



**HAL**  
open science

# Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales : enquête auprès de 229 professionnels haut-normands

Delphine Bon-Mardion

► **To cite this version:**

Delphine Bon-Mardion. Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales : enquête auprès de 229 professionnels haut-normands. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00669008

**HAL Id: dumas-00669008**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00669008>**

Submitted on 10 Feb 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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN  
DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

# Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales

---

Enquête auprès de 229 professionnels  
haut-normands

Mémoire présenté par  
**Mademoiselle Delphine Bon-Mardion**  
née le 01/04/1986

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
PROMOTION 2010

# Remerciements...

---

...au **Dr Isabella Chanavaz-Lacheray**, gynécologue-obstétricien au CH du Belvédère,  
directeur de ce mémoire.

...à **Valérie Josset**, médecin de santé public au CH du Belvédère et au CHU de Rouen.

...à **Melle Hébert**, sage-femme enseignante.

...à **Mme Catherine Lévêque**, coordinatrice administrative  
du réseau Périnatalité de Haute-Normandie.

...à **mes amies**, presque sages-femmes.

...à **mes parents, frères, sœur et belles-sœurs**.

# SOMMAIRE

---

Introduction .....	1
--------------------	---

## PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

<b>1. La surveillance prénatale en France.....</b>	<b>2</b>
1.1. Principes de la surveillance des grossesses .....	2
1.1.1. Les professionnels du suivi des grossesses .....	2
1.1.2. Organisation actuelle de la surveillance prénatale .....	3
1.1.3. Objectifs de cette surveillance .....	4
1.1.4. Prévention de la prématurité .....	6
1.2. Le toucher vaginal en consultation prénatale .....	8
1.2.1. Définition .....	8
1.2.2. Indications en consultation prénatale .....	9
1.2.3. Risques et contre-indication.....	11
1.2.4. Cas particulier : le vaginisme.....	13
1.2.5. Efficacité du TV en consultation prénatale.....	13
1.2.6. Vécu du toucher vaginal par les femmes enceintes .....	19
<b>2. Alternatives au toucher vaginal.....</b>	<b>20</b>
2.1. L'échographie endovaginale du col utérin .....	20
2.2. Dosage de la fibronectine foetale .....	21
<b>3. Législation .....</b>	<b>21</b>
<b>4. Pratiques européennes.....</b>	<b>23</b>

## DEUXIEME PARTIE: METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

<b>1. Objectifs et hypothèses de l'étude .....</b>	<b>25</b>
<b>2. Moyens et démarches .....</b>	<b>25</b>
2.1. Le questionnaire .....	28
2.2. Tests statistiques.....	30

## TROISIEME PARTIE: RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Profil des professionnels.....	31
2. Pratiques professionnelles actuelles .....	34
3. Les recommandations de la HAS .....	41
4. La menace d'accouchement prématuré.....	42

## QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION

1. A propos de la méthode.....	44
1.1. Choix de la méthode employée .....	44
1.2. Forces de l'étude.....	44
1.3. Faiblesses de l'étude .....	44
2. Discussion des résultats obtenus.....	45
2.1. Profil de la population.....	45
2.2. Pratiques du TV.....	46
2.2.1. A parité confondue.....	46
2.2.2. Selon la parité.....	47
2.2.3. Justifications à la pratique systématique du TV.....	49
2.2.4. Raisons de pratique non systématique du TV .....	53
2.2.5. Au premier trimestre .....	53
2.2.6. Explications du TV .....	55
2.2.7. Cas particulier des femmes présentant un vaginisme .....	56
2.3. Les recommandations. Evolution des pratiques .....	56
2.4. L'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine foetale .....	57
Conclusion.....	60
Bibliographie	
Annexes	

---

## Introduction

En France, les grossesses font l'objet d'un suivi réglementé comportant, entre autres, sept consultations prénatales. Elles peuvent être suivies par les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues médicaux, les sages-femmes et les médecins généralistes, qui ont des rôles et compétences complémentaires.

Le toucher vaginal est l'examen de référence pour explorer l'appareil génital féminin. Il y a quelques années, il était considéré comme le seul moyen de dépister des menaces d'accouchement prématuré et était donc préconisé systématiquement lors des consultations prénatales.

Depuis les années 2000, cette pratique est remise en question face notamment aux résultats périnataux similaires voire meilleurs de pays voisins qui, pour certains, ont abandonné la pratique systématique du toucher vaginal lors de la grossesse.

Le débat qui existe depuis une dizaine d'années s'articule autour de ces questions :

- Le toucher vaginal est-il efficace, donc justifié, pour satisfaire à ses objectifs ?
- Doit-il être pratiqué à chaque consultation prénatale et à toutes les femmes enceintes, et notamment celles présentant une grossesse à bas risque ?

En effet, si des progrès ont été faits dans le domaine de l'évaluation pronostique des menaces d'accouchement prématuré, nous disposons aujourd'hui de peu de moyens pour les dépister.

Aussi, dans une première partie, nous verrons la place de ce toucher vaginal dans la surveillance prénatale. Nous exposerons dans les deuxième et troisième parties de ce travail, la méthodologie de l'enquête menée auprès de professionnels de la grossesse ainsi que ses résultats. Nous essaierons dans la dernière partie de réfléchir au débat qui nous intéresse en nous appuyant sur la littérature ainsi que nos résultats.

**PREMIERE PARTIE :**

**REVUE DE LA LITTERATURE**

---

# 1. La surveillance prénatale en France

Le souci de la santé de la mère et de l'enfant avant l'accouchement correspond à une préoccupation récente des pays industrialisés. En France, la création de la sécurité sociale a participé grandement à la structuration de la prise en charge de la maternité. Les consultations prénatales obligatoires ont été instaurées, en contre partie desquelles les femmes percevaient une allocation, mais c'est seulement à partir de 1971 que la réglementation s'est précisée [68].

## 1.1. Principes de la surveillance des grossesses

### 1.1.1. Les professionnels du suivi des grossesses

De nombreux acteurs du système de santé français sont impliqués dans la prise en charge de la femme enceinte. Outre les biologistes, tabacologues, nutritionnistes, secrétaires médicales..., les professionnels de la grossesse sont les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les gynécologues médicaux et les médecins généralistes.

Le *gynécologue-obstétricien* est un médecin spécialisé dans la santé de la femme et la reproduction. Il possède les connaissances et les aptitudes médicales, chirurgicales et obstétricales pour suivre toutes les grossesses et pratiquer les accouchements.

Le suivi des grossesses physiologiques est au centre de la profession de *sage-femme*. L'article L. 4151-1 du code de la santé publique (CSP) stipule que l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux. Mais les sages-femmes ont le devoir et l'obligation de faire appel à un médecin gynécologue-obstétricien en cas de pathologie dont le suivi sort de leur champ de compétence (article L. 4151-3 du CSP) [66]

Les *médecins généralistes* et les *gynécologues médicaux* peuvent assurer toutes les consultations prénatales des grossesses.

Pour toute grossesse a priori normale, il existe un risque, le plus souvent imprévisible, d'évolution vers un état pathologique. Gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, gynécologues médicaux et sages-femmes sont donc inévitablement complémentaires.

Pour potentialiser les synergies, les pouvoirs publics ont favorisé la création de réseaux. L'association « Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie » voit le jour en mai 2000 grâce à la volonté des professionnels souhaitant organiser leur exercice pour proposer une prise en charge "sécurisée" pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Tous les professionnels compétents au suivi des grossesses normales sont représentés dans ce réseau Périnatalité. En 2009, 851 professionnels constituaient le réseau dont environ 48% de médecins généralistes, 7% de gynécologues-obstétriciens, 14% d'« autres médecins » (dont les gynécologues médicaux) et 11% de sages-femmes [40, 73].

#### 1.1.2. Organisation actuelle de la surveillance prénatale

Les Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2007 sur le type de suivi indiquent que la grossesse doit se dérouler sous une surveillance médicale attentive. En effet, les risques relatifs de survenue de complications au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement sont élevés en présence de certaines pathologies, ou de certains antécédents.

La HAS a structuré différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses :

- Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ses situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

- Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien [67].

Pour donner un ordre d'idée de la prévalence de chacun des suivis, une étude rétrospective portant sur 88 639 accouchements survenus en Bourgogne en 2001-2005 donne pour cette région les taux suivant :

- Suivi A : 40.9%.
  - o Avis A1 : 10.3%
  - o Avis A2 : 15.5%
- Suivi B : 33.4% [43]

Quel que soit le suivi recommandé, sept consultations sont obligatoires. La première doit avoir lieu avant 14 semaines d'aménorrhées (SA). Les autres, ont lieu tous les mois du quatrième au neuvième mois de grossesse. Chacune d'elles comporte un interrogatoire, un examen clinique général et obstétrical. Des examens complémentaires, obligatoires ou conseillés, sont prescrits à différents moments de la grossesse [53].

Un entretien individuel ou en couple est systématiquement proposé au cours du premier trimestre. Il peut avoir lieu plus précocement ou plus tardivement si le besoin est exprimé.

La surveillance échographique n'est pas obligatoire en France mais elle est très largement intégrée au rythme de la surveillance. Trois échographies sont préconisées autour des termes de 12, 22 et 32 SA. Elles ont une place importante dans la datation du début de grossesse, l'étude morphologique et biométrique du fœtus.

De même, le suivi biologique des femmes enceintes occupe une place importante en France comparativement à d'autres pays européens.

### 1.1.3. Objectifs de cette surveillance

La surveillance prénatale a deux grands objectifs :

- s'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle, ce qui reste majoritairement le cas,

- rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physiologique en une situation pathologique ou à risque pour la mère ou l'enfant.

L'interrogatoire initial au début de la grossesse recueille les antécédents de la patiente permettant d'orienter celle-ci vers les professionnels compétents à suivre l'évolution de sa grossesse. Il permet de cibler à un instant donné le niveau de risque de la grossesse et de mettre en place des actions de prévention. Chacun des interrogatoires des consultations prénatales suivantes recherchent l'apparition d'éléments anormaux nouveaux qui justifieront une prise en charge spécifique.

Un examen clinique doit être réalisé à chaque consultation. Il comprend un examen général (pesée, inspection générale, mesure de la pression artérielle et du pouls, recherche de glycosurie-albuminurie) et un examen obstétrical qui comporte :

- la palpation abdominale associée à la mesure de la hauteur utérine,
- l'auscultation des bruits du cœur fœtal,

Il peut également comporter un toucher vaginal (TV).

Un examen des seins et un frottis cervical doivent être proposés à la femme enceinte lors de la première consultation prénatale, en particulier chez les femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse [66].

L'interrogatoire, l'examen clinique et la prescription d'examens paracliniques sont complémentaires pour dépister des complications. Les principales situations dont le diagnostic et la prise en charge précoce peuvent diminuer les répercussions materno-fœtales sont la menace d'accouchement prématuré (MAP), l'hypertension artérielle, le retard de croissance intra-utérin, le diabète gestationnel et la macrosomie, les infections, l'iso-immunisation rhésus, et les anomalies du volume utérin.

Il est indispensable de ne pas négliger la dimension psychologique du suivi de grossesse, qui doit rester rassurant et source de réconfort. Les consultations prénatales ont aussi pour objectifs d'assurer la transmission et la compréhension des informations, la continuité du suivi, le respect de la dignité de la patiente.

#### 1.1.4. Prévention de la prématurité

Avant 1993, la déclaration légale et obligatoire de la naissance était fixée à 28 SA. Les mesures de réanimation n'étant entreprises qu'après ce terme, tout accouchement avant, aboutissait à une fausse couche.

La circulaire n° 50 du 22 juillet 1993 précise les nouvelles modalités de déclaration légale des enfants prématurés en s'appuyant sur les recommandations de l'OMS (1977). Ainsi, la limite basse pour l'établissement d'un acte de naissance pour des enfants nés vivants correspond au terme de 22 SA à un poids de 500 grammes, à l'exclusion de tout autre critère, en particulier les malformations [52].

La prématurité concerne donc toutes les naissances vivantes survenue entre 22 et 37 SA. Elle est dite « extrême » pour les naissances survenant avant 28 SA, « grande » pour celles entre 28 et 32 SA+ 6 jours, « moyenne » ou « modérée » pour celles entre 33 et 36 SA+ 6 jours [2].

Ses conséquences, en termes de mortalité et morbidité, sont importantes. L'incertitude du pronostic neurologique persiste d'autant plus que l'âge gestationnel est faible [69]. Ainsi, à l'heure actuelle, il est difficile d'envisager une réanimation néonatale avant 25 SA.

La prématurité demeure la première cause de mortalité et de morbidité néonatale. Selon les données du réseau sentinelle Audipog, elle représentait, en 2005, 7% des naissances en France. Il faut distinguer la prématurité spontanée de celle induite pour sauvetage maternelle et/ou fœtale. Toujours selon les données du réseau Audipog, en 2005, 41.2 % des naissances prématurées étaient induites, contre 58.8% spontanées [49].

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse [64].

La France a fait de la lutte contre la prématurité l'un des principaux objectifs de la surveillance prénatale. Cette politique s'est inscrite dans le plan de périnatalité du Ministère de la santé en 1971 (article 3, arrêté du 27 août 1971). Elle repose sur les hypothèses et les techniques d'analyse du risque proposées par Papiernik en 1969. Son hypothèse est qu'il est possible de reconnaître au cours de la grossesse les femmes à

risque d'accoucher prématurément. Il a proposé de calculer un coefficient de risque d'accouchement prématuré (CRAP) qui tient compte :

- des antécédents d'accouchement(s) prématuré(s) et de fausse(s)-couche(s) tardive(s),
- de l'existence de complications concernant la grossesse actuelle,
- du mode de vie de la femme,
- des signes cliniques repérés lors des consultations grâce au TV. [annexe n°I]

En France, la pratique systématique du TV à chaque consultation prénatale a donc été instaurée dans le début des années 1970 pour prévenir l'accouchement prématuré [9,5].

Lancée en 1972, cette politique a contribué à une baisse de la prématurité en France. L'hypothèse de Papiernik qui consiste à dépister les facteurs de risque, et notamment des modifications cervicales anormales, est corroborée par plusieurs études publiées de 1972 à 1982 :

- les enquêtes nationales réalisées par l'Unité de Recherche Inserm mère-enfant rapportent que les taux de naissances prématurées décroissent de 7.9% en 1972 à 5.8% en 1981 et à près de 4% en 1988-1989. Ces résultats mettent également en exergue l'utilisation plus large de l'échographie [12].
- l'étude longitudinale d'Haguenau inclut une cohorte des femmes enceintes accouchant dans cette maternité de 1972 à 1982. Celle-ci a montré une diminution des naissances avant 33 semaines, passant de 1,5% à 0,5%. La différence est statistiquement significative. La baisse est moins marquée mais reste significative pour les naissances de 33 et 34 semaines (de 1,1% à 0,7%)

Par contre il n'y a pas eu de baisse constatée des naissances de 35 et 36 semaines pendant ces 10 ans d'observation [30, 71].

La lutte contre la prématurité s'est faite de façon concomitante à une amélioration de la prise en charge néonatale contribuant à une diminution de la morbi-mortalité due à celle-ci. Le pronostic vital des prématurés s'est considérablement amélioré grâce aux progrès de la réanimation néonatale, au traitement anténatal par les corticoïdes et à la mise en place des réseaux de prise en charge périnatale [40, 69].

La politique de prévention a dans l'ensemble fonctionné. Le taux de prématurité a globalement diminué en France depuis sa mise en place. Mais cette stratégie pour

identifier les femmes à risque a malheureusement des limites. C'est pourquoi, après Papiernik, d'autres ont établi différentes stratégies associant CRAP, TV systématique et surveillances de l'activité contractile de l'utérus [1]. Mais toutes présentent les mêmes lacunes. Les scores de risque d'accouchement prématuré se sont en effet avérés décevants, car ils ont à la fois une faible sensibilité (généralement inférieur à 50 %) et une valeur prédictive positive médiocre (17 à 34 %), en particulier chez primipares [18, 27, 36, 46].

## **1.2. Le toucher vaginal en consultation prénatale**

### **1.2.1. Définition**

Le TV est un examen effectué grâce à l'introduction de deux doigts (l'index et le majeur) dans le vagin dans le but d'explorer méthodiquement l'appareil génital féminin interne et les organes pelviens avoisinants. Il est habituellement combiné à la palpation abdominale qui lui permet d'apprécier l'utérus, les ovaires, les trompes et les organes pelviens. Il est utilisé en gynécologie et en obstétrique. Il peut être effectué avec uniquement l'index ou le majeur chez certaines femmes ménopausées ou chez les jeunes filles mais cet usage reste très marginal [60].

Pour une meilleure appréciation des paramètres cliniques, il est recommandé d'effectuer ce geste sur une patiente vessie vide et si possible rectum vide. L'utilisation d'un doigtier stérile à usage unique est de rigueur. La femme doit être installée en position gynécologique sur un plan dur.

Pour faciliter le TV, le professionnel qui examine la patiente écarte doucement les petites lèvres d'une main et introduit le majeur, une phalange en contact avec la fourchette postérieure. Il applique une légère pression. L'index passe au dessus du majeur et les doigts sont introduits vers l'arrière. Le professionnel tourne alors légèrement sa main en supination. Les doigts sont en arrière du col et doivent sentir sur la pulpe le col de l'utérus ; il évalue alors sa position, sa consistance, sa longueur et sa dilatation. En passant les doigts de part et d'autre du col, les doigts buttent sur l'utérus. Avec l'aide de la main placée en abdominal, l'anatomie, le volume et la consistance de l'utérus sont explorés, à condition toutefois que la patiente n'ait pas une paroi

abdominale trop épaisse. En examinant les paramètres à gauche et à droite, les ovaires peuvent être perçus ; ils doivent avoir la taille approximative d'une amande [70].

### 1.2.2. Indications en consultation prénatale

- *En début de grossesse [2,3]*

Une présomption de grossesse est faite devant un ou plusieurs des signes suivants : une aménorrhée secondaire, l'apparition de signes sympathiques de grossesse (gonflement des seins, pesanteur pelvienne, nausées-vomissements, fatigue...), la notion d'un rapport sexuel fécondant. Le TV apporte des éléments en faveur ou en défaveur d'une grossesse. En effet, lors de la première consultation, il permet d'apprécier :

- une augmentation de volume de l'utérus qui se traduit par des culs de sacs vaginaux comblés ; l'utérus passe de piriforme à sphérique. C'est le signe de Noble. Cette augmentation ne peut être affirmée avant 6 semaines d'aménorrhée (SA). L'utérus présente un diamètre d'environ 7 cm (taille d'un citron) à 7 SA, 10 cm (taille d'une orange) à 10 SA et 12 cm (taille d'un pamplemousse) à 12 SA.
- un ramollissement du corps utérin, secondaire aux modifications hormonales, qui rend la consistance de l'utérus comparable à une « figue molle ». Cela est plus facilement repérable au niveau de l'isthme utérin permettant de retrouver le signe de Hégar (les doigts intra-vaginaux placés en arrière du col rencontrent sans difficulté les doigts de la main abdominale rasant le bord supérieur du pubis) [59].

Le TV peut également intervenir dans le dépistage des grossesses extra-utérines, ainsi que dans celui des béances et incompétences cervicales, pour lesquelles peut être proposé un éventuel cerclage du col.

Associé à l'examen au spéculum, il trouve également sa place dans le dépistage de pathologies gynécologiques que sont notamment les cancers du col utérin, les tumeurs ovariennes et les myomes. Leurs conséquences peuvent être importantes sur le déroulement et l'issue d'une grossesse.

- Les cancers du col concernent 1.3/1000 grossesse. 1% de ces cancers est diagnostiqué pendant la grossesse [9].
- Les tumeurs ovariennes : les tumeurs organiques existent dans 0.1 à 0.4% des grossesses. La fréquence du cancer de l'ovaire est de 1/30 000 grossesses et 3.6% des tumeurs ovariennes associées à une grossesse sont malignes. Les myomes : grossesse et fibrome concernent 0.5 à 4% des grossesses [1].

En effet, la grossesse est, pour un certain nombre de patientes, la seule occasion de bénéficier d'une consultation gynécologique systématique. Le TV intervient donc dans l'enquête initiale qui permet de classer la grossesse comme étant à risque ou non.

