



HAL
open science

Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?

Romain Lorioux

► To cite this version:

Romain Lorioux. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00658331

HAL Id: dumas-00658331

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331>

Submitted on 10 Jan 2012

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.

Université d'Angers
U.F.R. des Sciences Médicales
École de Sages-femmes René ROUCHY

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

**LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?**

Mémoire présenté par
LORIOUX Romain

Sous la direction de
Dr MEZZADRÌ M.

Mars 2010

Je remercie,

Dr Mezzadri Mathieu,

En qualité de directeur de mémoire,

*Mme Goichon Brigitte,
Sage-femme enseignante,*

*Pour sa disponibilité, pour l'intérêt porté à
mon travail et pour ses conseils en statistiques,*

*Mme Saddi Laurence,
Secrétaire de l'école de Sages-femmes d'Angers,*

*Pour la collecte des courriers qui m'étaient adressées et pour
la satisfaction qu'elle m'a manifesté à chaque enveloppe reçue,*

Les professionnels

*Pour avoir consacré de leur temps et pour avoir eu la gentillesse
de participer à l'étude évaluant les pratiques professionnelles,*

Les patientes

*Pour avoir si gentiment accepté de m'aider dans l'accomplissement
de ce mémoire, en répondant au questionnaire qui leur était proposé,*

*Mmes Frisque Dominique et Rodier Eliane,
Cadres sages-femmes au C.H.U. d'Angers,*

*Pour m'avoir autorisé à réaliser l'étude auprès
des patientes en service de suites de couches,*

Mme Leloup Valérie,

Pour la version anglaise de du Résumé (Summary) de ce mémoire,

Anne-Charlotte Benoist,

*Pour son aide précieuse dans la distribution
des courriers de l'étude auprès des professionnels,*

Mes parents, mon frangin,

Pour tout.

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

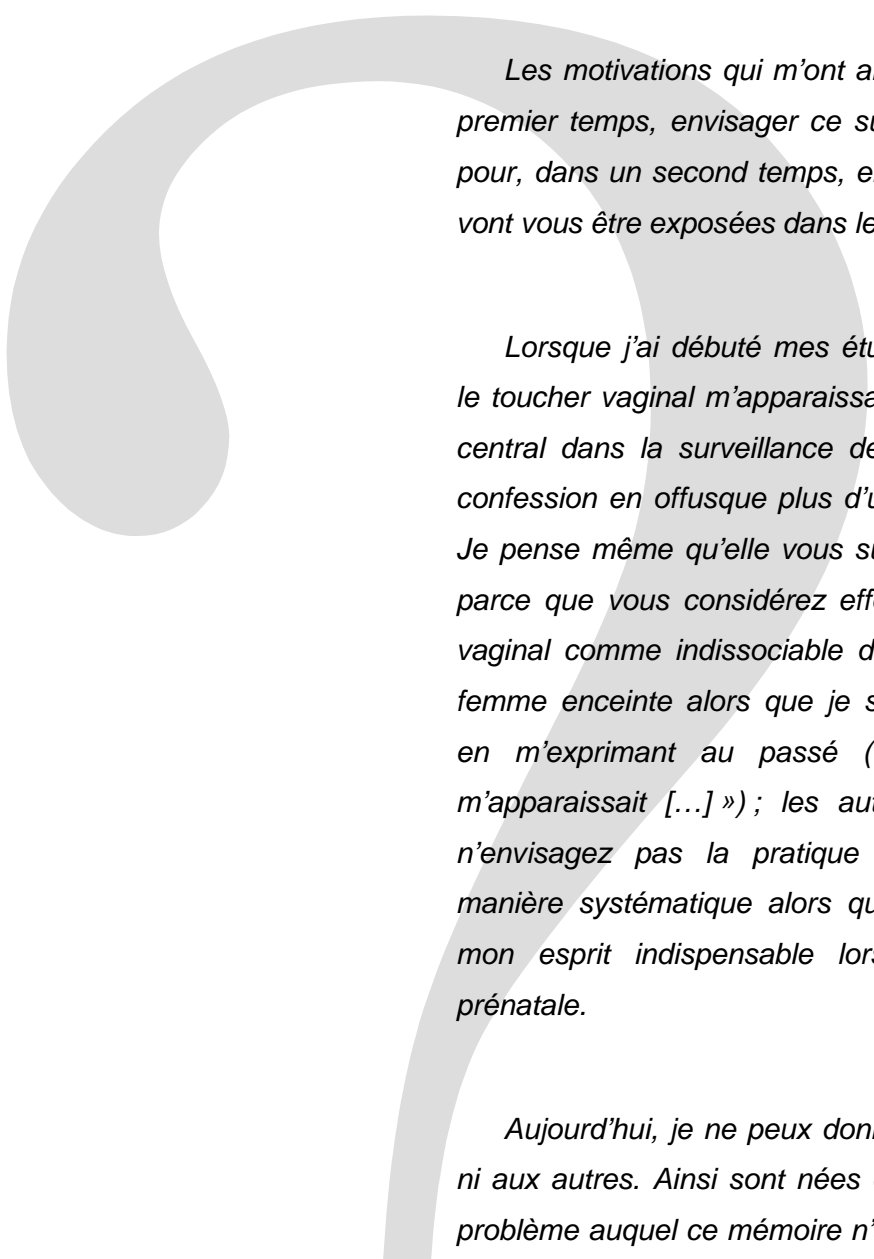
Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

**LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?**

Mémoire présenté par
LORIOUX Romain

Sous la direction de
Dr MEZZADRÌ M.

Mars 2010



Les motivations qui m'ont animées pour, dans un premier temps, envisager ce sujet de mémoire, puis pour, dans un second temps, entreprendre ce travail, vont vous être exposées dans les lignes qui suivent.

Lorsque j'ai débuté mes études de Sage-femme, le toucher vaginal m'apparaissait comme un examen central dans la surveillance de la grossesse. Cette confession en offusque plus d'un, je n'en doute pas. Je pense même qu'elle vous surprend tous ; les uns parce que vous considérez effectivement le toucher vaginal comme indissociable du suivi clinique de la femme enceinte alors que je sous-entends l'inverse en m'exprimant au passé (« le toucher vaginal m'apparaissait [...] ») ; les autres parce que vous n'envisagez pas la pratique de cet examen de manière systématique alors que celui-ci était dans mon esprit indispensable lors d'une consultation prénatale.

Aujourd'hui, je ne peux donner raison ni aux uns, ni aux autres. Ainsi sont nées des interrogations, un problème auquel ce mémoire n'a pas la prétention de répondre mais a l'ambition, je l'espère, de vous donner l'élan de la réflexion et du questionnement autour de ce sujet,

Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS	7
Le toucher vaginal dans l'Histoire	7
Définitions	8
1. Le toucher vaginal	8
1.1. <i>Pratique de l'examen</i>	
1.2. <i>Objectifs</i>	
1.3. <i>Contre-indications en obstétrique</i>	
1.4. <i>Risques ou complications</i>	
2. La menace d'accouchement prématuré	11
3. La grossesse à bas risque	13
Aspects médico-légaux	14
autour de la pratique du toucher vaginal	
1. Consentement du patient	14
1.1. <i>Code civil</i>	
1.2. <i>Code de déontologie des médecins</i>	
1.3. <i>Code de déontologie des sages-femmes</i>	
1.4. <i>Code de la santé publique</i>	
2. Recommandations de pratiques	16
2.1. <i>Haute Autorité de Santé</i>	
2.2. <i>Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français</i>	
2.3. <i>L'Organisation Mondiale de la Santé</i>	
2.4. <i>Référentiel métier et compétences des sages-femmes</i>	
3. Conclusion	18
La pratique du toucher vaginal en Europe	19
DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTES	20
Analyse des pratiques professionnelles	20
Le toucher vaginal en consultation prénatale à Angers	
1. Hypothèses préalables	20
2. Objectifs	20
2.1. <i>Objectifs généraux</i>	
2.2. <i>Identification d'éventuelles caractéristiques individuelles qui prédisposeraient aux différentes modalités de pratique</i>	
2.3. <i>Objectif futur</i>	

3. Matériel et méthodes.....	21
3.1. Outils	
3.2. Population cible	
3.3. Lieux	
3.4. Modalités de réalisation	
3.5. Recueil de données	
4. Résultats.....	23
4.1. Taux de réponse et questionnaires exploitables	
4.2. Description de la population	
4.3. Taux de pratique systématique	
4.4. Professionnels pratiquant le toucher vaginal systématique	
4.4.1. Professionnels prêts à modifier leur pratique	
4.4.2. Professionnels ne souhaitant pas modifier leur pratique	
4.5. Professionnels pratiquant le toucher vaginal sur indication	
4.6. Dépistage de la menace d'accouchement prématuré	
4.7. Alternative au toucher vaginal systématique	
4.8. Caractéristiques individuelles et modalités de pratique	
4.9. Expression libre des professionnels	

Enquête auprès de patientes..... 35

Le toucher vaginal en consultation prénatale

1. Hypothèses préalables.....	35
2. Objectifs.....	35
2.1. Objectifs généraux	
2.2. Identification d'éventuelles caractéristiques individuelles qui influenceraient les conceptions, que peuvent avoir les patientes, sur le toucher vaginal	
2.3. Objectif futur	
3. Matériel et méthodes.....	36
3.1. Outils	
3.2. Population cible	
3.3. Lieux	
3.4. Modalités de réalisation	
4. Résultats.....	37
4.1. Taux de réponse et questionnaires exploitables	
4.2. Description de la population	
4.3. Suivi des grossesses de la population	
4.4. Approches du toucher vaginal par les femmes enceintes	
4.5. Caractéristiques individuelles et conceptions des patientes	
4.6. Expression libre des patientes	

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION..... 46

Étude concernant les professionnels..... 46

1. Discussion des résultats.....	46
1.1. Validation des objectifs	
1.1.1. Confirmation des hypothèses	
1.1.2. Caractéristiques individuelles et modalités de pratique	
1.1.2.1. Profession	
1.1.2.2. Expérience professionnelle	
1.1.2.3. Autres caractéristiques	
1.2. Toucher vaginal sur indications ciblées	
1.3. Dépistage de la menace d'accouchement prématuré	
1.4. Alternatives au toucher vaginal systématique	
1.4.1. Echographie endovaginale du col utérin	
1.4.2. Fibronectine foetale	
2. Discussion du matériel et des méthodes.....	58

Étude concernant les patientes	61
1. Discussion des résultats	61
1.1. <i>Validation des objectifs</i>	
1.1.1. Confirmation des hypothèses	
1.1.2. Caractéristiques individuelles et conceptions des patientes	
1.1.1.1. <i>Age</i>	
1.1.1.2. <i>Parité</i>	
1.1.1.3. <i>Pratique du professionnel</i>	
1.1.1.4. <i>Catégorie socioprofessionnelle</i>	
1.2. <i>Taux de pratique systématique</i>	
2. Discussion du matériel et des méthodes	64
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES	66
ANNEXES	67
SUMMARY	79

INTRRODUCTION

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

INTRODUCTION

Prématurité ; sous ce terme, se profile une notion capitale en obstétrique et qui plus est, en pédiatrie. En effet, la prématurité est en France, à l'heure actuelle, la première cause de morbidité et de mortalité néonatale.

En amont de ces accouchements prématurés, on trouve parfois des grossesses en menace d'accouchement prématuré (M.A.P.). Ainsi, la surprise n'est pas grande en déclarant qu'en France, la menace d'accouchement prématuré est, aujourd'hui, le premier motif d'hospitalisation antepartum. Effectivement, les enjeux de la prématurité étant primordiaux, il est aisé de comprendre que ceux de la menace d'accouchement prématuré le sont par conséquent aussi.

La justification du large emploi du toucher vaginal en France lors du suivi obstétrical paraît alors trouver son essence dans les bénéfices engendrés par le dépistage et le diagnostic des menaces d'accouchement prématuré. Cependant, cette explication du recours aisé à cet examen peut être nuancée par deux points.

Premièrement, certains pays, au niveau socio-économique comparable à celui de la France, parfois européens et voisins de l'hexagone, ne prônent pas la pratique systématique du toucher vaginal voire même essayent de s'en priver autant que possible lors de la surveillance de la grossesse. Ces mêmes pays observent pourtant des résultats périnataux comparables aux nôtres en terme de taux de prématurité.

Deuxièmement, les raisons de l'emploi fréquent du toucher vaginal en consultation prénatale ne sont certainement pas circonscrites au dépistage et au diagnostic des menaces d'accouchement prématuré. Le toucher vaginal est effectivement simple à réaliser et non coûteux, ce qui incite à son utilisation. De plus, on peut évoquer une probable influence socioculturelle française autour de la pratique du toucher vaginal avec d'une part, le poids de la formation qui joue assurément un rôle primordial dans le rapport que peuvent entretenir les professionnels de santé avec cet examen ; et d'autre part, la demande que peuvent exprimer des patientes qui désirent connaître le résultat du toucher vaginal pour être rassurées.

Ce mémoire se décline en trois parties couvrant des aspects historiques, législatifs et scientifiques autour de cet examen. Il comprend également une double étude. La première enquête est une évaluation des pratiques en cours sur Angers auprès de professionnels de santé assurant du suivi de grossesse. Le deuxième questionnaire était adressé aux patientes afin de recueillir leur ressenti et leur vécu à propos du toucher vaginal.

En définitive, toute l'ossature de ce travail s'appuie sur l'intérêt que pourrait trouver les patientes dans la remise en question de nos pratiques autour de cet examen qui est loin d'être anodin pour une femme.

GÉNÉRALITÉS

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

PREMIÈRE PARTIE : GÉNÉRALITÉS

Le toucher vaginal dans l'Histoire

Pas moins de quelques milliers d'années semblent nous séparer de la pratique des premiers touchers vaginaux ; impressionnant, n'est-ce pas ? L'histoire de cet examen paraît, en effet, corrélé à celle des sages-femmes ou tout du moins à celle des femmes qui accompagnaient les parturientes. Ainsi, l'existence de « sages-femmes » étant historiquement attestée dès l'Antiquité, il est envisageable de supposer que l'ancienneté du toucher vaginal en découle.

S'il s'avère difficile de connaître avec précision l'âge de cet examen, il apparaît néanmoins que celui-ci était déjà pratiqué en Grèce Antique, cinq siècles avant Jésus-Christ. Effectivement, l'avènement de la médecine Hippocratique, mère de la médecine moderne, fit évoluer les pratiques et connaissances médicales ; en toute logique, les domaines relatifs à la grossesse et l'accouchement ne furent épargnés. Ainsi, les sages-femmes, qui n'étaient autres que des prêtresses au caractère divin, abandonnèrent leurs pratiques magiques au profit de l'exercice d'un art plus rationnel et fondamentalement clinique. L'ancêtre de l'obstétrique moderne ainsi que le toucher vaginal étaient certainement nés et ils se diffusèrent notamment chez les Romains.

Soranos d'Ephèse, médecin grec du début du II^e siècle après Jésus-Christ, laissait déjà entendre l'existence de l'examen en mentionnant les qualités dont devaient faire preuve les sages-femmes : « *ses doigts seront longs et minces, les ongles coupés et arrondis afin qu'ils ne puissent occasionner aucune lésion dans la profondeur des organes* »

En France, au Moyen-Âge, après l'effondrement de l'empire romain, l'art médical replonge dans l'obscurantisme. L'obstétrique, si on peut l'appeler ainsi à cette époque, n'y échappe pas ; les sages-femmes sont appelés matrones ou ventrières et ont peu ou pas de connaissances dans l'anatomie ou la physiologie. Elles sont nommées par l'Eglise et leur fonction est surtout religieuse. Ainsi, à l'instar des sciences en général, le toucher vaginal a peut être peu de place dans cette période de l'Histoire.

Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XVIII^e siècle, sous l'impulsion de Mme Angélique Boursier de Coudray, sage-femme devenue célèbre, qu'une formation prit essor en France pour remédier à l'ignorance meurtrière des matrones. De la sorte, l'usage du toucher vaginal redevint, sans doute par le biais de l'enseignement, un examen clinique essentiel en obstétrique.

Définitions

1. Le toucher vaginal

1.1. Pratique de l'examen

Préalablement, la patiente est installée en position gynécologique sur un plan dur, vessie vide. Puis, le toucher vaginal s'effectue généralement avec deux doigts, l'index et le majeur, introduits dans le vagin. La réalisation unidigitale est également concevable chez certaines patientes pour qui l'examen est susceptible d'être plus désagréable (femme ménopausée, jeune fille pré-pubère pour exemples). L'utilisation d'un doigtier stérile à usage unique, lubrifié ou non, est aujourd'hui de rigueur après un lavage systématique des mains. Un examen au spéculum peut compléter, en le précédant, le toucher vaginal. Habituellement, le toucher vaginal est associé à une palpation abdominale externe par la main mineure (main gauche chez les droitiers) ce qui rend plus aisé l'exploration de l'appareil génital féminin et des organes pelviens voisins.

1.2. Objectifs

Le toucher vaginal est un examen clinique essentiel en gynécologie et en obstétrique. L'importance de ce dernier, dans ces deux spécialités médicales, réside certainement, d'une part, dans la diversité d'information qu'il peut arborer, c'est-à-dire dans son utilité de diagnostic et de surveillance, et d'autre part, dans l'ancienneté de sa pratique (cf. Le toucher vaginal dans l'Histoire).

En effet, le toucher vaginal peut offrir un véritable éventail de renseignements cliniques que ce soit en gynécologie (dépistage de pathologies oncologiques, kystiques, fibromateuses, infectieuses pouvant intéresser l'ensemble des organes génitaux), ou que ce soit en obstétrique. Au sein de ce dernier domaine d'activité, référent dans la sphère de la grossesse et de la naissance, le toucher vaginal est, là encore, loin d'être délaissé. Son utilité se déploie sur une large amplitude temporelle car son intérêt se niche aussi bien au début de la grossesse qu'en post-partum, en passant par le suivi prénatal et la surveillance du travail obstétrical.

Le toucher vaginal peut permettre de diagnostiquer une grossesse dans les premières semaines de gestation par le truchement des signes de Noble et d'Hégar. Néanmoins, l'apport diagnostique certain de l'échographie et du dosage sanguin de bêta-HCG peuvent faire perdre de l'intérêt à ces signes cliniques.

Ensuite, durant les consultations prénatales, cet examen est principalement réalisé dans l'objectif de dépister une éventuelle menace d'accouchement prématuré :

- en évaluant les caractéristiques morphologiques du col utérin (position, longueur, consistance, dilatation),
- en repérant la hauteur de la présentation fœtale dans le pelvis maternel,
- en diagnostiquant une éventuelle protrusion ou rupture des membranes.

C'est indubitablement sur ce versant du toucher vaginal que ce mémoire va se tourner, c'est-à-dire sur les fins de dépistage de la menace d'accouchement prématuré.

En fin de grossesse, le toucher vaginal accomplit la mission suivante : participer, par les données informatives apportées, à l'élaboration du pronostic de l'accouchement. Lesdites données sont fournies par :

- l'appréciation des conditions locales (pouvant orienter les modalités d'un éventuel déclenchement du travail obstétrical avec l'assistance d'un score, tel celui de Bishop),
- l'estimation du degré d'ampliation du segment inférieur témoin de la descente et de l'application du mobile fœtal sur le col utérin,
- l'évaluation des dimensions du bassin maternel (pelvimétrie interne),
- le diagnostic de la présentation du fœtus,
- l'examen des parties molles (vagin et périnée).

Le toucher vaginal occupe également une place centrale dans la surveillance de l'avancement du travail obstétrical. Il permet de suivre la cinétique de dilatation du col utérin ainsi que la bonne progression de la présentation fœtale (hauteur et variété de présentation) dans le bassin maternel. De ce fait, cet examen permet de veiller à ce que le déroulement du travail reste contenu dans un cadre physiologique en participant au diagnostic de situations pathologiques, dystociques. Ainsi, le toucher vaginal est d'un apport décisionnel non négligeable dans la prise en charge médicale du travail.

Après l'accouchement, on pourrait être tenté de concevoir que le toucher vaginal n'a plus sa place ; or la naissance n'est pas synonyme de la fin de tout suivi médical de la patiente. La période du post-partum présente assurément des risques de complications qui lui sont relativement pathognomoniques tel l'endométrite ou le thrombus vaginal. Ces deux derniers peuvent voir leur diagnostic complété ou confirmé par le toucher vaginal, sans pour autant que cet examen soit d'un apport informatif indispensable (l'endométrite est, par exemple, souvent très expressive cliniquement avec la fièvre, l'atonie utérine, la fétidité des pertes vaginales).

1.3. Contre-indications en obstétrique

Une seule contre-indication absolue paraît prohiber formellement l'emploi du toucher vaginal en obstétrique, c'est la présence d'un placenta prævia. Effectivement, l'insertion placentaire étant basse, la menace de décollement manuelle du placenta, lors de l'exploration du canal cervical, est loin d'être nulle. De ce fait, une hémorragie maternelle entraverait sérieusement le pronostic materno-fœtal. **[1]**

En revanche, l'échographie par voie endovaginale semble être une alternative intéressante pour plusieurs raisons. Premièrement, la sonde échographique n'est pas introduite directement dans le col utérin mais aborde ce dernier par voies latérales en se plaçant au sein des culs-de-sac vaginaux. Deuxièmement, cet examen permet de surveiller conjointement la longueur du col utérin et l'insertion placentaire. **[2]**

On peut également émettre l'existence de contre-indications relatives déconseillant le recours au toucher vaginal. Il s'agit d'une part de la rupture prématurée des membranes et d'autre part de la menace d'accouchement prématuré. En effet, il est aisé de saisir que le toucher vaginal peut favoriser l'ascension de germes vers la cavité amniotique, et ce, d'autant plus lorsque les membranes ont perdu leur intégrité. De la sorte, le risque de chorioamniotite et ses complications inhérentes (accouchement prématuré, infection néonatale) sont réels lors de la rupture prématurée des membranes **[3]**. Ensuite, même si le toucher vaginal est d'un apport diagnostique certain pour la menace d'accouchement prématuré en appréciant les modifications cervicales, il est relativement raisonnable de concevoir que celui-ci doit être pratiqué parcimonieusement chez une patiente présentant une menace d'accouchement prématuré. Cette limitation d'emploi est destinée à éviter les stimulations cervicoutérines pouvant être responsables d'une amplification des modifications du col utérin par sollicitation manuelle directe ou par le truchement de contractions utérines.

1.4. Risques ou complications

Déjà évoquée plus haut (1.3.), la question du risque infectieux lors des touchers vaginaux est bien réelle ; il est indéniable qu'il existe un lien de causalité entre la réalisation de touchers vaginaux et la quantité de germe dans la région du col utérin. En outre, même si ce fait est d'autant plus vrai en cas de rupture des membranes, celui-ci le reste également à membranes intactes [3].

