ensemble des étudiants sages-femmes (ESF) de cinquième année maïeutique pour l'année universitaire 2014-2015.

D. Recueil des données

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire informatisé transmis aux ESF par la secrétaire ou la directrice de l'école de sage-femme dans laquelle ils étaient inscrits. Les réponses anonymes ont été directement enregistrées dans un fichier du 20 octobre 2014 jusqu'au 20 décembre 2014. Une relance a été faite le 12 décembre 2014 et a permis d'obtenir 31 réponses supplémentaires.

E. Critères de jugement

1. Principal

Le critère de jugement principal est la réalisation de l'examen clinique du bassin au moins une fois, par les étudiants sages-femmes au cours de leur formation initiale.

2. Secondaires

- Décrire la fréquence de réalisation de l'examen clinique du bassin en fonction des années d'études (<5fois ; 5-10fois ; >10fois)

- Déterminer le nombre moyen d'examen réalisé à l'issue de la 4^{ème} année maïeutique.
- Identifier le secteur de stage où l'examen clinique du bassin est réalisé (consultation, salle de naissance (SDN))
- Décrire le type d'encadrement fait par le professionnel (il examine le bassin avant et guide l'ESF, il examine le bassin avant mais ne guide pas l'ESF, n'examine pas le bassin, après l'examen le professionnel prend le temps d'en reparler avec l'ESF, après l'examen le professionnel ne prend pas le temps d'en reparler avec l'ESF)
- Identifier le moment de réalisation de l'examen clinique du bassin en salle de naissance (lors de l'examen clinique d'admission, au cours du travail sans APD, au cours du travail avec APD (analgésie péridurale), lors de la survenue d'une dystocie au cours du travail)
- Déterminer chez quel type de patiente l'examen est réalisé en consultation (chez toutes les femmes systématiquement ou sur facteur de risque)
- Déterminer le type d'enseignement délivré par l'école (théorique seul, pratique seul, théorique et pratique)
- Déterminer l'année d'études où les enseignements théorique et pratique ont été dispensés (2^{ème} année, 3^{ème} année, 4^{ème} année)
- Décrire le matériel utilisé pour l'enseignement pratique (bassin osseux simple, bassin osseux recouvert d'une musculature, mannequin, autre)
- Décrire le niveau de satisfaction de l'enseignement théorique et de l'enseignement pratique (pas du tout satisfaisant, peu satisfaisant, satisfaisant, très satisfaisant)
- Une amélioration de l'enseignement théorique et de l'enseignement pratique est-elle nécessaire ? (oui ; non)
- Propositions pour l'amélioration de l'enseignement théorique et pratique
- Décrire le niveau d'acquisition de l'examen clinique du bassin (totalement acquis, partiellement acquis, peu acquis, pas du tout acquis)

F. Méthodes statistiques

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Statview.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion, et les variables quantitatives par la moyenne et l'écart-type.