- *Au cours des deuxième et troisième trimestres*

L'OMS a situé la limite de viabilité à 22 SA. A partir de ce terme, les enfants peuvent théoriquement bénéficier de mesures de réanimation permettant leur maintien en vie. Mais le taux de séquelles est souvent proportionnel à l'imaturité de l'enfant, justifiant donc de repousser au maximum la naissance prématurée.

Le TV durant ces deux trimestres cherche essentiellement à dépister des modifications cervicales précédant un accouchement prématuré, et ce d'autant plus qu'il existe des facteurs de risque. Ces modifications sont souvent en relation avec l'apparition d'une activité utérine contractile. Le dépistage des MAP permet une prise en charge adaptée en fonction de la sévérité du risque, pour tenter de réduire l'incidence de la prématurité.

- *En fin de grossesse*

A partir de 37 SA révolues, le problème de la prématurité est résolu. Le TV aide alors à établir un pronostic d'accouchement. En effet, il permet :

- de confirmer le diagnostic de présentation établi lors de l'échographie du troisième trimestre. Une présentation céphalique est perçue au TV comme une masse arrondie, dure et régulière ; alors qu'une présentation du siège sera davantage irrégulière.
- d'apprécier l'existence ou la formation du segment inférieur ainsi que la maturation du col.

- d'évaluer cliniquement le bassin maternel par la pelvimétrie interne à la recherche d'une anomalie des différents diamètres du bassin. Un doute à l'examen clinique peut éventuellement justifier la réalisation d'une radiopelvimétrie pour en obtenir les mesures précises.
- d'évaluer parties molles et périnée ainsi que de confirmer l'absence d'obstacle prœvia.

Cette évaluation pronostique des conditions obstétricales est importante pour décider du mode d'accouchement (voie basse spontanée, déclenchement, césarienne). Elle complète l'anamnèse clinique et biologique du suivi de grossesse.

Le TV est certes un examen simple et peu onéreux donnant de nombreux renseignements mais comme tout geste clinique, il présente des risques.

### 1.2.3. Risques et contre-indication

- *Les risques : La rupture prématurée des membranes (RPM) et l'infection*

La littérature est discordante sur l'existence d'un lien de causalité entre TV et RPM.

- Lenihan en 1984 réalise une étude prospective randomisée portant sur 349 patientes. Dans le premier groupe de patientes (n=174), un TV était réalisé de façon hebdomadaire à partir de 37 SA ; dans le second groupe (n=175), aucun examen pelvien n'était pratiqué jusqu'au dépassement de terme. Le taux de RPM était de 18% dans le premier groupe et de 6 % dans le second (p=0.001). les auteurs concluent que le TV réalisé avant terme est un facteur de risque de RPM [31].
- Jenniges et Evans publient en 1990, une autre étude prospective randomisée où 56 femmes étaient examinées chaque semaine à partir de 37 SA jusqu'à l'entrée en travail, et 45 n'avaient aucun examen. Le taux de RPM était de 18% dans le premier groupe et de 13% dans le second. La différence n'est pas significative mais la puissance d'étude est moindre que celle de Lenihan [26].

Selon ces premières études [26,31], le risque de RPM consécutif à la pratique du TV en routine en cours de grossesse, semble augmenté. Cependant, celles-ci ont aujourd'hui plus de vingt ans. D'autres, par contre, vont dans le sens contraire :

- Mc Duffy conclue à partir d'une étude prospective randomisée portant sur 604 patientes que le TV réalisé de façon hebdomadaire à partir de 37 SA n'est pas associé à un risque accru de RPM [35].
- Bivins étudie de façon spécifique l'influence du TV sur les grossesses gémellaires. 89 de ces patientes ont été examinées régulièrement et 288 patientes ne l'ont été que sur indication obstétricale. Les auteurs n'observent pas de différence de risque de RPM entre les deux populations [8].
- Dans l'essai randomisé de Buekens, le taux de RPM est de 27.1% dans le groupe « pratique mensuelle du TV » versus 26.5% dans le groupe « pas de pratique mensuelle du TV ». La différence n'est pas significative [13].

Si le risque de RPM n'est pas établi de façon certaine, il est clair que le TV augmente le nombre et la quantité de germes au niveau du col. Ceci est vrai surtout chez les patientes ayant rompu les membranes mais aussi chez les patientes ayant les membranes intactes [25].

En cas de RPM, limiter au maximum la pratique du TV est plus facilement admis. En dehors du travail, la réalisation d'un ou deux TV fait diminuer nettement le temps de latence entre la RPM et la mise en travail [6,32]. Le TV n'est donc pas clairement montré comme étant un facteur de risque de RPM, mais en cas de RPM avérée, les TV itératifs augmentent les risques de chorioamniotite et d'infection néonatale [46,48].

- *Une contre-indication : le placenta prævia*

Le diagnostic de placenta prævia recouvrant est posé tardivement au cours de la grossesse. Bien qu'il soit souvent suspecté à la deuxième échographie, il n'est confirmé qu'à la troisième, soit aux alentours de 32 SA. Dans ce cas, le TV est par la suite une contre-indication absolue. Il doit être particulièrement prudent et limité à la partie intra vaginale du col [32] lorsque dès l'échographie du deuxième trimestre ce diagnostic est suspecté. C'est en effet, l'introduction du doigt dans le canal cervical qui fait prendre un

risque de saignement [33,48]. Les doigts qui se trouvent en contact avec la plaque basale du placenta particulièrement vascularisée, risquent de la léser provoquant des saignements parfois importants.

#### 1.2.4. Cas particulier : le vaginisme [57, 65, 74]

Le vaginisme est la difficulté persistante ou récurrente de la femme à permettre l'introduction vaginale d'un pénis, d'un doigt ou de tout objet (un tampon applicateur ou un spéculum par exemple), malgré son désir de le faire. Il se traduit par des spasmes involontaires des muscles vaginaux et péri vaginaux. La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, ce qui rend la pénétration difficile, douloureuse voire impossible. Chez certaines femmes, la simple anticipation d'une pénétration vaginale peut déclencher ce spasme musculaire.

Le vaginisme est dit primaire si la pénétration s'est toujours avérée impossible ou difficile. Il apparaît au début de la vie sexuelle de la femme. Cette forme est la plus fréquente. Le vaginisme est dit secondaire s'il apparaît après une vie sexuelle satisfaisante, sans problème particulier. La pénétration devient impossible généralement à la suite d'un traumatisme.

L'origine du vaginisme correspond à un symptôme phobique d'évitement, souvent du à l'anticipation de la douleur physique et/ou de la souffrance mentale. Il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandation spécifique à ces femmes vis-à-vis du TV, ce dernier pouvant être difficile à impossible selon les cas.

#### 1.2.5. Efficacité du TV en consultation prénatale

- *Le TV comme outil diagnostic de grossesse : [63]*

Les signes perceptibles au TV (signe de Noble, signe de Hégar, ramollissement du col utérin et absence de glaire cervicale) sont évocateurs d'une grossesse mais il paraît

actuellement difficilement envisageable en début de grossesse de ne pas utiliser la paraclinique pour diagnostiquer une grossesse débutante : [1]

- L'HCG est mesurable dans le sang dès neuvième jour post conceptionnel, avant même le retard de règles.
- L'échographie permet d'une part de confirmer l'existence de la grossesse, et d'autre part de la localiser. De plus, la mesure de la longueur cranio-caudale permet la datation de la grossesse avec une fiabilité de + ou - 4 jours. Cette dernière, non accessible au TV, est essentielle pour le suivi de la grossesse et pour interpréter correctement d'éventuels signes d'appels pathologiques.

Le TV est donc peu performant pour diagnostiquer une grossesse précoce [1].

- *Intérêt du TV dans le dépistage et le diagnostic d'une MAP.*

C'est sans doute dans cet objectif que le TV est le plus discuté. La littérature abonde en effet d'études tantôt en faveur, tantôt en défaveur de la pratique systématique du TV pour les femmes à bas risque ou celles à haut(s) risque(s). C'est le sujet de notre étude.

- *Le dépistage d'une MAP concernant les femmes asymptomatiques, à bas risque :*

De nombreuses études sur le sujet montrent que des modifications cervicales sont significativement associées au risque d'accouchement prématuré (AP). Les études de Stubbs et Bouyer en font partie.

- En 1986, l'équipe anglo-saxonne de Stubbs effectue une étude prospective portant sur 191 patientes sans antécédent d'AP. Une moyenne de 4 TV par patiente a été réalisée entre 28 et 34 SA. Les résultats montrent que la dilatation d'un col  $\geq 1$  cm ou l'effacement  $> 30\%$  augmente le risque relatif d'AP de 1.8 à 4.2. Les valeurs prédictives négatives (VPN) retrouvées dans cette étude sont bonnes ( $> 92\%$ ) mais les valeurs prédictives positives (VPP), très moyennes ( $< 18\%$ ). La conclusion de l'auteur va dans le sens de la nécessité d'au moins un TV à la fin du deuxième trimestre, même chez les patientes à faible risque [47].
- L'étude prospective de Bouyer parue aussi en 1986, portait sur 7937 grossesses dont plus de la moitié avait des visites prénatales avant 37 SA. A partir de 18 semaines de grossesse, Bouyer montre que la présence d'au

moins un des signes de maturation du col était significativement associée à l'AP, dont l'élément le plus prédictif est, dans cette étude, la dilatation de l'orifice interne. Ces résultats ont été obtenus à la fois chez les primipares et chez les multipares, après contrôle des facteurs de risque [11,54].

Dans l'ensemble, ces deux études en faveur du TV systématique montrent des résultats similaires : les modifications cervicales, en particulier la dilatation de l'orifice interne du col, sont significativement liées au risque d'AP [11,38], tout en gardant à l'esprit que la VPP du TV est faible [47].

A l'inverse, l'étude phare en défaveur du TV systématique est l'essai randomisé multicentrique dirigé par l'équipe de Buekens. Celui-ci a été réalisé dans sept pays européens sur une population générale de femmes enceintes. Sur près de 6000 patientes, les auteurs ont comparé le taux d'accouchements avant 37 SA entre un groupe de patientes examinées à chaque visite prénatale (6 TV en moyenne), et un groupe de patientes examinées si nécessaire seulement (1 TV en moyenne pendant la grossesse). Le taux d'AP est respectivement de 6.7 et 6.4%, résultats non significatifs. En conclusion, ces nouvelles données ne soutiennent pas l'utilisation en routine de l'examen du col pendant la grossesse [13]. Il existe peu d'études en défaveur du TV systématique mais cette dernière a un niveau de preuve scientifique supérieur aux autres puisqu'il s'agit d'un essai randomisé (NP 1) [annexe n°II]. S'appuyant principalement sur cette étude, d'Ercole et Vayssière concluent que la pratique systématique du TV à chaque consultation prénatale au sein d'une population asymptomatique et à bas risque n'a actuellement pas de justification scientifique [1, 48].

Cette étude a été la principale source à l'origine des recommandations 2005 de la HAS (toujours en vigueur actuellement) qui stipulent qu'en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal. Le TV systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B) [66].

Une étude rétrospective réalisée par Postaï en 2006 a comparé le pronostic obstétrical de 200 femmes examinées mensuellement avec 200 femmes examinées de manière ciblées. Les résultats montrent que quelle que soit la pratique adoptée, le nombre

d'accouchements prématurés, d'infections, de ruptures prématurées des membranes restent inchangés. De plus, tous les AP possédaient dans leur dossier des éléments significatifs (antécédents de MAP, FCS, AP, CU, perte de liquide amniotique, infections...). Enfin, 78,3 % des patientes ayant eu une modification du col importante, nécessitant une attitude thérapeutique, ont présenté des CU [72].

Par ailleurs, Papiernik avance d'autres arguments allant dans ce sens. Sur 1000 femmes enceintes suivies en consultation prénatale, 600 ne présenteront aucun symptôme de risque de prématurité en cours de grossesse et le taux de prématurité observé pour elles sera de l'ordre de 2%. Ce taux peut, selon lui, difficilement être réduit car les naissances qui se produisent avant 37 semaines résultent, pour beaucoup, d'autres étiologies non accessibles à cette prévention : malformations fœtales, malformation utérine ou retard de croissance isolé inexplicable par exemple [71].

- *Le diagnostic d'une MAP concernant les femmes symptomatiques, à bas risque :*

Toujours selon Papiernik, le groupe sensible au dépistage de la MAP est celui des 350 femmes sur 1000 qui vont présenter quelques signes de risque sur lesquelles la prévention peut être efficace. Les signes de risque qui peuvent être reconnus lors des consultations prénatales sont : les métrorragies du deuxième et troisième trimestres, la perception de contractions utérines ou d'un utérus contractile, la perception par le TV que le col a changé de longueur, de consistance ou qu'il n'est plus fermé, ou encore la mise en évidence par l'interrogatoire de circonstances de la vie quotidienne qui ont pu déclencher des contractions utérines (un travail fatigant, un long voyage en voiture, un déménagement, une épreuve psychologique pénible).

La difficulté de cette mesure du risque est que sa sensibilité est bonne mais sa spécificité faible, l'examen clinique ne permet pas d'identifier précisément les patientes qui vont accoucher prématurément. Le taux de prématurité est 5 à 10 fois plus élevé chez les femmes reconnues à risque que chez celles qui sont reconnues sans risque. La VPP est faible, 20% environ des femmes reconnues à risque vont effectivement accoucher avant terme. La spécificité est faible car des femmes reconnues sans risque peuvent accoucher avant terme [71].

Par ailleurs, le diagnostic de MAP n'est pas forcément associé à la survenue d'un AP et ce, indépendamment de la prise en charge puisque les essais randomisés testant certains tocolytiques montrent que, dans le groupe placebo, environ 50% des patientes hospitalisées pour MAP accouchent après 37 SA [28].

Pour améliorer les facteurs prédictifs, l'échographie endovaginale (avec la mesure de la longueur du col ou la recherche d'une protrusion des membranes dans le canal cervical) et le dosage de la fibronectine fœtale offrent de nouvelles perspectives pour l'évaluation des MAP [46].

- *Dépistage d'une MAP chez les femmes asymptomatiques, à hauts risques :*

Les scores de risque d'accouchement prématuré ont, nous l'avons vu, une faible sensibilité et une VPP médiocre [21]. L'étude du passé obstétrical ne représente pas un critère suffisant. En effet, bien qu'un antécédent d'accouchement prématuré fasse craindre une récurrence lors de la grossesse suivante, dans une série écossaise, seulement 15 % des mères ayant un tel antécédent accouchent prématurément lors de leur grossesse suivante [18].

Selon Papiernik, dans une population de femmes enceintes, très peu (de l'ordre de 50 sur 1000) sont réellement à risque très élevé. Ce très petit groupe va comporter les grossesses triples ou gémellaires, les femmes ayant une pré-éclampsie sévère, les femmes dont le fœtus souffre d'un grand retard de croissance fœtale. Pour celles-ci, la prévention ne permet pas ou presque pas de réduire la prématurité.

Concernant l'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine fœtale, en 2002, Iams a montré que, dans un échantillon de 306 femmes dont 80% étaient à haut risque d'accouchement prématuré, ils n'étaient pas supérieurs au TV pour dépister les MAP [23]. Cependant, la consistance du col utérin, critère inaccessible à l'échographie, est importante à prendre en compte en cas de MAP et n'est évaluée que grâce au TV.

- *Diagnostic d'une MAP chez les femmes symptomatiques, à hauts risques :*

Pour les patientes présentant une menace d'accouchement prématuré, le TV est l'examen de référence pour apprécier les modifications cervicales. Les principaux critères évalués dans la littérature sont l'effacement du col au-delà de 50% et la dilatation ( $\geq 2$  ou 3 cm). Le score de Bishop a également été beaucoup étudié [annexe

n°1]. Plus la dilatation est importante ou le score de Bishop élevé, plus le risque d'accoucher dans les 48 heures ou avant 37 SA est élevé [1,34]. Mais s'il existe une association significative entre ces différents critères et un accouchement prématuré, leurs valeurs diagnostiques sont en général modestes. En effet, selon le seuil que l'auteur choisit, soit il retrouve une sensibilité élevée, mais avec un nombre important de faux positifs (score du Bishop à 4 par exemple), soit il retrouve une spécificité élevée, mais avec un nombre de faux négatifs élevé (Bishop à 6 par exemple) [54].

Le TV présente donc une bonne VPP sur un AP en cas de critères sévères, mais en cas de modifications cervicales modérées, sa valeur pronostique est médiocre [1].

En outre, le TV est réputé pour avoir une mauvaise reproductibilité inter et intra observateurs. Phelps a cherché à évaluer la précision de la mesure de diamètre du col et la variabilité entre 102 examinateurs différents grâce à des boîtes conçues pour simuler un toucher vaginal. La conclusion est que la dilatation du col est précisément évaluée avec une erreur de plus ou moins 1 cm. Par contre, la variabilité entre examinateurs est supérieure à 50% [39].

Le CNGOF, dès 2002, confirme la bonne valeur diagnostique de l'examen clinique dans les cas extrêmes comme un col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou, à l'inverse, col très peu modifié avec des contractions rares (NP3). Mais, dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre. Les scores basés sur l'association de critères cliniques et de facteurs de risque n'ont pas été validés et ne peuvent être recommandés pour les décisions en pratique quotidienne (NP4).

#### - *Intérêt du TV dans l'évaluation pronostique des conditions obstétricales*

L'examen du col utérin par le TV fait actuellement référence pour tenter de prédire le succès du déclenchement du travail. Le score de Bishop a été proposé en 1964 pour essayer de prédire l'intervalle de temps séparant le TV de la mise en travail spontanée. Les critiques apportées à ce type d'examen sont de deux ordres : une valeur prédictive très imparfaite dans l'évaluation de l'issue du déclenchement et le caractère subjectif et imprécis de l'examen [1]. Cependant, les autres outils actuellement disponibles sont aussi controversés. Par exemple, l'étude prospective non randomisée de Droulez,

effectuée entre 2000 et 2005, a inclus 234 patientes à terme pour lesquelles un déclenchement du travail a été programmé. Les patientes ont eu successivement un prélèvement vaginal pour la fibronectine, puis une détermination du score de Bishop. La conclusion était que la fibronectine fœtale utilisée seule n'est pas utile dans le contexte du déclenchement, étant donné le coût additionnel et sa capacité prédictive inférieure à celle du score de Bishop [19]. Plusieurs études se sont aussi intéressées à la comparaison des performances de l'échographie du col et du TV pour prédire le succès d'un déclenchement mais leurs résultats sont encore trop discordants pour préconiser d'utiliser l'un plutôt que l'autre dans cet objectif [20, 37, 41].

Outre la maturation cervicale, le TV en fin de grossesse cherche à évaluer les mesures du bassin. D'après d'Ercole, la technique clinique de la pelvimétrie interne est éminemment subjective et assez peu reproductible. Sa conclusion est que le TV peut être un examen de dépistage mais qu'il nécessite une radiopelvimétrie diagnostique dans le cas où bassin paraît anormalement petit [1].

#### 1.2.6. Vécu du toucher vaginal par les femmes enceintes [56]

Le vécu des femmes face au toucher vaginal semble être partagé. Pour certaines, notamment les multipares, il appuie l'idée que la grossesse se passe normalement. Il rassure. Pour d'autres, souvent primipares, il peut être une véritable source d'angoisse pour plusieurs raisons. En effet, l'examen en lui-même peut être désagréable, voire parfois douloureux si la femme ne parvient pas à se décontracter. De plus, le col utérin peut être très postérieur et difficilement atteignable selon la taille des doigts du praticien, son habileté, sa douceur et ses explications. Enfin, le TV est difficilement accepté et vécu par les femmes de confession musulmane car il peut notamment « annuler » l'état de jeûne dans lequel se trouve la femme. Weiss et Meadow, en 1979, interrogent 75 femmes sur leur vécu de l'examen gynécologique. 85% d'entre elles déclarent vivre le TV comme une expérience négative. Les sentiments d'anxiété, de vulnérabilité, d'humiliation et de déshumanisation sont mis en évidence [51]. Bien que cette étude porte sur une population de femmes non enceintes, ces sentiments sont probablement éprouvés par un grand nombre des patientes.

Enfin, les cas de femmes présentant un vaginisme ou ayant subi une agression sexuelle dans le passé sont rares mais pas exceptionnels. Cet examen est, pour le praticien, difficile, et pour elles, souvent impensable.

## **2. Alternatives au toucher vaginal**

Deux principaux examens sont mis en avant depuis le début des années 2000 : l'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine fœtale.