En ce qui concerne l'éventualité de rupture prématurée des membranes liée à la pratique du toucher vaginal, la littérature semble indécise sur le sujet. En effet, bien que des premières études concluent à une augmentation du risque de rupture prématurée des membranes lors d'un usage en routine de l'examen [4, 5], l'essai randomisé de Buekens et al. n'observe pas de différence significative entre le groupe ayant un toucher vaginal à chaque consultation prénatale et le groupe n'ayant pas l'examen sauf indication médicale (les taux de rupture prématurée des membranes étaient respectivement chiffrés à 27,1 % et 26,5 %) [6]. Cependant, même si ces résultats ne permettent pas d'établir un lien de cause à effet certain entre la pratique du toucher vaginal et la rupture prématurée des membranes, rappelons tout de même que cet examen clinique favorise l'ascension de germes vers le col utérin (cf. plus haut) ; ainsi, il est envisageable que ces germes puissent être responsables d'une rupture des membranes par fragilisation de ces dernières.

2. La menace d'accouchement prématuré

La définition de la menace d'accouchement prématuré par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français est la suivante :

« La menace d'accouchement prématuré survient entre 22 et 36 semaines d'aménorrhées révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale. »

A la lecture de cette définition, les contractions utérines apparaissent être un élément indispensable au diagnostic de la menace d'accouchement prématuré. De ce fait, la pratique d'un toucher vaginal chez une patiente affirmant, à l'interrogatoire, ne pas ressentir de contractions utérines régulières et douloureuses paraît être un non-sens.

Toutefois, ne manquons pas de souligner que la perception douloureuse est sans doute soumise à de grandes variations inter-individuelles voire même intra-individuelles (psychisme, influence de l'environnement). Par conséquent, quelle interprétation attribuer aux modifications cervicales d'apparence isolée (sans contractions utérines) ? De même, notons qu'une béance cervico-isthmique peut être responsable, à elle seule (sans contractions utérines), d'un accouchement prématuré.

De plus, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français indique que la menace d'accouchement prématuré se solde effectivement par un accouchement avant 37 semaines d'aménorrhées si aucune prise en charge médicale n'est instaurée. Or, celui-ci précise également que « *le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50 %)* ». Ainsi, toutes les menaces d'accouchement prématuré n'en seraient pas vraiment. Comment distinguer les menaces d'accouchement prématuré entraînant la nécessité d'une prise en charge thérapeutique et les « apparentes » menaces d'accouchement prématuré pour qui la médicalisation est superflue puisqu'elles se concluront par un accouchement à terme ? Difficile de procéder à cette distinction pour esquiver les hospitalisations « abusives ». Cependant, le toucher vaginal est-il le seul examen permettant de diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré ? Quelle importance attribuer à l'interrogatoire ?

L'interrogatoire ; échange crucial entre le praticien et le patient et préliminaire à tout examen clinique ou paraclinique. Ne perdons pas de vue son rôle informatif en obstétrique. La menace d'accouchement prématuré, pathologie obstétricale, n'échappe à la règle ; l'interrogatoire peut permettre de dépister les patientes à risque d'accouchement prématuré et celle à bas risque de cette complication de la grossesse. L'intérêt est double ; d'une part, il est possible de mieux anticiper, voire même de prévenir, la menace d'accouchement prématuré chez la femme que l'on estime « à risque » ; d'autre part, il semble envisageable de pouvoir préciser le pronostic des menaces d'accouchement prématuré selon que ces dernières surviennent chez des patientes à risque ou à bas risque. Par conséquent, l'interprétation attribuée aux modifications cervicales pourraient être différentes entre ces deux populations de femmes enceintes.

Nous reviendrons sur les examens, en outre du toucher vaginal, ayant un intérêt dans le dépistage et le diagnostic de la menace d'accouchement prématuré dans la discussion, en troisième partie. Les différents facteurs de risque de menace d'accouchement prématuré y seront également abordés.

3. Grossesse à bas risque

Le travail de ce mémoire se concentrant sur l'intérêt du toucher vaginal systématique dans le suivi des grossesses à bas risque, il semble essentiel et logique de définir la notion de « bas risque » attribuée à certaines grossesses.

La grossesse nous paraît être, la plupart du temps, un processus physiologique mais cette appréhension subjective ne suffit pas, à elle seule, pour discerner la limite qui différencie les grossesses à bas risque des autres. En réalité, l'absence d'une définition consensuelle, en France, de la grossesse à bas risque ne facilite peut être pas la reconnaissance de son existence. De plus, tel que le précisent des recommandations professionnelles (« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ») émanant de la Haute Autorité de Santé, les grossesses à bas risque se définissent, en pratique, par l'exclusion des grossesses présentant un haut niveau de risque et non par la prise en compte de critères qui caractériseraient le bas risque ; c'est donc une définition par défaut. Les situations à risques définies par la Haute Autorité de Santé sont disponibles en annexe.

Notons que les qualificatifs « physiologique » et « bas risque » sont proches dans leur sens mais ne sont pourtant pas parfaitement identiques et interchangeables. En effet, une grossesse ne pourra recevoir l'adjectif de physiologique qu'à posteriori, une fois qu'elle se sera effectivement déroulée normalement. A l'opposé, la notion de bas risque sera envisagée dès le début de la grossesse et sera réévaluée à chaque instant durant la gestation ; une grossesse à bas risque pouvant se convertir en grossesse à risque élevé par l'apparition d'un ou plusieurs facteurs de risque.

Le « bas risque » fait appel, finalement, à la probabilité que la grossesse soit physiologique. Ainsi, une grossesse initialement à bas risque peut s'avérer être pathologique et une grossesse à priori à haut risque peut se dérouler normalement.

Enfin, précisons que le « bas risque » a surtout pour fin d'adapter la prise en charge globale des grossesses et des accouchements. De la sorte, l'évaluation du risque n'a pas l'unique objectif de définir les grossesses à risque accru d'accouchement prématuré. Par conséquent, une grossesse présentant des risques d'accouchement prématuré ne peut, certes, être qualifiée de grossesse à bas risque mais une grossesse à « haut risque » n'est pas nécessairement lié à un risque de naissance avant terme.

Aspects *médico-légaux* autour de la pratique du toucher vaginal

L'encadrement législatif des pratiques médicales occupe aujourd'hui une place essentielle pour tenter de définir les modalités de l'exercice professionnel selon les « règles de l'art ». Effectivement, bien que la jurisprudence, du fait de la complexité et de l'originalité de chaque situation, soit d'une importance non négligeable en cas de litige entre patients et professionnels médicaux, les textes de loi et les recommandations de bonnes pratiques restent les références pour régler ces discordes.

Ainsi, dans une période où les questions médico-légales paraissent prendre un intérêt en perpétuelle croissance pour les professionnels comme pour les patients, il nous a paru indispensable de parcourir l'ensemble des textes susceptibles de légiférer sur la pratique du toucher vaginal sur le territoire français.

Il paraît alors difficilement envisageable de penser qu'un professionnel médical puisse déroger à des textes ayant une valeur réglementaire ou à des recommandations, en avançant des convictions qui lui sont propres.

Par conséquent, il est possible de penser que la tendance française à la systématisation du toucher vaginal lors des consultations prénatales puisse prendre pied sur des obligations légales. En d'autres termes, l'apparente pratique systématique de cet examen pourrait être expliquée par l'existence d'une pression médico-légale orientant vers une évaluation clinique du col de l'utérus à chaque consultation obstétricale ; mais qu'en est-il réellement ?

1. Consentement du patient

Le consentement du patient, à un soin, un examen médical ou une thérapeutique, est indéniablement un droit essentiel de la personne soignée. Par voie de conséquence, l'obtention de celui-ci est, en toute logique, un devoir incontestable du professionnel de santé. En effet, pas moins de cinq articles, figurant dans le Code civil, dans le Code de déontologie des médecins, dans le Code de déontologie des sages-femmes, ainsi que dans le Code de la santé publique, précisent l'obligation légale, qu'ont les médecins et les sages-femmes, de rechercher le consentement préalable de la personne intéressée par l'acte médical. Or, est-il utile de préciser que le toucher vaginal est, par définition, un examen médical ? Ainsi, bien qu'il paraisse naturel de recueillir le consentement de la femme enceinte avant de pratiquer un toucher vaginal, il ne faut, en fait, pas perdre de vue que l'accord de la patiente est une obligation légale.

1.1. Code civil

Art. 16-3 : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

1.2. Code de déontologie des médecins

Art. 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »

Art. 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir été informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. »

1.3. Code de déontologie des sages-femmes

Art. R4127-308 : « La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant. »

1.4. Code de la santé publique

Art. L1111-2 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres

solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

2. Recommandations de pratiques

2.1. Haute Autorité de Santé

Des recommandations professionnelles (« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »), abordant notamment le suivi clinique de la grossesse, ont été élaborées en mai 2007 par la Haute Autorité de Santé à la demande conjointe du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, de la Société Française de Médecine Périnatale, du Collectif inter associatif autour de la naissance et du Collège National des Sages-femmes. Ce document détaille, pour chaque consultation obligatoire pendant la grossesse, les modalités de l'examen clinique. Les recommandations sont alors explicites en ce qui concerne la pratique du toucher vaginal ; à aucun moment, celui-ci n'apparaît être un acte à effectuer systématiquement. Cependant, l'évaluation de la présentation fœtale est indiquée aux consultations du huitième et neuvième mois. En conséquence, le toucher vaginal peut être d'un emploi courant pour aider au diagnostic de la variété de présentation, même si celui-ci ne paraît pas indispensable du fait de l'usage possible de l'échographie.

Un autre dossier de recommandations professionnelles émanant de la Haute Autorité de Santé et datant d'avril 2005 (« Comment mieux informer les femmes enceintes ? ») fait suite à la demande du Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français. La position prise par la Haute Autorité de Santé sur le recours au toucher vaginal, lors du suivi de grossesse, est dénuée d'ambiguïté :

« En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal. Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré. »

« [...], il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal chez une femme asymptomatique (absence de contractions utérines douloureuses ou répétées). »

« Chez une femme symptomatique (contractions utérines douloureuses), un toucher vaginal pour évaluer le col est indispensable pour diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré. Il évalue la consistance du col, sa longueur, sa dilation et sa position. »

2.2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Des recommandations pour la pratique clinique, du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, ont été émises en novembre 2002 à propos du diagnostic de la menace d'accouchement prématuré (« La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes »). Ce travail n'évoque à aucun moment l'éventualité d'une utilisation systématique du toucher vaginal lors des consultations prénatales ; la sensibilité de cet examen est même ouvertement mis en défaut :

« La menace d'accouchement prématuré est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50 %). Ceci est probablement la marque de l'imprécision des critères diagnostiques actuels. »

« La valeur diagnostique de l'examen clinique est bonne dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou à l'inverse col très peu modifié avec des contractions rares). Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre. »

2.3. L'Organisation Mondiale de la Santé

Le « guide de pratiques essentielles » intitulé « Soins liés à la grossesse, l'accouchement et la période néonatale », publié en 2003, n'aborde pas le toucher vaginal lors du suivi de la grossesse.

2.4. Référentiel métier et compétences des sages-femmes

Réalisé en octobre 2007, à l'initiative du Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-femmes avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, ce document émet clairement la possibilité, pour les sages-femmes, de recourir au toucher vaginal sur indication uniquement lors de l'examen obstétrical :

« en réalisant un toucher vaginal : 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 évaluant l'utilité de faire un toucher vaginal en regard du référentiel de bonnes pratiques »

3. Conclusion

La position adoptée par les textes de recommandations de pratiques est claire et unanime ; le recours au toucher vaginal de manière systématique, bien que non explicitement condamné, n'est pas prôné. Par voie de conséquence, les professionnels de santé assurant des consultations prénatales se voient offrir un choix sur leur modalité de surveillance du col utérin ; la pratique systématique aussi bien que l'emploi ciblé du toucher vaginal apparaissent envisageables en France. Néanmoins, lorsque cet examen se révèle justifié pour le médecin ou la sage-femme, ne manquons pas de recueillir le consentement de la patiente tel qu'il est abondamment décrit dans plusieurs articles de loi.

La pratique du toucher vaginal en Europe

La comparaison des pratiques médicales entre praticiens, entre services voire même entre pays est, sans nul doute, une amorce franche vers la réflexion, l'auto évaluation ou la remise en question de notre exercice de la médecine. Par conséquent, il semble particulièrement fertile de s'arrêter un temps sur les positions adoptées par les voisins de l'hexagone en ce qui concerne l'usage du toucher vaginal pendant la grossesse.

Si la recours à cet examen semble assez fréquemment systématique lors des consultations prénatales françaises, ce fonctionnement n'apparaît pas être figure de référence dans de nombreux pays. En effet, Angleterre, Espagne, Pays-Bas, Finlande, Suède, Danemark, Norvège, Irlande ne situent pas cet examen dans une pratique clinique incontournable au suivi des femmes enceintes. Pourtant, ces derniers affichent un taux de prématurité semblable voire même inférieur au notre. Il est alors aisé mais dangereux d'établir le raccourci qui consisterait à considérer qu'il suffit de calquer nos modalités de surveillance sur les modèles de ces pays. La relative homogénéité de niveau socio-économique, d'exercice de la médecine (médecine moderne occidentale), et de définition de la menace d'accouchement prématurée (O.M.S.) permet effectivement une comparaison non abusive des pratiques. Cependant, ne manquons pas de rappeler que la prévention de la menace d'accouchement prématuré est loin d'être limitée au dépistage de modifications cervicales ; nombre de consultations obstétricales, mode de vie, alimentation, stress, modalité et durée du congé maternité, etc. sont autant de facteurs qui pourraient intervenir dans la durée de la gestation. Ainsi, difficile de masquer l'intérêt que pourrait apporter l'observation de toutes ces plausibles différences autres que les dissimilitudes de pratique autour du toucher vaginal.

Enfin, la France ne demeure pas une exception en ce qui concerne sa facilité d'usage de l'examen ; Belgique, Luxembourg, Allemagne et Italie ont une pratique du toucher vaginal apparentée à celle de l'hexagone, autrement dit une relative systématisation de l'examen dans la surveillance prénatale.

Si ces oppositions de pratiques sont loin d'être, à elles seules, suffisantes pour bouleverser les habitudes françaises, elles ont au minimum l'immense mérite d'éveiller les professionnels au questionnement et à la réflexion.

ENQUÊTES

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

DEUXIÈME PARTIE : ENQUÊTES

Analyse des *pratiques professionnelles* Le toucher vaginal en consultation prénatale à Angers

1. Hypothèses préalables

La réalisation d'une enquête est motivée par l'émission de conjectures. Incontestablement, ladite enquête a alors pour fin d'affirmer ou d'infirmer ces hypothèses. Ainsi, le questionnaire que nous avons réalisé a pris naissance sur les postulats exposés dans les lignes qui suivent :

Premièrement, le toucher vaginal semble être pratiqué de façon systématique, lors des consultations prénatales, par une majorité de professionnels.

Deuxièmement, et contradictoirement, ces professionnels paraissent être avertis des différentes recommandations de pratiques à propos de cet examen.

Enfin, et cette dernière supposition découle de la deuxième, les praticiens ayant recours au toucher vaginal à chaque consultation obstétricale semblent prêts, en général, à convertir leur pratique pour s'orienter vers un emploi ciblé de cet examen.

2. Objectifs

Cette évaluation des pratiques professionnelles a plusieurs fins dont la qualité de chacune permet de les regrouper selon la disposition qui suit :

2.1. Objectifs généraux

Ils correspondent à la confirmation ou non des hypothèses citées précédemment (taux de recours systématique au toucher vaginal dans le suivi de grossesse, connaissances en matière de recommandations professionnelles, position face à l'éventualité d'un changement de pratique).

2.2. Identification d'éventuelles caractéristiques individuelles qui prédisposeraient aux différentes modalités de pratique

Le but est d'observer, si possible, des corrélations entre des particularités de sous-groupes de la population et la pratique qu'ils ont adoptés, en consultation prénatale, en ce qui concerne le toucher vaginal.

2.3. Objectif futur

Il correspond à l'espoir engagé par l'accomplissement de ce mémoire, c'est-à-dire que la réflexion prenne essence autour de son sujet.

3. Matériel et méthodes

3.1. Outils

L'étude s'est bâtie par l'intermédiaire d'un questionnaire (cf. annexe) écrit, anonyme, comportant au total treize questions dont trois sous-questions. Huit questions étaient fermées et huit étaient semi-ouvertes. Les réponses à choix unique s'appliquaient à quatorze questions et les réponses à choix multiple intéressaient deux questions. De plus, la fin du questionnaire comportait un espace libre permettant aux professionnels interrogés de s'exprimer ouvertement sur le toucher vaginal.

Le contact des professionnels qui avaient un mode d'exercice libéral ou en clinique fût possible par leur recensement dans les « pages jaunes » de l'annuaire.

Les réponses ont été transcrites sur une base de données établie à l'aide du logiciel « Excel ». Ainsi, les résultats ont pu être mis en forme par ce même logiciel. Le calcul du caractère significatif ou non des comparaisons effectuées entre différentes variables qualitatives a été réalisé à partir du logiciel d'analyse statistique « Epi Info v6 ». Les tests statistiques appliqués étaient le test du Chi² ainsi que le test exact de Fisher (bilatéral) lorsque l'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Les différences ont été jugées statistiquement significatives pour une valeur du « p value » inférieure à 5 % ($p < 0,05$). Lorsque les différences étaient non significatives, statistiquement ($p > 0,05$), la mention « NS » fût inscrite.

3.2. Population cible

La population ciblée comportait 220 individus ; 100 avaient une activité libérale en ville et 120 exerçaient au C.H.U. d'Angers ou à la Clinique de L'Anjou à Angers.

Tableau I : *Effectifs de la population cible selon la profession et le mode d'exercice*

	Profession	Effectif
Activité libérale	Médecin généraliste	74
	Gynécologue	17
	Sage-femme	9
C.H.U. d'Angers	Sage-femme	92
	Gynécologue-Obstétricien	15
Clinique de l'Anjou	Gynécologue-Obstétricien	13

3.3. Lieux

Angers fût la ville concernée pour la réalisation de cette évaluation des pratiques professionnelles à propos du toucher vaginal dans le cadre du suivi obstétrical. Ainsi, le C.H.U. d'Angers et la Clinique de L'Anjou à Angers firent partie de ce travail. Le centre ville d'Angers ainsi que différents quartiers hors centre ont également été intéressés par ce questionnaire. Cependant, les communes limitrophes d'Angers ont été exclues de la sélection de la population, limitant ainsi l'étude à Angers intra-muros.

3.4. Modalités de réalisation

L'enquête s'est déroulée sur la période qui s'étend de fin septembre à début décembre 2009. Le questionnaire était accompagné, dans l'enveloppe nominée, d'un courrier descriptif de l'objet de l'étude (annexe) sauf pour les sages-femmes du C.H.U. ayant eu l'information par voie d'affichage dans leur vestiaire (annexe). En ce qui concerne la distribution des questionnaires, trois stratégies différentes ont été déployées en fonction du mode d'exercice des praticiens. De la sorte, l'activité libérale de ville a été incluse par distribution aux adresses postales ; les gynécologues-obstétriciens de la clinique et du C.H.U. ont été intéressés par remise des enveloppes à leurs secrétariats respectifs ; les sages-femmes du C.H.U. furent recrutées par dépôt des enveloppes dans « les casiers à courrier » présents dans leur vestiaire.

3.5. Recueil des données

Le retour des questionnaires remplis s'est fait, là encore, par trois voies distinctes. En effet, les réponses des professionnels en activité libérale et celles des gynécologues-obstétriciens de la clinique m'ont été adressées par courrier à l'école de Sages-femmes d'Angers (une enveloppe affranchie et prête à l'envoi était fournie avec le questionnaire et le courrier) ; les résultats des gynécologues-obstétriciens du C.H.U. furent récupérés par l'intermédiaire de leurs secrétaires respectives ; les questionnaires des sages-femmes du C.H.U. furent récoltés dans une urne dédiée et déposée dans leur vestiaire.

4. Résultats

4.1. Taux de réponse et questionnaires exploitables

Sur la totalité des questionnaires distribués, soit 220 au total, 136 ont été récupérés soit un taux de réponse à hauteur de 62,8 %. Au sein de ces 136 questionnaires, 3 furent écartés car inexploitables.