III. RESULTATS

A. Figure et tableaux

Figure 1 : Diagramme de flux de population de l'étude

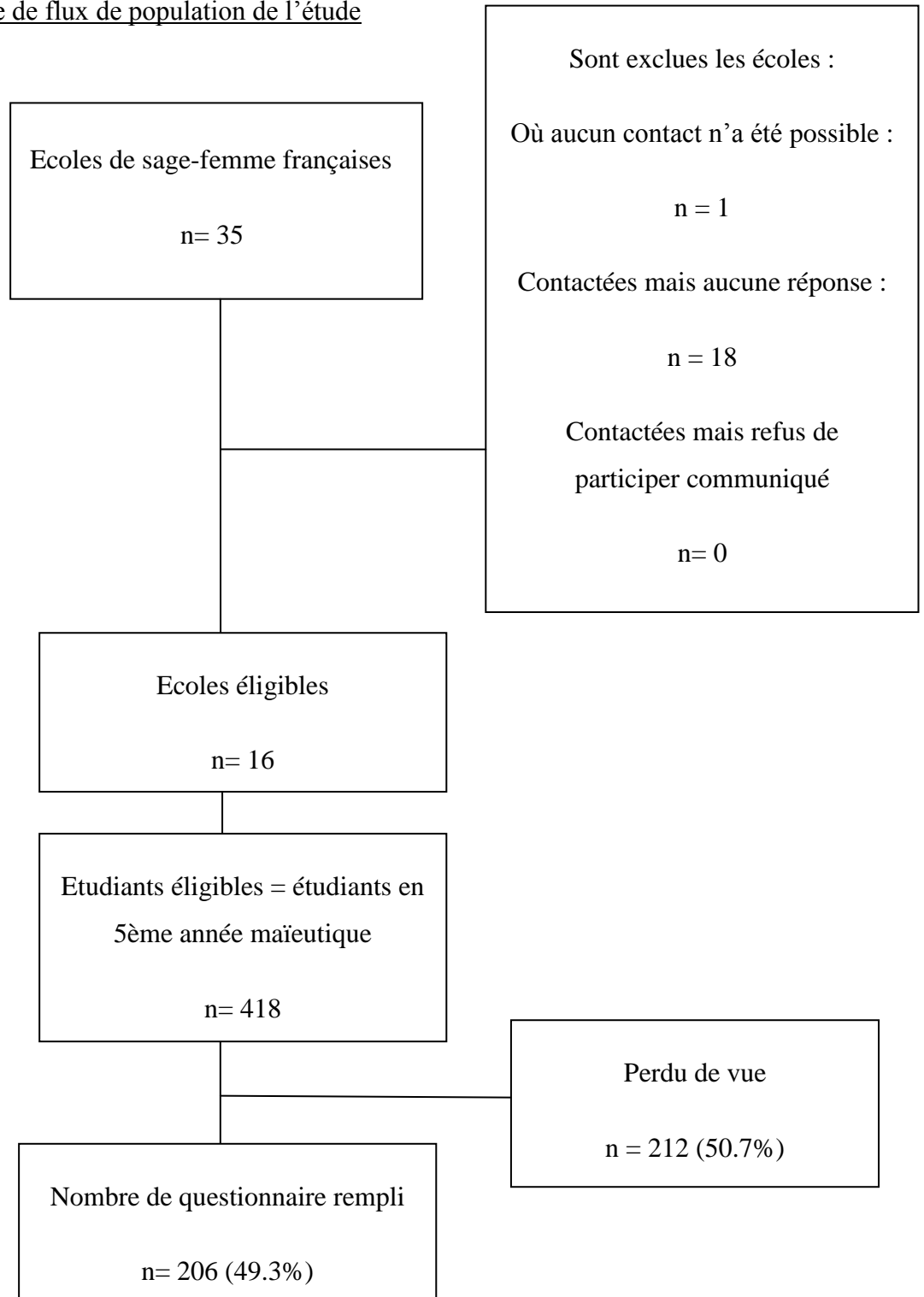


Tableau I : Caractéristiques de la population

Variables	Population N = 206
Age moy (e.t)	23 (1.64)
Sexe n(%)	Féminin 199 (97)
Ville d'étude n(%)	Besançon 11 (5)
	Bourg en Bresse 15 (7)
	Brest 7 (3)
	Grenoble 30 (15)
	Lille 15 (7)
	Limoges 11 (5)
	Lyon 10 (5)
	Marseille méditerranée 9 (4)
	Nancy 10 (5)
	Nantes 18 (9)
	Nice 11 (5)
	Papeete 1 (0)
	Poitiers 12 (6)
	Reims 14 (7)
	Paris Saint Antoine 22 (11)
	Strasbourg 10 (5)

Pour la réalisation de cette étude, 34 écoles ont pu être contactées sur les 35 écoles françaises, et 16 nous ont donné une réponse positive afin que leurs étudiants participent à

l'étude. Cela a représenté un nombre total de 418 étudiants en cinquième année maïeutique, 206 ont répondu à notre questionnaire soit 49.3% d'entre eux.

Quatre-vingt dix-sept pour cent des ESF ayant participé sont des filles avec un âge moyen de 23 ans (écart-type (e.t) à 1.64).

Tableau II : Réalisation de l'examen clinique du bassin selon les années d'études:

Variable		Population N= 206			
Examen réalisé n(%)	Oui	174 (84.5)			
Année d'études de réalisation de l'examen					
		jamais	<5 fois	5-10 fois	>10fois
2^{ème} année maïeutique n(%)		164 (79.6)	19 (9.2)	19 (9.2)	4 (1.9)
3^{ème} année maïeutique n(%)		66 (32.7)	70 (34.6)	47 (23.3)	19 (9.4)
4^{ème} année maïeutique n(%)		61 (30.3)	63 (31.3)	51 (25.4)	26 (12.9)
Nombre total d'examen réalisé à la fin de la 4^{ème} année d'études moy. (e.t)		10.4 (13.56)			

Nous observons que 84.5% des étudiants interrogés disent avoir pratiqué au moins une fois l'examen du bassin au cours des quatre premières années d'études. La réalisation de l'examen semble augmenter au cours des années d'études puisque nous observons 79.6% d'examen jamais réalisé en deuxième année contre environ 30% pour la troisième et quatrième année d'études, et 1.9% d'examen réalisé plus de 10 fois en deuxième année d'études contre 12.9% en quatrième année. Le nombre total moyen d'examen réalisé sur les quatre premières années d'études est de 10.4 avec un e.t à 13.56.