### **2.1. L'échographie endovaginale du col utérin [4,54]**

L'échographie endovaginale du col utérin fournit une méthode objective et non invasive de l'évaluation du statut cervical : biométrie cervicale, anatomie cervicale (entonnoir, sacculon de la poche des eaux dans le col), examen fonctionnel (modifications dynamiques de l'orifice interne en réponse aux contractions utérines ou à une pression fundique).

Parmi les patientes symptomatiques, la VPP de l'échographie du col est bien supérieure à celle du TV, permettant une meilleure authentification des patientes à risque [22, 24, 42]. De plus, sa VPN est excellente, ce qui devrait permettre de réduire la iatrogénie induite par la lutte contre la prématurité (indications excessives de tocolyses et hospitalisations abusives et prolongées), sans pour autant élever l'incidence de la prématurité. Parmi les patientes asymptomatiques à risque, l'échographie du col a été proposée pour réduire les indications de cerclage dans les nombreux cas où le contexte est incertain. Enfin, en population générale, elle pourrait peut-être avantageusement compléter l'échographie du second trimestre afin de mieux orienter le clinicien sur les patientes à risque d'accouchement prématuré.

Le CNGOF, indique dans ses recommandations de 2002, que l'échographie du col utérin, réalisée par voie transvaginale, a bénéficié d'une évaluation technique satisfaisante (NP3).

Au total, l'échographie du col est recommandée car elle apporte un progrès par rapport au TV dans l'identification des patientes à risque d'accoucher prématurément en cas de MAP (NP 3). Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisations et de

traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative. À l'inverse, pour certaines patientes mal « étiquetées » par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intraveineuse, corticoïdes, transferts in utero). Cependant, il n'y a pas de données actuelles pour recommander l'abandon du toucher vaginal pour l'échographie du col dans la prise en charge des patientes. Beaucoup d'études ont comparé l'efficacité du TV versus échographie du col dans le diagnostic de la MAP. La majorité d'entre elles conclue à une supériorité de l'échographie du col sur le TV mais l'échographie ne renseigne pas de la même façon et sur les mêmes critères que le TV [20, 37, 41].

## **2.2. Dosage de la fibronectine foetale (FnF) [19, 50, 55]**

La fibronectine est une glycoprotéine synthétisée à l'interface maternofoetale par le trophoblaste. Elle joue un rôle dans l'adhésion du blastocyte au niveau de l'endomètre. Elle est détectée jusqu'à 20 SA dans le liquide amniotique et les sécrétions cervicovaginales. Après ce terme, elle est normalement absentes des sécrétions cervicovaginales. En fin de grossesse, la molécule perd ses propriétés adhésives et se retrouve à nouveau dans les sécrétions vaginales. Un taux de FnF supérieur à 0.05 microgramme/ml entre 21 et 37 SA témoigne de la séparation prématurée des tissus maternels et fœtaux et donc du risque d'accouchement prématuré. Cette mesure est effectuée grâce à un prélèvement avec un écouvillon de Dacron soit au niveau du cul de sac postérieur, soit au niveau de l'exocol. Il est à noter que les rapports sexuels, les métrorragies et les TV sont susceptibles de modifier les résultats du test.

En pratique, bien que cette méthode soit apparue il y a bientôt 10 ans, elle reste peu répandue, son coût et sa technicité non accessibles à toutes les maternités y sont sans doute pour beaucoup.

## **3. Législation [61]**

Les professionnels de la grossesse sont soumis à de nombreux textes législatifs qu'ils s'engagent à respecter en entrant dans la profession. Le TV, effectué par les médecins et sages-femmes, est un acte clinique médical, qui à trait à un grand nombre de textes de loi.

Les professionnels ont d'abord l'obligation d'informer leurs patientes de l'utilité de cet acte. Cette obligation est soulignée :

- dans le serment de l'Ordre des médecins : "J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons, et de leurs conséquences."
- dans la charte du patient hospitalisé : "Le médecin doit donner une information *simple, accessible et loyale* à tous ses patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci."
- dans la charte européenne de la parturiente indiquant qu'il est dans l'intérêt de la femme aussi bien que de la société en général de lui fournir une information complète et appropriée qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée.

Ensuite, comme tout acte médical, le recueil du consentement de la personne examinée est imposé. Il est notamment présent :

- dans l'article R.4127-36 du code de déontologie médicale (figurant dans le code de la santé publique) : « Le *consentement* de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. »
- dans l'article 16-1 du Code Civil « 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 »
- dans la charte du patient hospitalisé : "aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient."

En outre, l'intégrité humaine doit aussi être respectée dans ce geste.

- L'article 16-3 du Code de la Santé Publique précise en effet qu'il ne peut être porté atteinte à *l'intégrité* du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne.
- L'article R4127-302 du code de déontologie des sages-femmes insiste lui aussi sur le respect de la vie et de la personne humaine dans l'exercice de la profession de sage-femme.
- la Charte du patient hospitalisé indique que le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales... à tout moment de son séjour hospitalier.

Enfin, l'obligation de donner des soins de qualité est imposée à tout professionnel soignant.

- L'article R 4127-325 du code de la santé publique concerne les sages-femmes précise que dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.
- Le Code de déontologie des médecins indique que le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science. La Cour de Cassation (arrêt Mercier du 20 mai 1936) y ajoute que le médecin doit s'engager à donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises (ou actuelles) de la science.

Cependant, le Référentiel métier et compétences des sages-femmes a été réalisé en octobre 2007 à l'initiative Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages femmes. Il constitue la première étape d'une démarche plus globale de régulation professionnelle. En ce qui concerne l'examen obstétrical, lors de la consultation prénatale, cet écrit précise que le TV doit être réalisé : soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente, soit sur indication [62]. Aucune position franche quant à la pratique systématique du TV n'est donc adoptée dans ce texte, contrairement aux recommandations en vigueur de la HAS qui, nous l'avons vu, ne soutiennent pas la réalisation en routine du toucher vaginal en consultation prénatale. La HAS va plus loin en précisant que l'attitude du TV systématique est donc injustifiée pour le dépistage de la menace d'accouchement prématuré dans une population de femmes sans facteur de risque.

#### **4. Pratiques européennes**

La pratique systématique du TV à chaque consultation prénatale n'est pas consensuelle en Europe [58]. Deux attitudes de surveillance de grossesse peuvent être identifiées :

- En Belgique, en Allemagne, au Luxembourg et en Italie, le TV est pratiqué à chaque consultation prénatale dans le but de dépister une menace d'accouchement prématuré asymptomatique ;
- Au Danemark, au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas, il n'est réalisé qu'occasionnellement au cours de la grossesse, en cas de signe d'appel clinique. La Grèce, le Portugal, la Finlande et la Suède ont également opté pour un TV plutôt occasionnel [48].

Or le taux d'accouchements prématurés n'est pas significativement moindre au sein du premier groupe de pays. Dès 1994, l'essai randomisé de Buekens l'a prouvé [13]. Une autre étude menée par Langer en 1997 a comparé la surveillance prénatale de routine effectuée dans 9 services de gynécologie-obstétrique situés dans 8 pays européens. Les résultats concernant l'examen clinique des deuxième et troisième trimestres montraient que le toucher vaginal n'est réalisé systématiquement que dans quatre services sur neuf. Le service de Strasbourg concerné par cette étude faisait partie de ceux le pratiquant systématiquement [29].

En Angleterre, le suivi de la grossesse est assuré à l'hôpital, soit par une sage-femme, soit par un médecin, ou en dehors de l'hôpital par une sage-femme de « communauté » (community midwife). La consultation de grossesse ne comporte pas de toucher vaginal, d'ailleurs les sages-femmes ne doivent pratiquer l'examen vaginal que si la femme a dépassé 36 SA, si elle est en travail, ou alors s'il y a rupture de la poche des eaux. Sinon, seul le gynécologue y est autorisé. Il est intéressant de noter que, même avec des prises en charge qui diffèrent de celles pratiquées en France, les taux d'accouchements prématurés, chez nos voisins Européens, sont identiques ou inférieurs à celui de la France.

Cinq ans après la parution de nouvelles recommandations professionnelles, où en est le débat sur la pratique du TV en prénatal en Haute-Normandie ?

Nous exposerons dans cette deuxième partie notre enquête menée au sein des professionnels du suivi des grossesses.

**DEUXIEME PARTIE :**

**METHODOLOGIE DE L'ENQUETE**

## 1. Objectifs et hypothèses de l'étude

Notre étude a pour objectif d'évaluer la pratique du toucher vaginal effectué par les gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes et sages-femmes lors des consultations prénatales du suivi des grossesses normales, à bas risque obstétrical.

Nos principales hypothèses de travail sont les suivantes :

- La majorité des professionnels du suivi de grossesse pratique encore un TV de manière systématique à chaque consultation prénatale, dans le but principal de dépister des menaces d'accouchement prématuré.
- Les recommandations actuelles de la HAS sont peu suivies des professionnels qui les connaissent.

Les hypothèses secondaires sont :

- La primiparité est un facteur incitant les professionnels à réaliser un TV à chaque consultation. La multiparité, au contraire, les en dissuade.
- Le TV reste indispensable lors des consultations du dernier trimestre de grossesse.
- L'intérêt du TV n'est que parfois expliqué aux patientes.

## 2. Moyens et démarches

Pour confirmer ou infirmer ces hypothèses, il fallait pouvoir interroger tous les professionnels qui interviennent dans le suivi des grossesses normales, de la déclaration au terme de grossesse à l'accouchement. Le réseau Périnatalité de Haute-Normandie s'est avéré l'instrument idéal de cette enquête puisque ces professionnels membres effectuent en complémentarité le suivi des grossesses. En effet, sauf rares exceptions, aucun gynécologue-obstétricien, sage-femme, gynécologue médical ni médecin

généraliste, ne voit la femme enceinte de manière exclusive du troisième au neuvième mois de grossesse. Leurs activités se relaient ; il apparaissait donc essentiel de les interroger tous pour avoir une idée globale des pratiques actuelles tout au long de la grossesse dans notre région.

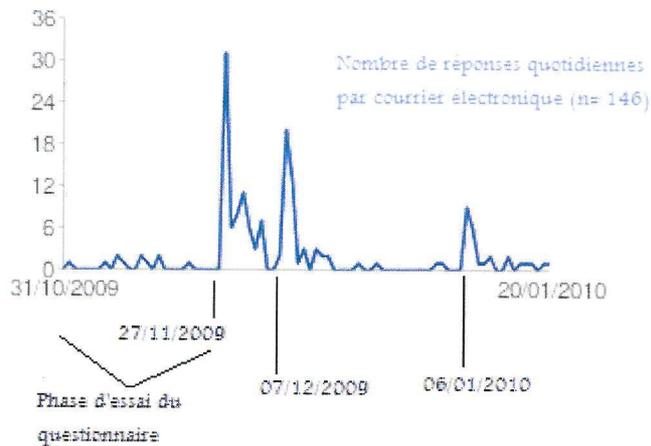
Une enquête par questionnaire anonyme a été choisie. Plusieurs formats ont été créés : une version internet et une version papier.

- Du 31 octobre au 26 novembre 2009, la version papier a été testée auprès de 4 sages-femmes et 3 médecins généralistes. La version internet a été testée auprès de 3 professionnels : 2 sages-femmes, 1 interne de gynécologie-obstétrique. Des corrections ont été apportées, les réponses des 10 testeurs ont donc été exclues des résultats de l'enquête.
- 430 professionnels ont reçu le 27 novembre un courrier électronique grâce aux listes de diffusion du réseau Périnatalité. Ce mail comprenait :
  - o Une lettre cosignée du vice-président du réseau, monsieur le docteur Jean GODARD, de madame le docteur Isabella CHANAVAZ-LACHERAY, directeur de mémoire, et de moi-même. *[annexe n°III]*
  - o Un lien internet qui donnait un accès direct et facile au questionnaire en ligne.
  - o Une version PDF du questionnaire qui permettait d'y répondre aussi par courrier ou fax. *[annexe n°IV]*

Dans cette liste d'envoi, 13 courriers électroniques n'ont pu être transmis. Ceux-ci ont reçu le questionnaire ultérieurement par courrier accompagné d'une enveloppe retour pré timbrée.

Le 28 novembre 2009, une centaine de médecins du réseau s'est réunie pour une matinée de formation. Elle fut l'occasion de présenter de vive voix notre enquête. Certains médecins avaient déjà répondu au courrier électronique reçu la veille. Nous avons pu distribuer des versions papier du questionnaire à ceux qui le souhaitaient, et d'en récupérer ainsi 17.

La première relance a été faite le 7 décembre 2009, la seconde le 6 janvier 2010.



- 67 professionnels n'avaient pas d'adresse électronique mais ont reçu le questionnaire accompagné de la lettre par fax.
- 43 membres du réseau n'avaient ni adresse électronique, ni fax. Ils ont eux aussi reçu le questionnaire nominativement par courrier accompagné d'une enveloppe retour pré timbrée.
- Les sages-femmes cadres des Centres Hospitaliers du Havre (site Monod), d'Elbeuf, de Lillebonne, de Fécamp et de Bernay ont été contactées par téléphone puis mail pour transmettre le questionnaire aux sages-femmes de consultation. Cette démarche a permis d'obtenir 8 réponses sur les 14 sages-femmes interrogées.
- Des questionnaires pour 12 sages-femmes de consultations prénatales du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen ont été mis sous enveloppes nominatives dans le service concerné. Une enveloppe retour a permis de récupérer 6 questionnaires complétés.

Au total, 572 professionnels ont reçu le questionnaire. 229 questionnaires complétés ont été récupérés, soit un taux de récupération globale de 40.0%.

- 146 réponses via internet (taux de retour de 35%) ;
- 37 réponses par courrier dont 15 courriers en réponse au mail (taux de retour de 3.6%) et 22 courriers grâce à l'enveloppe retour (taux de retour de 39.3%) ;

- 17 questionnaires ont été collectés suite à la réunion du Réseau du 28 novembre 2009 ;
- 19 questionnaires ont été récupérés directement sur les lieux de stage (Mont Saint Aignan, Lillebonne, Bernay, Rouen, le Havre) ;
- 10 réponses fax (taux de retour de 14.9%).

### 2.1. Le questionnaire [annexe n°IV]

La version papier du questionnaire, en format livret, comprend deux feuilles. La couverture présente brièvement l'enquête et ses cibles. La version PDF ainsi que le lien internet du questionnaire sont précédés d'un mail explicatif qui présente aussi l'enquête et ses cibles. 26 questions sont réparties en quatre parties. La grande majorité d'entre elles a été identifiée comme variable qualitative.

#### - Première partie : Profil du professionnel

Cette première partie comporte sept questions fermées. Elle cible la profession médicale et son lieu d'exercice, l'âge et le sexe du professionnel, l'ancienneté et la fréquence hebdomadaire de la pratique des consultations prénatales et enfin la pratique actuelle d'accouchement (questions 1 à 7).

#### - Deuxième partie : Pratiques professionnelles actuelles

Les questions 8 et 9 sont les questions phares de l'enquête. Elles interrogent sur la pratique systématique ou non du TV en consultations prénatales, d'abord chez les primipares puis chez les multipares. La distinction des deux questions nous permettra peut-être de savoir si un ou plusieurs antécédents d'accouchement(s) et de grossesse(s) normaux rassure(nt) le professionnel sur le déroulement de l'actuelle grossesse.

Les réponses à ces deux questions nous permettent d'hors et déjà de savoir si le professionnel suit les recommandations 2005 de la HAS.

Les deux questions suivantes (10 et 11) énoncent un certain nombre de raisons qui justifient les réponses précédentes. Elles sont volontairement restrictives à une seule réponse, afin de cibler les arguments principaux de l'une ou l'autre des pratiques.

La question 12 sert à voir si, quelles que soient les habitudes du professionnel vis-à-vis du TV, celui-ci le juge indispensable à certaines CPN. A contrario, ces réponses permettent également de voir celles pour qui le professionnel ne le juge pas essentiel.

La question 13, sous forme de tableau, interroge sur l'efficacité du TV au premier trimestre dans le but :

- de dépister une pathologie gynécologique,
- de dépister une bécance cervicale,
- d'avoir une référence du col de la patiente pour le suivi de sa grossesse
- d'en informer la patiente.

Pour chaque item, le professionnel donne son avis grâce à 4 choix de réponses : inutile/inefficace, peu contributif, justifié, indispensable.

La question 14 concerne ceux qui ne pratiquent pas systématiquement un TV à chaque consultation. Question qualitative à 2 classes OUI/NON, elle est également présentée sous forme de tableau. Elle recherche les principales situations qui incitent ces professionnels à examiner leurs patientes.

La question 15 aborde le sujet de la contribution du TV pour dépister une MAP sans contraction utérine. 4 choix de réponses (jamais, rarement, parfois, souvent) permettent d'évaluer la fréquence de dépistage d'une telle MAP.

Pour préciser cette question, le professionnel, dans la question 16, est invité à noter de 0 (inefficace) à 10 (indispensable) le TV, d'abord dans cet objectif de dépister des modifications cervicales sans signe clinique, puis de la même manière pour évaluer la gravité de la MAP. Une note pour effectuer l'examen du bassin est également attribuée par les professionnels concernés.

Les questions 17 et 18 abordent les habitudes d'information délivrée aux patientes avant de faire cet examen.

La question 19 cherche à voir si les pratiques professionnelles changent face aux femmes présentant un vaginisme.

Pour finir cette partie, la question 20 interroge sur l'évolution ou non de la pratique du TV pendant la carrière professionnelle.

- Troisième partie : Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2005)

La question 21 rappelle les recommandations en vigueur de la HAS et interroge sur la connaissance ou non de celles-ci.

Les questions 22 et 23 concernent les professionnels les connaissant : les suivent-ils, et depuis combien de temps.

La question 24 cherche à savoir si ceux qui n'avaient pas connaissance des recommandations seraient disposés à les suivre désormais.

- Quatrième partie : La menace d'accouchement prématuré

Les 2 dernières questions (25 et 26) interrogent le professionnel sur deux examens complémentaires relatifs à la MAP : l'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine fœtale.

## **2.2. Tests statistiques**

L'analyse statistique a été faite grâce au logiciel Epi 6 Info version 04. Dans le cadre de l'analyse uni-variée, les différences observées ont été considérées statistiquement significative pour  $p < 0.05$ . La représentation graphique des résultats a été réalisée par le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

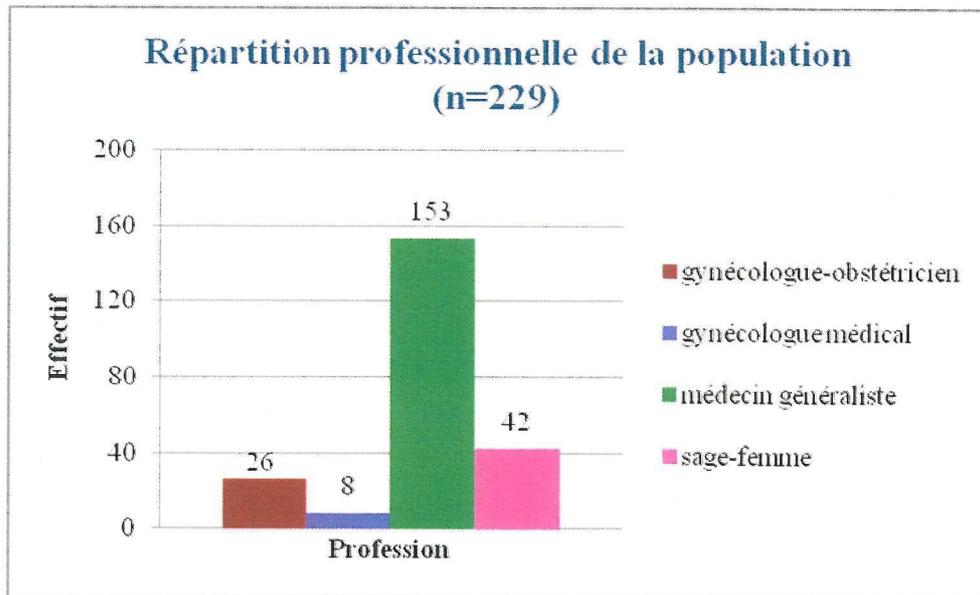
**TROISIEME PARTIE :**

**RESULTATS DE L'ENQUETE**

---

# 1. Profil des professionnels

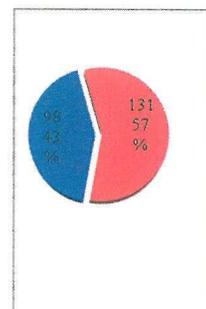
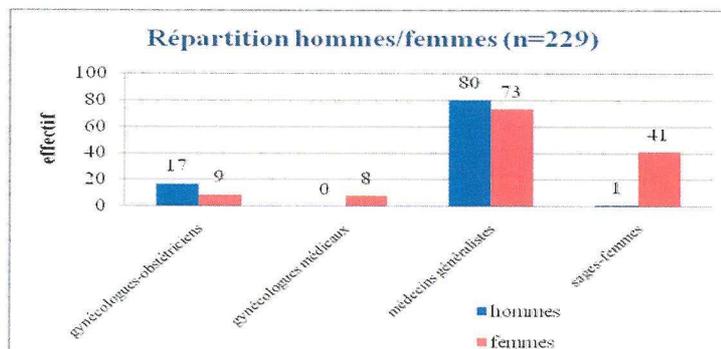
## Question 1 : La profession



Le taux de réponse par catégorie professionnelle est de :

- Gynécologues-obstétriciens : 48.1%, soit 26 réponses sur 54 gynécologues-obstétriciens interrogés
- Médecins généralistes : 40.7%, soit 153 réponses sur 376 médecins interrogés
- Sages-femmes : 40.0%, soit 42 réponses sur 105 sages-femmes interrogés
- Gynécologues médicaux : 22.9%, soit 8 réponses sur 35 gynécologues médicaux interrogés.