4.2. Description de la population

4.3. Taux de pratique systématique

4.4. Professionnels pratiquant le toucher vaginal systématique

4.4.1. Professionnels prêts à modifier leur pratique

4.4.2. Professionnels ne souhaitant pas modifier leur pratique

4.5. Professionnels pratiquant le toucher vaginal sur indications

4.6. Dépistage de la menace d'accouchement prématuré

4.7. Alternatives au toucher vaginal systématique

4.8. Caractéristiques individuelles et modalités de pratique

4.9. Expression libre des professionnels

4.2. Description de la population

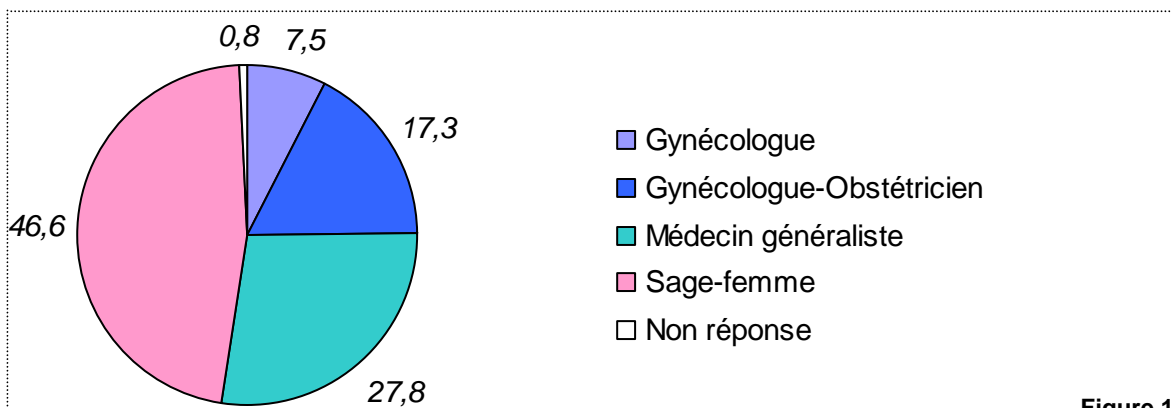


Figure 1

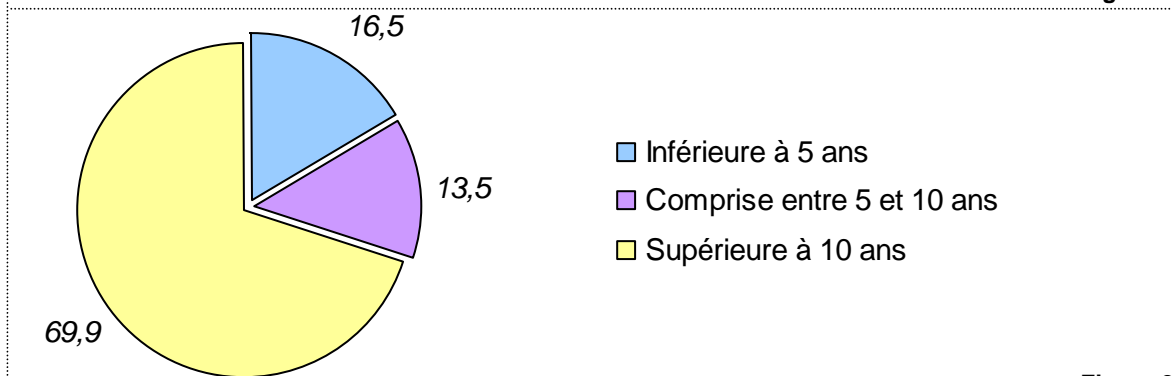


Figure 2

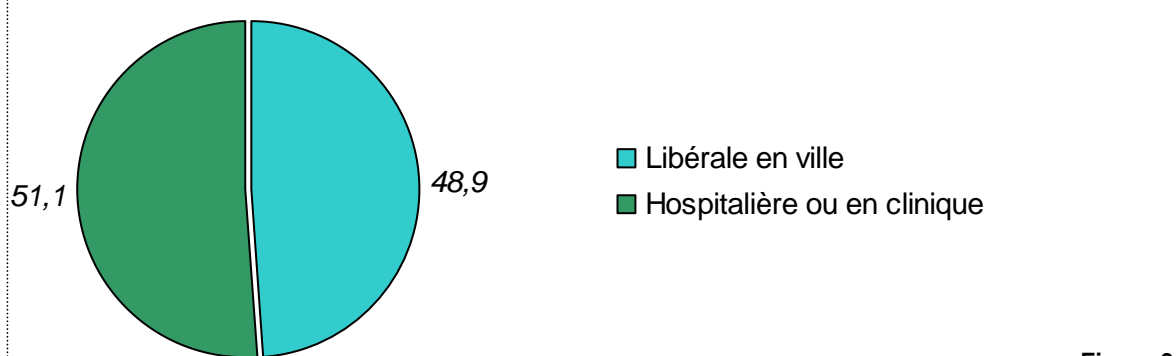


Figure 3

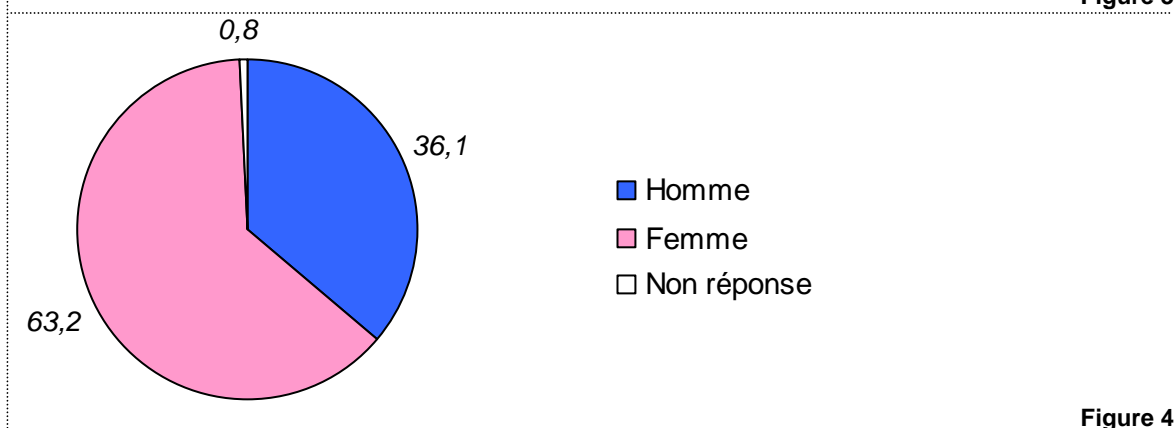


Figure 4

Figure 1 : Répartition des praticiens selon leur profession (%)

Figure 2 : Répartition des praticiens selon leur expérience professionnelle (%)

Figure 3 : Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice (%)

Figure 4 : Répartition des praticiens selon le sexe (%)

4.3. Taux de pratique systématique

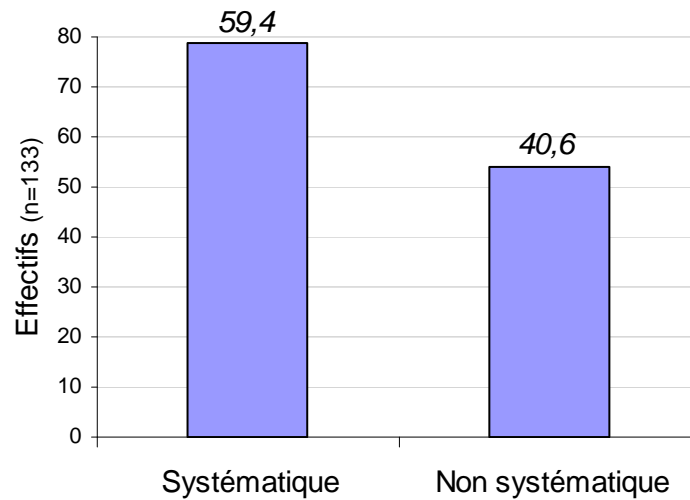
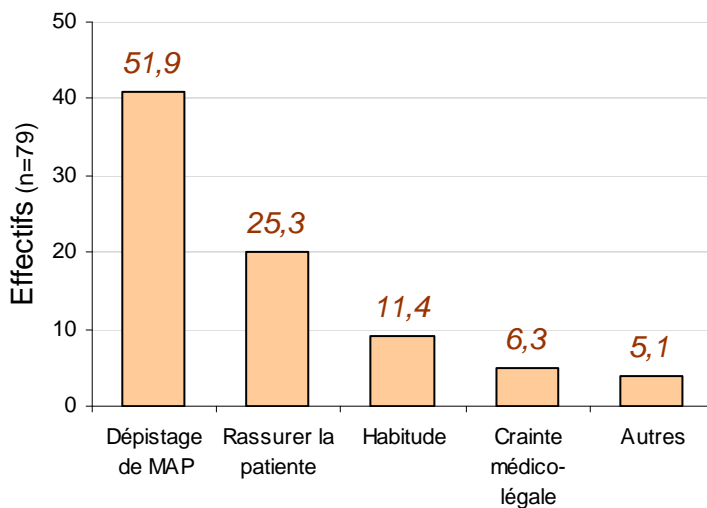


Figure 5 : Pratique du toucher vaginal lors du suivi de grossesse

4.4. Professionnels pratiquant le toucher vaginal systématique



On relevait 4 réponses « autre » dont 3 paraissaient mettre en avant le poids de la formation :

« Parce que le toucher vaginal fait partie intégrante de l'examen clinique »

« Par enseignement »

« Parce que le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique en cours de grossesse »

Figure 6 : Raisons motivant les praticiens à pratiquer systématiquement le toucher vaginal

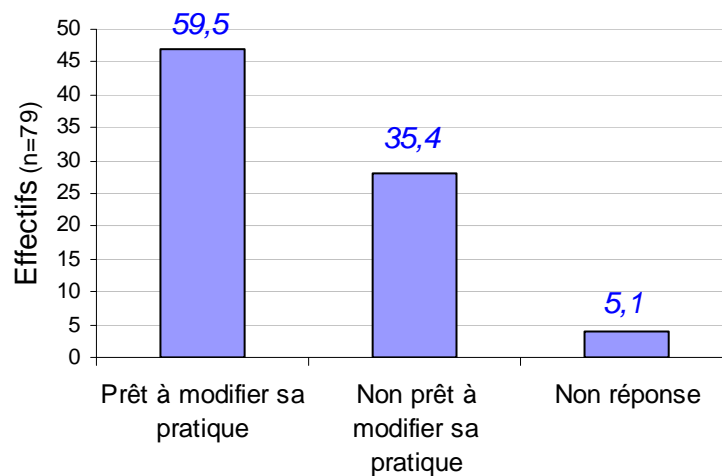


Figure 7 : Avis des praticiens sur l'éventualité d'une modification de leur pratique s'orientant vers le ciblage des indications du toucher vaginal

4.4.1. Professionnels prêts à modifier leur pratique

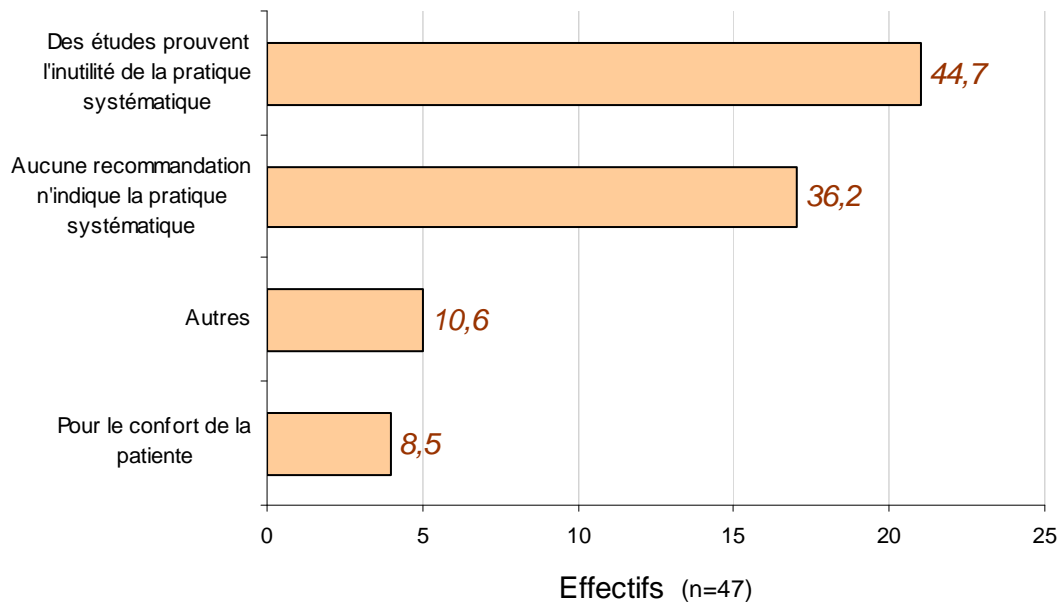


Figure 8 : *Raisons qui motiveraient les praticiens à abandonner la pratique systématique du toucher vaginal pour avoir recours à cet examen sur indications ciblées*

On relevait 5 réponses cochées « autre » dont 2 bénéficiaient d'une précision : « Si élaboration de recommandations claires et d'études bien faites » « Si consensus dans ce sens »

4.4.2. Professionnels ne souhaitant pas modifier leur pratique

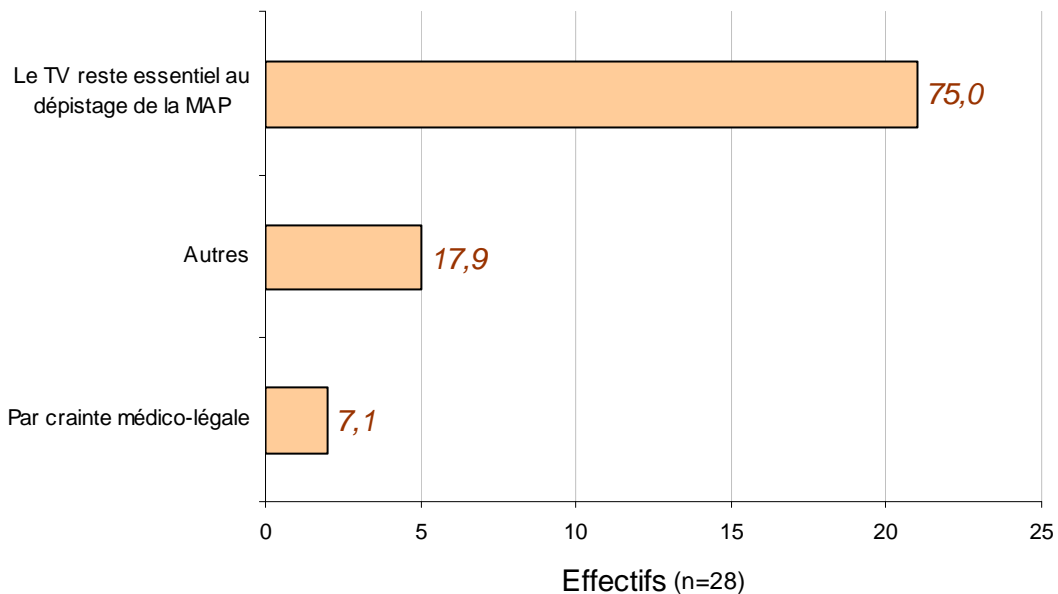


Figure 9 : *Raisons motivant les praticiens à conserver leur pratique systématique du toucher vaginal*

On relevait 5 réponses « autre » dont 2 mettaient en avant une raison liée à la patiente : « Le toucher vaginal est important pour dépister et surtout rassurer. » « Habitude de la patiente »

4.5. Professionnels pratiquant le toucher vaginal sur indications

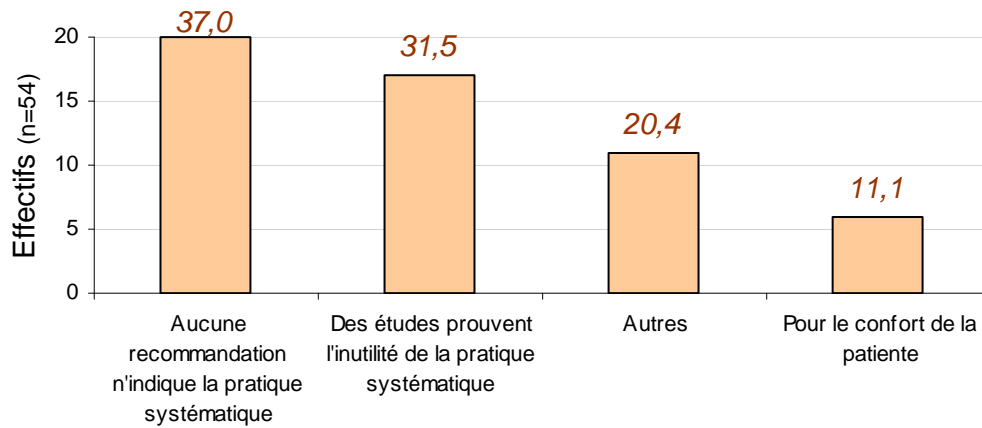


Figure 10 : Raisons motivant les praticiens à pratiquer le toucher vaginal sur indications ciblées

On relevait 11 réponses cochées « autre » dont 10 bénéficiaient d'une précision. 9 mettaient en évidence que le toucher vaginal est évité lors d'absence d'indication à sa pratique, pour exemple : « Parce qu'il n'y a pas forcément d'indication par rapport au motif de la consultation. Parce qu'il n'y aura pas de modification de la conduite à tenir en fonction du terme. » « L'examen clinique et l'interrogatoire suffisent parfois pour percevoir. » « Souvent un toucher vaginal récent. » Une réponse se basait sur l'expérience personnelle : « Parce que ma pratique prouve l'inutilité du toucher vaginal en systématique. »

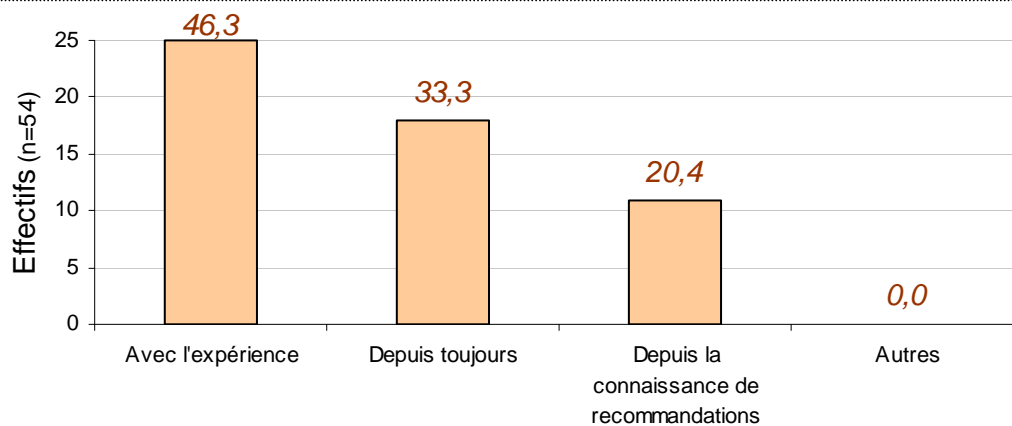


Figure 11 : Moments à partir desquels les praticiens ont choisi d'adopter la pratique du toucher vaginal sur indications ciblées

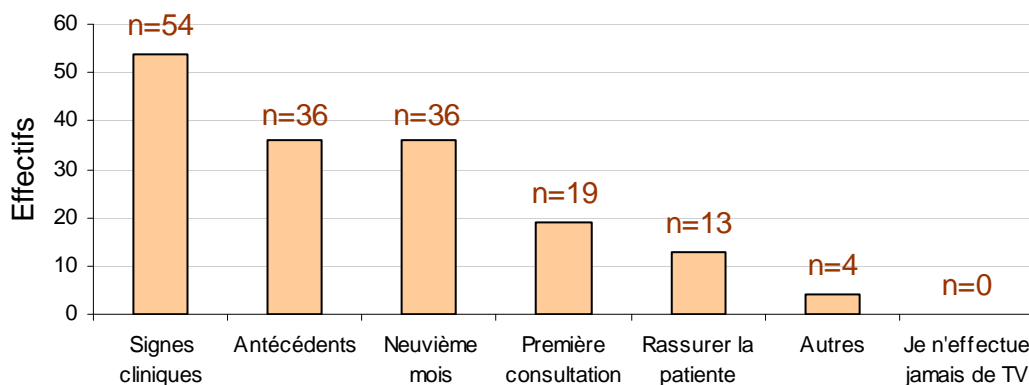


Figure 12 : Indications motivant les praticiens à pratiquer un toucher vaginal

On relevait 3 réponses « autre » avec « La présence de facteurs de risque d'accouchement prématuré. » exprimé 2 fois et « La nécessité de faire l'examen du bassin. »

4.6. Dépistage de la menace d'accouchement prématuré

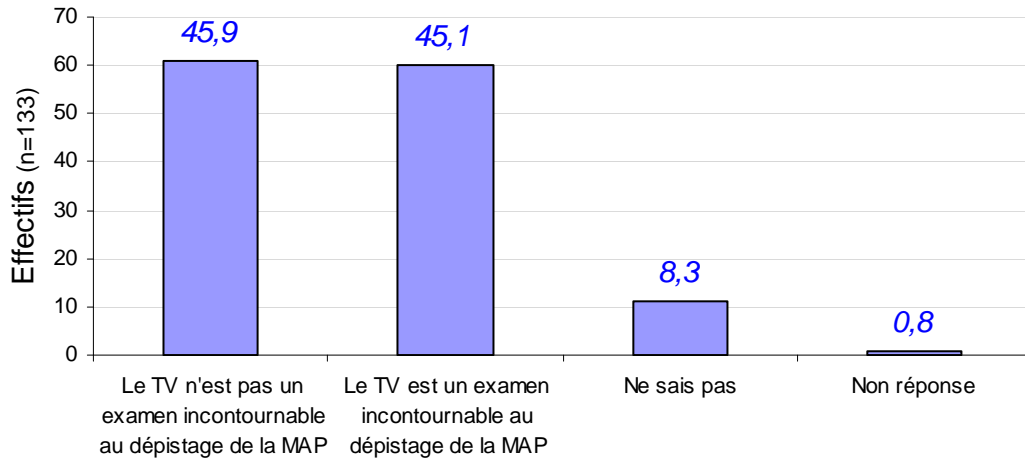


Figure 13 : Rôle attribué, par les praticiens, au toucher vaginal en ce qui concerne le dépistage de la menace d'accouchement prématuré

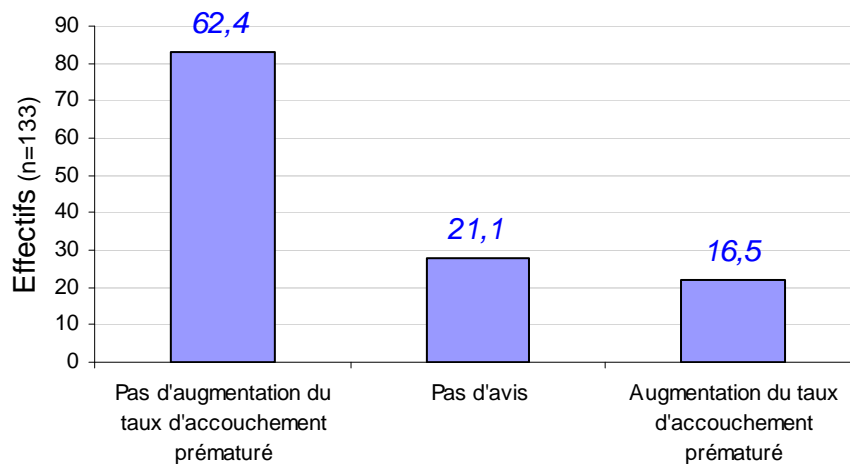


Figure 14 : Conséquences qu'entraînerait une pratique non systématique du toucher vaginal en France

4.7. Alternatives au toucher vaginal systématique

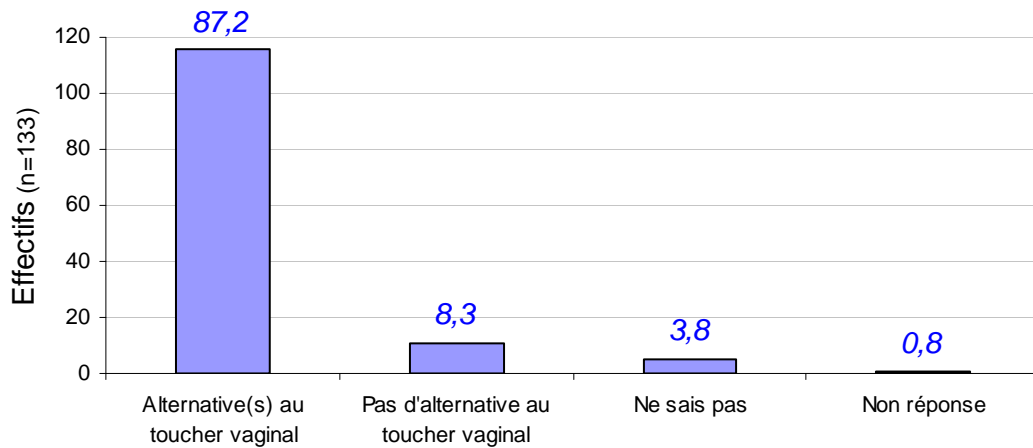


Figure 15 : Avis des praticiens sur la possibilité d'alternative(s) au toucher vaginal systématique pour le dépistage de la menace d'accouchement prématuré