Tableau III: Pratique de l'examen clinique du bassin en stage :

Variables		Population N = 174
Secteur de stage où l'examen est réalisé* n(%)	Consultation	133 (76.4)
	SDN	125 (71.8)
Type d'encadrement par le professionnel (le plus souvent)* n(%)	Examine le bassin avant/ après	71 (40.8)
	N'examine pas le bassin	103 (59.2)
	Après l'examen du bassin prend le temps d'en reparler avec l'ESF	72(41.4)
	Après l'examen du bassin ne prend pas le temps d'en reparler avec l'ESF	102 (58.6)
		Population N= 125
Moment de réalisation de l'examen en SDN (le plus souvent) ** n(%)	A l'examen clinique d'admission de la patiente	24 (19.2)
	Au cours du travail sans APD	0 (0)
	Au cours du travail avec APD	76 (60.8)
	Lors de la survenue d'une dystocie au cours du travail	25 (20)
		Population N=133
Réalisation de l'examen en consultation (le plus souvent) ***n(%)	De façon systématique	52 (39.1)
	Sur facteur de risque	81 (60.9)

*parmi les étudiants ayant répondu « oui » à la variable examen du bassin réalisé ; ** parmi les étudiants ayant répondu « SDN » à la variable secteur de stage où l'examen est réalisé ; ***parmi les étudiants ayant répondu « consultation » à la variable examen du bassin réalisé ;

L'examen est autant réalisé en stage de consultation sur facteur de risque qu'en salle de naissance (SDN) durant le travail sous analgésie péridurale (APD). Dans environ 59% des cas le professionnel encadrant l'étudiant n'examine pas le bassin, et ne prend pas le temps d'en reparler avec l'étudiant.

Tableau IV: Enseignement délivré par l'école :

Variabiles		Population N = 206
Type de cours reçu n(%)	Théorique seul	88 (42.7)
	Pratique seul	5 (2.4)
	Théorique + pratique	106 (51.5)
	Pas de cours	7 (3.4)
		Population N=194
Année du 1^{er} cours théorique *(n%)	2 ^{ème} année maïeutique	90 (46.4)
	3 ^{ème} année maïeutique	96 (49.5)
	4 ^{ème} année maïeutique	8 (4.1)
		Population N =111
Année du 1^{er} cours pratique** (n%)	2 ^{ème} année maïeutique	40 (36)
	3 ^{ème} année maïeutique	61 (55)
	4 ^{ème} année maïeutique	10 (9)
Matériel utilisé pour les TP**n(%)	Bassin osseux simple	97 (87.4)
	Bassin recouvert d'une musculature	22 (19.8)
	Mannequin	21 (18.9)
	Autre	2 (1.8)

*parmi les étudiants ayant reçu un cours théorique ; **parmi les étudiants ayant reçu un cours pratique

L'enseignement est majoritairement délivré au cours des trois premières années d'études par l'école (46.4 % en deuxième année et 49.5% en troisième année). Il associe des cours théoriques et pratiques pour 51.5% des étudiants. L'enseignement pratique se fait sur des bassins osseux simples dans 87.4% des cas.

Tableau V: Satisfaction des étudiants par rapport aux enseignements reçus :

	Pas du tout satisfaisant	Peu satisfaisant	satisfaisant	Très satisfaisant
Satisfaction de l'enseignement théorique n (%)	25 (12.1)	51 (24.8)	117 (56.8)	13 (6.3)
Satisfaction de l'enseignement pratique n(%)	77 (37.4)	81 (39.3)	45 (21.8)	3 (1.5)

Les étudiants sont satisfaits de l'enseignement théorique pour 57% d'entre eux. Pour ce qui concerne l'enseignement pratique leur avis se partage entre peu satisfait 39% et pas du tout satisfait 37%.

