



HAL
open science

Prise en charge de la vaginose bactérienne chez les femmes enceintes, en post partum, allaitantes et en âge de procréer : pratiques des sages-femmes de la région Sud

Clara Guion

► **To cite this version:**

Clara Guion. Prise en charge de la vaginose bactérienne chez les femmes enceintes, en post partum, allaitantes et en âge de procréer : pratiques des sages-femmes de la région Sud. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02380689

HAL Id: dumas-02380689

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02380689v1>

Submitted on 26 Nov 2019

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.



Ecole de Maïeutique

Prise en charge de la vaginose bactérienne chez les femmes enceintes, en post partum, allaitantes et en âge de procréer : pratiques des sages-femmes de la région Sud

Présenté et publiquement soutenu

Le 24 Avril 2019

Par

GUION Clara

Née le 06 Novembre 1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- Comte Florence, Sage-femme enseignante, Directrice de mémoire
- Nina Cécile, Sage-femme enseignante
- Pettazzoni Sandrine, Sage-femme

Aix Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Prise en charge de la vaginose bactérienne chez les femmes enceintes, en post partum, allaitantes et en âge de procréer : pratiques des sages-femmes de la région Sud

GUION Clara

Née le 06 Novembre 1995

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2018/2019

Validation 1^{ère} session 2019 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2019 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Merci,

A ma directrice de mémoire Florence Comte, sage-femme enseignante à l'école universitaire de maïeutique de Marseille, pour sa disponibilité, son soutien et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

A Carole Zakarian, directrice de l'école universitaire de maïeutique de Marseille, pour son aide et ses conseils.

A Sylvie et Lauriane, pour avoir relu et corrigé mon mémoire. Leurs conseils ont été très précieux.

A mes parents, pour leur soutien constant et leurs encouragements durant toutes mes années d'études. Je ne vous remercierai jamais assez.

A ma sœur, avec qui j'ai passé de nombreux moments riches en émotions durant nos études. Merci pour ton aide et ton soutien.

A François, pour sa présence, sa patience et ses encouragements.

A mes amies Aurélie, Clara, Géraldine, Roxane et Inès pour leurs encouragements et leur sincère amitié. De belles aventures nous attendent.

Sommaire

Abréviations	2
Liste des figures et tableaux	3
Introduction	4
Matériels et méthodes	6
Résultats	9
1. Première partie : description de la population	9
2. Deuxième partie : prise en charge des vaginoses bactériennes	12
3. Prise en charge d'une femme ayant une vaginose bactérienne	15
Analyse et discussion	20
1. Biais et limites de l'étude	20
2. Analyse des résultats	20
Conclusion	30
Bibliographie	31
Annexe 1	34

Abréviations

CRAT :	Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU :	Diplôme Universitaire
E.C.T.S :	European Credits Transfer System
ESPIC :	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GRE :	Grossesse à Risque Elevé
HAS :	Haute Autorité de Santé
MAP :	Menace d'Accouchement Prématuro
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
SF :	Sage-Femme
VB :	Vaginose Bactérienne

Liste des figures et tableaux

Tableau I Justification des sages-femmes à la question « jugez-vous utile de traiter systématiquement une VB ? » lorsqu'elles ont répondu « cela dépend de la situation », classée selon qu'il s'agit d'une réponse avec une prise en charge optimale ou non.

Tableau II Pourcentage de SF utilisant le secnidazole, le métronidazole, les probiotiques et prodiguant des conseils hygiéno-diététiques dans la prise en charge des femmes enceintes ayant une VB.