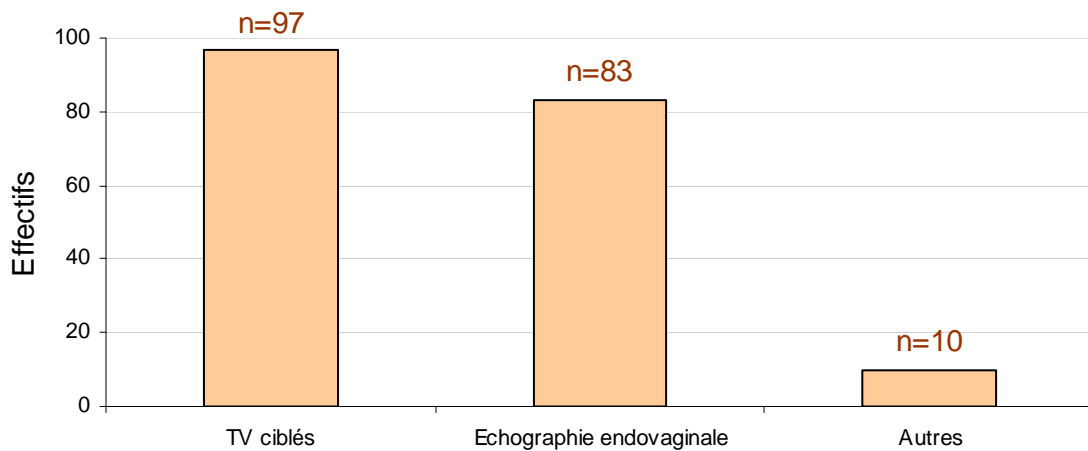


Figure 16 : Alternatives au toucher vaginal, envisagées par les praticiens, pour le dépistage de la menace d'accouchement prématuré

On relevait 10 réponses « autre ». Les autres alternatives évoquées étaient : « la recherche de la fibronectine fœtale » exprimée 4 fois ; « l'interrogatoire » exprimé 2 fois ; « le prélèvement vaginal à la recherche d'infection » ; « la biologie » ; « la considération des antécédents obstétricaux » ; « la considération de la profession de la patiente »

4.8. Caractéristiques individuelles et modalités de pratique

Tableau II : Influence de la profession sur la pratique du toucher vaginal

	TV systématique n=78 (%)	TV non systématique n=54 (%)	p	Test
Gynécologue	10 (12,8)	0 (0)	< 0,01	Fisher bilatéral
Gynécologue-obstétricien	20 (25,6)	3 (5,6)	< 0,01	Chi ² non corrigé
Médecin généraliste	22 (28,2)	15 (27,8)	NS	Chi ² non corrigé
Sage-femme	26 (33,3)	36 (66,7)	< 0,001	Chi ² non corrigé

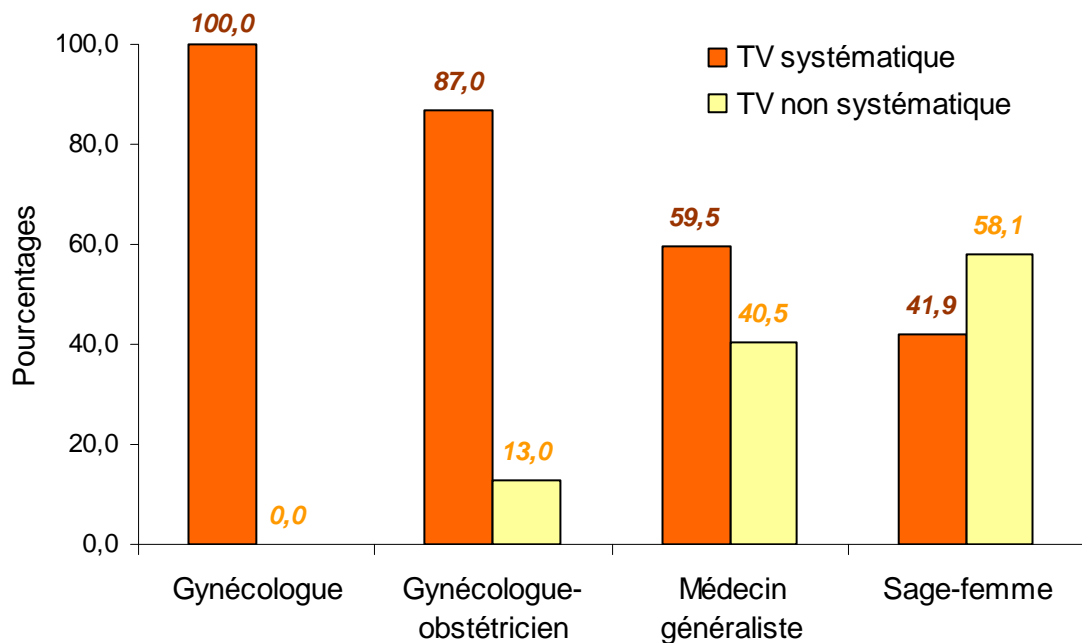


Figure 17 : Influence de la profession sur la pratique du toucher vaginal

Tableau III : Influence de l'expérience professionnelle sur la pratique du toucher vaginal

	TV systématique n=79 (%)	TV non systématique n=54 (%)	p	Test
Inférieure à 5 ans	7 (8,9)	15 (27,8)	< 0,01	Chi ² non corrigé
Entre 5 et 10 ans	10 (12,7)	8 (14,8)	NS	Chi ² non corrigé
Supérieure à 10 ans	62 (78,5)	31 (57,4)	< 0,01	Chi ² non corrigé

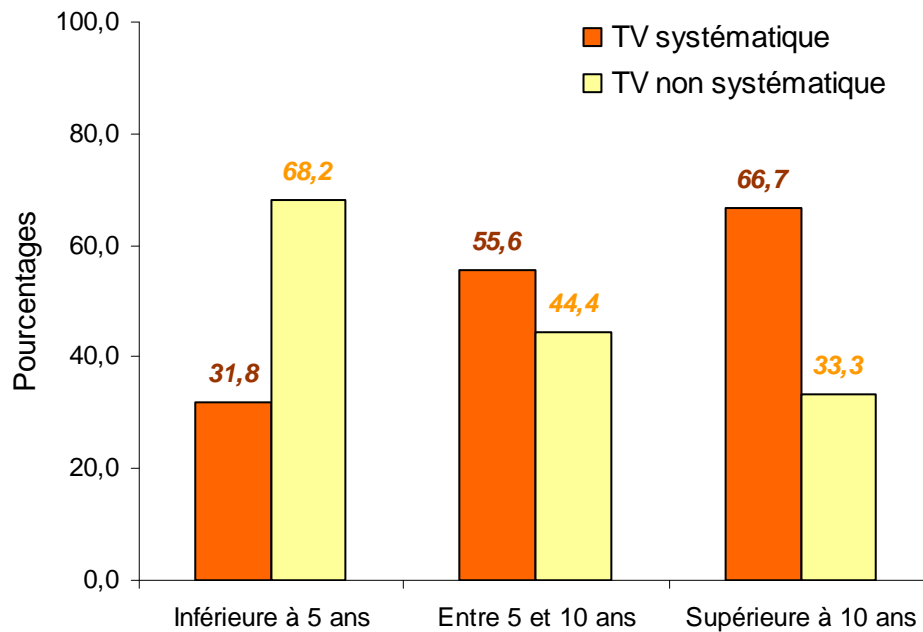


Figure 18 : Influence de l'expérience professionnelle sur la pratique du toucher vaginal

Tableau IV : Influence du mode d'exercice sur la pratique du toucher vaginal

	TV systématique n=79 (%)	TV non systématique n=54 (%)	p	Test
Libéral en ville	43 (54,4)	22 (40,7)	NS	Chi ² non corrigé
Hospitalier ou en clinique	36 (45,6)	32 (59,3)	NS	Chi ² non corrigé

Tableau V : Influence du genre masculin et féminin sur la pratique du toucher vaginal

	TV systématique n=78 (%)	TV non systématique n=54 (%)	p	Test
Homme	32 (41,0)	16 (29,6)	NS	Chi ² non corrigé
Femme	46 (59,0)	38 (70,4)	NS	Chi ² non corrigé

4.9. Expression libre des professionnels

Sur les 133 questionnaires exploités, 27 étaient pourvus d'un commentaire de la part de professionnels, soit une part d'expression libre à hauteur de 20,3 %. Au sein de ces 27 praticiens, 18 pratiquaient le toucher vaginal systématiquement et 9 avaient recours à cet examen de manière ciblée.

« On peut examiner le col avec un toucher unidigital, ce qui est moins désagréable pour la patiente. »

« Le toucher vaginal me paraît être un des gestes essentiels pour la surveillance de la grossesse, et pas seulement des menaces d'accouchement prématuré. »

« Le toucher vaginal est simple, efficace, non coûteux. »

« Certainement grâce à mes années d'ancienneté, je constate que l'observation du comportement des patientes, l'écoute de ce qu'elles expriment (mode de vie, travail, vie privée, etc.) et de ce qu'elles ressentent psychologiquement et physiquement, nous fait souvent deviner ce que le toucher vaginal va nous apprendre. »

« Importance de l'interrogatoire ciblé »

« Changer ses pratiques n'est pas si simple, d'autant que le médico-légal est très présent lors des consultations. S'appuyer sur le suivi des patientes dans d'autres pays européens où le toucher vaginal n'est pas systématique et où la prématurité est moins fréquente est-il suffisant pour le médico-légal et pour les patientes ? »

« Le toucher vaginal en systématique n'est sans doute pas le seul moyen de dépistage d'une menace d'accouchement prématuré mais il est dans ma pratique toujours bien accepté et rassure la patiente et le médecin sur l'état du col. »

« Le toucher vaginal doit être effectué avec prudence et doigté. »

« Les femmes sont étonnées de ne pas avoir de toucher vaginal en systématique. Mais en expliquant, elles comprennent que cela ne m'apportera pas d'indication particulière que de le faire en systématique. »

« Si on s'organise bien, nous voyons les dames régulièrement. L'alternance avec les échographies permet de surveiller le col. Le toucher vaginal à huit jours d'un examen échographique n'a aucun intérêt sans signes d'appel. De plus, il peut, s'il est fait, sans modération, entraîner des contractions et des douleurs. »

« Le toucher vaginal est trop souvent systématique, il est intrusif, mal vécu et souvent trop long. Il n'a d'intérêt que pour confronter des données de l'interrogatoire à une clinique. Un col peut être modifié sans menace d'accouchement prématuré et ne pas l'être avec menace d'accouchement prématuré (sollicitation de la présentation). »

« Pour le diagnostic de menace d'accouchement prématuré, le toucher vaginal peut être un examen incontournable, mais pour le dépistage, peut être pas, car une menace d'accouchement prématuré se définit par une modification du col et des contractions utérines qui, la plupart du temps, sont ressenties par la patiente. »

« Le toucher vaginal est une habitude très ancrée chez les professionnels. C'est aussi un examen quasiment incontournable du point de vue des patientes. D'autres pays avec d'autres recommandations n'ont pas plus de menaces d'accouchement prématuré. La problématique se situe aussi dans la difficulté, voire l'impossibilité, à distinguer menace d'accouchement prématuré à risque réel d'accouchement prématuré et "fausse menace d'accouchement prématuré" qui n'évoluera pas, de toute façon, vers un accouchement prématuré. Il sera difficile d'abandonner le toucher vaginal tant qu'on n'arrivera pas à faire cette distinction. »

« Ce sont les signes d'appels qui permettent le dépistage des patientes en menace d'accouchement prématuré. »

« J'avais personnellement l' "habitude" de faire des touchers vaginaux à chaque patiente venant en admission d'urgence. De plus en plus, quand il n'y a pas de critères associées de menace d'accouchement prématuré et que la patiente n'est pas à risque de menace d'accouchement prématuré, ne pas réaliser de toucher vaginal ne me dérange pas. Je pense même que cela limite les risques infectieux. »

« Le toucher vaginal me semble plus prédictif d'une menace d'accouchement prématuré que l'échographie endovaginale. »

« Le toucher vaginal n'est pas un acte anodin, il touche à l'intimité et l'intégrité de la femme : il doit être réfléchi à l'avance, ciblé selon une clinique, une anamnèse, et amène toujours sur des conduites à tenir et porte conséquence sur le déroulement de la grossesse. »

« Une pratique non systématique des touchers vaginaux n'entraînerait pas forcément une augmentation des accouchements prématurés mais des dépistages plus tardifs avec hospitalisation obligatoire. »

« Le toucher vaginal apporte des "finesses", telles que la consistance, qui ne sont pas apportées par des moyens techniques. »

« On m'a toujours appris à conclure un examen prénatal par un toucher vaginal qui rassure le médecin sur la menace d'accouchement prématuré et qui rassure aussi énormément la patiente. »

« L'échographie endovaginale ne permet pas de dépister la tonicité ou non du col, un col hypotonique bien que long, postérieur et fermé doit nous rendre vigilants avant 36 semaines d'aménorrhées. »

« J'ai été critiquée par une collègue en ne faisant pas de toucher vaginal systématique ; donc pas de consensus atteint ! »

« La pratique doit être évaluée en fonction du niveau socioéconomique du pays où l'on pratique. »

« Le toucher vaginal n'est pas indispensable selon le motif de la consultation. Par contre, l'échographie du col n'est pas le seul moyen de diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré. Le toucher vaginal devient alors un élément clinique indispensable. »

« Le toucher vaginal est un examen incontournable au dépistage des menaces d'accouchement prématuré s'il est associé à des signes cliniques (contractions utérines). »

« Le consentement est important. Le risque infectieux existe. Le toucher vaginal peut être responsable d'une stimulation cervicale génératrice d'une décharge hormonale et peut avoir des répercussions psychiques sur la patiente. »

Enquête auprès de *patientes*

Le toucher vaginal en consultation prénatale

1. Hypothèses préalables

À l'instar de l'analyse des pratiques professionnelles, à propos du toucher vaginal, en consultation prénatale sur Angers (cf. 1.), l'élan nécessaire à l'accomplissement de cette enquête a été insufflé par plusieurs postulats préliminaires :

Premièrement, les femmes enceintes semblent vouloir être informé de leur col utérin en allant aux consultations prénatales.

Deuxièmement, le toucher vaginal paraît être un examen dont la pratique rassure les femmes enceintes sur le bon déroulement de leur grossesse.

Enfin, les femmes enceintes semblent majoritairement gênées, du point de vue de la pudeur, par le toucher vaginal.

2. Objectifs

Ce sondage réalisé auprès de patientes à plusieurs desseins. Effectivement, les objectifs de ce travail peuvent être exposés de la sorte :

2.1. Objectifs généraux

Ils coïncident avec l'affirmation ou l'infirmité des conjectures émises précédemment ; en d'autres termes, l'observation de la part de femmes enceintes désireuses de connaître l'état de leur col utérin, l'appréciation du degré de rassurance apporté par le toucher vaginal et l'évaluation de la gêne, en terme de pudeur, que peut soulever, chez la femme, la pratique de cet examen.

2.2. Identification d'éventuelles caractéristiques individuelles qui influenceraient les conceptions, que peuvent avoir les patientes, sur le toucher vaginal

Le but est de savoir si des attributs individuels, chez les femmes enceintes, peuvent être responsables d'une perception, d'une appréhension ou d'une approche particulière de cet examen.

2.3. Objectif futur

Il se confond avec celui attendu dans l'enquête auprès de professionnels. Ainsi il correspond à l'espoir engagé par l'accomplissement de ce mémoire, c'est-à-dire que la réflexion prenne essence autour de son sujet.

3. Matériel et méthodes

3.1. Outils

L'enquête se présentait sous forme d'un questionnaire (cf. annexe) écrit, anonyme, composé d'un total de quinze questions. Cinq questions étaient ouvertes, deux étaient semi-ouvertes et huit étaient fermées. Parmi les questions fermées et semi-ouvertes, les réponses à choix unique s'appliquaient à huit questions et les réponses à choix multiples intéressaient deux questions. De plus, la fin du questionnaire comportait un espace libre permettant aux patientes interrogées de s'exprimer ouvertement sur le toucher vaginal.

La considération des professions des patientes, dans l'analyse statistique, a été possible par leur codage selon les catégories socioprofessionnelles définies par l'I.N.S.E.E. (cf. annexe 8).

Les réponses ont été transcrites sur une base de données établie à l'aide du logiciel « Excel ». Ainsi, les résultats ont pu être mis en forme par ce même logiciel. Le calcul du caractère significatif ou non des comparaisons effectuées entre différentes variables qualitatives a été réalisé à partir du logiciel d'analyse statistique « Epi Info v6 ». Les tests statistiques appliqués étaient le test du Chi² ainsi que le test exact de Fisher (bilatéral) lorsque l'une des valeurs attendues était inférieure à 5. Les différences ont été jugées statistiquement significatives pour une valeur du « p value » inférieure à 5 % ($p < 0,05$). Lorsque les différences étaient non significatives, statistiquement ($p > 0,05$), la mention « NS » fût inscrite.

3.2. Population cible

La population visée fût les patientes séjournant dans les services de suites de couches du C.H.U. d'Angers. Les critères d'exclusions furent la grossesse multiple et la minorité (age inférieur à 18 ans). Ainsi, 141 femmes reçurent le questionnaire.

3.3. Lieux

Ce sont les unités de suites de couches du C.H.U. d'Angers qui furent intéressées par cette enquête.

3.4. Modalités de réalisation

L'enquête a été opérée après obtention de l'accord des cadres des services de suites de couches du C.H.U. d'Angers. Cette autorisation a été donnée par voie verbale après présentation argumentée de mon travail lors d'un entretien. L'étude a été réalisée par distribution des questionnaires, par mes soins, lors de quatre soirées entre mi-octobre et mi-décembre 2009. Puis, les réponses furent récoltées, trente minutes à une heure après remise des questionnaires aux patientes.

4. Résultats

4.1. Taux de réponse et questionnaires exploitables

Sur la totalité des questionnaires distribués, soit 141 au total, 138 ont été récupérés soit un taux de réponse à hauteur d'environ 98 %. Au sein de ces 138 questionnaires, 1 fût écarté car inexploitable.

4.2. Description de la population

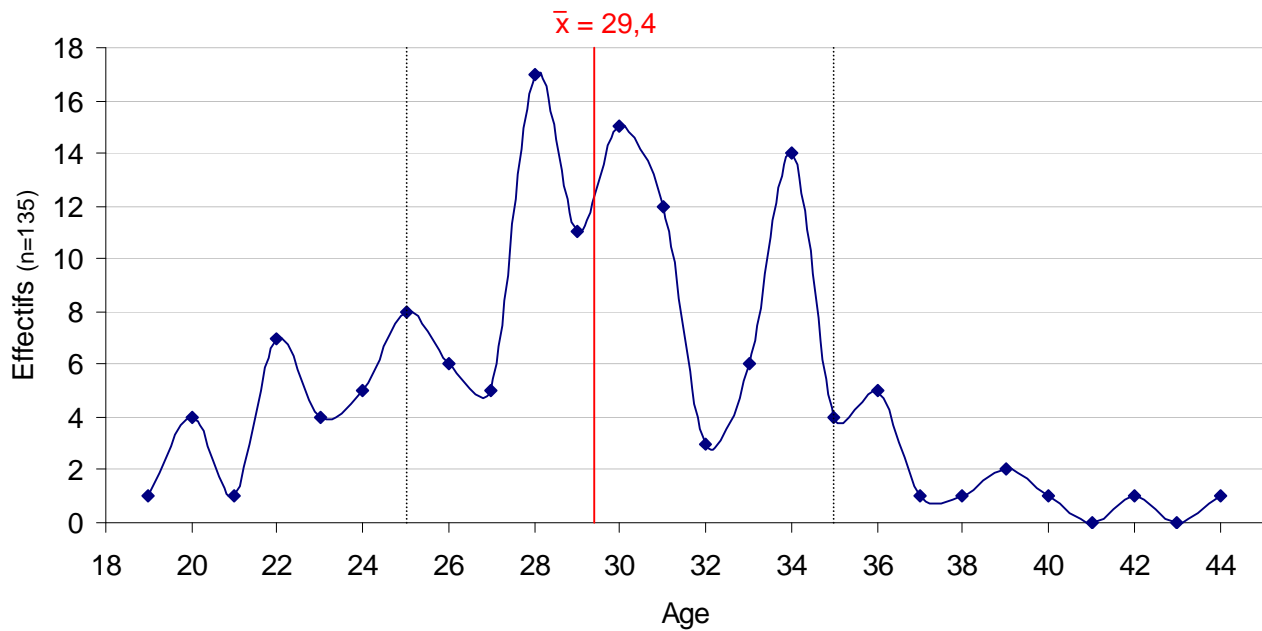


Figure 19 : Répartition de la population en fonction de l'âge

La moyenne des âges des patientes interrogées était de 29,4 années.

Tableau VI : Age moyen des patientes selon leur parité

Parité	1	2	3	4	5	6
Age moyen (années)	27,7	29,5	31,5	33,7	35	29

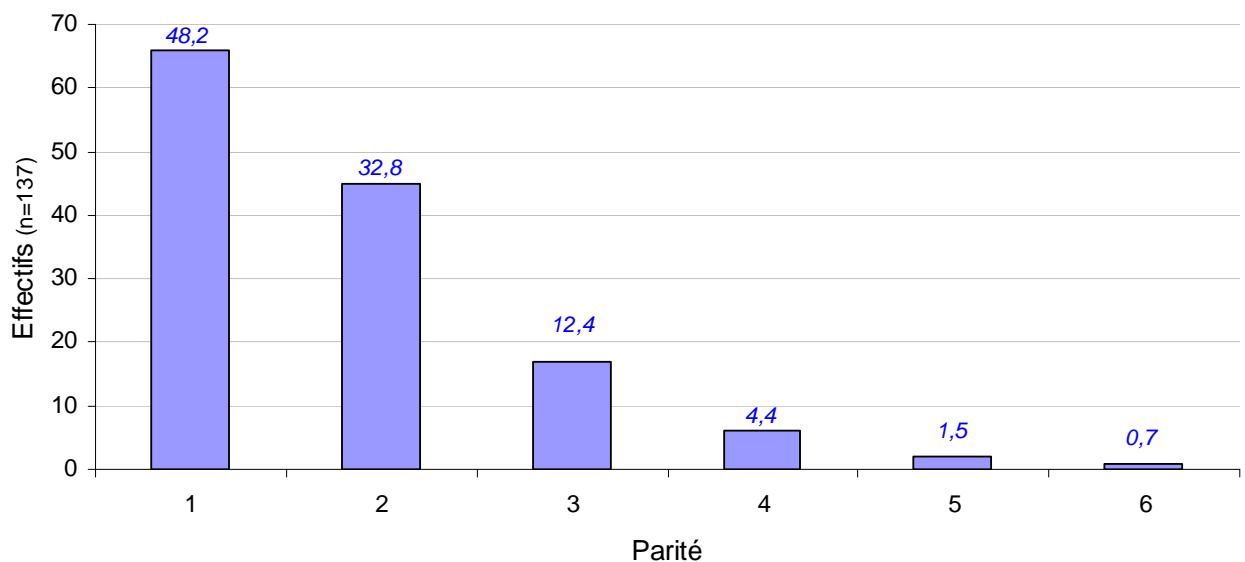


Figure 20 : Répartition de la population en fonction de la parité

N.B. : La population interrogée était composée de femmes, en période du post-partum, qui séjournaient en service de suites de couches. Ainsi, la parité, dans le tableau VI et la figure 20, tient compte de l'enfant qui venait de naître même si le questionnaire était relatif à la grossesse qui venait de s'achever.