Tableau VI: Amélioration des enseignements reçus:

Variables		Population N=206
Amélioration de l'enseignement théorique n(%)		Oui 67 (32.5)
Propositions d'amélioration de l'enseignement théorique n(%)	Clarté et qualité des cours	11 (16.4)
	Avoir un cours uniquement dédié au sujet	12 (17.9)
	Refaire des cours lors des années suivantes	2 (3)
Amélioration de l'enseignement pratique n(%)		Oui 166 (80.6)
Propositions d'amélioration de l'enseignement pratique n(%)	Mannequin plus réaliste (tissu mou, bassin anormaux)	44 (26.5)
	Faire des TP	34 (20.5)
	Meilleur encadrement par les professionnels en stage	26 (15.7)
	Refaire des TP	8 (4.8)
	Coter le nombre d'examen réalisé sur le carnet de stage	7 (4.2)
	Etre évalué sur cette pratique	5 (3)
	Le faire en systématique en stage	24 (14.5)
	Que les professionnels insistent sur l'acquisition de cette compétence	16 (9.6)
	Le faire dès la première année de formation	2 (1.2)

Les étudiants souhaitent essentiellement une amélioration de l'enseignement pratique (80.6%), et pour cela ils proposent que la réalisation de travaux pratiques (TP) se fasse sur des mannequins plus réalistes (26.5%), une systématisation des TP (20.5%), un meilleur encadrement par les professionnels (15.7%) et une pratique systématique en stage (14.5 %).

Tableau VII : Acquisition de l'examen clinique du bassin :

		Population N=206
Acquisition de l'examen clinique du bassin n(%)	Totalement acquis	8 (3.9)
	Partiellement acquis	92 (44.7)
	Peu acquis	73 (35.4)
	Pas du tout acquis	33 (16)

Plus de 51% des étudiants considèrent ne pas avoir acquis l'examen clinique du bassin à l'issue de la quatrième année d'études.

IV. DISCUSSION

A. Les limites et biais de l'étude

Notre étude est de type « descriptive », réalisée auprès des ESF des écoles françaises. Une période de deux mois, ainsi qu'une relance nous ont semblé nécessaire pour obtenir un nombre suffisant de réponses. Cela nous a permis d'obtenir 206 questionnaires remplis sur les 418 espérés en amont. De ce fait, c'est une étude qui possède un biais de sélection puisque le taux de perte de vue s'élève à 51 % [figure 1].

Nous remarquons tout de même que notre étude comporte un biais de mémorisation important, car elle est essentiellement basée sur des réponses déclaratives et fait appel au souvenir de chaque étudiant.

En effet, nous reconnaissons qu'il est difficile de se remémorer avec certitude le nombre d'examens que l'on réalise, ainsi que les conditions dans lesquelles ceux-ci furent réalisés. De plus, nous avons remarqué qu'il existe des réponses discordantes entre les étudiants d'une même école au sujet des questions portant sur l'enseignement délivré par celle-ci (En quelle année avez-vous reçu l'enseignement sur l'examen du bassin ? Quel type de cours avez-vous reçu ? Quel matériel a été utilisé pour les TP ?).

Peu d'études ont été retrouvées, tant sur l'évolution de la pratique de l'examen du bassin, que sur l'apprentissage de l'examen par les étudiants.

B. Discussion

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la prévalence de la pratique de l'examen clinique du bassin par les ESF au cours de leur formation initiale. Il a été réalisé puisque la prévalence était de 84.5%.

L'objectif secondaire consistait à décrire les modalités d'apprentissage de l'examen clinique du bassin par les ESF au cours de leur formation initiale. Nous avons pu constater qu'une association de cours théoriques et pratiques existait pour 51.5% des étudiants et que les TP s'effectuaient sur des bassins osseux simples dans 84.5 % des cas.

De plus 76 % des étudiants affirment ne pas être satisfaits de l'enseignement pratique, 80.6 % d'entre eux souhaitent une amélioration de ce dernier, et les principales propositions faites à ce sujet ont été de répéter les séances de TP, d'utiliser des bassins anormaux en TP et d'améliorer leur encadrement sur les lieux de stage.

L'hypothèse de départ qui était que moins de 15% des ESF pratiquaient cet examen est infirmée comme le montrent les résultats de l'objectif principal. Cependant l'hypothèse a été faite d'après les résultats apparus dans une précédente étude portant sur les connaissances des sages-femmes sur l'examen clinique du bassin. Elle montrait que celles-ci avaient un niveau de connaissance insuffisant tant sur le déroulement de l'examen que sur la pelvimétrie interne et que 15 % des sages-femmes pratiquaient l'examen [8]. Notre critère de jugement principal fut le suivant : l'examen clinique devait être réalisé au moins une fois au cours des études. Cela explique que la prévalence de la pratique ait atteint 84.5 %. Mais si l'on observe le nombre d'étudiants ayant réalisé l'examen plus de 10 fois au cours de la quatrième année d'études, le taux s'élève à 12.5 % ce qui concorde mieux avec les résultats observés dans l'étude [8] sur laquelle nous nous étions basé pour établir notre hypothèse. En effet, il semble logique de penser que les ESF qui ont pratiqué peu de fois un examen durant les dernières années de leur formation professionnelle, auront tendance à ne pas le maîtriser une fois diplômés. Cela dit, il nous apparaît donc évident que 51% des étudiants considèrent ne pas avoir acquis cet examen.