## Question 2 : Le sexe



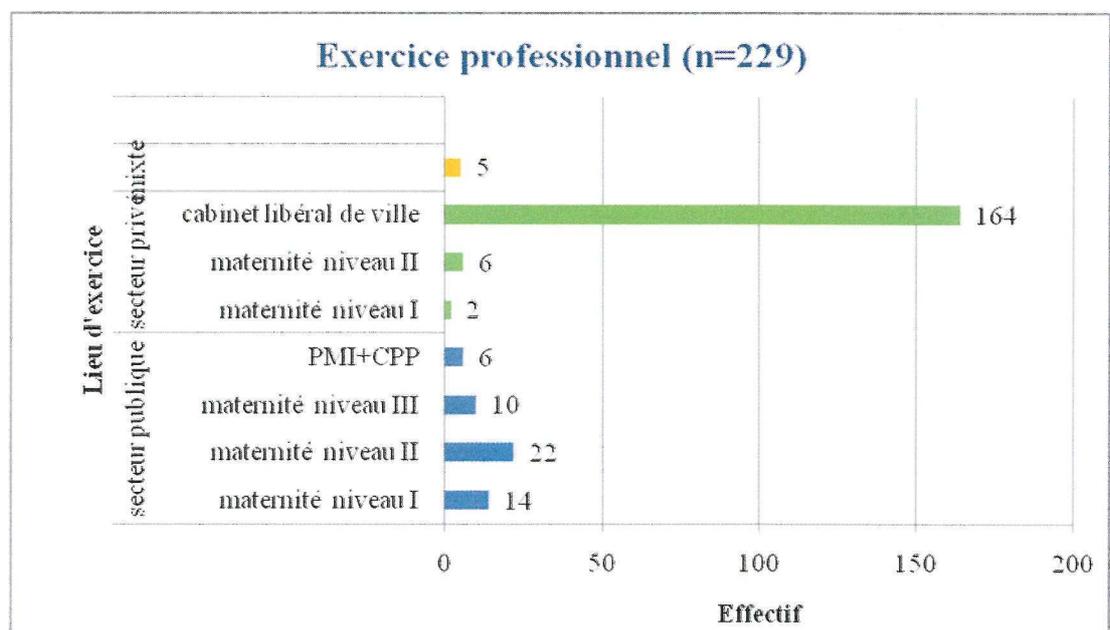
Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes :  $p=0.002$ .

### Question 3 : l'âge

Population globale (n=225) :

- âge moyen = 47.9 ans (51.5 ans chez les hommes et 45.1 ans chez les femmes)
- minimum = 25 ans
- maximum = 68 ans
- médiane = 49 ans
- mode = 50 ans

### Question 4 : Lieu d'exercice professionnel



PMI : Protection Maternelle et Infantile ; CPP : Centre Périnatal de Proximité

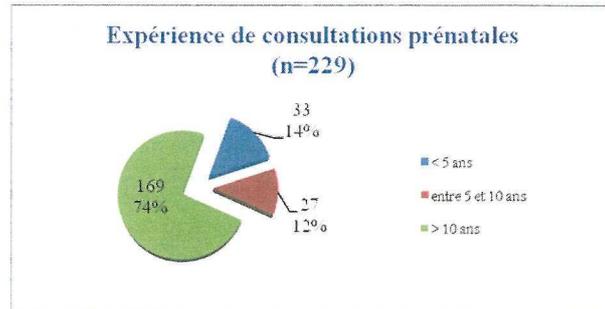
20.7% : secteur public      77% : secteur privé      2.3% : activité mixte

Les médecins généralistes et gynécologues médicaux exercent pour 95 % (n=153) d'entre eux en cabinet libéral. 2 des 164 professionnels exerçant en cabinet libéral sont des internes, remplaçant en médecine générale.

78.0% des sages-femmes exercent en secteur hospitalier.

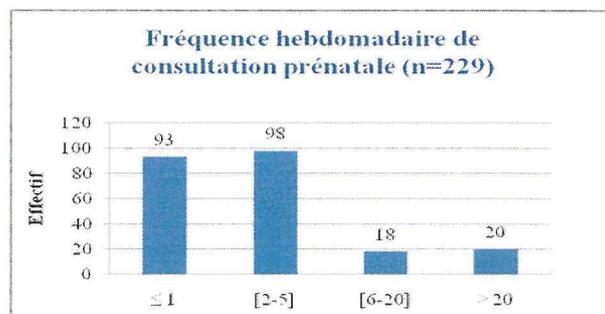
11.5% des gynécologues-obstétriciens ont une activité libérale contre 88.5% hospitaliers.

### Question 5 : la durée de l'expérience de consultations prénatales (CPN)



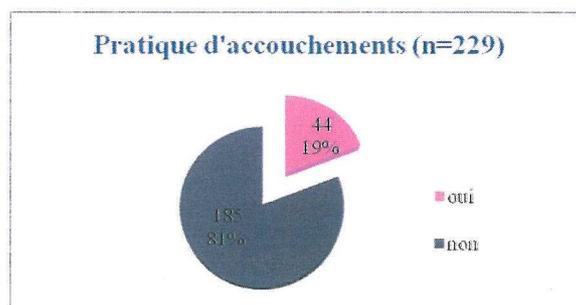
Les  $\frac{3}{4}$  (74%) des professionnels effectuent des consultations depuis plus de 10 ans.

### Question 6 : Fréquence hebdomadaire de CPN



96.1% des médecins généralistes effectuent moins de 6 CPN par semaine.

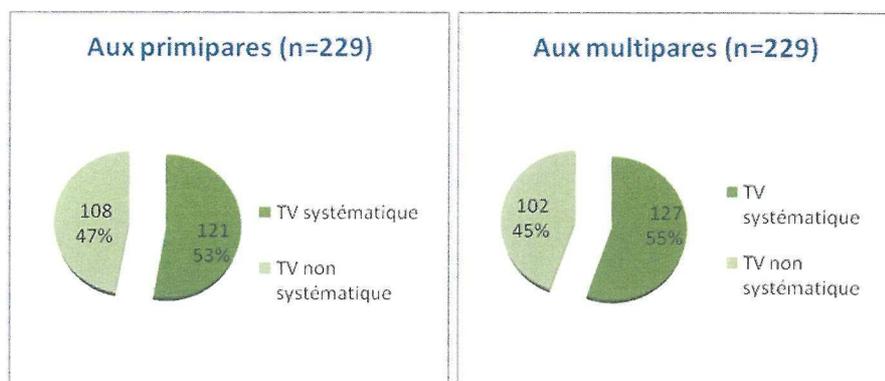
### Question 7 : Pratique d'accouchements



Une minorité (19%) des personnes interrogées pratiquent des accouchements.

## 2. Pratiques professionnelles actuelles

### Questions 8 et 9 : Pratique du TV



Ceux qui font un TV systématiquement aux primipares ne sont pas significativement plus nombreux que ceux qui ne le font pas systématiquement :  $p=0.22$ .

Par contre, ils le sont pour les multipares :  $p=0.02$ .

	GO (26)	GM (8)	MG (153)	SF (42)	Total (229)
TV systématique aux primipares comme aux multipares	53.9% (14)	87.5% (7)	49,7% (76)	54.8% (23)	52.4% (120)
TV non systématique aux primipares comme aux multipares	42.3% (11)	12.5% (1)	46,3% (71)	42.9% (18)	44.1% (101)
TV systématique aux primipares, non systématique aux multipares	3.8% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0.4% (1)
TV non systématique aux primipares, systématique aux multipares	0% (0)	0% (0)	3,9% (6)	2,3% (1)	3.1% (7)

GO : Gynécologues-Obstétriciens ; GM : Gynécologues Médicaux ; MG : Médecins Généralistes ; SF : Sages-Femmes

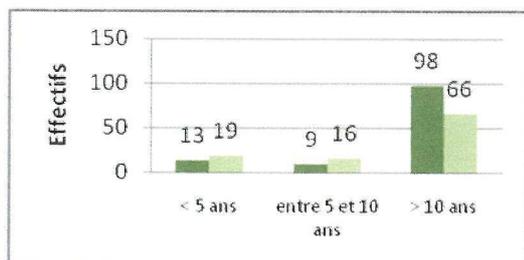
Les nombres entre parenthèses indiquent les effectifs.

## Pratique du TV...

■ TV systématique ■ TV non systématique

### ...selon la durée de l'expérience de CPN

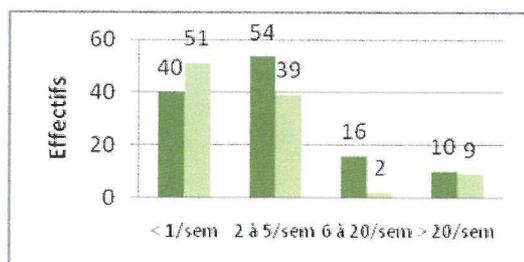
(n=221)



Il existe une liaison significative entre la pratique du TV et la durée de l'expérience de CPN :  $p=0.021$ .

### ...selon la fréquence hebdomadaire de CPN

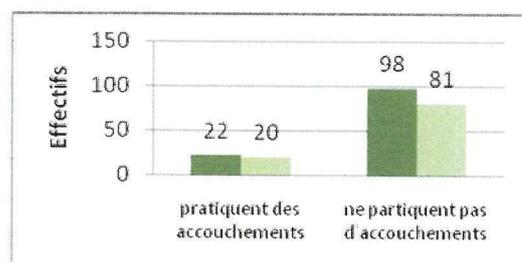
(n=221)



Il existe une liaison significative entre la pratique du TV et la fréquence de CPN :  $p=0.004$ .

### ...selon la pratique ou non d'accouchement

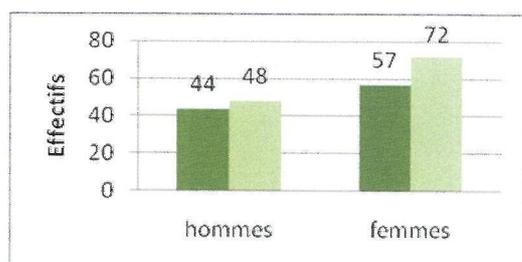
(n=221)



Il n'y a pas de liaison significative entre les pratiques d'accouchements et du TV :  $p=0.782$ .

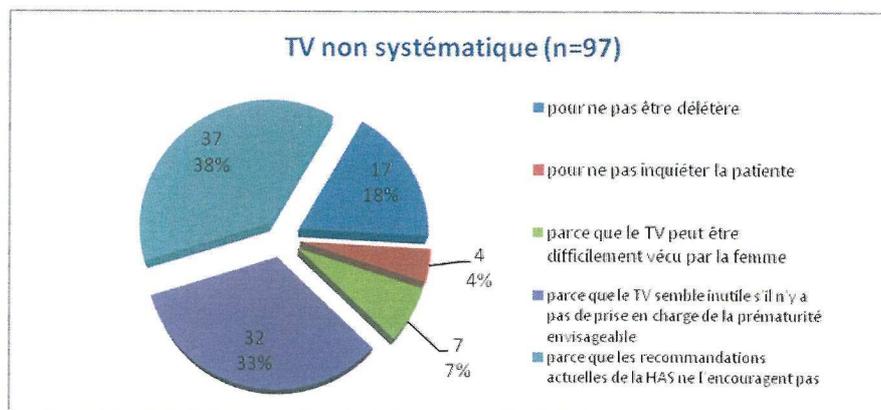
### ...selon le sexe du professionnel

(n=221)



Il n'y a pas de liaison significative entre le sexe du professionnel et la pratique du TV :  $p=0.592$ .

## **Question 10 : Raisons de pratique non systématique du TV**

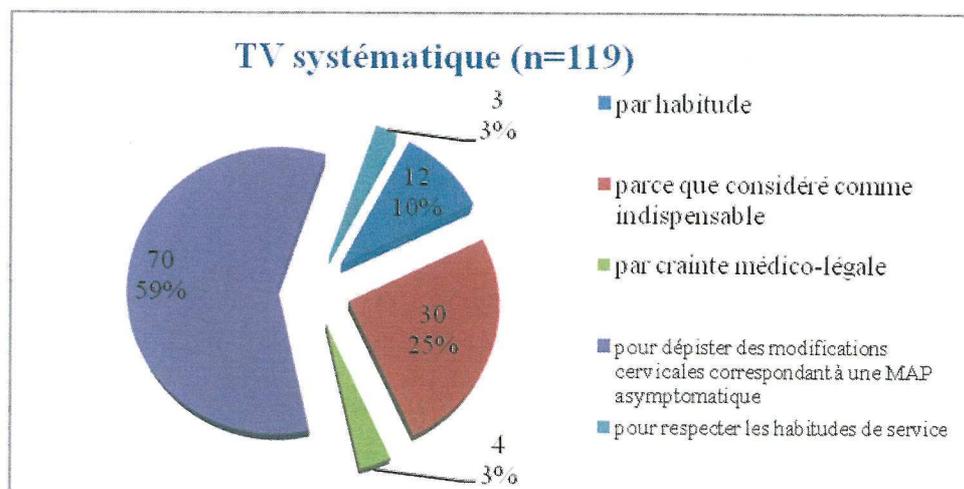


Cette question concerne 101 professionnels mais 4 d'entre eux n'ont pas répondu. La question 14 les concernant directement, les réponses à cette question sont donc volontairement placées à la suite.

**Question 14 : Situations incitant les professionnels ne réalisant pas de TV systématiquement à en réaliser un**

- 92.0 % (92 sur 100) : Contractions utérines anormalement fréquentes
- 72.4 % (71 sur 98) : Utérus tendu au palper abdominal
- 49.0 % (49 sur 100) : Inquiétude maternelle
- 33.7 % (33 sur 98) : Femmes âgées de plus de 40 ans
- 33.7 % (33 sur 98) : Patiente vue pour la première fois
- 25.8% (25 sur 97) : Fatigue maternelle excessive
- 25.5 % (25 sur 98) : Appartenance à un milieu social défavorisé
- 21.9 % (21 sur 96) : Femmes mineures

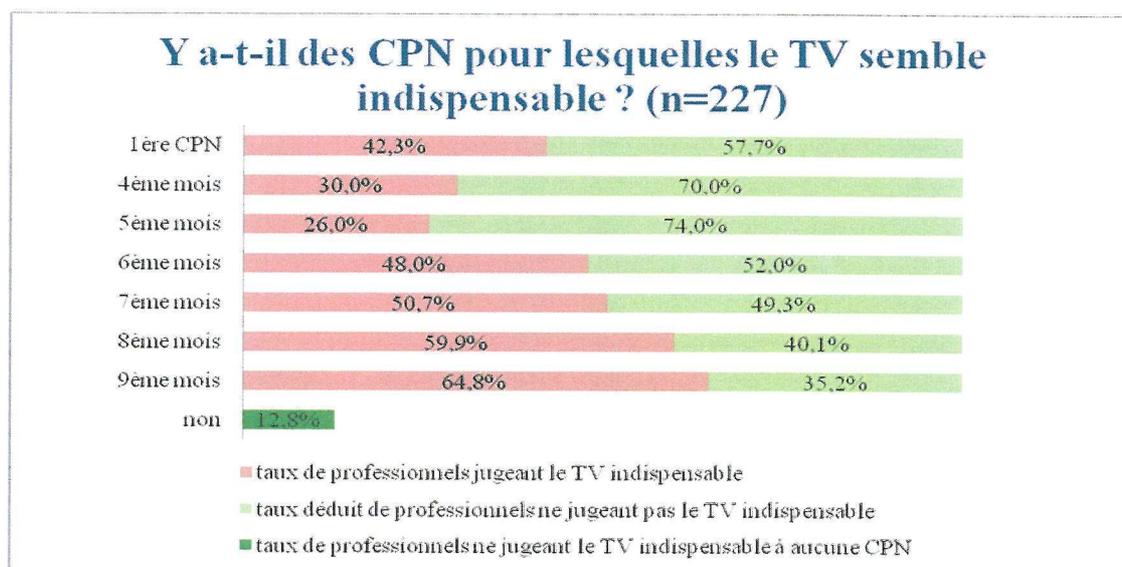
**Question 11 : Raisons de pratique systématique du TV**



Cette question concerne 128 professionnels. Parmi eux, sont inclus ceux qui font un TV de manière systématique à la primipare comme à la multipare (n=120) mais aussi ceux qui en font un systématiquement soit à la primipare, soit à la multipare (n=8).

9 professionnels concernés n'ont pas répondu à la question.

## Question 12 : CPN où le TV est indispensable



Les réponses pouvant être multiples, la somme de celles-ci dépasse 100%

Parmi les 29 professionnels ayant répondu « non » à cette question, se trouvent 20 médecins généralistes, 6 sages-femmes et 3 gynécologues-obstétriciens.

11.9% (n=27) des professionnels ont coché toutes les CPN.

5.3% (n=12) des professionnels ont répondu que le TV était indispensable à la 1<sup>ère</sup> CPN puis aux consultations des 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois.

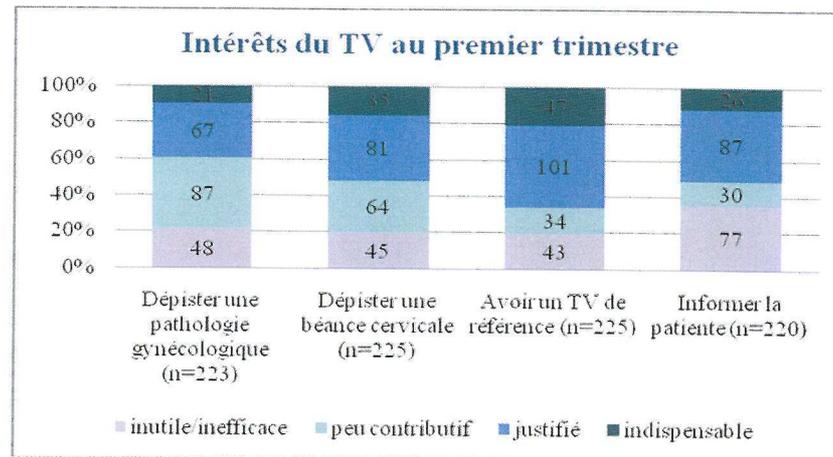
4.8% (n=11) ont coché les consultations des 6<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois. Une même proportion (n=11) n'a coché que la consultation du 9<sup>ème</sup> mois.

4 % (n=9) ont coché toutes les CPN exceptée la première.

9 professionnels, soit 4%, ont coché les consultations du troisième trimestre. 9 autres, y ont ajouté la première CPN. 9 autres encore, ont opté pour la première CPN associée aux consultations des 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois.