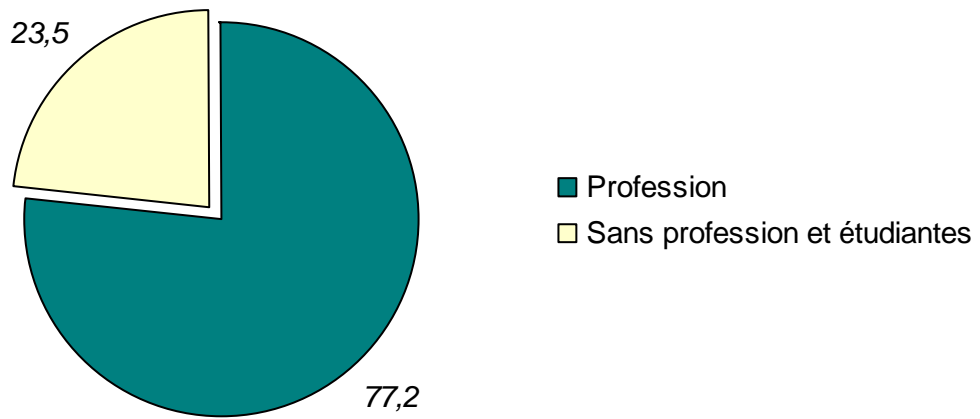


Figure 21 : Proportions de la population ayant une activité professionnelle et de la population sans emploi (%)

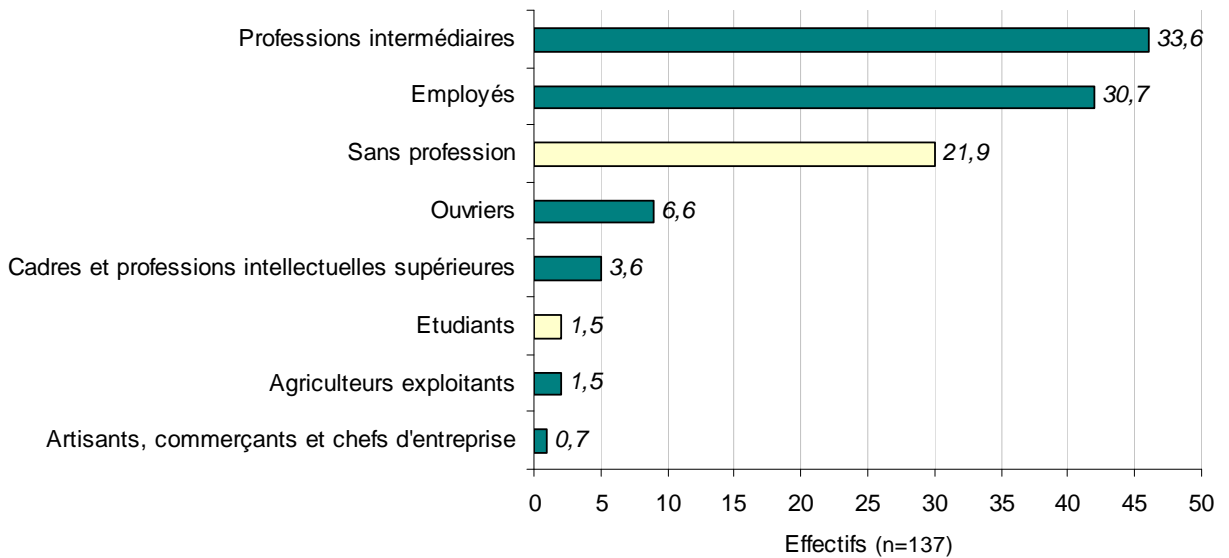


Figure 22 : Répartition de la population selon la catégorie socioprofessionnelle

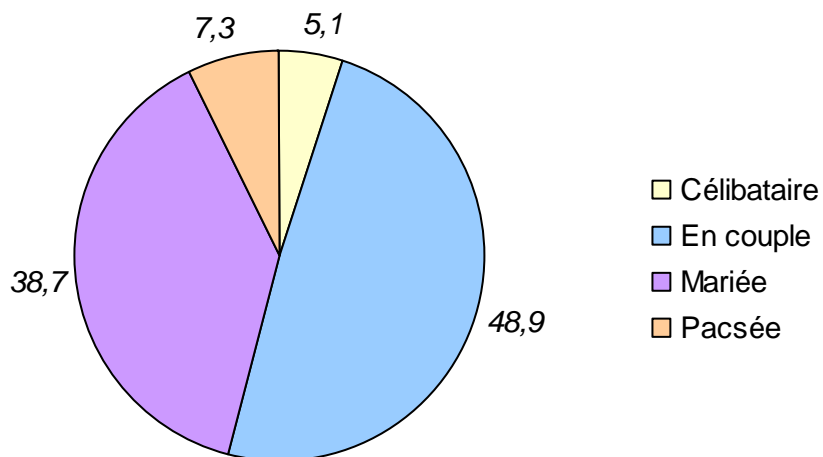


Figure 23 : Répartition de la population selon la situation familiale (%)

***N.B.** : Il serait maladroit de faire correspondre les ratios présentés dans le paragraphe ci-dessous avec ceux de la population générale. En effet, les chiffres qui suivent ne font foi que sur la population de l'étude.*

Toujours dans la description de la population, on observe que 6 patientes avaient accouché prématurément à leur grossesse concernée par le questionnaire, soit un taux d'accouchement prématuré de 4,4 %. Les patientes qui avaient un antécédent d'accouchement prématuré sont au nombre de 9 soit 6,6 %. De plus, 7,3 % des femmes interrogées avaient été hospitalisées durant la grossesse qui intéressait l'enquête. Enfin, 26,3 % des patientes avaient été césarisées et 73,7 % avaient accouché par voie basse.

4.3. Suivi des grossesses de la population

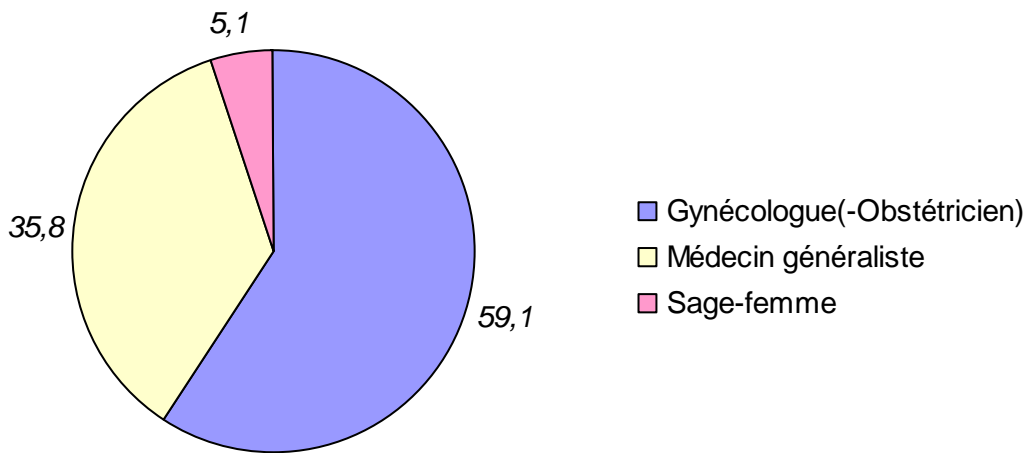


Figure 24 : Professionnels en charge du suivi de grossesse de la population (%)

Les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois, habituellement effectuées au C.H.U. d'Angers pour les patientes désirant accoucher dans cette maternité, étaient exclues de cette question sur le suivi de grossesse.

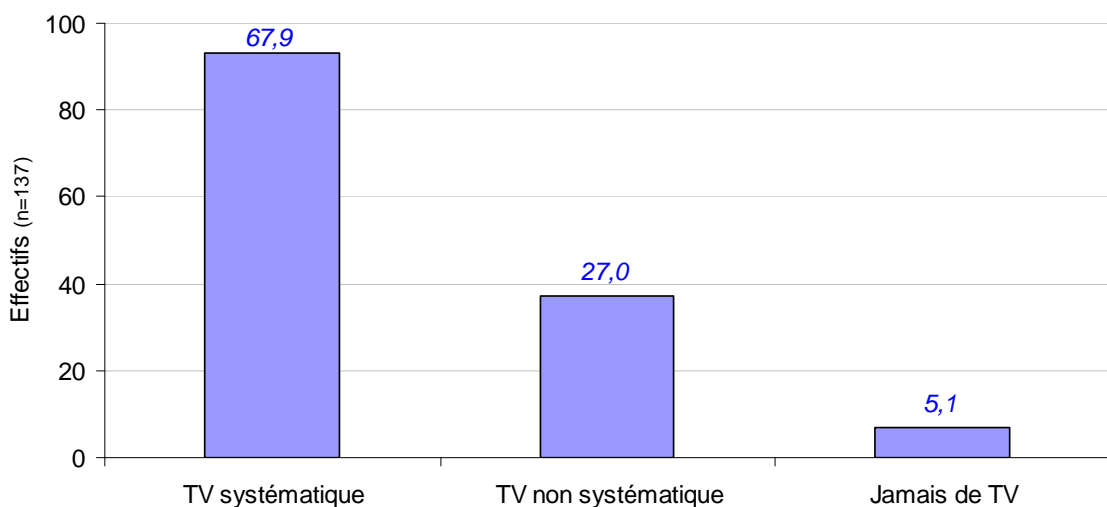


Figure 25 : Pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse de la population

4.4. Approches du toucher vaginal par les femmes enceintes

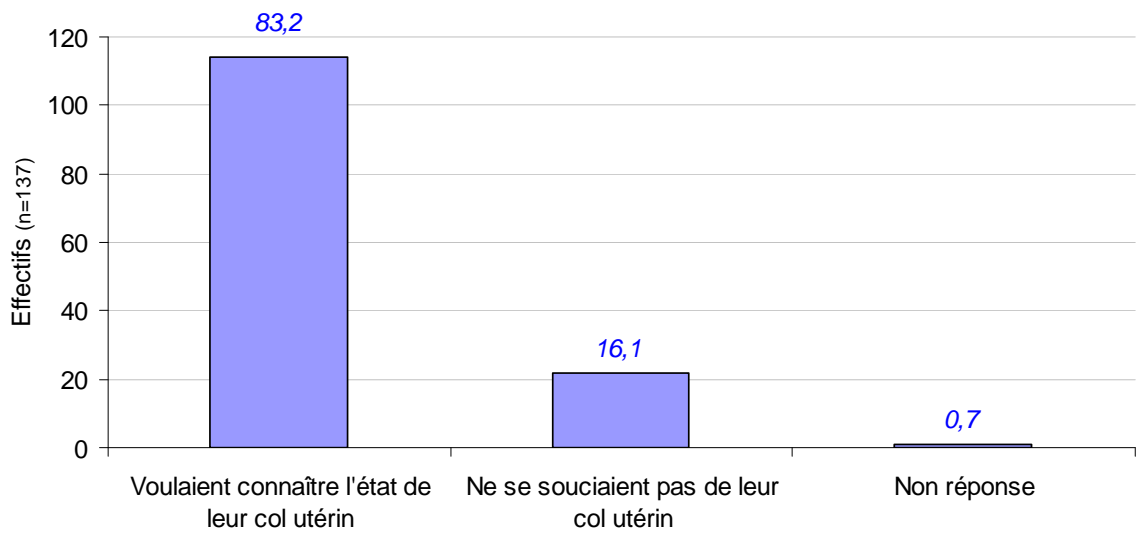


Figure 26 : Opinion des femmes, à propos de leur col utérin, en allant aux consultations prénatales

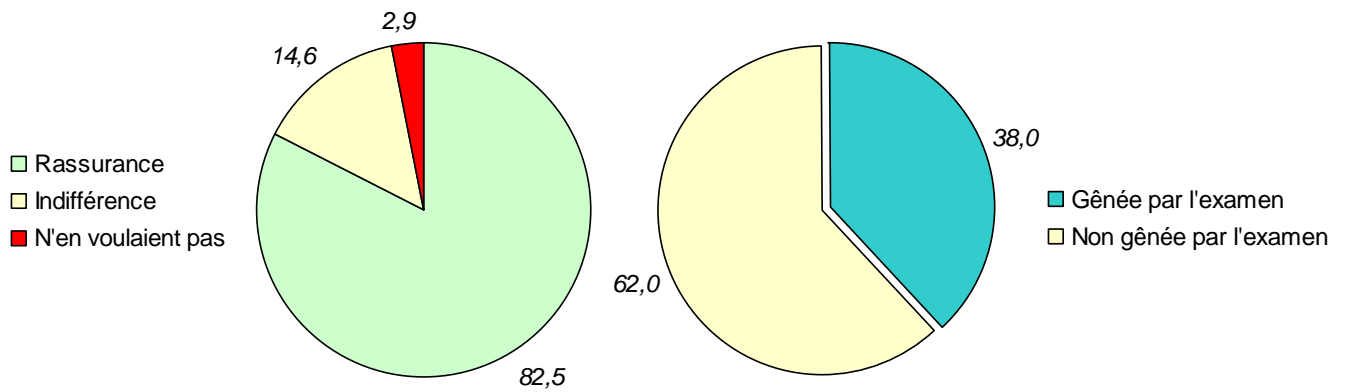


Figure 27 et 28 : Conséquences du toucher vaginal, chez les patientes, pendant les consultations prénatales

La gêne dont il est question dans la figure 28 intéresse la pudeur physique des patientes face au toucher vaginal.

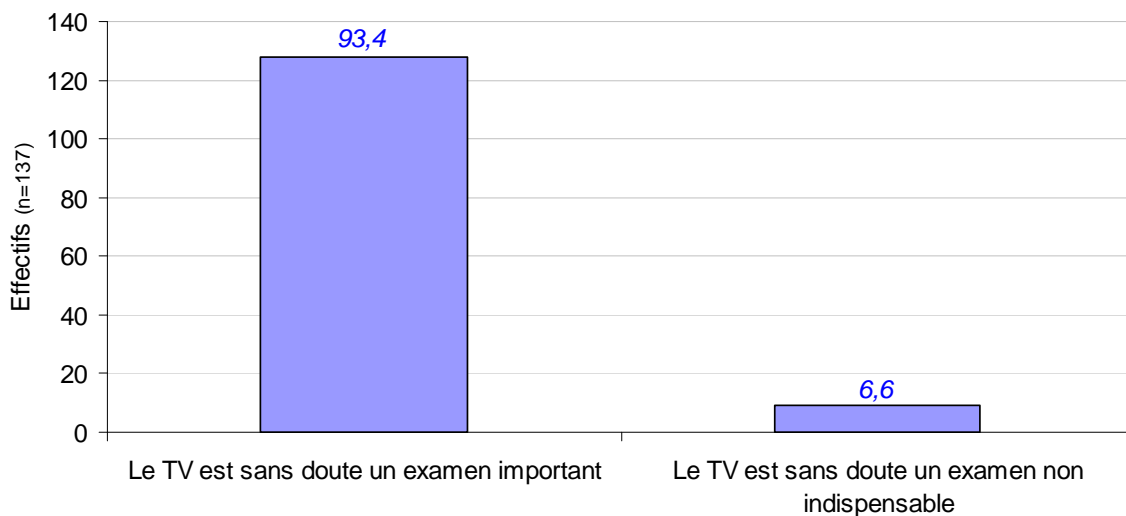


Figure 29 : Opinion des patientes sur l'utilité du toucher vaginal

4.5. Caractéristiques individuelles et conceptions des patientes

Tableau VII : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction de l'âge

	Oui n=112 (%)	Non n=22 (%)	p	Test
<25	15 (13,4)	7 (31,8)	0,054	Fischer bilatéral
[25-35]	88 (78,6)	13 (59,1)	0,053	Chi ² non corrigé
>35	9 (8,0)	2 (9,1)	NS	Fischer bilatéral

Tableau VIII : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction de la parité

	Oui n=114 (%)	Non n=22 (%)	p	Test
Primipare	50 (43,9)	16 (72,7)	< 0,05	Chi ² non corrigé
Multipare	64 (56,1)	6 (27,3)		

Tableau IX : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction de la pratique du professionnel

	Oui n=114 (%)	Non n=22 (%)	p	Test
Systematique	82 (71,9)	10 (45,5)	< 0,05	Chi ² non corrigé
Non systematique	32 (28,1)	12 (54,5)		

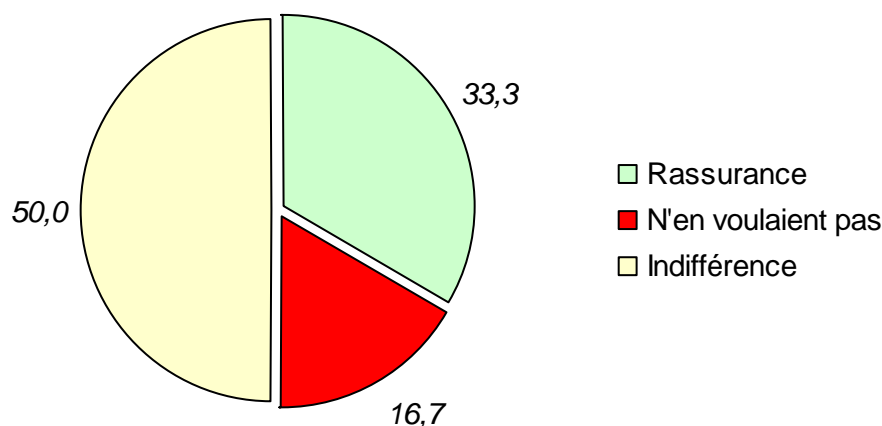


Figure 30 : Conséquence du toucher vaginal dans le sous-groupe de patientes n'ayant pas eu de toucher vaginal en systématique et pas particulièrement désireuse de connaître leur col utérin en allant aux consultations

Tableau X : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction du ressenti de la grossesse

	Oui n=113 (%)	Non n=22 (%)	p	Test
Ressenti positif	58 (51,3)	15 (68,2)	NS (0,15)	Chi ² non corrigé
Ressenti négatif	55 (48,7)	7 (31,8)		

L'item exact qui correspondait au ressenti positif était : « Ma grossesse était très agréable à vivre, être enceinte était une expérience fabuleuse ». L'item exact qui correspondait au ressenti négatif était : « Ma grossesse n'était pas toujours très facile à vivre ».

Tableau XI : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

	Oui n=114 (%)	Non n=22 (%)	p	Test
Cadres et professions intellectuelles	2 (1,8)	3 (13,6)	< 0,05	Fisher bilatéral
Reste de la population	112 (98,2)	19 (86,4)		

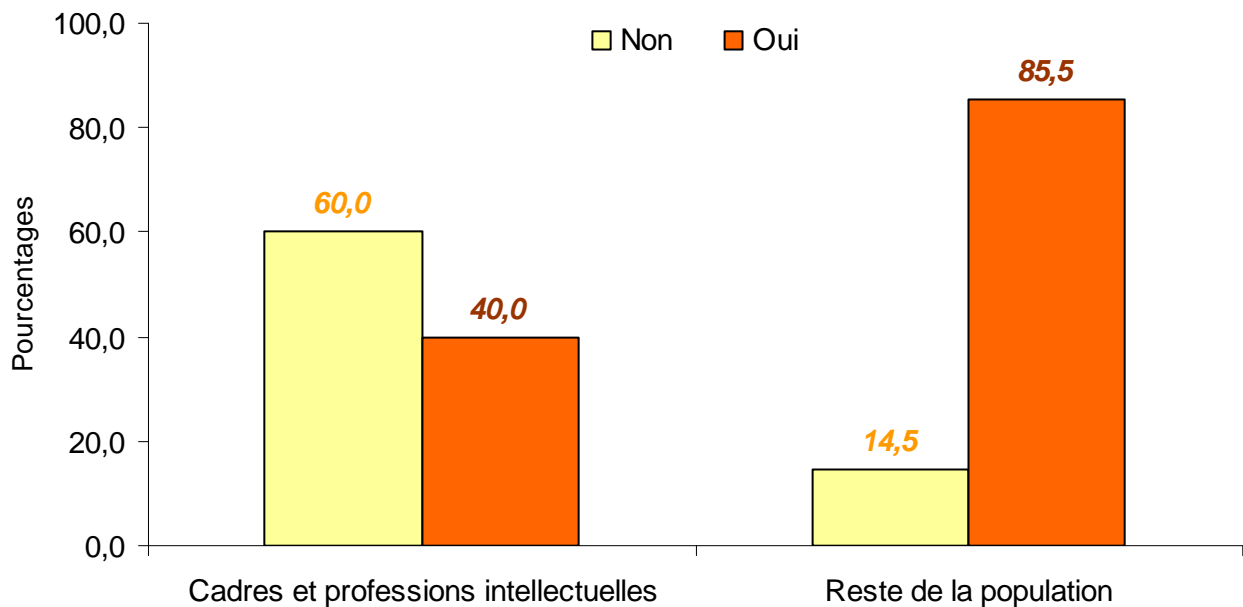


Figure 31 : Désir de connaître l'état du col utérin, en allant aux consultations, en fonction de la catégorie socioprofessionnelle

4.6. Expression libre des patientes

Sur les 137 questionnaires exploités, 18 étaient pourvus d'un commentaire de la part de patientes, soit une part d'expression libre à hauteur de 13,1 %.

« Sauf problème, cet examen ne me semble pas vraiment utile si le col peut être vu à l'échographie. Cependant, il peut être rassurant pour la maman qui se demande pourquoi on ne l'examine pas. »

« Examen frustrant et un peu gênant mais rassurant à la fois. »

« Plus à l'aise si réalisé par une femme. »

« C'était nécessaire parfois mais le plus important pour moi c'était de me rassurer sur l'état de santé du bébé. »

« C'est la façon de le faire qui le rend plus ou moins désagréable. »

« Le toucher vaginal ne me gêne pas si l'on respecte mon intimité (ne pas être dérangé pendant la consultation avec le médecin) et cela est rassurant de savoir s'il est bien fermé, etc. »

« Un toucher vaginal est très gênant surtout par un homme mais il est nécessaire. »

« Il est selon moi nécessaire. »

« Le toucher vaginal pendant la grossesse est un examen important pour vérifier s'il n'y a pas de risque d'accouchement prématuré avec le col ouvert trop tôt. »

« Le toucher vaginal n'est pas très agréable mais pas douloureux si on est détendu et en confiance. Dans le cadre d'une grossesse, il est rassurant quand la gynécologue nous informe que tout se déroule bien. »

« Examen qui demande beaucoup de respect, délicatesse avec le geste mais aussi avec les mots employés et le regard posé. Parfois cela peut être un acte pour rassurer le corps médical, dans l'optique "je maîtrise tout". »

« Il me semble que c'est un examen rassurant pour l'équipe médicale. Cependant, dans certains pays, cet examen est considéré comme une atteinte à la viabilité de la grossesse. Je pense qu'il serait judicieux d'évaluer les risques de cette pratique. »

« Examen désagréable mais indispensable. »

« C'est une pratique nécessaire, voire indispensable pour prendre la juste mesure de l'évolution de la grossesse. »

« Cet examen n'est pas toujours réalisé avec délicatesse. »

« Le toucher vaginal est rassurant. »

« Je ne pense pas que le toucher vaginal soit indispensable en début de grossesse sauf si complication. Par contre, il est rassurant en fin de grossesse de savoir comment est le col. »

« J'ai été très agréablement surprise par le fait que mon médecin généraliste ne pratique pas le toucher vaginal chaque mois pour cette seconde grossesse (contrairement à la première). »

DISCUSSION

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

Étude concernant les *professionnels*

1. Discussion des *résultats*

1.1. Validation des objectifs

1.1.1. Confirmation des hypothèses

Peu surpris ; c'est l'état dans lequel je me suis trouvé à la lecture des résultats de cette évaluation des pratiques professionnelles, à propos du toucher vaginal, en consultation prénatale. En effet, les hypothèses émises antérieurement à l'accomplissement de ce travail sont accréditées par l'analyse statistique des retours de questionnaires. Ainsi, chaque conjecture qui avait été proposée va être validée dans les lignes qui suivent.