L'étudiant se retrouve souvent seul face à cet apprentissage : seulement 41% d'entre eux affirment être guidés par un professionnel. C'est alors que la qualité de l'examen pratiqué par les ESF peut se poser. Cinquante neuf pour cent des professionnels encadrant les ESF ne prennent pas le temps de comparer l'examen réalisé par l'étudiant avec leur propre examen. Cela peut trouver une explication dans le secteur des consultations prénatales, puisqu'une comparaison nécessiterait de pratiquer chez la patiente, deux examens consécutifs.

De nos jours, près de 80 % des parturientes bénéficient d'une analgésie péridurale [17], celle-ci facilite la réalisation de l'examen [18]. C'est pourquoi la salle de naissance devrait être le lieu de stage idéal pour la pratique de cet examen. En effet, une fois que la patiente ne ressent plus la douleur, l'étudiant aurait la possibilité de pratiquer son examen et de le comparer à celui du professionnel (sous réserve que la patiente accepte d'être examinée deux fois consécutives, ce qui généralement est le cas). Cela dit, nous constatons pourtant que l'examen n'est pas plus pratiqué en salle de naissance qu'en consultation.

Ce constat peut résulter de l'organisation des études de sage-femme. Durant les deux premières années d'études, les étudiants sont essentiellement formés aux gestes techniques. L'examen clinique du bassin nécessite que l'étudiant ait une perception tactile fine. En effet, selon JP.SCHAAL, la valeur que l'on peut accorder à cet examen dépend de l'expérience de l'examineur [10], ce qui est difficile au début du cursus de formation. Durant les deux dernières années d'études, l'étudiant a eu le temps de développer sa clinique, les gestes techniques ont donc de moins en moins besoin d'être encadrés par un professionnel. Chaque étudiant étant maître de sa formation, c'est alors de son ressort de solliciter les personnes qui l'encadrent s'il en ressent le besoin. Dans notre étude les étudiants se plaignent du manque d'encadrement, mais sollicitent-ils assez les professionnels qui pourraient leur transmettre le savoir-faire du métier de sage-femme ?

L'encadrement des étudiants fait parti du quotidien des professionnels de santé, mais il prend du temps. C'est pourquoi, selon la charge de travail que les professionnels ont à accomplir, le temps passé avec l'étudiant peut être plus ou moins important. L'activité de la salle de naissance peut donc aussi expliquer le fait que l'examen ne soit pas plus pratiqué sur ce lieu de stage qu'en consultation.

Malgré les recommandations de l'HAS, sur le fait de devoir établir un pronostic obstétrical chez les femmes enceintes à la consultation du neuvième mois [5], celui-ci s'effectuant entre autre par la réalisation de l'examen du bassin [7], l'examen semble ne plus être pratiqué de façon systématique en fin de grossesse. D'une part il est décrit comme étant douloureux. D'autre part, avant les années 2000 en cas d'examen du bassin douteux une radiopelvimétrie était facilement réalisée. Si la confrontation entre les mensurations du bassin maternel et celles de la tête fœtale plaçait la patiente dans la zone d'incertitude d'après le diagramme de Magnin [annexe I], la conduite à tenir pour l'accouchement allait être l'épreuve du travail [9 ;10]. Il modifiait donc rarement la conduite à tenir pour l'accouchement. Enfin une étude décrit que la radiopelvimétrie réalisée suite à un examen clinique du bassin douteux a tendance à augmenter la pratique des césariennes « inutiles » [12]. Il est malgré tout encore pratiqué et pertinent sur signe d'appel (petite taille, scoliose, boiterie, macrosomie [16]). Ces données concordent avec les résultats de notre étude : 39.1% des ESF ont pratiqué l'examen de façon systématique, et 60.9% l'ont pratiqué sur facteur de risque.

La sage-femme étant au cœur du suivi du travail il est indispensable qu'elle sache pratiquer l'examen du bassin pour assurer une prise en charge optimale des parturientes. Une bonne

maîtrise de la mécanique obstétricale lui permettra de réaliser un pronostic obstétrical pertinent et d'adapter ses conduites à tenir en fonction de la situation.

Rappelons que le pronostic obstétrical est la conclusion de l'analyse de plusieurs éléments : certains portants sur le contenu (volume fœtal, flexion de la tête, variété de présentation, asynclitisme), et d'autres sur le contenant c'est-à-dire le bassin maternel.