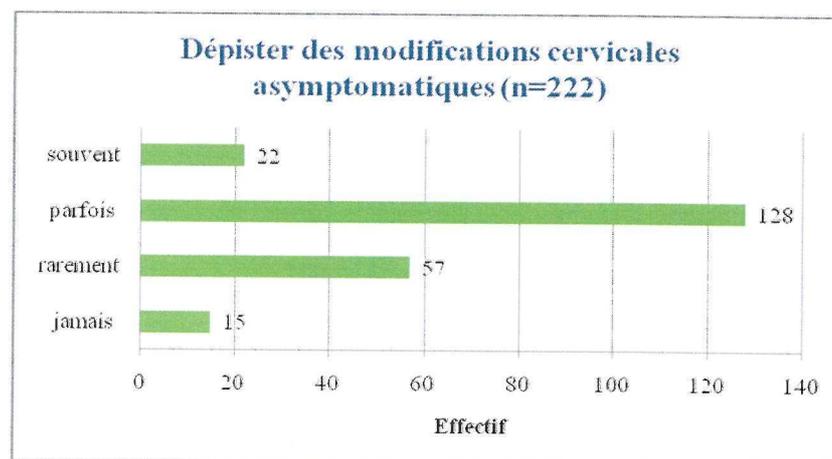
8 professionnels, soit 3.5%, n'ont coché que les deux dernières CPN.

### Question 13 : Intérêt du TV au premier trimestre



« Avoir un TV de référence » est l'objectif qui obtient le plus de réponses *justifié* ou *indispensable*.

### Question 15 : Fréquence de dépistage de MAP asymptomatique grâce au TV :



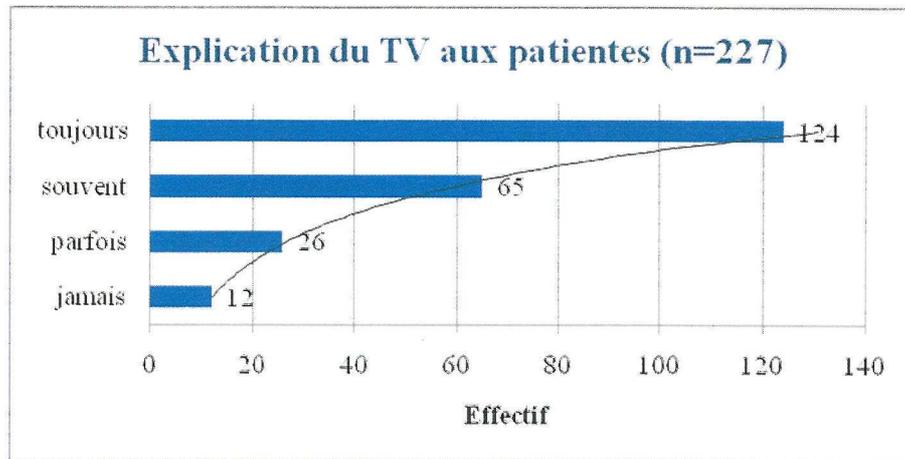
57.7% des professionnels dépistent *parfois* des modifications cervicales asymptomatiques en CPN.

### Question 16 : Notes attribuées au TV, de 0 (inefficace) à 10 (indispensable)

	N réponses	moyenne	mode	médiane
Dépister des modifications cervicales sans contraction utérine	225	6,04/10	5,0/10	6,0/10
Evaluer la gravité d'une MAP	225	6,96/10	8,0/10	7,0/10
Effectuer l'examen du bassin	63	6,32/10	10,0/10	6,0/10

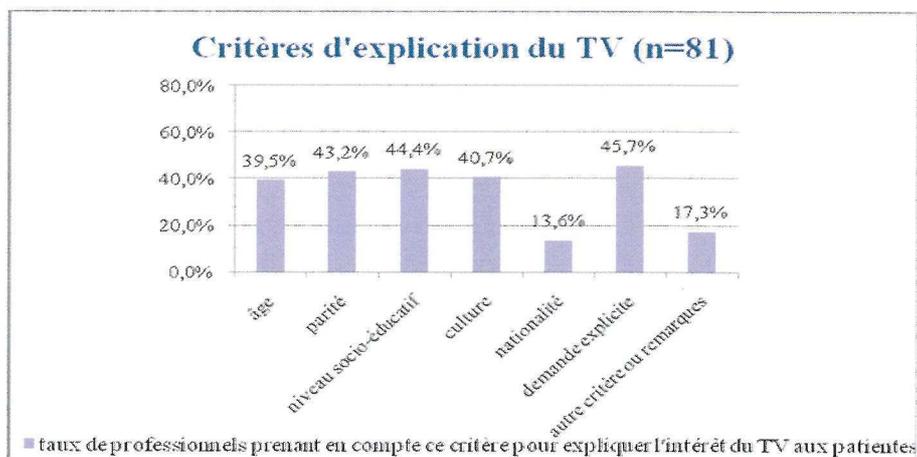
Concernant l'item « Effectuer l'examen du bassin », 134 des 153 MG et 6 des 7 GM ont répondu à cette question alors qu'ils n'étaient a priori pas concernés. Les notes indiquées dans le tableau excluent leurs réponses (n=63).

### Question 17 : Explications du TV



54.6% de la population expliquent toujours l'intérêt du TV avant de le réaliser, 28.6% l'expliquent souvent, 11.5% parfois, et 5.3% jamais.

### Question 18 : Critères d'explication du TV aux patientes



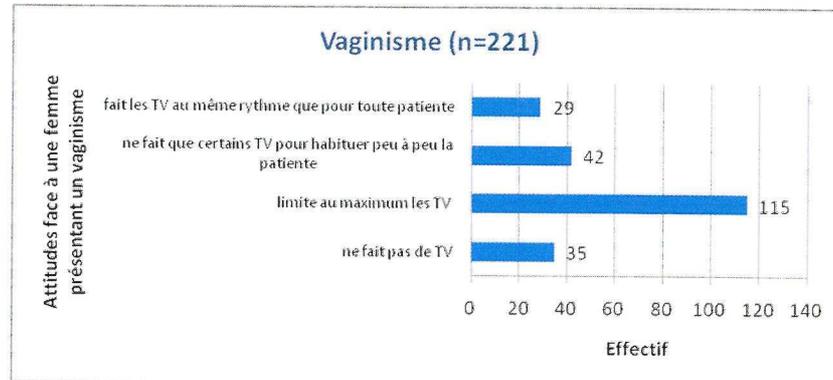
Les réponses pouvant être multiples, la somme de celles-ci dépasse 100%

Seuls les professionnels ayant répondu « parfois » ou « souvent » à la question précédente (n=91), sont concernés par cette question. 10 d'entre eux n'y ont pas répondu.

Les autres critères soulevés sont : « les antécédents gynécologiques et obstétricaux de la femme » et « l'inquiétude ou l'angoisse de la patiente ».

5 professionnels (soit 6.2%) ont remarqué qu'expliquer leur geste clinique était pour eux une habitude. 2, ont noté « par respect » et « par courtoisie ». 3 autres ont précisé qu'ils expliquaient l'intérêt du TV aux patientes pour « les rassurer », « ne pas susciter d'angoisse », « diminuer l'angoisse ».

### Question 19 : Face à une femme présentant un vaginisme

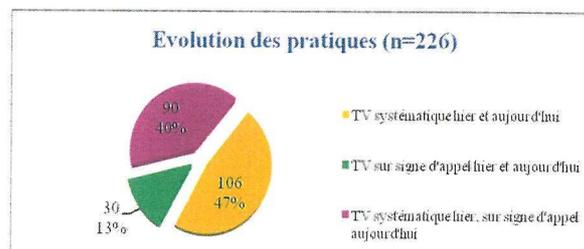


50.7% des professionnels limitent au maximum les TV en consultations prénatales,

Parmi les remarques,

- 6 MG ont noté qu'ils n'avaient jamais rencontré de femmes avec un vaginisme lors de leurs consultations.
- 1 GO et 1 SF font le TV avec un seul doigt,
- 2 « explorent les antécédents de la femme »
- 3 professionnels ont insisté sur le fait d' « expliquer l'intérêt », ou « mettre en confiance », 2 ont ajouté « sophrologie et respiration » ou « hypnose »

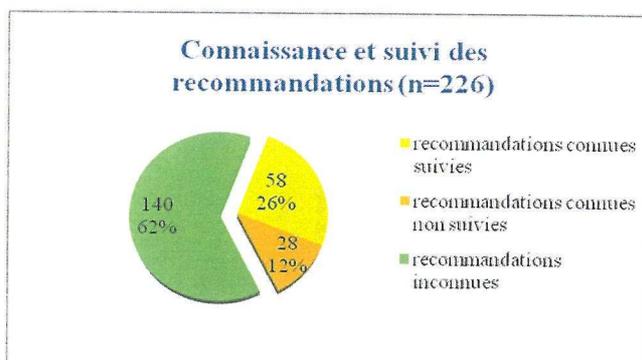
### Question 20 : Evolution des pratiques professionnelles



La part la plus importante des professionnels (47%) a changé de pratique au cours de son expérience pour ne faire un TV que sur signe d'appel actuellement.

### 3. Les recommandations de la HAS

#### Questions 21 et 22 : Connaissance et suivi des recommandations



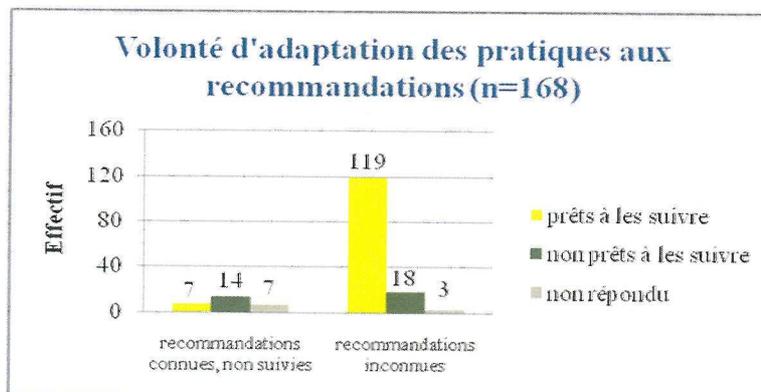
38.1 % des professionnels les connaissent ; 61.9 % les ignorent.

- Parmi ceux qui les connaissent (n=86),
  - o 67.4% (n=58) les suivent,
  - o 32.6% (n=28) ont choisi de ne pas les suivre.

#### Question 23 : Durée du suivi des recommandations

- Parmi ceux qui les connaissent et les suivent (n=58),
  - o 53.4% (n=31) les suivent depuis moins de 5 ans,
  - o 26.7% (n=15) les suivent depuis une durée comprise entre 5 et 10 ans,
  - o 5.4% (n=3) les suivent depuis plus de 10 ans,
  - o 16.1% (n=9) n'ont pas précisé depuis combien de temps.

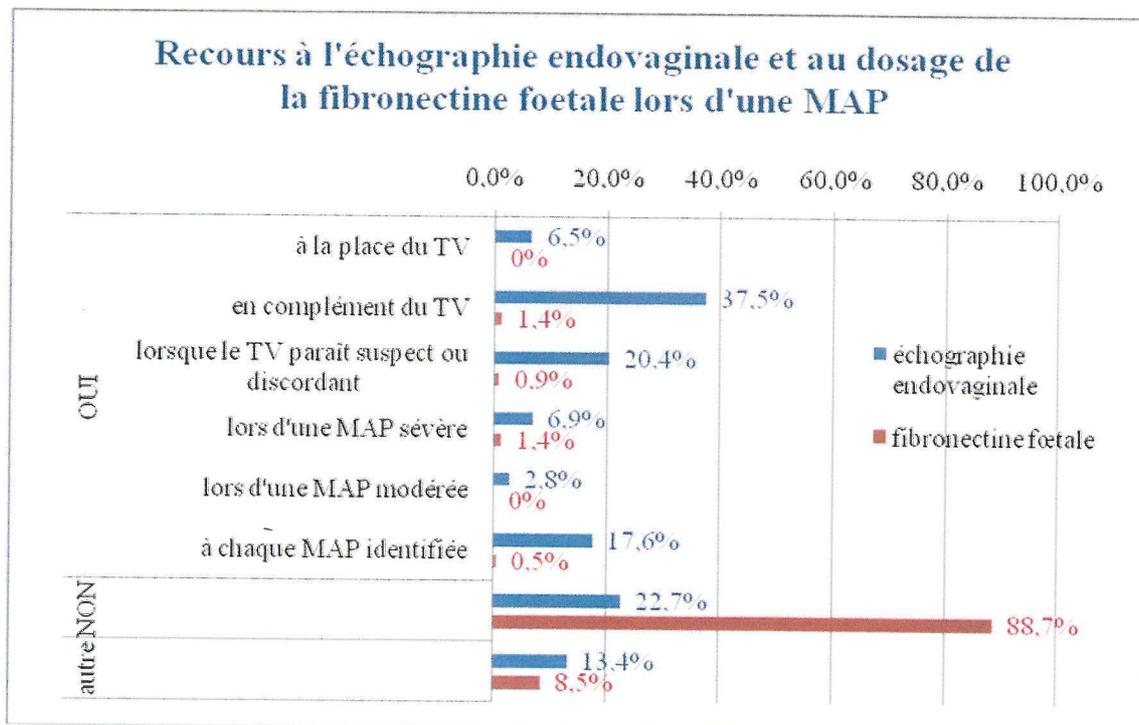
#### Question 24 : Volonté d'adaptation des pratiques aux recommandations



75% des professionnels concernés (et 79.7% de ceux qui ont répondu) seraient prêts à suivre désormais les recommandations.

## 4. La menace d'accouchement prématuré

Questions 25 et 26 : L'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine foetale



Les réponses pouvant être multiples, la somme de celles-ci dépasse 100%

Concernant l'échographie endovaginale (n=216) :

29 professionnels (13.4%) ont ajouté un commentaire :

- 15 professionnels ont indiqué qu'ils adressaient la patiente à la maternité
- 3 médecins généralistes ont précisé que l'échographie endovaginale sortait de leur domaine de compétence
- 12 professionnels ont spécifié qu'ils demandaient alors un avis spécialisé

79 professionnels ont spécifié y faire appel en complément du TV, versus 12 qui l'utilisent à la place de ce dernier. 2 professionnels l'utilisent à la fois à la place et en complément du TV.

Concernant le dosage de la fibronectine fœtale (n=212) :

2 médecins généralistes, exerçant en cabinet libéral, l'utilisent en complément du TV et/ou lorsque celui-ci paraît suspect ou discordant.

3 professionnels l'utilisent lors d'une MAP sévère :

- Un gynécologue-obstétricien (exerçant en maternité privée de niveau II) : en complément du TV.
- Une sage-femme (exerçant en maternité publique de niveau III) : en complément du TV et/ou lorsque celui-ci paraît suspect ou discordant.
- Une sage-femme (exerçant en maternité publique de niveau I) n'a pas précisé si elle l'utilise à la place ou en complément du TV.

1 seul professionnel, gynécologue-obstétricien, exerçant en maternité privée de niveau I, l'utilise à chaque MAP identifiée.

20 professionnels ont ajouté un commentaire :

- 7 d'entre eux confient la patiente à la maternité. 1 médecin généraliste a spécifié le problème du coût et du remboursement en ville
- 4 médecins généralistes et 1 gynécologue-obstétricien dirigent la patiente vers une consultation spécialisée. 2 médecins généralistes ont précisé que ce dosage sortait de leur domaine de compétence
- 5 médecins généralistes ne connaissent pas ce dosage

**QUATRIEME PARTIE :**

**DISCUSSION**

---

# 1. A propos de la méthode

## 1.1. Choix de la méthode employée

Nous voulions savoir si la pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales était uniforme chez les professionnels intervenant dans le suivi des grossesses normales. Un questionnaire adressé à ceux-ci nous a paru la meilleure façon de répondre à cette première interrogation.

## 1.2. Forces de l'étude

Notre étude a été menée en grande partie grâce au réseau Périnatalité de Haute-Normandie auprès d'un nombre conséquent de professionnels du suivi de grossesse. Ses membres sont volontaires, ils s'intéressent aux sujets relatifs à la périnatalité, et ont donc participé de manière importante nous permettant d'obtenir **40% de réponses**.

Les listes de diffusion de courriers électroniques du réseau ont permis d'interroger facilement une grande partie de ces professionnels via internet. Le questionnaire en ligne présentait quelques avantages sur la version papier : outre le concept original et novateur, certaines questions devaient obligatoirement être remplies pour que le questionnaire puisse nous être transmis, évitant ainsi les réponses incomplètes. De plus, les mails étaient envoyés par Mme Lévêque, coordinatrice administrative, depuis l'adresse électronique du réseau, permettant aux professionnels de ne pas craindre d'ouvrir leurs messages. Enfin, utiliser internet nous a permis de faire deux relances à un mois d'intervalle. Un inconvénient toutefois à cette méthode, fut que l'anonymat des réponses ne nous a pas permis de supprimer de notre liste de diffusion les professionnels ayant déjà répondu, et donc de ne pas pouvoir faire de relances ciblées.

## 1.3. Faiblesses de l'étude

Comme toute enquête comportant des questions fermées, un avantage est d'obliger le professionnel à se positionner clairement sur ses pratiques, ce qui permet de classer

facilement les réponses, mais le risque est de considérer une même réponse comme une même pratique.

Nous pouvons supposer qu'un certain nombre de professionnels n'a pas répondu à notre enquête en pensant n'être pas concerné. En effet, beaucoup de médecins généralistes n'effectuent que très peu de CPN, les sages-femmes inscrites au réseau n'ont pas forcément d'activité de CPN, et certains gynécologues-obstétriciens réservent leurs vacances aux grossesses à risques. La population n'est donc pas ciblée de manière optimale.

Il existe un biais de population à notre étude, car les professionnels interrogés via le réseau y ont adhéré de manière volontaire et spontanée. Ils s'informent des sujets relatifs à la maternité ; leurs opinions et pratiques ne reflètent donc pas forcément celles de l'ensemble des professionnels qui s'occupent des grossesses en Haute-Normandie. Un tirage au sort de professionnels de la grossesse nous aurait sans doute montré des résultats sensiblement différents.

De plus, chaque catégorie professionnelle n'est pas représentée de manière égale parmi les réponses. 66.8% des réponses proviennent de médecins généralistes, les 33.2% restant sont partagés entre obstétriciens, gynécologues médicaux et sages-femmes.

## **2. Discussion des résultats obtenus**

### **2.1. Profil de la population**

Notre population est à prédominance féminine, surtout du fait que nous ne comptons qu'un seul homme parmi les sages-femmes et gynécologues médicaux. Médecins généralistes et obstétriciens sont eux majoritairement des hommes.

L'âge moyen de la population se situe à environ 48 ans, les écarts allant de 25 à 68 ans.

D'une manière générale, les professionnels ont une longue expérience des CPN mais celles-ci ne constituent pas l'essentiel de leur activité. En effet, parmi les 74% (n=169)

des professionnels qui en effectuent depuis plus de 10 ans, 36.6% font une CPN par semaine ou moins. 82.8% effectuent moins de 6 CPN par semaine.

Seuls 12% de la population pratiquent des CPN depuis moins de 5 ans.

La forte proportion de médecins généralistes explique que 81% de notre population ne pratiquent pas d'accouchement. Inversement, parmi les obstétriciens et sages-femmes, 64.7% en pratiquent.

## 2.2. Pratiques du TV

### 2.2.1. Toutes parités confondues

52.4% des professionnels effectuent un TV de manière systématique à chaque CPN. 44.1% n'en effectuent pas systématiquement à chaque CPN. La différence n'est pas significative ( $p=0.071$ ). Les 3.5% restant différencient leur pratique selon la parité des femmes. Ils peuvent être inclus soit dans le groupe de professionnels effectuant un TV systématiquement soit dans celui des professionnels ne le faisant pas systématiquement.

Soit le groupement suivant :

- A : professionnels ne faisant de TV systématique ni aux primipares, ni aux multipares (n=101 soit 44.1%)
- B : professionnels faisant un TV systématique aux primipares comme aux multipares, et professionnels faisant un TV systématique soit aux primipares soit aux multipares (n=128 soit 55.9%)

La différence entre le groupe A et le groupe B est statistiquement significative :  $p=0.012$ .