Premièrement, le toucher vaginal est pratiqué en majorité systématiquement par les professionnels de notre population ; le taux de recours systématique à cet examen fût évalué à 59,4 % (figure 5). Si ce chiffre ne m'a point suscité d'étonnement, ce ne fût pas le cas des raisons qui motivaient ces praticiens à recourir à ce type de pratique (figure 6). Effectivement, je pensais que le désir de rassurer la patiente, l'habitude et la crainte médico-légale auraient d'avantage été mis en avant pour justifier le recours systématique à l'examen. Or, ce fût le dépistage de la menace d'accouchement prématuré qui prédomina avec 51,9 % des réponses. Cependant, ne perdons pas de vue qu'il est peut-être plus facile d'avouer pratiquer un examen dans un but médical et cartésien. Ainsi, le dépistage de la menace d'accouchement prématuré étant l'objectif logique du toucher vaginal, il est alors envisageable de concevoir que certains professionnels n'osent admettre employer cet examen à d'autres fins. Enfin, notons tout de même qu'un quart (25,3 %) des praticiens reconnaissaient qu'ils recouraient au toucher vaginal en systématique afin de rassurer la patiente.

Deuxièmement, parmi les individus qui adoptaient le toucher vaginal à chaque consultation de grossesse, la modification de leur pratique, vers un usage ciblé de cet examen, était acceptée à hauteur de 59,5 %. A noter que 5,1 % des praticiens concernés par cette question ne s'étaient pas exprimés. De la sorte, les individus qui n'étaient pas en faveur d'une conversion de leur pratique furent calculés à seulement 35,4 %. (figure 7)

Troisièmement, les professionnels étaient disposés à changer leur mode de recours au toucher vaginal pour s'orienter vers un emploi sur indications car ils avaient, pour une majorité (80,9 %), connaissance d'études scientifiques ou de recommandations de pratique (figure 8). Effectivement, 44,7 % ont répondu que les études prouvant l'inutilité du toucher vaginal en systématique, les rendaient favorables à abandonner cette pratique. De plus, le fait qu'aucune recommandation ne semble conseiller un toucher vaginal à toute consultation prénatale est un argument qui aurait motivé 36,2 % des praticiens à délaisser la pratique systématique de cet examen. Enfin, notons que les individus qui exerçaient le toucher vaginal sur indications ciblées justifiaient cette pratique, là encore pour une majorité, par les études scientifiques et par les recommandations professionnelles à hauteur, respectivement, de 37,0 % et 31,5 % (figure 10).

1.1.2. Caractéristiques individuelles et modalités de pratique

1.1.2.1. Profession

En France, le suivi médical d'une grossesse au déroulement physiologique peut être réalisé par quatre professions médicales distinctes. En effet, gynécologues, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes sont habilités à procéder aux consultations prénatales. Par conséquent, il paraissait intéressant d'apprécier les pratiques, concernant le toucher vaginal, de chacune de ces catégories professionnelles. Ainsi, chaque profession fût comparée au reste de la population concernant son taux de recours systématique au toucher vaginal. (tableau II et figure 16)

Le fait d'être gynécologue paraît influencer vers l'exercice systématique du toucher vaginal ($p < 0,01$) ; 100,0 % des gynécologues de notre population adoptaient cet examen à toutes les consultations prénatales. Leurs confrères gynécologues-obstétriciens étaient également tournés, en majorité (87,0 %), vers la systématisation du toucher vaginal ($p < 0,01$). À l'inverse, les sages-femmes semblaient plus en faveur de l'usage de cet examen sur indications ciblées ($p < 0,001$). Enfin, aucune différence statistiquement significative n'a été repérée en ce qui concerne les médecins généralistes.

Ces différences qui existaient entre les catégories professionnelles s'avèrent être relativement compréhensibles si l'on considère l'interprétation qui suit. Je pense, en effet, que les sages-femmes semblent très orientées dans la voie de la physiologie en ce qui concerne la grossesse. D'ailleurs, il est impossible de nier que leurs compétences médicales sont circonscrites au domaine de la physiologie. De ce fait, les sages-femmes

ont certainement un regard un peu plus détourné, que les médecins, de la pathologie. Or, la menace d'accouchement prématuré peut être considérée comme une complication de la grossesse. Ainsi, il apparaît naturel que gynécologues et gynécologues-obstétriciens aient un recours plus aisé, que les sages-femmes, au toucher vaginal.

1.1.2.2. Expérience professionnelle

L'expérience professionnelle est, à mon sens, une variable qui est souvent susceptible de moduler, d'influencer et de faire varier nos pratiques.

Les professionnels qui pratiquaient depuis moins de cinq ans étaient clairement plus orientés vers la pratique ciblée du toucher vaginal par rapport au reste de la population ($p < 0,01$). À l'opposé, c'est le recours systématique à cet examen qui primait chez les individus diplômés depuis plus de dix ans ($p < 0,01$). Effectivement, les praticiens qui exerçaient depuis moins de cinq ans et ceux qui pratiquaient depuis plus de dix ans étaient diamétralement en opposition ; les premiers pratiquaient le toucher vaginal sur indications ciblées pour les deux tiers d'entre eux (68,2 %) alors que les seconds usaient de cet examen systématiquement pour les deux tiers d'entre eux (66,7 %). (tableau III et figure 17)

Je pense que les deux explications qui suivent peuvent tenter d'éclairer ces différences observées en fonction de l'expérience professionnelle.

Premièrement, les pratiques d'un individu peuvent bien évidemment se voir bouleversées, lors d'une carrière, par l'assurance personnelle acquise lors de cette dernière. Néanmoins, il m'apparaît peu raisonnable d'envisager cet argument pour interpréter les distinctions qui séparent les pratiques des jeunes diplômés et celles des individus ayant une plus grande expérience professionnelle. En effet, si l'on peut supposer que la confiance personnelle, dans nos pratiques, grandie parallèlement à notre expérience, l'emploi du toucher vaginal devrait diminuer dans le temps au sein d'une carrière car l'assurance personnelle acquise, dans les capacités de dépistage des facteurs de risque d'accouchement prématurés, devrait réduire le besoin de recourir au toucher vaginal. Or, cet examen est plus fréquemment systématique chez les personnes dont l'exercice professionnel est supérieur à dix ans.

Deuxièmement, les connaissances, les découvertes scientifiques et les traitements évoluant au fil du temps, les recommandations de bonne pratique et protocoles changent également de manière parallèle. Cependant, pour que ces modifications prennent

réellement effet dans la pratique de chacun, il peut exister une période transitionnelle. De ce fait, je suppose que ce sont les professionnels ayant une longue expérience qui seront, en général, moins rapidement disposés au changement. Au contraire, les praticiens récemment diplômés sont peut être plus aptes à l'application de ces mutations puisque ne s'étant pas installés dans des habitudes de pratiques de longues dates. Ainsi, cette interprétation des différences retrouvées me paraît tout à fait envisageable.

1.1.2.3. Autres caractéristiques

Le mode d'exercice ne semble pas influencer sur le taux de systématisation du toucher vaginal ; aucune différence significative n'a été retrouvée entre la pratique de ville et celle au sein d'un établissement de santé (tableau IV). Néanmoins, je pensais constater une pratique d'avantage systématique en milieu hospitalier ou en clinique. En effet, il est possible d'envisager que l'exercice libéral en ville puisse offrir un éventail plus large de libertés en ce qui concerne les pratiques professionnelles. À contrario, les consultations en secteur hospitalier, publique ou privé, pourraient être plus abondamment soumises à des protocoles et habitudes de service restreignant l'autonomie des praticiens. Toutefois, même si cette explication demeure invalidée puisque aucune différence n'a été observée, on peut remarquer que la population de mon étude, exerçant en hôpital ou clinique, est composée d'une grande proportion de sage-femme (tableau I). Or, cette catégorie professionnelle semblait peu pratiquer le toucher vaginal systématiquement (cf. 1.1.2.1.) ; donc la population qui travaillait en établissement de santé voyait son taux de recours systématique à l'examen diminué par les sages-femmes. En outre, peu de sages-femmes ont une activité libérale, en ville, à Angers. En conséquence, les deux populations, pratiquant respectivement en ville et en hôpital ou clinique, voient leur comparaison « biaisée » par les inéluctables différences de catégories professionnelles qui les composent.

Enfin, il s'avère apparemment ne pas y avoir de lien de causalité entre l'usage de l'examen et le genre, masculin ou féminin, du professionnel ; aucune différence significative n'a été retrouvée entre les hommes et les femmes (tableau V). Cependant, le même argumentaire que celui avancé ci-dessus peu « biaiser » les comparaisons effectuée selon la variable de sexe. En effet, quasiment toutes les sages-femmes de ma population étaient des femmes et cette profession était plus tournée vers le recours au toucher vaginal sur indications ciblées (cf. 1.1.2.1.).

En conclusion, il serait enrichissant de comparer les variables de mode d'exercice et de sexe au sein de mêmes catégories professionnelles afin d'aplanir les différences pouvant être engendrées par ces dernières. À noter qu'une étude sur un plus large échantillon serait fondamentale pour réaliser ces types de comparaison.

1.2. Toucher vaginal sur indications ciblées

À l'instar des professionnels ayant un usage systématique du toucher vaginal, les autres praticiens qui lui préfèrent une pratique ciblée par des indications ont également, pour la majorité, connaissance des études et recommandations au sujet de cet examen prénatal. En conséquence, ce sont principalement ces études, pour 37,0 % d'entre eux, et ces recommandations, pour 31,5 % d'entre eux, qui les encourageaient dans leur pratique non systématique du toucher vaginal (figure 10).

Une notion capitale prend essence de ces résultats. En effet, le toucher vaginal systématique est certes délaissé par une partie des professionnels mais son abandon repose, pour la plupart des professionnels, sur des arguments scientifiques et consensuels (études et recommandations).

De plus, même si les praticiens ayant renoncé au toucher vaginal à chaque consultation prénatale sont loin d'être marginaux, notons qu'aucun individu de notre population affirmait ne jamais pratiquer l'examen (figure 12). Ainsi, le toucher vaginal ne semble pas être rejeté, et cela me semble raisonnable, mais paraît au contraire être réfléchi, argumenté. Effectivement, les signes cliniques et les antécédents sont les éléments qui se révèlent être le plus susceptible d'orienter les professionnels à recourir à cet examen ; sur les 54 praticiens qui adoptaient le toucher vaginal ciblé, tous déclaraient que les signes cliniques les incitaient à user de l'examen et 36, soit 66,7 %, considéraient les antécédents comme indication probable au toucher vaginal (figure 12).

A l'observation de ces résultats, j'ai manifesté peu d'étonnement puisque les signes cliniques et les antécédents me paraissent être primordiaux pour dépister, ou tout du moins suspecter, une menace d'accouchement prématuré. Néanmoins, j'espérais retrouver plus fréquemment la notion de facteur de risque d'accouchement prématuré comme motif encourageant à la pratique du toucher vaginal. Effectivement, les signes cliniques et les antécédents peuvent être des facteurs de risque de naissance avant terme mais ils ne sont pas les seuls. Pour exemple, un emploi physiquement éprouvant, en station debout ou la garde d'enfants en bas âge sont pareillement potentiellement pourvoyeurs de contractions prématurées. Ces autres facteurs de risque sont identifiables par le truchement d'un interrogatoire précis et exhaustif. En réalité, j'avais omis de proposer l'item « facteur de risque d'accouchement prématuré à l'interrogatoire ». L'item libre intitulé « autre » expose alors tout son intérêt mais seulement trois individus ont pensé à exprimer lesdits facteurs de risque pourtant, à mon sens, cruciaux.

Le dépistage des facteurs de risque d'accouchement prématuré peut être réalisé par le calcul d'un score ; de nombreux scores existent, le plus connu étant certainement celui de Papiernik (cf. annexe) : Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuré (C.R.A.P.). En réalité l'intérêt de ces scores reste limité en pratique. En effet, Mercer et al. observent une sensibilité de 24 % pour les nullipares et de 18 % pour les multipares ainsi qu'une valeur prédictive positive de 28 % pour les nullipares et de 33 % pour les multipares [7]. Cependant, si les facteurs de risques, à eux seuls, sont peu prédictifs de l'accouchement avant terme, ils permettent d'une part d'adapter la prise en charge des patientes selon leur niveau de risque d'accouchement prématuré (haut risque ou bas risque) et d'autre part de préciser la valeur des examens réalisés pour dépister les menaces d'accouchement avant terme (l'interprétation des examens étant différente entre la population à risque accru et celle à bas risque). Nous reparlerons plus loin de l'importance de ces facteurs de risque lorsque nous aborderons les alternatives au toucher vaginal systématique (toucher vaginal sur indications ciblées, échographie endovaginale, recherche vaginale de fibronectine).

1.3. Dépistage de la menace d'accouchement prématuré

Un amas d'incertitudes paraît régner autour du dépistage de la menace d'accouchement prématuré par le toucher vaginal. Effectivement, les professionnels qui pensaient que cet examen est incontournable au dépistage de la menace d'accouchement prématuré et ceux qui envisageaient l'inverse se répartissaient quasiment de façon équitable ; soit respectivement 45,1 % et 45,9 % (figure 13).

Ce partage d'opinion sans nette majorité révèle peut-être l'existence de questions sous-jacentes interrogeant l'utilité absolue du toucher vaginal. Loin de moi l'idée que cet examen est, totalement et dans toute situation, dérisoire. Cependant, le recueil de l'avis des praticiens, sur la question du dépistage de la menace d'accouchement prématuré par le toucher vaginal, conforte mes interrogations qui ont enfanté ce mémoire.

A contre-courant des résultats ci-dessus, une majorité se détache à la question des conséquences qu'entraînerait une pratique non systématique du toucher vaginal en France ; 62,4 % des individus estimaient que ladite pratique non systématique n'engendrerait pas d'augmentation du taux de prématurité par défaut de diagnostic de menaces d'accouchement prématuré. Cette unanimité d'opinion est, à mon sens, intéressante et l'est de surcroît lorsque l'on remarque que seulement 16,5 % des professionnels avaient répondu en faveur d'une élévation des accouchements prématurés (21,1 % n'avaient pas d'avis sur la question). (figure 14)

À la première lecture de ces chiffres, la stupéfaction peut envahir le lecteur puisque les résultats semblent être en pleine contradiction ; 45,1 % des praticiens jugeaient le toucher vaginal comme incontournable au dépistage de la menace d'accouchement prématuré alors que simplement 16,5 % considéraient que l'emploi de cet examen sur indications uniquement aurait pour aboutissant d'augmenter le taux de naissances avant terme. Toutefois, je pense que l'explication qui suit peut tenter de donner sens à ces apparentes incohérences de réponses. En effet, certains professionnels sondés ont, selon moi, peut être mal interprétés le sens latent qui résidait sous le mot « dépistage ». Ainsi, il n'est pas ridicule d'envisager que ces derniers aient assimilé le dépistage au diagnostic. Or, bien que voisins, ces deux termes demeurent néanmoins relativement distincts. Le dépistage relève de la suspicion alors que le diagnostic est théoriquement une notion binaire, affirmant ou infirmant une pathologie. De la sorte, le dépistage conduit au diagnostic. Revenons sur l'enquête et examinons alors le sens que prendrait l'item « le toucher vaginal est incontournable au *diagnostic* de la menace d'accouchement prématuré ». Si, un élément paraît indispensable au diagnostic de la menace d'accouchement prématuré c'est bien les modifications cervicales ; les contractions utérines étant, à elles seules, insuffisantes (cf. Première partie : Généralités). Or, ces modifications prématurées du col utérin sont, à l'heure actuelle, généralement retrouvées par le toucher vaginal même si l'échographie complète, dans un certain nombre de cas, le diagnostic. En conséquence, si l'on entend la définition du mot diagnostic à la place de celle du dépistage, on comprend qu'un bon nombre de praticiens aient attesté que le toucher vaginal est incontournable au dépistage de la menace d'accouchement prématuré. Ces mêmes individus ont pu ensuite, à mon sens, affirmer que l'usage non systématique de l'examen n'aurait aucune incidence sur la fréquence des naissances avant terme sans être, selon eux, en contradiction avec leur réponse à la question précédente.

En somme, la figure 14 m'apparaît être plus révélatrice, que la figure 13, de l'importance confiée, par les professionnels, au toucher vaginal pour dépister une menace d'accouchement prématuré. En réalité, le toucher vaginal n'a, à mon avis, aucune fin de dépistage puisqu'il diagnostique, dans bon nombre de cas, la menace d'accouchement prématuré. La sphère du dépistage de la menace d'accouchement prématuré s'oriente certainement davantage vers les facteurs de risque, les signes cliniques et les antécédents.

Certains professionnels, ont manifesté, à ma grande satisfaction, la nuance qui sépare dépistage et diagnostic :

« Pour le diagnostic de menace d'accouchement prématuré, le toucher vaginal peut être un examen incontournable, mais pour le dépistage, peut être pas car une menace d'accouchement prématuré se définit par une modification du col et des contractions utérines qui, la plupart du temps, sont ressenties par la patiente. »

« Certainement grâce à mes années d'ancienneté, je constate que l'observation du comportement des patientes, l'écoute de ce qu'elles expriment (mode de vie, travail, vie privée, etc.) et de ce qu'elles ressentent psychologiquement et physiquement, nous fait souvent deviner ce que le toucher vaginal va nous apprendre. »

« Ce sont les signes d'appels qui permettent le dépistage des patientes en menace d'accouchement prématuré. »

Nous venons de voir que les praticiens jugeaient, pour 62,4 % d'entre eux, que l'abandon d'une pratique systématique du toucher vaginal ne serait pas pourvoyeur d'une hausse du taux de prématurité en France. Les données de la littérature attestent l'opinion de ces derniers.

Un essai randomisé multicentrique a été réalisé dans sept pays européens et incluait près de 6000 patientes [6]. Deux groupes de patientes furent constitués ; 2803 femmes enceintes ont été examinées à chaque consultation (six touchers vaginaux en moyenne pendant la grossesse) et 2799 n'ont bénéficié de touchers vaginaux seulement si nécessaires (un toucher vaginal en moyenne pendant la grossesse). Les auteurs n'ont pas observé de différence significative en ce qui concerne le taux d'accouchement prématuré entre les deux groupes ; 6,7 % de prématurité dans le groupe où le toucher vaginal était systématique contre 6,4 % dans le groupe où il était ciblé sur indications. Ainsi, les auteurs concluaient dans le *Lancet* : *« our findings do not support the routine use of cervical examinations during pregnancy »*.

Finalement, la littérature est très explicite à propos de l'utilité du toucher vaginal dans la population générale de femmes enceintes ; pratiqué en systématique, il ne permet pas de réduire les accouchements avant terme par rapport à son recours sur indications ciblées. De ce fait, la recherche des facteurs de risque d'accouchement prématuré paraît primordiale pour orienter la pratique de l'examen ; les patientes considérées à risque accru d'accouchement prématuré pourraient ainsi bénéficier de l'examen plus fréquemment que celles jugées à bas risque de cette complication.

1.4. Alternatives au toucher vaginal systématique

Les professionnels interrogés ont quasiment parlé d'une seule et même voix en ce qui concerne l'éventualité d'alternative(s) au toucher vaginal systématique pour le dépistage de la menace d'accouchement prématuré ; seulement 8,3 % ne concevaient pas de substituts à l'examen systématique alors que 87,2 % considéraient que ce dernier pouvait laisser place à d'autres moyens de suivi prénatal (figure 15). Ces chiffres ne peuvent masquer l'ouverture évidente, qu'on les praticiens, à se questionner sur leur pratique. Cependant, parmi les 11 individus (8,3 %) récalcitrants à la possibilité d'envisager d'autres modalités de surveillance, on note les arguments suivants :

« Le toucher vaginal me paraît être un des gestes essentiels pour la surveillance de la grossesse, et pas seulement des menaces d'accouchement prématuré. »

« L'échographie endovaginale ne permet pas de dépister la tonicité ou non du col, un col hypotonique bien que long, postérieur et fermé doit nous rendre vigilants avant 36 semaines d'aménorrhées. »

« Le toucher vaginal me semble plus prédictif d'une menace d'accouchement prématuré que l'échographie endovaginale. »

Ne perdons pas de vue que des alternatives à l'usage systématique du toucher vaginal sont concevables pour une grande majorité des professionnels. Ainsi, le toucher vaginal sur indications ciblées remporte le plus d'adhésion puisqu'il fût 97 fois mentionné comme pouvant remplacer l'emploi de l'examen à chaque consultation. Suivi de près, on trouve l'échographie endovaginale choisie 83 fois. Enfin, parmi les réponses de l'item « autre », la recherche de la fibronectine fœtale fût évoquée 4 fois. Cette dernière fût peu exprimée de la part des praticiens pour, probablement, deux raisons ; d'une part la recherche de fibronectine fœtale n'était pas un item proposé, il fallait recourir à cette réponse par le biais de l'item « autre » ; d'autre part, cet examen reste aujourd'hui encore peu employé malgré l'intérêt non négligeable qu'il semble offrir dans la menace d'accouchement prématuré.

1.4.1. Echographie endovaginale du col utérin

L'échographie endovaginale du col utérin peut apprécier trois types d'anomalies : le col court, l'orifice interne large, la protrusion des membranes dans le canal cervical. Un premier avantage semble alors profiter à l'échographie par rapport au toucher vaginal ; il s'agit du dépistage des modifications de l'orifice interne sur les cols dont l'orifice externe est fermé.