Figure 1 Age des participants au questionnaire

Figure 2 Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Figure 3 Secteur d'exercice

Figure 4 Nombre de patientes ayant une VB vues par mois

Figure 5 Symptômes évoqués lors de la découverte d'une VB

Introduction

La flore vaginale est dominée par des lactobacilles de différentes espèces composant « la flore de Doderleïn ». Ces lactobacilles forment un biofilm tapissant la muqueuse vaginale et protègent ainsi le milieu contre l'agression de micro-organismes responsables d'infections diverses en déployant différents mécanismes.(1) Le déséquilibre de cette flore aboutit à une disparition quasi complète des lactobacilles au profit d'une flore anaérobie.(2) La vaginose bactérienne est une pathologie due à un déséquilibre de la flore vaginale dont les causes sont multiples.(3) C'est l'une des infections vaginales les plus fréquentes mais il ne s'agit pas d'une infection sexuellement transmissible. Le principal germe impliqué est *Gardnerella vaginalis*. La prévalence de la VB est d'environ 18 à 37% chez la femme.(4) Environ 50 % des cas de VB sont asymptomatiques.(5) Il s'agit d'une pathologie bénigne chez la femme non enceinte. Sa gravité se révèle pendant la grossesse puisque la VB est responsable, dans 16 à 29 % des cas selon les études, d'avortements spontanés, de chorioaminotites, de prématurité, de petits poids à la naissance.(2)

La VB peut être diagnostiquée sur le plan clinique et microbiologique. Les critères diagnostics cliniques publiés par Amsel recommandent l'établissement d'un diagnostic de VB lorsque trois des quatre facteurs suivants sont présents : écoulement vaginal adhérent et homogène; pH vaginal supérieur à 4,5; détection de cellules indicatrices et/ou odeur d'amine à la suite de l'ajout d'hydroxyde de potassium (test à la potasse positif). Le diagnostic de la VB peut aussi se faire grâce à la coloration de Gram des sécrétions vaginales (méthode microbiologique la plus utilisée). La plupart des laboratoires utilise un outil diagnostic objectif qui quantifie le nombre de morphotypes *Lactobacillus* et de bactéries pathogènes en vue d'établir un score qui est utilisé pour déterminer si l'infection est présente. Le système le plus couramment utilisé est connu sous le nom de score de Nugent. L'obtention d'un score de 7 ou plus permet l'établissement d'un diagnostic de VB. Un score se situant entre 4 et 6 est considéré comme intermédiaire, tandis qu'un score se situant entre 0 et 3 est considéré comme normal.(6)

Le consensus sur le traitement de la vaginose bactérienne n'est pas établi, puisque, plutôt que "d'éradiquer" une infection au caractère et aux causes protéiformes, certains proposeraient plutôt de "restaurer" la flore vaginale normale au moyen d'ovules de lactobacillus. Le traitement des patientes symptomatiques par antibiotique est efficace à court terme mais connaît un taux d'échec surprenant à moyen terme. La surveillance d'un groupe composé de patientes traitées par métronidazole montre que le taux de récurrence peut atteindre 35 % à 1 mois, 50 % à 3 mois et jusqu'à 70 % à 12 mois.(7) Le

rééquilibrage de la flore semble être complémentaire. En effet, une étude de 2013 (8) a conclu que les probiotiques peuvent aider à rétablir la flore lactobacillaire du vagin et aider à prévenir la récurrence de la VB.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle en France, de recommandations de pratique clinique concernant la prise en charge de la VB. Aussi, il n'existe pas de recommandation formelle de dépistage des facteurs de risque, de thérapies complémentaires, de contrôle après traitement. Il semble donc intéressant de s'interroger sur les pratiques thérapeutiques des professionnels de santé concernant la VB.

La question de recherche de l'étude menée est la suivante :

Quelle est la prise en charge de première intention utilisée par les sages-femmes de la région Sud pour traiter les vaginoses bactériennes diagnostiquées chez les femmes en âge de procréer, enceintes, en post partum ou allaitantes ?

L'objectif de recherche est d'identifier les prises en charge des vaginoses bactériennes par les sages-femmes chez les femmes enceintes ou en âge de procréer.

Ce mémoire n'est pas une évaluation des pratiques professionnelles, il s'agit d'une observation des pratiques professionnelles.

Matériels et méthodes

1. Population

Il s'agit d'une étude multicentrique descriptive rétrospective.