**Nous pouvons donc conclure qu'une majorité de professionnels effectue encore de manière systématique un TV à chaque CPN mais que, parmi eux, une petite proportion n'en effectue pas systématiquement soit aux primipares, soit aux multipares.**

Pour chaque profession, exceptés les gynécologues médicaux, la proportion de professionnels adoptant l'une et l'autre des pratiques (TV systématique/TV non

systématique) est proche de 50%. Il n'y a actuellement pas de consensus de pratique. Cela semble suggérer également qu'aucune des pratiques n'obtient l'approbation des professionnels.

La pratique chez les gynécologues médicaux semble plus uniforme puisque 7 font un TV systématiquement, et 1 seul ne le fait jamais systématiquement. Toutefois l'effectif réduit de cette catégorie professionnelle ne nous permet pas de conclure.

Notre hypothèse principale était que la majorité des professionnels du suivi de grossesse pratique encore un TV de manière systématique dans le but principal de dépister des menaces d'accouchement prématuré. Elle est donc en partie confirmée.

### 2.2.2. Selon la parité

Les caractéristiques et le déroulement habituel de la grossesse sont connus. Elle est la plupart du temps exempte de complication. En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer des chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complication ou avec un faible niveau de risque et ayant accouché sans complication d'un enfant en bonne santé [17]. En 2001, 30% des multipares présentaient un antécédent obstétrical (césarienne, AP,...) et 36% des grossesses étaient compliquées d'une pathologie (MAP, diabète, HTA,...) [7]. Néanmoins 70% des femmes ont accouché normalement.

Les grossesses à bas risque selon l'AUDIPOG sont définies par les critères suivant :

- Quelle que soit la parité : âge maternel compris entre 18 et 35 ans, absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière, absence de pathologie au cours de la grossesse, grossesse unique, présentation céphalique.
- Pour les multipares : absence d'utérus cicatriciel, absence d'antécédent néonatal (ni prématurité, ni mort-né).

Avec cette définition, la fréquence des grossesses à bas risque variait entre 32.8 et 38.8% pour les primipares et 18.5 et 20.4% pour les multipares entre 2002 et 2003. Parmi elles, 2 à 5% seulement accouchent prématurément [29].

Une de nos hypothèses secondaires était la suivante : « la primiparité est un facteur incitant les professionnels à réaliser un TV à chaque consultation. La multiparité, au contraire, les en dissuade ». Or, dans notre échantillon, 52.8% des professionnels réalisent un TV de manière systématique aux primipares alors qu'ils sont 55.5% à le faire aux multipares. La différence n'est pas significative ( $p=0.574$ ) ; **la parité des patientes n'a donc pas de lien avec la pratique du TV**. Ce résultat infirme notre hypothèse.

Nous avons précisé que notre questionnaire concernait uniquement le suivi des grossesses normales, à bas risque. Les multipares à bas risque ont donc un ou plusieurs antécédents de grossesse(s) et d'accouchement(s) normaux. Cela ne semble pas rassurer les professionnels quant au déroulement normal de la nouvelle grossesse dans laquelle intervient leur suivi.

**A tort ou à raison ? Quel est le risque pour une femme enceinte à bas risque de faire une MAP et que celle-ci aboutissent à un accouchement prématuré ? L'absence d'antécédent obstétrical pathologique doit elle rassurer le praticien quant à ce risque ?**

D'après d'Ercole, cela ne doit pas être faussement rassurant car, quelle que soit la parité, plus de 50% des femmes accouchant prématurément n'ont pas de facteur de risque connu [1]. L'étude de Postaï va dans le sens contraire puisque les patientes qui ont accouché prématurément possédaient toutes dans leur dossier des éléments significatifs (antécédents de MAP, FCS, accouchements prématurés, CU, perte de liquide, infections...). Plus des 3/4 des patientes ayant eu une modification du col importante ont présenté des CU [72]. Dans l'étude de Creasey, seulement 15% des mères ayant un antécédent d'AP, ont accouché prématurément à la grossesse suivante [18].

**La MAP doit être distinguée du risque réel d'AP : 20% des femmes sont hospitalisées pendant leur grossesse. Parmi elles, une sur 3 le sera pour MAP, première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Mais parmi les femmes hospitalisées pour MAP, seule une sur 3 accouchera prématurément.** De plus, d'après Cabrol, chez une patiente sans antécédent pathologique, plus d'une fois sur deux, l'existence de contractions utérines ne correspond pas à un travail prématuré s'il n'y a pas d'autre signe associé [14].

La moitié des accouchements prématurés survient à la suite d'un travail prématuré associant contractions utérines et modifications cervicales, 30% après une rupture prématurée des membranes, et 20% du fait d'une décision médicale d'interrompre la grossesse [2]. La part des accouchements prématurés survenant sans travail prématuré préalable est très faible.

### 2.2.3. Justifications à la pratique systématique du TV

Ceux qui pratiquent un TV systématiquement aux primipares et/ou aux multipares sont invités à cocher la raison principale motivant cette pratique. Nous allons préciser les réponses de cette question.

- *Dépister des modifications cervicales correspondant à une MAP asymptomatique* correspond au choix majoritaire des professionnels concernés. **Ils sont plus de la moitié (58.8% soit n=70) à le faire dans cet objectif, ce qui confirme notre hypothèse principale.** Ce choix semble logique puisque la pratique systématique du TV a été mise en place pour cela. De plus, la symptomatologie de la MAP n'est pas toujours aussi stéréotypée que dans les ouvrages. Dans la majorité des cas, l'apparition de contractions utérines précède les modifications cervicales mais celles-ci peuvent parfois survenir sans contraction utérine ou bien en l'absence de leur perception. Ces cas restent toutefois exceptionnels.

Le débat demeure : est-il justifié de chercher des modifications cervicales à toutes les femmes enceintes à bas risque ? Les études de Stubbs et Bouyer mettent l'accent sur la bonne VPN du TV lorsque les critères sont sévères (dilatation > 1 cm ou effacement > 30%) mais obtiennent des VPP très moyennes (< 18%) [11,46]. Or en CPN, ce sont les situations où les modifications cervicales sont légères qui sont les plus nombreuses et problématiques. Par ailleurs, l'étude randomisée de Buekens [13] a démontré en 1994 que l'utilisation en routine du TV pendant la grossesse dans une population asymptomatique ne permettait pas de diminuer pas l'incidence de la prématurité (NP I), ce qui a induit les recommandations 2005 de la HAS [66]. Le débat ne devrait-il pas finalement se clore ?

Pour dépister des modifications cervicales sans contraction utérine, ces professionnels attribuent une note moyenne de 7.33/10 au TV ce qui est significativement supérieure ( $p=10^{-6}$ ) à la note moyenne donnée par les autres professionnels (5.5/10).

Ceux qui font un TV systématique pour dépister des MAP estiment dépister *souvent* ou *parfois* des modifications cervicales asymptomatiques plus souvent que les autres (89.6% versus 58.1%). La différence est significative :  $p<10^{-7}$ .

Un peu moins du tiers (30% soit  $n=21$ ) des professionnels faisant un TV systématiquement pour dépister des MAP, ne sont pas prêts à suivre les recommandations. C'est sans doute cette part de professionnels qui juge le dépistage de la MAP par le TV chez toutes les femmes plus sécuritaire que de ne le faire qu'aux femmes à risque.

58.6% ( $n=41$ ) seraient désormais prêts à ne faire un TV que sur indication médicale. 35 de ces professionnels n'avaient pas connaissance des recommandations.

11.4% ( $n=8$ ) n'ont pas souhaité se prononcer sur l'éventualité de suivre ou non les recommandations.

- *Parce que vous le considérez comme indispensable* est la raison principale du TV systématique pour un quart ( $n=30$ ) des professionnels. Parmi eux 73.3% sont des médecins généralistes. **Mais 90% d'entre eux ne connaissent pas les recommandations.**

Malgré cette réponse, 19 d'entre eux seraient prêts à les suivre, 8 non prêts, et 3 n'ont pas répondu.

- L'*habitude*, individuelle ou collective, est un frein important au changement des pratiques. Elle n'a rien de péjoratif dans notre réflexion. Elle s'appuie souvent sur des années d'expérience et de formation, et parfois sur des preuves scientifiques établies de manière plus ou moins lointaines. Les changements d'habitudes collectives bouleversent une organisation établie, imposée à tous sans être forcément acceptée de tous. La perte des repères et la phase d'acceptation des changements entraînent une certaine résistance à ceux-ci.

Les pratiques à l'hôpital sont sans doute plus difficiles à changer qu'ailleurs car il faut que ce changement soit un consensus. Finalement, faire un TV à toutes les

patientes ne prend-il pas moins de temps que de faire interrogatoire précis à la recherche d'une indication médicale de faire un TV ?

Dans notre échantillon, 12 professionnels réalisent systématiquement un TV *par habitude* et 3 sages-femmes *pour respecter les habitudes de service*. 13 de ces 15 professionnels seraient prêts à suivre les recommandations. Une des sage-femme ajoute : « *Les habitudes sont difficiles à changer et cela rassure de trouver un col normal, mais si on me prouve que cela n'est pas nécessaire, alors...* ».

- *Par crainte-médecinolégal* est la réponse de 4 médecins généralistes. 3 d'entre eux n'avaient pas connaissance des recommandations et seraient désormais favorables à les suivre.

Au total, 89 des 120 professionnels faisant un TV systématique ne connaissaient pas, 5 ans après leur parution, les recommandations en vigueur, et 78 seraient pour les suivre désormais. Faut-il mettre en cause une communication insuffisante de la part de la HAS vers les professionnels concernés, ou inciter les professionnels à s'informer davantage sur l'évolution des recommandations de pratiques professionnels les concernant ?

Les textes de la HAS, parus en 2005, restent cependant des recommandations. Il est important que la liberté de choix du professionnel reste intacte mais que celle-ci soit éclairée de preuves scientifiques récentes. Par ailleurs, il semble normal qu'il existe un temps de transition entre les anciennes pratiques et les nouvelles ; c'est probablement le cas de la situation actuelle puisque la proportion de professionnels adoptant l'une ou l'autre des pratiques est proche de 50%.

Nous aurions peut-être pu proposer la réponse « *pour répondre à une demande de la patiente* ». En effet, un certain nombre de professionnels a noté dans les remarques en fin de questionnaire [annexe n°V] que nombreuses sont les patientes qui attendent de leur CPN d'être rassurées quant à l'état de leur col. Un gynécologue-obstétricien précise : « *Il faut noter que si le TV n'est pas effectué, la patiente a parfois l'impression de n'avoir pas été examinée et qu'elle n'est pas complètement rassurée par notre examen et interrogatoire* ». Ne pas les examiner serait perçu comme un oubli voire une faute professionnelle. D'après l'expérience de certains professionnels, il est difficile de convaincre les femmes que ce TV n'est pas toujours nécessaire. Et il faudrait beaucoup

de temps pour (re)donner confiance au ressenti de chacune d'elles. Un médecin généraliste ajoute : « *Les recommandations HAS sont parfois supplantées par l'idée que se fait la patiente du suivi de la grossesse. Le TV leur a été décrit comme un acte systématique lors du suivi de grossesse bien que pas toujours facile à accepter selon leurs termes. Pour certaines ne pas faire de TV correspond à un mauvais suivi. Il est parfois nécessaire de bien expliquer à la patiente les indications de cet examen, son utilité pour ne pas le pratiquer.* ».

Il aurait été intéressant de coupler cet item avec une question adressée aux patientes afin de rechercher si chacun ne pense pas, à tort, que le TV est nécessaire pour l'autre.

Un autre médecin commente : « *Le TV, c'est admis dans le corps médical a bien montré ses limites. Cette notion n'est pas encore bien comprise par les patientes qui s'étonnent parfois de l'absence de TV. Il est parfois nécessaire d'expliquer pourquoi le médecin ne pratique pas de TV pour ne pas être perçu comme un médecin ne sachant pas suivre une grossesse.* ».

Dans l'enquête d'opinion menée par Postaï, 91% des femmes interrogées, suivies en maternité de niveau III, et 59% des femmes interrogées, suivies en maternité de niveau I sont rassurées d'avoir un TV. Elles sont en tout 61% à trouver l'examen désagréable voire douloureux [72].

A la question : « Y a-t-il des CPN pour lesquelles le TV vous semble indispensable ? », seuls 12.5% des professionnels ont répondu par la négative. Une proportion comparable (11.9%) de professionnels a coché toutes les CPN. Les autres réponses sont très hétérogènes. Nous pensons que cette question montrerait que « Le TV reste indispensable lors des consultations du dernier trimestre de grossesse ». Cette hypothèse secondaire est plutôt confirmée car, bien qu'aucune de ces consultations n'obtiennent plus de 65% de réponse, **les professionnels faisant au moins un TV au dernier trimestre sont statistiquement plus nombreux que ceux faisant au moins un TV au deuxième trimestre ( $p < 10^{-8}$ ) et que ceux faisant au moins un TV au premier trimestre ( $p < 3.10^{-5}$ )**. Toutefois, il existe un biais de population car tous les professionnels sont invités à donner leur avis sur toutes les CPN alors qu'ils n'interviennent pas forcément à toutes. C'est par exemple le cas des médecins généralistes qui ne doivent effectuer théoriquement que les consultations jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois de grossesse.

#### 2.2.4. Raisons de pratique non systématique du TV

- Plus d'un tiers (38%) d'entre eux ont répondu que la principale raison qui les incitait à ne pas faire de TV systématiquement était *parce que les recommandations actuelles de la HAS ne l'encouragent pas*. C'est le choix qui a obtenu le plus fort pourcentage de réponses. Cependant, sur les 37 professionnels concernés, 11 ont dit ne pas les connaître.
- Un autre tiers (33%) a répondu que le TV leur semblait *inutile lorsqu'il n'y avait pas de prise en charge de la prématurité envisageable*. La possibilité de ce choix de réponse peut être critiquée puisqu'elle n'intéresse que les TV des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> mois. Nous ne sommes pas plus renseignés sur la raison qui incite ces professionnels à ne pas faire de TV systématique des 6<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois ; d'autant plus que parmi eux, 31.3% (n=10) le jugent indispensable au moins aux consultations du dernier trimestre. Seuls 28.1% (n=9) ne jugent le TV indispensable à aucune CPN.

Un gynécologue-obstétricien note : « *Le TV, les patientes en veulent, c'est culturel ! A nous de les habituer à ne plus recevoir 1 ou 2 doigts dans le vagin à chaque consultation. La MAP, c'est un diagnostic a posteriori, chez une femme chez qui on craignait un AP et qui a effectivement accouché prématurément. Le TV aide un peu, mais le diagnostic de MAP relève également un peu de la sorcellerie....* ».

- Près de la moitié (48.5%) des professionnels ne réalisant pas de TV systématiquement ont adopté cette pratique sans connaître les recommandations de la HAS.

Une sage-femme commente : « *Les pays anglo-saxons examinent beaucoup moins les femmes enceintes et ils n'ont pas plus de MAP et autres. Je pense que c'est du bon sens et du respect* ».

#### 2.2.5. Au premier trimestre

Nous avons cherché à savoir si l'utilité du TV au premier trimestre était revendiquée par beaucoup de professionnels. Outre le diagnostic de grossesse qui est aujourd'hui largement suppléé par les marqueurs biologiques et/ou l'échographie, nous avons

proposé 4 autres objectifs du TV au début de la grossesse : *dépister une pathologie gynécologique et une béance cervicale, obtenir un TV de référence* pour le reste de la grossesse, ou simplement *informer la patiente*.

- Nous avons volontairement interrogé les professionnels sur l'utilité du TV pour *dépister une béance cervicale* bien que le TV n'intervienne pas réellement dans le diagnostic de la béance. En effet, son diagnostic est posé sur les antécédents (au moins deux avortements tardifs ou accouchements prématurés avant 32 SA). Le test à la bougie de Hégar n°8 ou l'hystérosalpingographie peuvent aussi y contribuer [2]. Or, pour dépister une béance, plus de la moitié (51.6%) des professionnels jugent le TV indispensable ou justifié. **Ces professionnels dépistent-ils réellement des béances grâce aux TV ou bien cela reste une éventualité ?**
- « *Avoir un TV de référence* » obtient 65.8% de *justifié* ou *indispensable*. Cet objectif peut en effet se discuter. Prenons, par exemple, le cas fréquemment rencontré d'une multipare chez qui le professionnel perçoit un col modifié sans signe franc de gravité. Celui-ci s'interroge sur le caractère physiologique ou pathologique de ces modifications : sont-elles récentes et nécessitent-elles dans ce cas une prudence accrue ? Ou bien sont-elles physiologiques, présentes depuis le début de la grossesse, empreintes des accouchements précédents ? Si le professionnel a réalisé ce TV à cause de contractions anormales ou d'une fatigue maternelle accrue, la question peut être vite résolue. Par contre, si le TV est réalisé sans signe d'appel, un interrogatoire approfondi doit pouvoir apporter des éléments de réponse.
- 60% des professionnels de notre échantillon, et 2/3 des professionnels de la grossesse estiment le TV *inutile/inefficace* ou *peu contributif* pour *dépister une pathologie gynécologique*.
- Notre dernier item « *informer la patiente* » est pour moitié *nécessaire* ou *indispensable* (51.4%), et pour moitié *inutile* ou *peu contributif* (48.6%). Le partage presque parfait de l'opinion peut peut-être s'expliquer par l'ambivalence de l'item : est-ce « *informer la patiente pour répondre à sa demande* » ou bien « *informer la patiente de son col* » ?

Globalement, l'utilité du TV au premier trimestre ne semble pas remis en cause puisque seuls 10 professionnels (2 GO et 8 SF) soit 4.4%, ont jugé le TV *inutile/inefficace* pour chaque proposition. 42 professionnels soit 19.1% le jugent *inutile* ou *peu contributif* pour toutes les propositions.

Il est jugé *justifié* ou *indispensable* pour toutes les propositions par autant de professionnels. Pourtant, 43.2% des professionnels ont coché qu'ils considéraient le TV indispensable lors de la première CPN (question 12).

#### 2.2.6. Explications du TV

Une de nos hypothèses secondaires était : « L'intérêt du TV n'est que parfois expliqué aux patientes ». Elle est largement infirmée puisqu'il est *toujours* expliqué par plus de la moitié (54.6%) des professionnels. Comme l'a remarqué un médecin généraliste [annexe n°V], « on peut s'interroger sur l'honnêteté intellectuelle d'un tel questionnaire ». Nous espérons que l'anonymat de celui-ci ait encouragé les professionnels à la transparence. Seuls 5.4% d'entre eux ont répondu ne *jamais* l'expliquer. Les professionnels qui l'expliquent *parfois* ou *souvent* n'ont pas coché, dans la question suivante, de critère majoritaire qui précise la population de femmes à qui ils le commentent. En effet, l'âge de la patiente, sa parité, son niveau socio-éducatif, sa culture et même sa demande obtiennent un pourcentage de réponse proche, autour de 40%. La nationalité n'intervient que peu dans le choix ; seuls 13.6% des professionnels concernés ont coché cette réponse. Les réponses à cette question sont surprenantes car 43.7% n'ont pas coché l'item « *sa demande* » alors que l'article L111-4 du Code de la Santé Publique (« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment... ») s'impose à eux. Rappelons aussi cet article de la charte du patient hospitalisé précisant : « Le médecin doit donner une information *simple, accessible et loyale* à tous ses patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions de ceux-ci ».

Car, au-delà de l'information délivrée aux patientes avant la réalisation d'un TV, c'est aussi le recueil son consentement qui est imposé (article 16-1 du Code Civil « Le *consentement* de l'intéressé doit être recueilli préalablement... »). Nous pouvons réfléchir et nous interroger sur l'influence du systématique sur le recueil du consentement des patientes.

### 2.2.7. Cas particulier des femmes présentant un vaginisme

Nous nous sommes intéressés à ce sujet car ce symptôme est relativement fréquent : de 1 à 25% selon les études [57, 65, 74]. Il impose le plus souvent une adaptation des professionnels aux patientes et non l'inverse. En effet, dans notre échantillon, seuls 13.1% des professionnels font autant de TV que pour toute autre patiente.

Un cinquième (19%) jugent nécessaire d'habituer les femmes au TV et le font dans cet objectif. Ceux-ci le font ils en pensant que cela sera utile à la surveillance du travail et aux professionnels qui seront en charge de l'accouchement ? Dans ce cas, nous pouvons nous interroger sur le bénéfice réel du TV.