Avant de s'intéresser aux éventuels bénéfices que pourrait apporter l'échographie par rapport au toucher vaginal, il est indispensable de s'assurer que cet examen par imagerie possède une grande reproductibilité. La variabilité, aussi bien inter-observateur (2,1 mm) qu'intra-observateur (1,8 mm), de la mesure de la longueur du col utérin est très faible **[8]**. Cet examen technique est donc hautement reproductible. Par conséquent, sa précision dans l'évaluation de la longueur cervicale est élevée.

Intéressons nous désormais à comparer l'efficacité de l'échographie et du toucher vaginal dans la prédiction des accouchements prématurés.

Premièrement, il est important de souligner que l'échographie par voie endovaginale et l'examen clinique ont tous les deux une excellente valeur prédictive négative (cf. tableaux XII, XIII et XIV) **[9, 10]**. En conséquence, si les résultats de ces examens se révèlent « normaux », la probabilité d'accouchement à terme est grande. Enfin, bien que la valeur prédictive négative du toucher vaginal soit élevée, celle de l'échographie demeure néanmoins meilleure. De la sorte, la mesure cervicale par imagerie semblerait permettre d'éviter quelques hospitalisations « inutiles ».

Deuxièmement, l'échographie semble bénéficier d'une meilleure sensibilité et d'une plus grande valeur prédictive positive que le toucher vaginal (cf. tableaux XII, XIII et XIV) **[9, 10]**. Ainsi, l'examen ultrasonographique paraît légèrement plus prédictif des naissances prématurés. En d'autres termes, ce dernier aurait l'avantage d'augmenter le nombre d'hospitalisations nécessaires.

Tableau XII et XIII : Sensibilité, spécificité et valeur prédictive de la longueur du col utérin et du score de bishop pour l'accouchement prématuré (%) [9]

	24 SA				Score Bishop ≥ 6	Score Bishop ≥ 4
	≤ 20 mm	≤ 25 mm	≤ 30 mm	Protrusion membranes		
Sensibilité	23,0	37,3	54,0	25,4	7,9	27,6
Spécificité	97,0	92,2	76,3	94,5	99,4	90,9
Val. prédict. positive	25,7	17,8	9,3	17,3	38,5	12,1
Val. prédict. négative	96,5	97,0	97,4	96,6	96,0	96,5

	28 SA				Score Bishop ≥ 6	Score Bishop ≥ 4
	≤ 20 mm	≤ 25 mm	≤ 30 mm	Protrusion membranes		
Sensibilité	31,3	49,4	69,9	32,5	15,8	42,5
Spécificité	94,7	86,8	68,5	91,6	97,9	82,5
Val. prédict. positive	16,7	11,3	7,0	11,6	25,6	9,9
Val. prédict. négative	97,6	98,0	98,5	97,6	96,3	96,9

Tableau XIV : Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie endovaginale dans la prédiction de l'accouchement prématuré [10]

	Longueur	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Echographie					
25è percentile	25 mm	59	85	45	91
10è percentile	16 mm	29	94	50	88
Clinique					
25è percentile	16 mm	41	77	28	86
10è percentile	13 mm	18	91	30	84

Finalement, l'échographie endovaginale semble être un examen très utile pour le dépistage des grossesses à menace d'accouchement prématuré. Cependant, plusieurs interrogations demeurent, au sujet de l'échographie.

D'une part, même si le risque d'accouchement prématuré est directement relié à la longueur du col utérin [11], où doit t-on fixer la limite, le « cut off » (en ce qui concerne longueur du col) justifiant la prise en charge médicale de la femme enceinte ? Ainsi, la longueur cervicale, à partir de laquelle une hospitalisation s'impose, reste le libre arbitre des différents professionnels ou services. Toutefois, l'interprétation de la valeur de la mesure du col est certainement à nuancer en fonction du risque théorique d'accouchement prématuré (patientes à haut risque ou à bas risque).

D'autre part, même si la sensibilité et la valeur prédictive positive de l'échographie sont légèrement supérieures à celles du toucher vaginal, elles ne sont pas suffisantes pour recommander la mesure échographique du col utérin en routine. De plus, l'accès à l'échographie systématique présenterait un problème puisque tous les professionnels habilités à pratiquer des consultations prénatales ne sont pas formés à cette technique et/ou équipés de cet appareil. Cependant, notons une fois encore que la détermination du niveau de risque d'accouchement avant terme pourrait permettre de cibler les femmes enceintes devant bénéficier de l'examen échographique.

L'adaptation de la prise en charge des patientes estimées à risque accru de naissance prématurée est accréditée par l'étude de Iams et al. [9]. En effet, la valeur prédictive positive et la sensibilité de l'échographie semble fonction du niveau de risque de prématurité (population à haut risque versus population à bas risque) ; la valeur prédictive positive et la sensibilité étant meilleures chez les patientes à haut risque.

En conclusion, l'échographie du col utérin par voie endovaginale semble apporter un gain, par rapport au toucher vaginal, dans le dépistage des menaces d'accouchement prématuré. Cependant, la question du cut off demeure. De plus, l'utilisation systématique de cet examen ne paraît pas utile, ni possible. Ainsi, le recours à l'échographie doit être facilité chez les patientes à risque accru d'accouchement prématuré. Enfin, l'utilisation de l'examen échographique semble envisageable en deuxième intention, après un toucher vaginal révélant des modifications cervicales chez une patiente ayant des contractions utérines. De la sorte, l'échographie diminue le nombre d'hospitalisations « inutiles » et permet une prise en charge de patientes, en menace d'accouchement prématuré, qui n'auraient pas été hospitalisées sans l'usage de cet examen.

1.4.2. Fibronectine foetale

La fibronectine est une glycoprotéine placentaire permettant la fixation de l'œuf à l'endomètre utérin et jouant un rôle dans l'adhésion du placenta à la paroi utérine. Elle est sécrétée par le trophoblaste et est présente dans le liquide amniotique. Jusqu'à 24 semaines d'aménorrhées, elle se retrouve dans les sécrétions vaginales. Puis les membranes foeto-maternelles fusionnent et elle disparaît jusqu'au 8ème mois de gestation. En fin de grossesse, la perte physiologique des propriétés d'adhésivité de cette protéine entraîne une rupture de l'interface entre le chorion et la déciduale. Sa présence dans les sécrétions vaginales après 24 semaines d'aménorrhées signe ainsi

une altération des membranes et donc un risque d'accouchement prématuré, même si elles semblent intactes. Cependant, sa présence au niveau du prélèvement vaginal n'est pas forcément le témoin d'un risque d'accouchement avant terme puisqu'un rapport sexuel ou un examen du col (toucher vaginal) dans les 24 heures précédents le prélèvement peuvent être la cause cette présence. Enfin, se retrouvant physiologiquement, durant toute la grossesse, dans le liquide amniotique, la recherche de la fibronectine au niveau vaginal n'a d'intérêt qu'à membranes intactes.

À l'instar de l'échographie, la fibronectine fœtal dispose d'une meilleure sensibilité et d'une valeur prédictive positive plus grande que le toucher vaginal. De plus, sa valeur prédictive négative est, telle celle de l'échographie, excellente. Cependant, l'utilisation de ce test en routine ne semble pas apporter de bénéfices en terme de taux de prématurité. Néanmoins, l'orientation de cet examen vers les patientes jugées à risque accru d'accouchement avant terme paraît intéressant. [12] Ainsi, l'importance de la recherche des facteurs de risque d'accouchement prématuré est de nouveau mise en avant. Enfin le prélèvement systématique à la recherche de la fibronectine, outre le problème de son utilité dans la population générale, ne semble pas économiquement réalisable au vu du coût élevé de cet examen.

2. Discussion du matériel et des méthodes

Recruter une population représentative des praticiens angevins qui assuraient des suivis de grossesse était un point fondamental des méthodes de l'étude. Afin de respecter cette exigence, le respect de plusieurs conditions fût nécessaire.

Dans un premier temps, l'ensemble des professions habilitées à effectuer des consultations prénatales devait être sollicité par l'enquête. En conséquence, médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues et gynécologues-obstétriciens composaient la population.

Dans un second temps, il paraissait indispensable d'inclure à la fois le mode d'exercice libéral et l'activité hospitalière, publique et privée. Le C.H.U. d'Angers et la « Clinique de l'Anjou » étant les deux établissements de soins bénéficiant d'une activité Gynécologie-Obstétrique, ils ont été intéressés par le questionnaire. De plus, des praticiens libéraux « de ville » de chacune des quatre professions ont participé à l'enquête.

Par conséquent, le choix de la population semblait acceptable pour procéder à l'évaluation des pratiques professionnelles. Cependant, la représentativité de la population des praticiens qui assuraient des consultations obstétricales à Angers peut être mis en défaut par plusieurs commentaires.

Premièrement, de nombreuses sages-femmes du C.H.U. n'assuraient pas, au moment de la réalisation de l'étude, des consultations de suivi grossesse (hors consultation d'urgence). Néanmoins, l'inclusion de ces individus fût réfléchi et motivée par les arguments qui suivent :

D'une part, peu de sages-femmes avaient une activité de consultation au C.H.U. (la majorité des femmes enceintes étaient suivies par un professionnel libéral et ne consultaient au C.H.U. que pour les deux derniers mois de grossesse). De même, le nombre de sages-femmes en exercice libéral, à Angers, était limité. Or, il semblait primordial d'assurer la représentation des sages-femmes qui, certes n'avaient pas obligatoirement une activité de consultation durant la période de l'enquête mais qui sont habilités à y recourir.

D'autre part, l'opinion de l'ensemble des sages-femmes du C.H.U. semblait intéressante puisque certaines de ces dernières procédaient parfois à des consultations d'urgence où la question de l'intérêt du toucher vaginal peut être posé en fonction du motif de la consultation.

Deuxièmement, la pondération des individus selon leur profession aurait été essentielle pour parvenir à construire la population la plus fidèlement représentative des praticiens angevins. En effet, il aurait été judicieux d'ajuster la part de chaque catégorie professionnelle en fonction de son importance numérique dans la population des praticiens d'Angers. Notons, qu'une autre pondération, qui elle est dépendante de la répartition des suivis de grossesses entre les professionnels, pourrait être envisageable (tous les professionnels ne réalisant pas le même nombre de consultations prénatales). Toutefois, l'étude réalisée auprès des patientes (cf. Deuxième partie : Enquête auprès des patientes) permet de se rapprocher assez fidèlement de cet autre type de pondération ; en interrogeant les patientes, le calcul du taux de pratique systématique du toucher vaginal est plus proche de l'exercice réel sur Angers puisque la question est directement adressée aux patientes, ce qui pondère logiquement la part de chaque profession (cf. Troisième partie : Etude concernant les patientes).

En ce qui concerne l'élaboration du questionnaire, deux notions semblaient essentielles ; d'une part, l'ordre des questions et d'autre part, le ton employé.

Ainsi, l'ordre d'apparition des questions fit l'objet d'une réflexion. Les questions interrogeant le professionnel sur ses caractéristiques individuelles (profession, expérience professionnelle, mode d'exercice, sexe) furent placées à la fin de l'enquête afin de ne pas influencer le praticien dans ses réponses aux questions sur le toucher vaginal.

Au sujet du ton utilisé dans l'écriture des questions, celui-ci devait être le plus neutre possible pour, là encore, éviter d'orienter le professionnel dans ses réponses. La première question (cf. annexe) représente certainement l'exemple le plus parlant ; les items ne se résument pas à des réponses catégoriques mais font, au contraire, preuve de modération, de nuances. De la sorte, les choix de réponses n'étaient pas « *Oui, ma pratique du toucher vaginal est systématique* » ou « *Non, ma pratique du toucher vaginal n'est pas systématique* » mais « *Oui, en général le toucher vaginal fait systématiquement parti de mon examen clinique* » et « *Non, en général ma pratique du toucher vaginal n'est pas systématique* ». Ainsi, les items proposés visaient à ne pas être culpabilisant pour le professionnel, vis-à-vis de sa pratique du toucher vaginal.

L'unique choix de réponse fût l'option appliquée à une majorité de questions. L'objectif était d'inciter les praticiens à choisir l'item qui correspondait au mieux à leur réponse. Ainsi, le but était d'optimiser l'efficacité des questions ; le praticien, aurait pu ne pas s'engager clairement si la question était à choix multiple, en sélectionnant plusieurs réponses qu'il aurait certes estimé convenables mais sans mettre en avant l'item qui lui correspondait le plus. Cependant, notons que des réponses à choix multiple par hiérarchisation des items, auraient été envisageables afin d'augmenter la précision de ces dernières sans pour autant perdre en efficacité ; l'analyse statistique aurait été, néanmoins, plus complexe.

Étude concernant les *patientes*

1. Discussion des *résultats*

1.1. Validation des objectifs

1.1.1. Confirmation des hypothèses

Parmi les trois postulats que nous avons émis antérieurement à la réalisation de cette enquête auprès de patientes, deux sont approuvés par l'analyse statistique des résultats.

Premièrement, une nette majorité (83,2 %) des patientes souhaitait être informée de leur col utérin lorsqu'elle allait en consultation prénatale (figure 26). Par conséquent, les femmes enceintes semblent, pour une grande proportion, désireuse d'examen clinique du col utérin.

Deuxièmement, la pratique du toucher vaginal s'avérait être rassurante pour 82,5 % des femmes de notre population (figure 27). Ce constat explique le précédent, ci-dessus ; en effet, le recours au toucher vaginal étant rassurant, bénéficier de cet examen devient une nécessité dans l'esprit des patientes. Le caractère rassurant de la pratique de l'examen est certainement expliqué par le rôle que les femmes enceintes attribuent au toucher vaginal ; la figure 29 est très explicite à ce sujet : 93,4 % des patientes sondées pensaient que cet examen clinique est sans doute important contre 6,6 % qui ne l'estimaient pas indispensable.

Troisièmement, le toucher vaginal gênait, du point de vue de la pudeur physique, uniquement 38,0 % des patientes (figure 28). Je pensais que la pratique de cet examen, qui touche à l'intimité des femmes, était plus souvent responsable d'une telle gêne. Cependant, ne manquons pas de préciser que l'importance, voire même la nécessité, que les femmes paraissent accorder au toucher vaginal, pouvait modifier leur ressenti concernant la pudeur. Ainsi, il est sans nul doute envisageable que certaines patientes réussissaient à occulter leur embarras, compte tenu du rôle primordial qu'elles donnaient à l'examen.

1.1.2. Caractéristiques individuelles et conceptions des patientes

1.1.2.1. Age

À la première lecture des résultats, il semble que l'âge de la patiente pourrait être déterminant au sujet du désir de bénéficier ou non d'un examen clinique du col utérin. Effectivement, les résultats à la limite de la significativité tendent à établir un lien entre le souhait de bénéficier de l'examen et l'âge de la femme enceinte (tableau VII). Cependant, il est fort probable que ce soit plus la parité de la patiente qui puisse influencer sur ce désir (cf. 1.1.2.2.) ; la parité et l'âge étant relié (tableau VI), une pseudo relation de cause à effet semble s'établir entre l'âge et la volonté d'être informé du col.

1.1.2.2. Parité

La parité paraît être responsable d'une orientation du souhait des patientes en ce qui concerne la pratique du toucher vaginal. Les primipares sont plus désireuses d'être avisé de leur col utérin que les multipares ($p < 0,05$) (tableau VIII).

Cette différence séparant primipares et multipares s'explique certainement par l'expérience d'une grossesse antérieure qu'ont les multipares, contrairement aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant. Effectivement, on peut supposer que les multipares ayant déjà vécu une grossesse et la surveillance médicale qui lui est associée, elles connaissent mieux le déroulement d'une consultation prénatale. Ainsi, elles sont dans l'attente d'un examen clinique du col puisqu'elles associent le toucher vaginal à la consultation obstétricale.

En conséquence, ces résultats peuvent nous laisser supposer que nos pratiques influencent l'approche qu'ont les patientes sur le toucher vaginal.

1.1.2.3. Pratique du professionnel

Les patientes qui avaient bénéficié de touchers vaginaux systématiques pendant leur suivi de grossesse étaient plus désireuses d'être informées de leur col par rapport aux femmes qui consultaient chez un praticien qui avait recouru au toucher vaginal sur indications ciblées ($p < 0,05$) (tableau IX).

De ce fait, on peut supposer que la fréquence de recours, par les professionnels, au toucher vaginal influe sur l'attente qu'ont les femmes enceintes vis-à-vis de la pratique de cet examen. Cependant, il est également possible de conjecturer que c'est l'envie des

patientes, au sujet du recours à l'examen (systématique ou non), qui puisse porter conséquence sur la pratique adoptée par le professionnel (le praticien modifierait sa pratique au souhait de la patiente). Néanmoins, les femmes qui n'étaient pas particulièrement dans l'attente d'être avisées de leur col et qui consultaient chez un praticien qui avait opté pour un usage ciblé du toucher vaginal, étaient peu nombreuses à ne pas réellement vouloir d'examen, soit 16,7 % (figure 30). Ainsi, ce ne sont probablement pas les patientes qui portent conséquence sur le type de pratique du professionnel mais bien le type de pratique qui influe sur les conceptions des patientes au sujet du toucher vaginal.

De plus, le sens du lien de causalité qui existe entre pratique et attentes des patientes est accrédité par notre étude concernant les professionnels. En effet, nous avons vu que seulement un quart des professionnels qui pratiquaient le toucher vaginal en systématique, affirmait y recourir afin de rassurer la patiente. Finalement, c'est bien l'attente des patientes, vis-à-vis de l'examen, qui semble être modifiée par le type de pratique choisi par le praticien. Toutefois notons qu'il est possible que le professionnel puisse conforter sa pratique systématique par le fait que les patientes semblent vouloir être avisées de leur col. Ainsi, les patientes, influées par la pratique du praticien, pourraient involontairement la légitimer.

1.1.2.3. Catégorie socioprofessionnelle

Les cadres et professions intellectuelles semblent moins vouloir bénéficier du toucher vaginal en systématique par rapport au reste de la population ($p < 0,05$) (Tableau IX). Ces patientes sont-elles plus informées de l'éventuelle inutilité de cet examen en routine ?

Cependant, la petite taille de l'échantillon de cadres et professions intellectuelles expose la faiblesse de la sensibilité de cette comparaison.

1.2. Taux de pratique systématique

À l'issue de notre étude précédente, concernant les professionnels, le taux de recours en routine au toucher vaginal avait été calculé à 59,4 % (figure 5). Cependant, tel qu'il en avait été déjà discuté, ce chiffre n'est pas représentatif du taux réel de pratique systématique de l'examen à la population de femmes enceintes. En effet, tous les professionnels ne réalisant pas le même nombre de consultations prénatales, le

pourcentage réel de systématisation du toucher vaginal, lors du suivi grossesse, peut être évalué en interrogeant directement les patientes.

La part de patientes qui affirmait bénéficier d'une évaluation clinique du col à chaque consultation fût calculée à 67,9 % (figure 25). Par conséquent la pratique du toucher vaginal est bien plus systématique que l'on aurait pu le supposer à la suite de l'enquête auprès des professionnels. Ce fait s'explique par la figure 24 ; une majorité des patientes de notre population était suivie par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien. Or, nous avons déjà remarqué dans l'étude auprès des praticiens que ces deux professions pratiquaient, de manière significative, plus fréquemment le toucher vaginal par rapport aux autres professions assurant du suivi de grossesse. Ainsi, les femmes de notre population ayant consulté majoritairement chez des (gynécologues)-obstétriciens, il est logique de retrouver un haut recours à l'examen en routine.

2. Discussion du matériel et des méthodes

Au sujet de l'élaboration du questionnaire, une grande attention fût apportée à l'écriture des questions afin de ne pas rédiger d'items réponses culpabilisants qui n'auraient pas été retenus par les patientes (car elles auraient été influencées par le ton de la réponse ou de la question). Le meilleur exemple est certainement représenté par l'item suivant : « Ma grossesse n'était pas toujours très facile à vivre » qui n'a assurément pas la même connotation négative que « Ma grossesse n'était pas facile à vivre ».

La population de notre étude est relativement bien représentative des femmes accouchants à Angers. En effet, les patientes furent recrutées au C.H.U. d'Angers dont l'activité, en terme de naissance, est supérieure à l'autre maternité angevine. Cependant, cette autre maternité est une clinique privée. Ainsi, un premier biais de recrutement apparaît ; notre enquête fût uniquement réalisée en établissement public.

Enfin, toujours concernant la population de l'étude, celle-ci a été sollicitée en service de suites de couches. Par conséquent, les patientes qui ont répondu au questionnaire avaient accouché. Or, ce dernier avait pour objectif d'interroger les femmes sur le toucher vaginal pendant leur grossesse. On peut supposer que les réponses des patientes aient été modifiées par rapport à celles qu'elles auraient apporté en période prénatale. Néanmoins, des impératifs d'efficacité, dans le déroulement de l'étude, nous ont conduit à interroger les femmes en période de post partum.

CONCLUSION

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

CONCLUSION

Le toucher vaginal est pratiqué majoritairement en systématique dans le cadre du suivi de grossesse. Contrairement, les professionnels paraissent être avertis des études et recommandations actuelles sur le sujet.

Les femmes enceintes semblent, certes, en attente d'être examinée mais cette attitude ne paraît pas expliquer la pratique systématique du toucher vaginal. Effectivement, si l'examen s'avère être, pour elles, rassurant et important, c'est probablement parce qu'il est fréquemment utilisé en consultation prénatale.

De plus, des alternatives au toucher vaginal systématique sont envisageables. Néanmoins, c'est certainement l'association des différents examens qui permet d'augmenter la précision du dépistage des menaces d'accouchement avant terme. La recherche des facteurs de risque d'accouchement prématuré est également primordiale afin d'adapter nos pratique en fonction des patientes.

Finalement, rien ne semble s'opposer à une mutation des habitudes françaises. Cependant, n'oublions pas qu'un abandon de la systématisation du toucher vaginal n'est peut-être pas sans conséquence. En effet, les nouveaux professionnels seront-ils aussi performants dans l'usage de cet examen si long et difficile à maîtriser ?

RÉFÉRENCES

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

RÉFÉRENCES

[1] Mabie WC. Placenta praevia. *Clin Perinatol* 1992; 19:425–435.

[2] Timot-Tritsch I, Yunis RA. Confirming the safety of transvaginal sonography in patients suspected of placenta praevia. *Obstet Gynecol* 1993; 81:742.

[3] Imseis HM, Trout WC, Gabbe SG. The microbiologic effect of digital cervical examinations. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:578–580.

[4] Lenihan JP. Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 1984; 63:33–37.

[5] Jenniges K, Evans L. Premature rupture of the membranes with routine cervical exams. *J Nurse Midwifery* 1990; 35:46–49.

[6] Buekens P, Alexander S, Boutsen, Blondel B, Kaminski M, Reid M, et al. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet* 1994; 344:841–844.

[7] Mercer BM, Goldenberg RL, Das A, Moawad AH, Iams JD, Meis PJ, Copper RL, Johnson F, Thom E, McNellis D, Miodovnik M, Menard MK, Caritis SN, Thurnau GR, Bottoms SF, Roberts J. The preterm prediction study: A clinical risk assessment system. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 174:1885-1895.