Il est nécessaire d'attirer l'attention des étudiants, lors des cours théoriques et pratiques délivré par l'école, sur l'importance de la pratique de cet examen. Pour favoriser la sollicitation des professionnels par les ESF, il est proposé de rajouter l'examen clinique du bassin dans les objectifs de stage de consultation et de salle de naissance.

En ce qui concerne l'enseignement délivré par l'école, la généralisation des TP semble importante, afin que l'examen pratiqué devienne précis et pertinent. Pour cela nous pourrions imaginer organiser plusieurs séances de TP, avec l'utilisation de mannequins possédant des bassins anormaux (asymétrique, rétréci), comme cela est déjà pratiqué pour l'apprentissage de la palpation mammaire, ovaire, utérus, visualisation de pathologie du col de l'utérus.

C. CONCLUSION

L'examen clinique du bassin permet d'apprécier les dimensions du bassin, de le confronter aux dimensions fœtales, et ainsi d'établir un pronostic obstétrical.

Sa pratique semble en déclin depuis une quinzaine d'années. Cela s'explique par le fait que l'examen systématique du bassin chez les patientes ayant un faible risque de présenter une anomalie, ne modifiait que peu souvent la conduite à tenir pour la voie d'accouchement.

Notre étude avait pour objectif principal de déterminer la prévalence de la pratique de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes, au cours de leur formation. Il apparaît que 84.5% des étudiants interrogés affirment avoir pratiqué au moins une fois cet examen et 10 fois en moyenne sur l'ensemble des quatre premières années d'études. Cela vient en opposition avec notre hypothèse de départ. Puisqu'en effet, plus de 15 % des étudiants ont pratiqué l'examen.

Le manque de pratique systématique de l'examen semble avoir un impact négatif sur la qualité de l'apprentissage. Effectivement, la moitié des ESF considère ne pas avoir acquis cet examen. De manière générale et selon les étudiants, il y a de nombreuses améliorations à apporter, surtout en ce qui concerne l'enseignement pratique. En effet, selon eux l'école devrait faire des améliorations dans l'organisation des TP, mais ils demandent aussi un meilleur encadrement par les professionnels sur les lieux de stage.

Même s'il paraît judicieux de ne plus pratiquer cet examen de façon systématique en consultation, il semble tout de même important pour les sages-femmes prenant en charge les femmes enceintes de savoir le pratiquer, en cas d'indication en consultation et de manière systématique en salle de naissance.

La sage-femme étant au cœur du suivi du travail, il est indispensable qu'elle sache apprécier le bassin afin de pouvoir établir un pronostic obstétrical. Nous avons constaté que cet examen peut jouer un rôle dans une décision obstétricale en salle de naissance.

Afin d'améliorer l'apprentissage de l'examen pour les futures promotions d'étudiants en maïeutique, les remarques faites par les ESF dans le cadre de cette étude pourraient être des pistes à explorer. Nous pensons notamment à l'idée qui consiste à organiser des TP en

utilisant des bassins anormaux ainsi que de prévoir plusieurs séances de TP au cours de la formation initiale des études de sage-femme.

Dans le but de voir si les propositions d'amélioration faites par les étudiants pourraient avoir une incidence positive, il nous apparaît fondamental de réévaluer la satisfaction de l'enseignement, ainsi que le niveau d'acquisition de l'examen dans quelques années.

Il serait intéressant de pouvoir déterminer le nombre d'examen devant être réalisé par l'étudiant, pour qu'il considère la pratique de l'examen du bassin comme acquise.