52% (n=115) limitent au maximum les TV en CPN et 15.8% (n=35) n'en font pas. Or parmi ces professionnels, 63 font des TV systématiquement à chaque CPN dont 31, pour dépister des MAP asymptomatiques, et 12 parce qu'ils considèrent le TV comme indispensable. **Indispensable pour la majorité, mais dispensable aux femmes présentant un vaginisme ?** Si le vaginisme n'influence pas le risque d'accouchement prématuré, le TV ne pourrait-il pas être évité à davantage de femmes ?

Il reste 13.2% (n=29) qui font un TV au même rythme que pour toute autre patiente. Parmi eux, 19 professionnels font toujours le TV systématiquement.

Parmi les remarques, 2 professionnels ont noté qu'ils réalisaient le TV qu'avec un doigt, et ce pour dépister des MAP; cet objectif peut-il être atteint dans ces conditions ?

### 2.3. Les recommandations. Evolution des pratiques

Près de 2/3 des professionnels ne connaissent pas les recommandations 2005 de la HAS. **Parmi le tiers qui les connaît, 67% les suivent.** Notre deuxième hypothèse principale : « Les recommandations actuelles de la HAS sont peu suivies des professionnels qui les connaissent » est donc rejetée.

La durée moyenne du suivi des recommandations est de 4.1 ans, la médiane se situant à 3 ans, le mode à 1 an. 6 professionnels ne pratiquent pas de TV systématiquement depuis plus de 10 ans.

Parmi ceux qui n'effectuent pas de TV systématiquement (n=101), près des trois quarts (71.3%) ne le font aujourd'hui que sur signe d'appel clinique. La HAS n'intervient que partiellement dans l'évolution des pratiques professionnelles puisque près de la moitié (48.5%) a adopté cette pratique sans connaître les recommandations. L'évolution des pratiques peut ici correspondre à une prise de conscience professionnelle d'une médicalisation parfois excessive des grossesses physiologiques. Comme le suggère ce commentaire d'un MG : « Je ne fais plus comme avant des TV systématiques depuis que plusieurs obstétriciens m'ont expliqués que ce geste pouvait être plus délétère que bénéfique. ».

La part des professionnels qui ne connaissait pas les recommandations 2005 de la HAS paraît fortement favorable au changement des pratiques. Car, sur ces 140 professionnels, 118, soit 84.3% se disent prêts à les suivre. 73.9% d'entre eux exerçant en cabinet libéral, peut-être qu'une partie a déjà diminué sa fréquence de TV en CPN.

Dans notre échantillon, seul 1 professionnel sur 5 ne souhaite pas suivre les recommandations. Nous notons que ceux qui veulent les suivre sont significativement ( $p=5,8 \cdot 10^{-5}$ ) plus jeunes que ceux qui ne le veulent pas (âges moyens : 46.5 versus 54.3 ans).

**Finalement, sont disposés à suivre les recommandations ou les suivent déjà :**

- 15 GO sur 25 (1 GO n'a pas répondu à la question 24) soit 60% des GO
- 4 GM sur 8 soit 50% des GM
- 129 MG sur 147 (6 MG n'ont pas répondu à la question 24) soit 87.8% des MG
- 35 SF sur 39 (3 SF n'ont pas répondu à la question 24) soit 89.7% des SF

#### **2.4.L'échographie endovaginale et le dosage de la fibronectine fœtale**

Le CNGOF, dès 2002, indique que l'échographie du col utérin, réalisée par voie transvaginale, a bénéficié d'une évaluation technique satisfaisante (NP3). Il la recommande donc car « elle apporte un progrès par rapport au TV dans l'identification des patientes à risque d'accoucher prématurément en cas de MAP (NP 3) » [64].

Pour identifier les femmes à risque d'AP parmi les patientes symptomatiques, l'échographie endovaginale montre en effet des points forts. La supériorité de sa VPP par rapport à celle du TV est bien documentée [22, 24, 42].

Les MAP étiquetées grâce au TV et aux contractions utérines semblent aboutir à des indications excessives de tocolyses et des hospitalisations abusives et prolongées [13, 48]. Or la VPN de l'échographie endovaginale est excellente, ce qui doit permettre d'éviter aux femmes identifiées à faible risque d'AP un traitement inutile d'une MAP peu/non menaçante. À l'inverse, pour certaines patientes mal « étiquetées » par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intraveineuse, corticoïdes, transferts in utero).

63.9% des professionnels de notre échantillon y font appel. Parmi les professionnels exerçant en maternité, ils sont 80.3% à l'utiliser !

Dans notre étude, la majorité des professionnels utilisant l'échographie vaginale s'en sert en complément du TV ; mais certains à la place de celui-ci, comme ce gynécologue-obstétricien qui déclare : : « *Je ne fais jamais de TV systématique à chaque consultation. Je fais un examen du col uniquement en cas de CU ressenties par la patiente ou ATCD de prématurité ou grossesses gémellaires. Mais quand je fais un examen du col je le fais par échographie du col et finalement quasiment jamais par un TV* ».

Il n'y a pas de données actuelles pour recommander l'abandon du TV pour l'échographie du col dans la prise en charge des patientes. Beaucoup d'études ont comparé l'efficacité du TV versus échographie du col dans le diagnostic de la MAP. La majorité d'entre elles conclue à une supériorité de l'échographie du col sur le TV mais l'échographie ne renseigne pas de la même façon et sur les mêmes critères que le TV [20, 37, 41, 46].

Concernant le dosage de la fibronectine foetale, là encore, chez les femmes enceintes symptomatiques présentant des signes de travail prématuré (contractions utérines avec membranes intactes), une recherche positive de fibronectine foetale indique un risque significatif de travail et de délivrance prématurés. Un résultat négatif a une valeur rassurante, surtout pour un délai de 15 jours [16]. Chez des patientes asymptomatiques, mais avec antécédents de prématurité, la présence de fibronectine foetale permet une

identification précoce des femmes qui ont un risque réel d'AP [10]. L'utilisation de la fibronectine fœtale par les professionnels semble très marginale dans car seuls 11.3% des professionnels y font appel. Sans doute encore davantage que pour l'échographie vaginale, les fortes proportions de professionnels exerçant en milieu libéral et de médecins généralistes influencent fortement cette donnée. Car ce prélèvement nécessite un laboratoire dosant la fibronectine ce qui n'est pas le cas des laboratoires de ville. Ils ne sont que 7% parmi les professionnels de la grossesse à l'utiliser. Par ailleurs, l'intérêt ce dosage concerne surtout les femmes identifiées à risque d'AP et ne concerne donc peu médecins généralistes, gynécologues médicaux et sages-femmes.

Chez les patientes asymptomatiques et à bas risque, le test fibronectine fœtale a, comme le TV, une faible sensibilité, mais son intérêt potentiel est lié à sa spécificité et sa VPN élevées, qui permettent d'éviter une thérapeutique inutile [10, 55]. Le coût et la nécessité d'un laboratoire sont sans doute les principaux freins à l'utilisation plus large de ce dosage.

Plus qu'une question du type « pour ou contre le TV ? », le débat semble davantage s'orienter vers « quels sont les rôles respectifs du toucher vaginal, de l'échographie endovaginale et du dosage de la FnF dans la problématique de la menace d'accouchement prématuré ? À l'heure actuelle, ces examens ont tous prouvé leur raison d'être, mais dans des objectifs obstétricaux différents.

- le TV, par sa simplicité et son faible coût, reste un examen important notamment dans le dépistage des MAP dans une population de femmes à risque.
- L'échographie endovaginale a aujourd'hui une place de plus en plus importante dans le diagnostic des MAP. Permettant de chiffrer les modifications cervicales, son excellente VPN évite des hospitalisations inutiles.
- Le dosage de la FnF pourrait compléter l'échographie endovaginale dans le cas où celle-ci indiquerait une mesure cervicale « intermédiaire », ni rassurante, ni alarmante (souvent entre 15 et 26 mm). Ayant une forte VPN, une FnF négative pourrait permettre d'éviter certaines hospitalisations, mais, ayant une faible sensibilité, une FnF positive, ne permet pas d'affiner la décision [2].

## Conclusion

Notre enquête a permis d'amorcer ou d'approfondir notre réflexion et celle des professionnels sur les fondements de la pratique systématique du toucher vaginal en consultation prénatale. Pour une population de femmes à bas risque, dans notre échantillon, la part des professionnels le faisant systématiquement et non systématiquement est proche. Il subsiste encore une prédominance de professionnels le faisant systématiquement.

Les professionnels se sentent parfois contraints de devoir réaliser un TV pour satisfaire à l'attente des patientes ; celles-ci ayant le sentiment qu'en l'absence de cet acte, leur consultation est incomplète. Il a fallu jadis un certain temps pour faire accepter des femmes le TV systématique en consultation ; il faudra donc du temps pour leur expliquer que, dans le cadre d'une grossesse normale, ce TV n'est pas toujours utile.

Notre étude aura-t-elle une influence sur les pratiques professionnelles? Il faudrait une évaluation des pratiques professionnelles pour l'apprécier, mais il semblerait qu'elles puissent évoluer dans le sens des recommandations. En effet, près de 80% des professionnels interrogés seraient favorables au suivi des recommandations de la HAS faites en 2005. Ils pensent donc que, désormais, le toucher vaginal dans le cadre des grossesses à bas risque peut n'être pratiqué que sur indication médicale.

# **BIBLIOGRAPHIE**

---

## Ouvrages :

- 1) D'ERCOLE. Faut-il encore réaliser des touchers vaginaux en obstétrique ? -32es Journées Nationales de Médecine Périnatale-Rueil-Malmaison-Arnette-2002-303p
- 2) LANSAC J, MAGNIN G -Obstétrique pour le praticien- 5<sup>e</sup> édition-Issy les Moulineaux-Masson-2008-497p
- 3) MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J -Précis d'obstétrique- 6<sup>e</sup> édition-Paris-2001-597p
- 4) PERROT N, FERREY J-Echographie endovaginale-Masson
- 5) RUMEAU-ROUQUETTE C, DU MAZAUBRUN C, RABARISON Y. Naître en France : dix ans d'évolution. Paris – INSERM/Doin, 1984

## Articles :

- 6) ALEXANDER M, MERCER BM, MODOVNIK M, THURNAU GR, GOLDENBERG RL DAS AF -The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. « American Journal Obstetric and Gynecology » -2000-183-p1003 à 1007
- 7) AUDIPOG –La santé périnatale en 2001 et son évolution depuis 1994. Résultats du réseau sentinelle Audipog. « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » -2002-30 hors série n°1-p39
- 8) BIVINS HA, NEWMAN RB, ELLINGS JM. Risks of antepartum in multifetal gestations « American Journal Obstetric and Gynecology »-1993-169-p22 à 25
- 9) BLONDEL B, LE CONTOUR X, KAMINSKI M, BUEKENS P. Routine antenatal vaginal examinations. « Lancet » 1988-2-p846 à 847
- 10) BON C, ROUBILLE M, MAILLIVIN A, PICHOTY J -La détection de la fibronectine fœtale dans l'évaluation du risque d'accouchement prématuré. « Immuno-analyse & Biologie Spécialisée » 2000-15 (issue 2)-p96 à 108
- 11) BOUYER J., PAPIERNIK E.P. Facteurs de risque relevés lors des consultations prénatales. La prématurité. Enquête périnatale de Haguenau, 1 volume, INSERM Doin, Paris, 1987, p25 à 58
- 12) BREART G, BLONDEL B, TUPPIN P, GRANDJEAN H, KAMINSKI M -Did preterm deliveries continue to decrease in France in the 1980's. « Paediatric and Perinatal Epidemiology » 1995-9-p296 à 306

- 13) BUEKENS P, ALEXANDER S, BOUTSEN, BLONDEL B, KAMINSKI M, REID M-Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy  
« Lancet » 1994-344-p841 à 844
- 14) CABROL D, MAGNIN G –Diagnostic du travail prématuré. « Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction » 2001-30-p3S5 à 3S8
- 15) CARR-HILL R, HALL M -The repetition of spontaneous preterm labour. « British Journal of Obstetrics and Gynaecology » 1985-92-p921 à 928
- 16) CLOSSET E, DUFOUR P -Intérêt de la recherche de fibronectine foetale pour la prédiction de l'accouchement prématuré. « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » - 2001-29 (issue 11)-p808 à 813
- 17) COLMANT C, FRYDMAN R –Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » 2009-37-p195 à 199
- 18) CREASEY RK, MERKATZ IR. Prevention of preterm birth: clinical opinion.  
« American Journal Obstetric and Gynecology » 1990-76(suppl 1)-p25à 45
- 19) DROULEZ A, GIRARD R, DUMAS AM, MATHIAN B, BERLAND M. Prédiction de la réussite du déclenchement du travail. Comparaison entre le score de Bishop et le dosage de la fibronectine foetale. « Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction » 2008-37-p691 à 696
- 20) GABRIEL R, DARNAUD T, GONZALEZ N, LEYMARIE F, QUEREUX C.  
Échographie endovaginale du col utérin avant déclenchement artificiel du travail.  
« Gynécologie Obstétrique & Fertilité » 2001-29(12)-p919 à 923
- 21) GOFFINET F, KAYEM G. Diagnostic et pronostic de la MAP à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie « Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction » 2002-31(supplément au n°7)-p5S22 à 5S34
- 22) GOMEZ R, GALASSO M, ROMERO R. Ultrasonographic examination of uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. « American Journal Obstetric and Gynecology » 1994-171-p956 à 964
- 23) IAMS JD, NEWMAN RB, THOM EA, GOLDENBERG RL. Frequency of uterine contractions and the risk of spontaneous preterm delivery. « New England Journal of Medicine » 2002-346-p250 à 255

- 24) IAMS JD, PARASKOS J, LANDON MB, TETERIS JN, JOHNSON FF. Cervical sonography in preterm labor. « American Journal Obstetric and Gynecology » 1994-84-p40 à 46
- 25) IMSEIS HM, TROUT WC, GABBE SG -The microbiologic effect of digital cervical examinations. « American Journal Obstetric Gynecologic »-1999-180-p578 à 580
- 26) JENNIGES K, EVANS L. Premature rupture of the membranes with routine cervical exams. « Nurse Midwifery » 1990-35-p46 à 49
- 27) KEIRSE MJNC. An evaluation of formal risk scoring for preterm birth. « American journal of perinatology » 1989-6-p226 à 233
- 28) KING JF, GRANT A, KEIRSE MJ, CHARMERS I. betamimetics in preterm labours ; an overview of the randomized controlled trials. « British Journal of Obstetrics and Gynaecology » 1988-95-p211 à 222
- 29) LANGER B, CANEVA MP, SCHLAEDER G -La surveillance prénatale de routine en Europe: comparaison de l'expérience de 9 services de gynécologie-obstétrique situés dans 8 pays différents. « Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction »-1997-26-p358 à 366
- 30) LANGER B, GAUDINEAU A, WEINGERTNER A-S, DAVID E -Contre la notion de grossesse et d'accouchements à bas risque ? « Gynécologie Obstétrique & Fertilité »-2009-37-p200 à 203
- 31) LENIHAN JP. Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes. « Obstetrics and Gynecology » -1984-83(1)-p33 à 37
- 32) LEWIS DF, MAJOR CA, TOWERS CV, ASRAT T, HARDING JA. Effects of digital vaginal examinations on latency period in preterm. « Obstetrics and Gynecology » - 1992-80(n°4)-p630 à 634
- 33) MABIE WC. Placenta praevia. « Clin Perinatol » 1992-19-p 425 à 435
- 34) MACONES GA, SEGELS Y. Prediction of delivery among women with early preterm labor by means of clinical characteristics alone. « American Journal Obstetric Gynecologic »-1999-181-p1414 à 1418
- 35) MC DUFFY RS, NELSON GE, OSBORN CL. Effect of routine weekly cervical examinations at term on premature rupture of the membranes : a randomised controlled trial. « Obstetrics and Gynecology » -1992-79-p219 à 222

- 36) MCLEAN M, WALTERS WAW, SMITH R. Prediction and early diagnosis of preterm labor: a critical review. « Obstetrical and Gynecological Survey » -1993-48-p209 à 225
- 37) MEIJER-HOOGVEEN M, ROOS C, ARABIN C, STOUTENBEEK P. Transvaginal ultrasound measurement of cervical length in the supine and upright positions versus Bishop score in predicting successful induction of labor at term. « Ultrasound Obstetric and Gynecology » -2009-33-p213 à 220
- 38) PAPIERNIK E, BOUYER J, COLLIN D-Precocious cervical ripening and preterm labor. « American Journal Obstetric Gynecologic »-1986-67-p238 à 242
- 39) PHELPS JY, HIGBY K, SMYTH MH, WARD JA, ARRENDONDO F, MAYER AR. Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements. « American journal of obstetrics and gynecology » -1995-173(1,n°3)-p942 à 945
- 40) PUECH F. Le plan de Périnatalité 2005-2007. « Actualité et dossier en santé publique »-2008-61-p17 à 98
- 41) ROMAN H, VERSPYCK E, VERCOUSTRE L, DEGRE S, COL JY, FIRMIN JM, CARON P and MARPEAU L. Does ultrasound examination when the cervix is unfavorable improve the prediction of failed labor induction? « Ultrasound Obstetric and Gynecology » -2004-23-p357 à 362
- 42) ROZENBERG P, GILLET A. Echographie endovaginale du col utérin dans les populations asymptomatiques à haut risque et à bas risque d'accouchement prématuré : faire ou ne pas faire? « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » -2001-29-p148 à 158
- 43) SAGOT P. Suivi des grossesses selon la Haute autorité de santé : estimation de son impact. « Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction » -2008-37-p3 et 4
- 44) SEAWARD PG, HANNAH ME, MYHR TL, FARINE D. International multicentre term prelabor rupture of membranes study : evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. « American journal of obstetrics and gynecology » -1997-177-p1024 à 1029
- 45) SERGENT F, MARPEAU L. Pour le toucher vaginal en obstétrique « Gynécologie Obstétrique & Fertilité »-2005-33-p65 à 68
- 46) SHIONO PH, KLEBANOFF MA. A review of risk scoring for preterm birth. « Clin Perinatol » -1993-20-p107 à 125

- 47) STUBBS TM . The preterm cervix and preterm labor : relative risks, predictive values, and change over time. « American journal of obstetrics and gynecology »-1986-155-p829 à 834
- 48) VAYSSIERE C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique « Gynécologie Obstétrique Fertilité » -2005-33-p69 à 74
- 49) VENDITELLI F, RIVIERE O. Réseau sentinelle Audipog 2004–2005. Partie 1 : résultats des principaux indicateurs périnataux « Gynécologie Obstétrique Fertilité » - 2008-36 (11)-p1091 à 1100
- 50) VERSPYCK E, ROMAN H, MARPEAU L. Marqueurs biochimiques de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'infection). Recommandation pour la pratique clinique. « Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie de la Reproduction » -2002-31(suppl n°7)-p5S35 à 5S42
- 51) WEISS L, MEADOW R. Women's attitudes towards gynecologic practices. « Obstetrics and Gynecology » -1979-54-p110 à 114

### **Textes officiels :**

- 52) Circulaire DHOS/E 4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-50/a0503302.htm> (consulté le 12/12/2009)
- 53) Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires pré et postnataux <http://www.admi.net/jo/19920216/SANP9102747D.html> (consulté le 20/12/2009)

### **Thèses et Mémoires**

- 54) BULTEEL N –TV or not TV ? Intérêt du TV dans le dépistage et le diagnostic de la menace d'accouchement prématuré-Mémoire de fin d'études de sage-femme-Lille-2009

- 55) COQUEREL Hélène -Intérêt du toucher vaginal, de l'échographie endo-vaginale du col utérin et du dosage de la fibronectine fœtale dans la menace d'accouchement prématuré-Mémoire de fin d'études de sage-femme-Rouen-2006
- 56) DELOT Géraldine –Vécu du suivi prénatal par les femmes enceintes-Mémoire de fin d'études de sage-femme-Lille-2008
- 57) GRAFEILLE N. Approche cognitivo-comportementale du vaginisme -Mémoire CES de psychiatrie –Bordeaux -1988
- 58) LAMONTAGNE Eloïse –Suivi des grossesses à bas risque obstétrical dans différents pays européens- Mémoire de fin d'études de sage-femme-Grenoble-2008
- 59) TRUFFET E –Place et avenir du toucher vaginal dans la surveillance prénatale- Mémoire de fin d'études de sage-femme-Reims-2003