[8] Heath VC, Southall TR, Souka AP, Novakov A, Nicolaides KH. Cervical length at 23 weeks of gestation: relation to demographic characteristics and previous obstetric history. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 1998; 12:304-311.

[9] Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996; 334:567–572.

[10] Berghella V, Tolosa JE, Kuhlman K, Weiner S, Bolognese RJ, Wapner RJ. Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177:723–730.

[11] Souka AP, Heath V, Flint S, Sevastopoulou I, Nicolaides KH. Cervical length at 23 weeks in twins in predicting spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol* 1999; 94:450-454.

[12] Iams JD, Casal, JA, McGregor, TM, Goodwin, US, Kreaden, R, Lowensohn et al., Fetal fibronectin improves the accuracy of diagnosis of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:141–145.

ANNEXES

Y A-T-IL UN INTÉRÊT À

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN
SYSTÉMATIQUE DANS LE SUIVI DES
GROSSESSES À BAS RISQUE ?

ANNEXE 1 ENQUETE ANONYME

AUPRES DE PROFESSIONNELS DE SANTE ASSURANT DES CONSULTATIONS DE GROSSESSE

(consultations d'urgences comprises)

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je me permets de vous proposer un questionnaire afin d'évaluer les pratiques en cours sur Angers à propos du toucher vaginal lors des consultations prénatales (consultations de suivi de grossesse ou consultations d'urgence).

Ce questionnaire est de nature anonyme et sera utilisé à des fins statistiques.

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Romain LORIOUX,
Etudiant Sage-femme de l'école d'Angers

1. Le toucher vaginal (TV) est-il un examen que vous pratiquez à chaque consultation (hors contre-indications comme le placenta praevia) ?

- Oui, en général le TV fait systématiquement parti de mon examen clinique
- Non, en général ma pratique du TV n'est pas systématique

2. SI VOUS AVEZ REPONDU OUI à la question 1. :

APRES VOUS PASSEREZ A LA PAGE 2 AU DOS,
sans répondre à la partie 3.

- Si votre pratique du TV est en général systématique, c'est...
(une seule réponse possible : réponse qui vous convient le mieux)
 - Pour dépister d'éventuelles menaces d'accouchement prématuré
 - Par crainte médico-légale
 - Parce que les femmes enceintes sont généralement rassurées de savoir leur col utérin fermé en quittant la consultation
 - Par habitude
 - Autre :
- Seriez-vous prêt à modifier votre pratique pour n'effectuer des TV que sur signes d'appels ?
 - Oui car ... **(une seule réponse possible)**
 - Il n'existe aucune recommandation indiquant la pratique systématique du TV
 - Des études prouvent l'inutilité de la pratique systématique du TV
 - C'est un confort pour la patiente
 - Autre :
 - Non car ... **(une seule réponse possible)**
 - La pression médico-légale est forte
 - Le TV reste essentiel au dépistage de la menace d'accouchement prématuré
 - Autre :

3. SI VOUS AVEZ REPONDU NON à la question 1. :

Vous venez de passer la partie 2. APRES VOUS PASSEREZ A LA PAGE 2 AU DOS

- Si votre pratique du TV n'est en général pas systématique, c'est...
(une seule réponse possible)
 - Parce qu'il n'existe aucune recommandation indiquant la pratique systématique du TV
 - Parce que des études prouvent l'inutilité de la pratique systématique du TV
 - Parce que c'est un confort pour la patiente
 - Autre :
- Depuis combien de temps avez-vous adopté cette pratique ?
(une seule réponse possible)
 - Avec l'expérience
 - Depuis toujours
 - Depuis la connaissance de certaines recommandations
 - Autre :
- Quelles indications vous amènent à pratiquer un TV ?
(plusieurs réponses possibles)
 - À la première consultation de grossesse
 - Sur signes cliniques d'appel (comme des contractions utérines)
 - En fonction des antécédents de la patiente
 - Au 9^{ème} mois de grossesse
 - Pour rassurer la patiente
 - Je n'effectue aucun TV lors d'un suivi de grossesse
 - Autre :

4. Le TV est-il, selon vous, un examen incontournable pour le dépistage des patientes en menace d'accouchement prématuré ?
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
5. Pensez-vous qu'une pratique non systématique du TV à la population générale de femmes enceintes entraînerait, en France, une augmentation du taux d'accouchement prématuré par défaut diagnostic des menaces d'accouchements prématurés ?
- Oui
 - Non
 - Je n'ai pas d'avis sur la question
6. Pensez-vous qu'il existe des alternatives au toucher vaginal en systématique pour le dépistage des menaces d'accouchement prématuré ?
- Oui (**plusieurs** réponses possibles) :
 - L'échographie endovaginale du col utérin
 - La pratique de TV ciblés (sur signes d'appels ou autres indications)
 - Autre :
 - Non
 - Je ne sais pas
7. Quel est votre profession ?
- Gynécologue
 - Gynécologue-Obstétricien
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Autre :
8. Vous avez une expérience professionnelle :
- Inférieure à 5 ans
 - Comprise entre 5 et 10 ans
 - Supérieure à 10 ans
9. Vous avez une activité :
- Libérale en ville
 - Hospitalière ou en clinique
10. Vous êtes :
- Un homme
 - Une femme
11. Si vous désirez vous exprimer sur le toucher vaginal, l'espace ci-dessous vous est réservé

Romain LORIOUX

C.H.U. d'Angers
Ecole de Sage-femme
4 rue Larrey
49100 ANGERS



ANNEXE 2

Courrier adressé aux professionnels libéraux

Docteur,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je me permets de vous proposer un questionnaire afin d'évaluer les pratiques en cours sur Angers à propos du toucher vaginal lors des consultations prénatales.

La participation à cette enquête **ne demande pas beaucoup de temps** car les réponses aux questions sont présentées sous forme d'items à cocher.

Le questionnaire est de nature strictement **anonyme** et sera utilisé à des fins statistiques.

Enfin, **aucun frais postal ne vous incombe**. En effet, une enveloppe postale timbrée prête à l'envoi vous est fournie pour me faire parvenir vos réponses.

A l'avance, je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail et vous prie de croire, Docteur, en l'assurance de mes salutations les plus respectueuses.

Romain LORIOUX,

Etudiant Sage-femme de l'école d'Angers

Pièce jointe : - Enquête anonyme
- Enveloppe timbrée

Tél. perso. 02 41 73 30 71
Courriel : loriouxromain@neuf.fr

Romain LORIOUX
C.H.U. d'Angers
Ecole de Sage-femme

Maître de Mémoire :
Mathieu MEZZADRI



ANNEXE 3

Courrier adressé aux gynécologues-obstétriciens du C.H.U. d'Angers

Docteur,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, je me permets de vous proposer un questionnaire afin d'évaluer les pratiques en cours sur Angers à propos du toucher vaginal lors des consultations prénatales.

La participation à cette enquête **ne demande pas beaucoup de temps** car les réponses aux questions sont présentées sous forme d'items à cocher.

Le questionnaire est de nature strictement **anonyme** et sera utilisé à des fins statistiques.

Une fois répondu à l'enquête, celle-ci est à déposer à votre secrétariat (je recueillerai les réponses auprès de votre secrétaire).

A l'avance, je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à mon travail et vous prie de croire, Professeur, en l'assurance de mes salutations les plus respectueuses.

Romain LORIOUX,

Etudiant Sage-femme de l'école d'Angers

Pièce jointe : - Enquête anonyme

Tél. perso. 02 41 73 30 71
Courriel : loriouxromain@neuf.fr

Mesdames, Messieurs les Sages-femmes,

Une enquête vous a été adressée à chacun dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Ce questionnaire d'évaluation des pratiques à propos du toucher vaginal lors des consultations prénatales (consultations d'urgence comprises) est à déposer sans enveloppe dans l'urne prévue à cet effet.

Je me permets de vous préciser que l'enquête est de nature strictement anonyme et qu'elle sera utilisée à des fins statistiques.

Enfin, la participation à cette enquête ne demande pas beaucoup de temps car les réponses aux questions sont présentées sous forme d'items à cocher.

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

Romain LORIOUX,
Etudiant Sage-femme 4^{ème} année

ANNEXE 5 ENQUETE ANONYME

AUPRES DE FEMMES AYANT ACCOUCHE AU C.H.U. D'ANGERS

Ce questionnaire est de nature anonyme et sera utilisé à des fins statistiques pour un mémoire de fin d'étude d'étudiant Sage-femme.

Je vous remercie d'avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail.

1. Renseignements généraux

- Quel est votre age ?
- Avez-vous déjà eu des enfants (avant cette grossesse) ? Si oui, combien ?
- Exercez-vous une profession ? Si oui, laquelle ?
- Situation familiale (cocher la réponse) :
 - Célibataire
 - Vie en couple
 - Mariée
 - Autre :
- Date de votre accouchement : ... / ... / 2009
- Terme prévu initialement : ... / ... / 2009
- Avez-vous eu une césarienne à cette grossesse ?
 - Oui
 - Non

2. Suivi de la grossesse actuelle

- **Avant** de venir consulter au C.H.U. d'Angers, votre grossesse était suivie par :
 - Médecin généraliste
 - Sage-femme
 - Gynécologue
 - Autre :
- Cette personne, qui suivait votre grossesse, effectuait-elle des touchers vaginaux pour examiner le col (col de l'utérus) ?
 - Oui, à chaque consultation
 - Oui, mais pas systématiquement à chaque consultation
 - Non, jamais
 - Je ne sais pas ce qu'est le toucher vaginal

3. L'examen du col par toucher vaginal

- En allant aux consultations chez le professionnel qui suivait ma grossesse :
 - J'avais envie de savoir comment était mon col (col de l'utérus)
 - Je ne me souciais pas de mon col (col de l'utérus)

- Pendant la consultation :
(une seule réponse à cocher)
 - Un examen (toucher vaginal) me rassurait
 - L'absence d'examen (toucher vaginal) m'inquiétait, j'aurais préféré en avoir un
 - Je préférerais ou aurais préféré ne pas avoir d'examen (toucher vaginal)
 - Examen ou pas (toucher vaginal) cela m'était égal

- Le toucher vaginal est, d'après vous :
 - Sans doute un examen important
 - Sans doute un examen non indispensable

- Le toucher vaginal est un examen qui touche à mon intimité :
 - Même en supposant son intérêt médical, le toucher vaginal me gênait (pudeur) quand même
 - Le toucher vaginal ne me gênait (pudeur) pas énormément, c'était un examen médical parmi d'autres

4. Antécédents

- Concernant ma grossesse :
(Cocher **la ou les case(s)** qui vous correspondent)
 - Elle n'était pas toujours très facile à vivre
 - Elle était très agréable à vivre, être enceinte était une expérience fabuleuse
 - J'ai été hospitalisée

- À ma ou mes **précédente(s)** grossesse(s) :
(Cocher **la ou les case(s)** qui vous correspondent)
 - J'ai déjà accouché à terme par voie basse ou césarienne (c'est à dire au moins 4 semaines (1 mois) avant le jour prévu pour l'accouchement)
 - J'ai déjà failli accoucher prématurément
 - J'ai déjà accouché prématurément (voie basse ou césarienne)
 - J'ai déjà eu une ou plusieurs césarienne(s)
 - J'ai déjà eu 3 fausses couches ou plus
 - J'ai déjà été hospitalisée pendant une ou des grossesse(s)
 - Une ou plusieurs de mes grossesse(s) s'est (se sont) bien déroulée(s)
 - Une ou plusieurs de mes grossesse(s) a (ont) été, selon moi, difficiles
 - Un ou plusieurs accouchement(s) (voie basse ou césarienne) a (ont) été difficiles, je garde un bon souvenir de la (des) naissance(s) mais cela m'a marquée
 - Je garde un très bon souvenir d'un ou plusieurs accouchement(s) (voie basse ou césarienne)

Si vous désirez vous exprimer sur le toucher vaginal, l'espace ci-dessous vous est réservé

ANNEXE 6

Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro (Papiernik)

1	Deux enfants ou plus, sans aide familiale; Bas niveau socio-économique	Un curetage; Court intervalle après grossesses précédentes (Un an entre l'accouchement et la fécondation)	Travail à l'extérieur	Fatigue inhabituelle; Prise de poids exceptionnelle
2	Grossesse illégitime; Moins de 20 ans; Plus de 40 ans	Deux curetages	Plus de trois étages sans ascenseur; Plus de 10 cigarettes par jour	Moins de 5 Kg de prise de poids; Albuminurie; Hypertension artérielle (>13/8)
3	Très bas niveau socio-économique; Moins de 1m50; Moins de 45 Kg	Trois curetages ou plus; utérus cylindrique	Long trajets quotidiens; Efforts inhabituels; Travail fatiguant; Long voyage	Chute de poids le mois précédent; Tête basse; Segment inférieur; Siège à 7 mois
4	Moins de 18 ans	Pyélonéphrite		Métrorragies du 2ème trimestre; Col court; Col perméable; Utérus contractile
5		Malformation utérine; Antécédent d'avortement tardif ou d'accouchement prématuré		Grossesse gemellaire; Placenta praevia; Hydramnios

ANNEXE 7

Situation à risque durant la grossesse selon la Haute Autorité de Santé

Période préconceptionnelle ou 1ère consultation de grossesse

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

- Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)
- Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m² et supérieur ou égal à 40 kg/m² pour obésité morbide)
- Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)
- Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)
- Antécédents familiaux (pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1er degré) ; pathologies génétiques : caryotypique, génique)

TOXIQUES

- Sevrage alcoolique
- Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES

Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux

- Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)
- Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres
- Pathologie rétinienne (dont myopie grave)
- Hémorragie cérébrale, anévrisme

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques

- Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow
- Maladie de Basedow
- Épilepsie traitée ou non traitée
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)
- Asthme modéré, ancien, contrôlé
- Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)
- Drépanocytose et autres hémoglobinopathies
- Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun
- Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)
- Néphropathie
- Uropathie
- Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)
- Chimiothérapie et radiothérapie
- Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères

Maladies infectieuses

- Séropositivité VIH
- Portage antigène HBs
- Hépatite C ou B active A

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES

- Pathologies utéro-vaginales
- Malformation utéro-vaginales
- Mutilations sexuelles
- Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)
- Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)
- Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)
- Distylbène syndrome

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE

Antécédents médicaux

- Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie
- Diabète gestationnel

Antécédents obstétricaux

- Césarienne
- Incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)
- Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie
- Hypertension gravidique
- Pré-éclampsie, syndrome de HELLP
- Fausses couches répétées au cours du 1er trimestre
- Fausses couches tardives au cours du 2e trimestre
- Accouchement prématuré
- Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)
- Interruption médicale de grossesse (IMG)
- Hématome rétroplacentaire
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3e percentile)
- Mort foetale in utero (MFIU) d'origine vasculaire

Antécédents liés à l'enfant à la naissance

- Asphyxie périnatale avec séquelles
- Mort périnatale inexpliquée
- Anomalie congénitale ou génétique

Antécédents liés à l'accouchement précédent

- Hémorragies post-partum sévères
- Déchirure du sphincter anal
- Dépression du post-partum, stress post-traumatique
- Psychose puerpérale
- Dystocie des épaules

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)

FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX

- Traumatisme abdominal
- Accouchement secret sous x

TOXIQUES

- Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)
- Cannabis
- Alcool
- Tabac
- Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)
- Intoxication au plomb
- Oxyde de carbone
- Irradiation

FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX

- Diabète gestationnel
- HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)
- Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)
- Thrombose veineuse profonde
- Coagulopathies et thrombopénie maternelles
- Anémie gravidique
- Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)
- Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)
- Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)
- Cholestases gravidiques

MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES

- Toxoplasmose
- Rubéole
- Infection à cytomégalovirus
- Herpès génital primo-infection ou récidive
- Infection à parvovirus B19
- Varicelle/ zona
- Hépatite B aiguë
- Hépatite virale A, C, D ou E B
- Tuberculose
- Infection VIH
- Syphilis
- Grippe
- Listériose
- Paludisme
- Chikungunya
- Maladie périodontale

FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX

- Laparotomie en cours de grossesse

FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES

- Cancer du col
- Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)
- Kyste ovarien
- Cancer du sein
- Infections vaginales
- Vaginoses bactériennes

FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX

- Traitement de l'infertilité (> 1 an)
- Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive
- Oligoamnios (< 37 SA)
- Hydramnios
- Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP
- Amniocentèse/ponction des villosités choriales
- Réduction embryonnaire
- Pertes de sang persistantes
- Hémorragies foeto-maternelles
- Hématome rétroplacentaire
- Béance cervicale
- Menace d'accouchement prématuré
- Grossesse gémellaire
- Grossesse triple
- Incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)
- Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale
- Retard de croissance foetale
- Mort foetale in utero
- Anomalies de localisation du placenta
- Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA
- Grande multipare (supérieur à 5)

Consultation du 9e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX

- Grossesse non suivie
- Dépassement de terme
- Macrosomie
- Présentation non céphalique à terme
- Suspicion de dystocie

ANNEXE 8

Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles

1 Agriculteurs exploitants

- 11 Agriculteurs sur petite exploitation
- 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation
- 13 Agriculteurs sur grande exploitation

2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus

3 Cadres et professions intellectuelles supérieures

- 31 Professions libérales et assimilés
- 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise

4 Professions Intermédiaires

- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise

5 Employés

- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- 56 Personnels des services directs aux particuliers

6 Ouvriers

- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés
- 69 Ouvriers agricoles

7 Retraités

8 Autres personnes sans activité professionnelle

- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 83 Militaires du contingent
- 84 Elèves, étudiants
- 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
- 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

SUMMARY

INTRODUCTION

Is not reducing mortality and morbidity the common goal of obstetrics and pediatrics ? And yet, preterm birth is, at the moment, the first cause of these morbid-mortalities in France. Consequently, the screening of pregnancies exposed to a threatened preterm labor is of a certain interest.

The evaluation of the cervix through cervical examination seems to be the first method used to diagnose this risk. Moreover, resorting to the latter seems to be frequent during the steady of pregnancy. However, many European countries did not choose a routine cervical examination during prenatal consultations. And yet, some of them present an equal, even an inferior, rate of preterm birth to ours.

Is there an interest in the practice of routine cervical examinations during low-risk pregnancies ?

OBJECTIVE

In order to work out a reflection about our methods, it seemed essential to turn to the goals and consequences of this examination. Thus, the interest of our work was both on practitioners and patients.

METHODS

An analysis of the professional practices in Angers was made between September and December 2009 through a written and anonymous questionnaire. Among the liberal field (in town) and the hospital field, gynecologists-obstetricians, midwives and general practitioners were interrogated. The number of questionnaires which could be used was up to 133.

A survey was given to patients in the postpartum period from October to December 2009 in the hospital of Angers through a written and anonymous questionnaire. The number of them which could be used was up to 137.

RESULTS

A majority of professionals surveyed seemed to use cervical examinations for each pregnancy consultation. However, there were a lot who would be ready to change their methods to use a targeted one for the exam. Finally, the profession and the professional experiment seemed primordial in this type of practice.

The patients, were for most, willing to be informed on their cervix during obstetrical examinations. Thus, this exam seemed reassuring for the majority of pregnant women. Eventually, there would exist a link between parity and this desire to be informed, and also between the type of practice of the practitioner and this same desire.

CONCLUSION

Nothing seems to oppose a changing in the French methods, as regards cervical examination, for various reasons.

First, the young professionals, who have just been graduated, seem to use this examination less often.

Second, the patients consulting a practitioner who use a targeted one for the exam are less willing to be informed about their cervix.

Thirdly, literature exposes the uselessness of the routine cervical examination during a low-risk pregnancy, for the prevention of preterm deliveries. What's more, no recommendation of practice, seems, in France, to indicate the use of this method for each obstetric consultation. Finally, there is no legislative law about the attitude to adopt as far as cervical examinations are concerned.

Keywords *Cervical examination; pregnancy; preterm delivery; preterm birth; threatened preterm labor*

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Diminuer la morbidité et la mortalité néonatale ; n'est-ce pas là l'objectif commun de l'Obstétrique et de la Pédiatrie ? Or, la prématurité est, à l'heure actuelle, la première cause de ces morbi-mortalités en France. Par conséquent, le dépistage des grossesses exposées à une menace d'accouchement prématuré est d'un intérêt certain.

L'évaluation du col utérin par toucher vaginal semble être, dans l'hexagone, l'examen utilisé en première intention pour diagnostiquer ce risque. De plus, le recours à ce dernier paraît être fréquent dans le cadre du suivi de grossesse. Cependant, plusieurs pays européens n'ont pas opté pour un usage systématique du toucher vaginal au cours des consultations prénatales. Or, certains d'entre eux présentent un taux de prématurité semblable voire même inférieur au notre.

Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?

OBJECTIF

Afin d'élaborer une réflexion autour de nos pratiques, il apparaissait essentiel de se tourner vers les objectifs et les conséquences de cet examen. Ainsi, l'intérêt de notre travail portait à la fois sur les professionnels et les patientes.

METHODES

Une analyse des pratiques professionnelles sur Angers a été réalisée entre septembre et décembre 2009 par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit et anonyme. En milieu libéral (en ville) et hospitalier (public et privé), des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et des médecins généralistes ont été interrogés. Le nombre de questionnaires exploitables s'élevait à 133.

Une enquête auprès de patientes a été effectuée d'octobre à décembre 2009 dans le service de suites de couches du C.H.U. d'Angers par l'intermédiaire d'un questionnaire écrit et anonyme. Le nombre de questionnaires exploitables s'élevait à 137.

RESULTATS

Une majorité de professionnels sondés paraissait recourir au toucher vaginal à chaque consultation de grossesse. Cependant, ils étaient nombreux à s'estimer prêts à modifier leur pratique pour s'orienter vers un usage ciblé de l'examen. Enfin, la profession et l'expérience professionnelle semblaient déterminantes dans le type de pratique adoptée.

Les patientes, étaient pour la plupart dans l'attente d'être informées de leur col utérin lors des consultations obstétricales. Ainsi, la pratique de cet examen s'avérait être rassurant pour la majorité des femmes enceintes. Enfin, il existerait un lien entre la parité et le désir d'être avisé du col, ainsi qu'entre le type de pratique du professionnel (toucher vaginal systématique ou ciblé) et ce même désir.

CONCLUSION

Rien ne semble s'opposer à une mutation des pratiques françaises, au sujet du toucher vaginal pendant la grossesse, pour plusieurs raisons.

Premièrement, les jeunes professionnels, nouvellement diplômés, semblent recourir moins souvent à l'examen.

Deuxièmement, les patientes consultant chez un praticien ayant opté pour une pratique ciblée du toucher vaginal sont moins désireuses d'être avisées de leur col.

Troisièmement, le parcours de la littérature expose l'inutilité du toucher vaginal en systématique, dans le cadre de grossesse à bas risque, pour la prévention des accouchements prématurés. De même, aucune recommandation de pratique, ne semble, en France, indiquer l'usage de l'examen à chaque consultation obstétricale. Enfin, il n'existe aucun texte législatif statuant sur l'attitude à adopter vis-à-vis du toucher vaginal.

Mots-clés Toucher vaginal ; grossesse ; prématurité ; menace d'accouchement prématuré