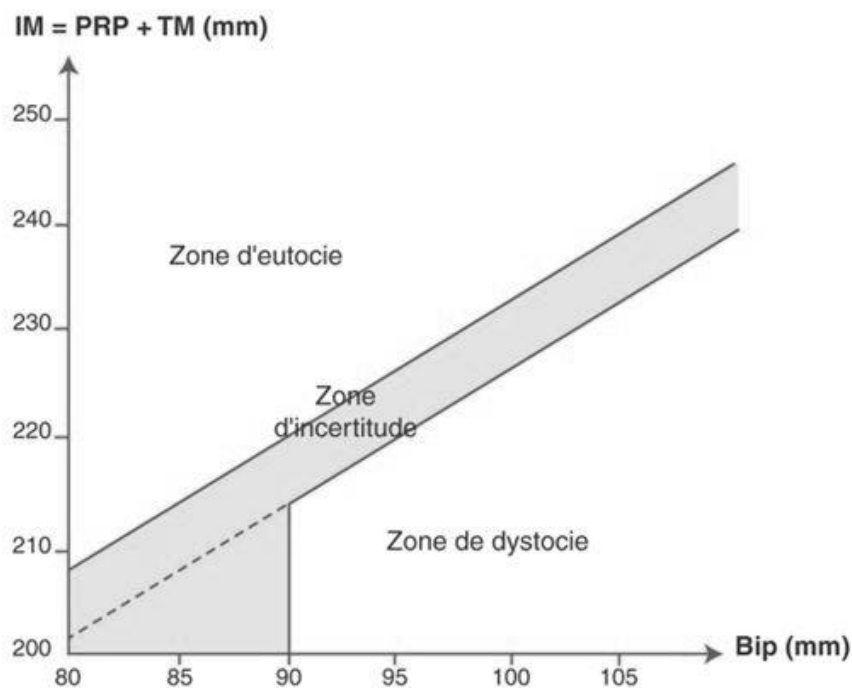
D. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Medarus. Jean-Louis Baudelocque, 2014. Consulté le : 16/04/2015. Disponible sur : http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/baudelocque_jl.htm
- [2] F.MADACI. Bassin obstétrical, anatomie et exploration, 2013. Disponible sur : <http://fr.slideshare.net/moyna24/bassin-obstetrical>
- [3] CA.REMY. L'apport de l'IRM dans l'interprétation de la pelvimétrie chez la femme enceinte, par recherche de la reproductibilité de mesures de tissus mous. Diplôme de sage-femme, université de Lorraine, 2013
Disponible sur internet : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2013_REMY_CAROLE- ANNE.pdf
- [4] Université Médicale Virtuelle Francophone, Radiopelvimétrie, 2012. Consulté le 16/04/2015. Disponible sur : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/mto/poly/11000faq.asp>
- [5] HAS, suivi et orientation des femmes enceintes, 2007. Consulté le 3/02/2014
Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
- [6] Consultations prénatales, Examen clinique du 8^{ème} et 9^{ème} mois, 2009. Consulté le 4/02/2014. Disponible sur : http://www.consultations-prenatales.org/popup/examClinique_mois8et9.asp
- [7] JP .SCHAAL/ D.RIETHMULLER. Dystocie osseuse, chapitre 20 p 276. JP .SCHAAL/ D.RIETHMULLER/ R.MAILLET Mécanique & Techniques Obstétricales. 2^{ème} édition, Sauramps médical, 1998.
- [8] V.LAURUOL. Evaluation des connaissances des sages- femmes sur l'examen clinique du bassin obstétrical. Diplôme de sage-femme, UFR de médecine de Limoges, 2011.
- [9] CISSE C-T., KOKAINA C., NDIAYE O., MOREAU J-C. Epreuve du travail dans les dystopies osseuses modérées au CHU de Dakar. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2004, volume 33, pp. 312-318.
- [10] JP .SCHAAL. Disproportion foeto-pelvienne, chapitre 21 p 323. JP .SCHAAL/ D.RIETHMULLER/ R.MAILLET Mécanique & Techniques Obstétricales. 2^{ème} édition, Sauramps médical, 1998.

- [11] K.AIDOUNI. Pelvimétrie : prescription et valeur prédictive. Diplôme de sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sage-femme de Metz, 2007.
- [12] A.FOURNIER. Quelle place pour la radiopelvimétrie au XXIème siècle ? Gynécologie obstétrique et fertilité, 2007, volume 35, p.491-492
- [13] L.MARPEAU avec la collaboration du collège national des sages-femmes et l'association française des sages-femmes enseignantes. Surveillance clinique et paraclinique du travail normal, chapitre 15, p 102. Traité d'obstétrique, Edition ELSEVIER MASSON, 2010.
- [14] F.SERGENT /L.MARPEAU Pour le TV en obstétrique. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2005 volume 33 p. 65-68
- [15] Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
Disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
- [16] J.LANSAC, G.MAGNIN, L.SENTILHES. Examens obstétricaux et surveillance de la grossesse, Chapitre 2 p 47. Obstétrique pour le praticien. 6° édition. Edition ELSEVIER MASSON, 2013
- [17] HAS, données épidémiologiques générales liées à la grossesse, 2012. Consulté le 1/05/2015. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
- [18] Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail). Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, 2011. Consulté le 4/05/2015.
Disponible sur : <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-travailmecanisme.pdf>

ANNEXES

I. Diagramme de Magnin



II. Questionnaire

1. Quel âge avez-vous ? *

2. Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

3. Dans quelle école effectuez-vous vos études ? *

4. Quel type de cours avez-vous eu sur l'examen clinique du bassin ? *

- Théorique uniquement
- Pratique (TP) uniquement
- Théorique + pratique
- Je n'ai pas eu de cours

5. Si vous avez bénéficié du cours théorique sur l'examen clinique du bassin, au cours de quelle(s) année(s) d'étude a-t-il eu lieu ? Plusieurs réponses possibles