### **Sites internet**

- 60) Abbara A. « le TV » [http://www.aly-abbara.com/livre\\_gyn\\_obs/termes/toucher\\_vaginal.html](http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/toucher_vaginal.html) (consulté le 10/09/09)
- 61) « Accoucher autrement, connaître ses droits »  
<http://accoucheautrement.free.fr/Connaitre-droits.htm> (consulté le 19/12/2009)
- 62) CASSF et CNOSF. « Référentiel métiers et compétences des sages-femmes »  
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/communiqués07/rfrentielsf.pdf> (consulté le 08/09/2009)
- 63) CHU Grenoble « consultation prénatale » <http://www.consultations-prenatales.org/doc/examen%20clinique%20juin%202003.pdf> (consulté le 31/10/2009)
- 64) CNGOF. « La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes »  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_10.HTM#Intro](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM#Intro) (consulté le 19/12/2009)
- 65) GRAFEILLE N. « On ne peut pas me pénétrer »  
<http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf> (consulté le 28/02/2010)
- 66) HAS. « Recommandations professionnelles : Comment mieux informer les femmes enceintes ? »  
[www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes\\_enceintes\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf) (consulté le 21/03/2009)

# **ANNEXES**

---

- **Annexe n°I : Le score de Bishop et le CRAP**
- **Annexe n°II : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations (HAS)**
- **Annexe n°III : Lettre adressée aux professionnels du réseau Périnatalité de Haute-Normandie**
- **Annexe n°IV : Le questionnaire version PDF**
- **Annexe n°V : Quelques remarques**

# Annexe n°1 : le Bishop et le CRAP

## Le score de Bishop

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 - 2 cm	3 - 4 cm	≥ 5 cm
Effacement du col utérin	0 - 30%	40 - 50%	60 - 70%	≥ 80 %
Consistance du col utérin	ferme	moyenne	molle	
Position du col utérin	postérieure	centrale	antérieure	
Positionnement de la présentation foetale par rapport aux épines sciatiques	mobile (3 cm au dessus)	amorcée (2 cm au dessus)	fixée (≤ 1 cm au dessus)	engagé (1 - 2 cm au dessous)

## Le CRAP = Coefficient de Risque d'Accouchement Préaturé

Score	Contexte social	Antécédents	Mode de vie	Grossesse
1	-Bon niveau socio-économique -Deux enfants ou plus sans aide familiale	-Moins de un an entre dernier accouchement et grossesse actuelle -Un curetage	-Travail à l'extérieur -Plus de trois étages sans ascenseur -Plus de dix cigarettes/jour	-Fatigue inhabituelle -Prise de poids exceptionnelle
2	-Absence de suivi de grossesse -Grossesse illégitime -Moins de 20 ans -Plus de 40 ans	-Deux curetages	-Efforts inhabituels -Longs trajets quotidiens -Travail fatiguant -Voyage	-Albuminurie -Moins de cinq kg de prise de poids -Tension artérielle > 13 ou > 8
3	-Moins de 1,50 m -Plus de 45 Kg -Très bas niveau socio-économique	-Trois curetages ou plus -Utérus cylindriques		-Chute du poids le mois précédant -Siège à 7 mois -Tête basse
4	-Moins de 18 ans	-Pyélonéphrite		-Col court -Col perméable -Métrorragies du 2ème trimestre -Utérus contractile
5		-Malformation utérine -Un avortement tardif -Un accouchement prématuré		-Grossesse gémellaire Hydramnios -Placenta praevia
TOTAL				
<b>Résultats:</b> si < 5 = pas de risque d'accouchement prématuré si < 5 et < 10 = risque potentiel d'accouchement prématuré si > 10 = risque certain d'accouchement prématuré				

# Annexe n°II :

## Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations (HAS)

---

<b>Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature</b>	<b>Grade des recommandations</b>
<b>Niveau 1 (NP1)</b> Essais comparatifs randomisés de forte puissance (effectifs suffisants) - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées.	Preuve scientifique établie A ( <b>Prouvé</b> )
<b>Niveau 2 (NP2)</b> Essais comparatifs randomisés de faible puissance (effectifs insuffisants) - Études comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohortes.	Présomption scientifique B ( <b>Probable</b> )
<b>Niveau 3 (NP3)</b> Études de cas témoins.	Faible niveau de preuve C ( <b>Accepté</b> )
<b>Niveau 4 (NP4)</b> Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas	Faible niveau de preuve C ( <b>Accepté</b> )
<b>En l'absence d'études</b>	les recommandations sont fondées sur un accord professionnel

Annexe n°III : Lettre adressée aux  
professionnels du réseau Périnatalité  
de Haute-Normandie.

---



Président : Pr Jean-Paul LEMOINE  
Vice-Président : Dr Jean GODARD  
Trésorier : Dr Alain DIGUET  
Trésorier adjoint : Dr Henri BRUEL  
Secrétaire : Pr Stéphane MARRET  
Secrétaire adjoint : Dr Marc DURAND-REVILLE

Coordination administrative : Catherine LÉVÊQUE  
Coordination médicale : Dr Jacqueline MADELINE  
Secrétaire : Sylvie GANGNON  
E-mail : [Secretariat.Reseau-Perinatalite@chu-rouen.fr](mailto:Secretariat.Reseau-Perinatalite@chu-rouen.fr)  
Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation  
Hôpital Charles Nicolle - 1 rue de Germont  
76031 Rouen Cedex  
☎ : 02.32.88.01.24  
Fax : 02.32.88.88.23  
Site Internet : <http://www.reseaux-perinat-hn.org>

Nos Réf. : 09/060 CL

Rouen, le 25 novembre 2009

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante en quatrième année au département des études de sage-femme de Rouen, j'effectue dans le cadre de mon mémoire, une enquête auprès des gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes et sages-femmes ayant une activité de consultations prénatales.

Celle-ci a pour but d'évaluer, en Haute-Normandie, la pratique du toucher vaginal en consultation prénatale dans le cadre du suivi des grossesses normales, à bas risque.

Ce mémoire est placé sous la direction de Madame le docteur I. CHANAVAZ-LACHERAY, gynécologue-obstétricien du centre hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan.

Le réseau Périnatalité de Haute-Normandie, en la personne de son vice-président, Monsieur le docteur J. GODARD, soutient ce projet. Ainsi, Madame C. LEVEQUE, coordinatrice administrative du réseau, m'a permis de vous adresser ce questionnaire par messagerie, fax ou courrier.

Ce travail permettra, je l'espère, de mettre en lumière des différences de pratiques vis-à-vis du toucher vaginal en prénatal, les comprendre et les analyser. Il me semble en effet opportun, dans l'intérêt des patientes, de réfléchir ensemble sur les pratiques médicales afin d'optimiser le suivi des femmes enceintes dans un climat sécuritaire et confiant.

D'avance je vous remercie de votre précieuse collaboration.

Recevez, Madame, Monsieur, mes respectueuses salutations.

Delphine BON-MARDION

Dr Jean GODARD

Dr Isabella CHANAVAZ-LACHERAY

# Annexe n°IV : Le questionnaire

version PDF

---

## PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN CONSULTATION PRENATALE

### PROFIL DU PROFESSIONNEL :

- 1) Quelle profession exercez-vous ?
  - Gynécologue-obstétricien
  - Gynécologue médical
  - Médecin généraliste
  - Sage-femme
- 2) Vous êtes :
  - Un homme
  - Une femme
- 3) Quel âge avez-vous ? .....
- 4) Où exercez-vous ?
  - Maternité publique (niveau I)
  - Maternité privée (niveau I)
  - Maternité publique (niveau II)
  - Maternité privée (niveau II)
  - Maternité publique( niveau III)
  - Cabinet libéral de ville
  - Mixte (cabinet-maternité)
  - Protection Maternelle et Infantile
  - Autre : .....
- 5) Depuis combien de temps assurez-vous la surveillance des grossesses normales, à bas risque ?
  - < 5 ans
  - Entre 5 et 10 ans
  - >10 ans
- 6) A quelle fréquence estimez-vous effectuer des consultations prénatales ?
  - 1 fois par semaine ou moins
  - 2 à 5 fois par semaine
  - 6 à 20 fois par semaine
  - Plus de 20 fois par semaine
- 7) Pratiquez-vous des accouchements ?
  - Oui
  - Non

### PRATIQUES PROFESSIONNELLES ACTUELLES :

**S'agissant toujours du suivi de grossesses normales, à bas risque.**

- 8) Réalisez-vous un toucher vaginal de manière systématique à la primipare lors des consultations prénatales (hors urgence) ?
  - Oui
  - Non
- 9) Réalisez-vous un toucher vaginal de manière systématique à la multipare lors des consultations prénatales (hors urgence) ?
  - Oui
  - Non
- 10) Si vous avez répondu non aux questions 8 et 9, quelle en est la raison la plus forte ?
  - Pour ne pas être délétaire
  - Pour ne pas inquiéter la patiente
  - Parce que le toucher vaginal peut être difficilement vécu par la femme
  - Parce que cet examen vous semble inutile s'il n'y a pas de prise en charge de la prématurité envisageable
  - Parce que les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé ne l'encouragent pas

11) Si vous avez répondu oui à l'une au moins des questions 8 et 9, quelle en est la raison principale ?

- Par habitude
- Parce que vous le considérez comme indispensable
- Par crainte médico-légale
- Pour dépister des modifications cervicales correspondant à une menace d'accouchement prématuré asymptomatique
- Pour respecter les habitudes de service
- Autre :.....

12) Y a-t-il des consultations pour lesquelles cet examen vous semble indispensable ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui, à la 1ère consultation
- Oui, au 4ème mois
- Oui, au 5ème mois
- Oui, au 6ème mois
- Oui, au 7ème mois
- Oui, au 8ème mois
- Oui, au 9ème mois
- Non

13) Concernant le toucher vaginal au premier trimestre, comment le jugez-vous pour les situations suivantes :

	Inutile / inefficace	Peu contributif	Justifié	indispensable
Dépister une pathologie gynécologique				
Dépister une béance cervicale				
Avoir un toucher vaginal servant de référence pour la grossesse				
Informar la patiente				

14) Si vous ne faites pas de TV systématique, le TV vous semble-t-il indispensable face aux situations suivantes ?

	OUI	NON
Contractions utérines anormalement fréquentes		
Fatigue maternelle excessive		
Inquiétude maternelle		
Milieu social maternel défavorisé		
Age maternel < 18 ans		
Age maternel > 40 ans		
Patiente vue pour la première fois		
Utérus tendu au palper abdominal		

- 15) Cet examen vous permet-il de dépister des modifications cervicales correspondant à une menace d'accouchement prématuré sans contraction utérine ?
- Jamais  Parfois  
 Rarement  Souvent
- 16) Quelle note de 0/10 (inefficace) à 10/10 (indispensable) attribueriez-vous au toucher vaginal :
- pour dépister des modifications cervicales sans contractions utérines ?.....
  - pour évaluer la gravité d'une menace d'accouchement prématuré ? .....
  - le cas échéant, pour effectuer l'examen du bassin ? .....
- 17) Expliquez-vous à votre patiente l'intérêt de cet examen avant de le réaliser ?
- Toujours  Parfois  
 Souvent  Jamais
- 18) Si vous avez répondu « souvent » ou « parfois » à la question précédente, quel(s) critère(s) vous incite(nt) à le faire ?
- âge de la patiente  sa nationalité  
 sa parité  sa demande  
 son niveau socio-éducatif  Autre : ...  
 sa culture
- 19) Quelle attitude avez-vous face à une femme enceinte présentant un vaginisme ?
- Vous ne faites pas de TV  
 Vous limitez au maximum les TV en consultation.  
 Vous ne faites que certains TV dans l'objectif d'habituer peu à peu la patiente à cet examen.  
 Vous faites les TV au même rythme que pour toute patiente.  
 Autre : .....
- 20) Depuis le début de votre exercice, avez-vous modifié vos habitudes cliniques vis-à-vis du TV en consultation prénatale ?
- NON : Vous avez toujours réalisé un TV à chaque consultation, et vous continuez aujourd'hui  
 NON : Vous n'en faisiez que sur signe d'appel clinique, et vous continuez aujourd'hui  
 OUI : Vous réalisiez un TV de manière systématique, mais désormais que sur signe d'appel clinique  
 OUI : Vous ne faisiez un TV que sur signe d'appel clinique, mais désormais vous le réalisez à chaque consultation prénatale.

#### LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (2005)

- 21) Les recommandations actuelles du suivi de grossesse en consultation prénatale préconisent de ne réaliser un toucher vaginal que sur indication médicale. Les connaissez-vous ?
- Oui  Non
- 22) Si oui, les suivez-vous aujourd'hui?
- Oui  Non
- 23) Si oui, depuis combien de temps ? .....
- 24) Si non, seriez-vous prêt à les suivre désormais ?
- Oui  Non

**LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)**

25) Faites-vous appel à l'échographie endovaginale du col utérin ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui, à la place du toucher vaginal
- Oui, en complément du toucher vaginal
- Oui, lorsque le toucher vaginal paraît suspect ou discordant
- Lors d'une MAP sévère
- Lors d'une MAP modérée
- A chaque MAP identifiée
- Non
- Autre : ...

26) Faites-vous appel au Dosage de la fibronectine fœtale ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui, à la place du toucher vaginal
- Oui, en complément du toucher vaginal
- Oui, lorsque le toucher vaginal paraît suspect ou discordant
- Lors d'une MAP sévère
- Lors d'une MAP modérée
- A chaque MAP identifiée
- Non
- Autre : ...

Vos remarques et suggestions sont les bienvenues !

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Merci encore de votre participation

Delphine Bon-Mardion

# Annexe n°V : Quelques remarques

---

## Le TV fait partie de l'examen clinique de base :

- MG : « Quels que soient les examens complémentaires rien ne remplace l'examen clinique. »
- MG : « Je crois que le mot systématique dans beaucoup de questions risque de devenir dogmatique. Les professionnels surtout MG doivent conserver une pratique clinique. Tout techniciser c'est aussi interdire consciemment ou pas des pratiques à certains.(...) »
- SF : « Pourquoi remettre en cause le TV, c'est remettre en cause l'intérêt de la clinique ! même si parfois il peut être discuté. »
- MG : « Il ne faut jamais délaissier l'examen clinique. Aujourd'hui on a trop abandonné la clinique au profit des examens complémentaires et je ne crois pas que cela soit une bonne chose. »

## Le TV est attendu/demandé par les patientes :

- MG : « En rural, les patientes s'attendent à un examen complet à chaque visite. »
- MG : « Les recommandations HAS sont parfois supplantées par l'idée que se fait la patiente du suivi de la grossesse. Le TV leur a été décrit comme un acte systématique lors du suivi de grossesse bien que pas toujours facile à accepter selon leurs termes. Pour certaines ne pas faire de TV correspond à un mauvais suivi. Il est parfois nécessaire de bien expliquer à la patiente les indications de cet examen, son utilité pour ne pas le pratiquer. »
- GO : « Interrogez les patientes qui ne sont rassurées qu'après un examen complet. »
- MG : « Il m'apparaît justifié d'appliquer les recommandations de la haute autorité de santé. Il m'apparaît (...) nécessaire de pratiquer le TV dans le premier trimestre lorsque l'interrogatoire laisse des zones d'ombres et que la patiente s'en trouve rassurée. »
- SF : « Une attitude commune d'équipe est à travailler pour changer l'habitude du TV. Il faut noter que si le TV n'est pas effectué, la patiente a parfois l'impression de n'avoir pas été examinée et qu'elle n'est pas complètement rassurée par notre examen et interrogatoire. Bon courage. »
- MG : « Difficile de changer les pratiques (et je n'ai que 32 ans) : le fait de ne pas faire un TV au cours de la grossesse me donnerait le sentiment de faire un examen clinique incomplet; de plus je pense que les femmes attendent d'être rassurées au cours de la consultation et le TV qui nous informe sur la longueur et la tonicité du col en est un bon moyen. Les femmes ne seraient-elles pas frustrées et angoissées qu'on ne leur dise plus que leur col est fermé faute de TV? Bon courage et bonne continuation ! J'ai hâte de lire les résultats et je vais lire les recommandations pour évoluer. »
- GO : « TV les femmes ne comprennent pas toujours le fait de ne pas être examinées. »
- MG : « Le TV, c'est admis dans le corps médical a bien montré ses limites. Cette notion n'est pas encore bien comprise par les patientes qui s'étonnent parfois de l'absence de TV. Il est parfois nécessaire d'expliquer pourquoi le médecin ne pratique pas de TV pour ne pas être perçu comme un médecin ne sachant pas suivre une grossesse. »

## Le TV rassure les professionnels :

- SF : « Les habitudes sont difficiles à changer et cela rassure de trouver un col normal, mais si on me prouve que cela n'est pas nécessaire, alors... »

## Divers :

- GO : « Le TV, les patientes en veulent, c'est culturel ! A nous de les habituer à ne plus recevoir 1 ou 2 doigts dans le vagin à chaque consultation. La MAP, c'est un diagnostic a posteriori, chez une femme chez

qui on craignait un AP et qui a effectivement accouché prématurément. Le TV aide un peu, mais le diagnostic de MAP relève également un peu de la sorcellerie... Quand le col est ouvert, l'écho du col, c'est de la connerie en barre ! »

- MG : « Clairement nous avons été éduquées dans le TV systématique, mais notre fort intérieur nous pousse à l'occulter régulièrement. Je continue à en faire un certain nombre quand mes patientes l'acceptent car je suis MG enseignante et que cela profite à mes internes. »
- MG : « On peut s'interroger sur l'honnêteté intellectuelle d'un tel questionnaire. Si tel est le cas, il faudra m'expliquer pourquoi les déclarations faites, nous ne revoyons pas les femmes, explications faites les soirs et weekend »
- MG : « De plus en plus souvent les jeunes femmes sont surprises que leur médecin généraliste fasse un TV lors du premier examen prénatal, m'obligeant donc à me justifier, ce qui m'humilie profondément ! »
- GO : « A mon avis, il ne faut pas suivre à la lettre ce que nous conseillent les anglo-saxons. On a tous vu à quoi la W.H.I. a abouti en France vis-à-vis des femmes ménopausées »
- SF : « Les pays anglo-saxons examinent beaucoup moins les femmes enceintes et ils n'ont pas plus de MAP et autres. Je pense que c'est du bon sens et du respect »
- GO : « Disposant d'un échographe personnel et travaillant en CCP - Pour ma pratique en résumé, je fais une échographie endovaginale et si le col est modifié ou me semble ouvert je fais un TV surtout pour vérifier la consistance du col, la hauteur de la présentation et confirmer le diagnostic »
- GO : « Je ne fais jamais de TV systématique à chaque CS. Je fais un examen du col uniquement en cas de CU ressenties par la patiente ou ATCD de prématurité ou grossesses gémellaires. Mais quand je fais un examen du col je le fais par échographie du col et finalement quasiment jamais par un TV. »
- MG : « Je ne fais plus comme avant des TV systématiques depuis que plusieurs obstétriciens m'ont expliqués que ce geste pouvait être plus délétère que bénéfique. »
- GO : « Je ne pratique plus que des échographies vaginales en dehors de la salle de naissance. »
- MG : « Questionnaire qui nous fait nous questionner, merci. TV reste utile si contractions utérines ressenties comme "bénignes" par la patiente mais doute sur une efficacité sur le col. Dans ce cas je fais un arrêt de travail ou conseils de repos si la patiente ne travaille pas et je refais un TV à 15 jours. S'il y a des pertes plutôt faire un ecbu facile. »

### **Encouragements :**

- MG : « Votre sujet est très intéressant et fera peut-être ouvrir les yeux à certains médecins obsédés par le TV pendant la grossesse... Bon courage ! »
- MG : « J'aimerais bien sur avoir les conclusions de votre travail. Bon courage »
- MG : « Ce sujet de thèse est très intéressant...merci de nous faire parvenir les conclusions...et bon courage pour ce travail. Cordialement»
- MG : « Merci beaucoup pour le choix de votre travail scientifique qui vise à limité des interventions inutiles faites souvent sous couvert "d'acte médical", mais qui ne sont que du scientisme ou pis encore... »
- MG : « J'aimerais avoir les réponses bien sûr ou qu'il soit l'occasion d'une petite réunion avec explications ce qui serait très profitable (rappels et réponses aux questions) »
- MG : « Félicitations pour un sujet innovant et essentiel pour le bien être de nos futures mamans. Et bonne pratique ! »