- 2ème année maïeutique (L2)
- 3ème année maïeutique (L3)
- 4ème année maïeutique (M1)

6. Si vous avez bénéficié du cours pratique (TP) sur l'examen clinique du bassin, au cours de quelle(s) année(s) d'étude a-t-il eu lieu ? Plusieurs réponses possibles

- 2ème année maïeutique (L2)
- 3ème année maïeutique (L3)
- 4ème année maïeutique (M1)

7. Si vous avez bénéficié de TP sur l'examen clinique du bassin au cours de votre formation initiale, quel(s) type(s) de matériel a été utilisé ? Plusieurs réponses possibles

- Bassin osseux simple
- Bassin osseux recouvert de musculature
- Mannequin
- Autre :

8. D'après vous, combien de fois avez-vous réalisé cet examen sur une patiente au cours de vos stages en 2ème année de maïeutique (L2)? *

9. D'après vous, combien de fois avez-vous réalisé cet examen sur une patiente au cours de vos stages en 3ème année de maïeutique (L3)? *

10. D'après vous, combien de fois avez-vous réalisé cet examen sur une patiente au cours de vos stages en 4ème année de maïeutique (M1)? *

11. Avez-vous déjà réalisé l'examen clinique du bassin en stage de consultation ? *

- Oui
- Non

12. Si oui, vous le réalisez le plus souvent ?

- En systématique
- Sur facteurs de risque

13. Avez-vous déjà réalisé l'examen clinique du bassin en stage de salle de naissance ? *

- Oui
- Non

14. Si oui, à quel moment le réalisez-vous le plus souvent ?

- Lors de l'examen clinique d'admission de la patiente
- Au cours du travail sans APD
- Au cours du travail avec APD
- Lors de survenue d'une dystocie au cours du travail

15. Lorsque la pratique de l'examen clinique du bassin se fait en présence d'un professionnel, le plus souvent :

- Le professionnel examine le bassin avant/après vous
- Le professionnel n'examine pas le bassin avant/après vous

16. Lorsque la pratique de l'examen clinique du bassin se fait en présence d'un professionnel, le plus souvent :

- Après l'examen, le professionnel prend le temps d'en reparler avec vous
- Après l'examen, le professionnel ne prend pas le temps d'en reparler avec vous

17. L'enseignement théorique de cet examen vous semble : *

- Pas du tout satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

18. Pensez-vous qu'il faut améliorer l'enseignement théorique ? *

- Oui
- Non

19. Si oui, quelles sont vos propositions

20. L'enseignement pratique de cet examen vous semble : *

- Pas du tout satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

21. Pensez-vous qu'il faut améliorer l'enseignement pratique ? *

- Oui
- Non

22. Si oui, quelles sont vos propositions ?

23. Pensez-vous que l'examen clinique du bassin que vous pratiquez est : *

- Totallement acquis
- Partiellement acquis
- Peu acquis
- Pas du tout acquis

RESUME

Objectif : Déterminer la prévalence de la pratique de l'examen clinique du bassin par les étudiants sages-femmes (ESF). Décrire les modalités d'apprentissage théorique et clinique de cet examen au cours de leur formation initiale.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale, multicentrique, menée auprès des ESF en cinquième année de maïeutique des écoles françaises. Le recueil des données s'est effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire informatisé. Le critère de jugement principal est la réalisation de l'examen clinique du bassin par les ESF au cours de leur formation initiale. Les critères de jugements secondaires sont multiples.

Résultats : Deux cent six étudiants ont répondu au questionnaire et 84.5 % d'entre eux affirment avoir pratiqué au moins une fois l'examen clinique du bassin, avec un nombre moyen d'examens réalisés de 10.4 (e.t = 13.56). Soixante seize pour cent des étudiants sont insatisfaits de l'enseignement pratique. Dans le but d'une amélioration ils proposent la réalisation de travaux pratiques sur des bassins anormaux (26.5%), une généralisation des travaux pratiques (20.5%), ainsi qu'un meilleur encadrement par les professionnels (15.7%). Cette insatisfaction est corrélée au fait que plus de 51 % des ESF considèrent ne pas avoir acquis l'examen du bassin à l'issue de la quatrième année de maïeutique.

Conclusion : Le fait que l'examen du bassin ne soit plus fait de façon systématique, semble avoir un impact négatif sur la qualité de l'apprentissage. Il semble donc judicieux de prendre les propositions faites par les étudiants comme piste d'amélioration afin d'optimiser la pratique de l'examen.

Mots-clés : apprentissage - examen clinique du bassin - étudiants sages-femmes