1.1. Lieux d'étude

Les données ont été recueillies par un questionnaire (Annexe 1) distribué du 20 avril au 31 juillet 2018 aux sages-femmes de maternités de différents niveaux ainsi qu'à des sages-femmes libérales de la région Sud :

- le C.H.U. de la Conception (niveau 3),
- le C.H. de Saint Joseph (niveau 2B),
- le C.H. de Gap (niveau 2A).

1.2. Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les sages-femmes participantes provenaient des trois établissements sélectionnés, tous services confondus, soit 202 sages-femmes (70 à la maternité de la Conception, 100 à la maternité Saint Joseph et 22 à Gap) ainsi que 61 sages-femmes libérales de Marseille.

Les questionnaires incomplets ont été exclus de l'étude.

2. Méthode

2.1. Méthode de recueil

L'étude a été menée grâce à un questionnaire anonyme destiné aux sages-femmes.

Une première version a été testée avec 4 sages-femmes. Quelques réajustements ont été nécessaires, notamment pour dissocier les formations diplômantes et les formations non diplômantes.

Le questionnaire a été envoyé par mail, sous la forme d'un Google forms®, aux cadres des différentes maternités qui ont transféré le lien informatisé aux sages-femmes. Celui-ci a aussi été distribué en format papier. Les adresses mails des sages-femmes libérales et des sages-femmes de PMI ont été obtenues via l'annuaire du site du Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes des Bouches-du-Rhône.

Ainsi, 263 sages-femmes ont reçu le questionnaire.

Deux courriels de relance ont été envoyés à toutes les sages-femmes.

2.2. Outil utilisé et critères

Il a été réalisé un questionnaire standardisé afin de pouvoir analyser de façon homogène les informations collectées. Le questionnaire comporte 21 questions avec en majorité des réponses à choix multiples ou des réponses courtes. Il est composé de 2 parties.

La première partie intitulée « Vous connaître » demandait aux sages-femmes de renseigner des variables qualitatives : sexe, lieu de formation initiale, secteur d'exercice, service d'exercice ainsi que des variables quantitatives : âge, année d'obtention du diplôme, nombre d'années d'exercice... Cette partie a permis de caractériser l'ensemble de la population interrogée.

La deuxième partie intitulée « vaginose bactérienne » interrogeait les sages-femmes sur leur prise en charge de la vaginose bactérienne.

Le questionnaire a été introduit par un court texte explicatif de l'étude ainsi qu'une définition de la vaginose bactérienne.

Ce questionnaire a été élaboré à partir des données bibliographiques scientifiques en lien avec la vaginose bactérienne.

L'objectif de l'étude n'a pas été transmis aux sages-femmes afin de ne pas biaiser leurs réponses.

L'enquête a été arrêtée lorsque les données sont arrivées à saturation.

Les SF non impliquées dans la prise en charge de VB n'ont pas répondu à la deuxième partie du questionnaire excepté la dernière question.

2.3. Méthode d'analyse

L'ensemble des données a été saisi à l'aide du logiciel informatique Excel.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de Excel. Les données en pourcentage ont été arrondies au dixième.

Les analyses comparatives des variables qualitatives ont été faites grâce au test du Chi².

La valeur numérique de « p » a été retenue inférieure à 5% soit $p < 0,05$. Si $p < 0,05$ alors il existe un rapport entre les variables et le test est significatif. Lorsque le test est non significatif, c'est-à-dire $p > 0,05$, cela signifie qu'il n'existe aucun rapport entre les variables. Le logiciel PSPP a permis de calculer les valeurs de p.

Résultats

1. Première partie : description de la population

1.1. Les taux de participation

Initialement, 112 sages-femmes sur 263 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 42,6%.

13 questionnaires ont été exclus car ils étaient incomplets.

Pour une lecture facilitée, il a été décidé de présenter les résultats en reprenant les différentes parties du questionnaire. Seuls les résultats pertinents ont été cités.

6 hommes ont répondu au questionnaire contre 93 femmes soit un taux de participation de 6,1% d'hommes (n=99).

1.2. Age des participants

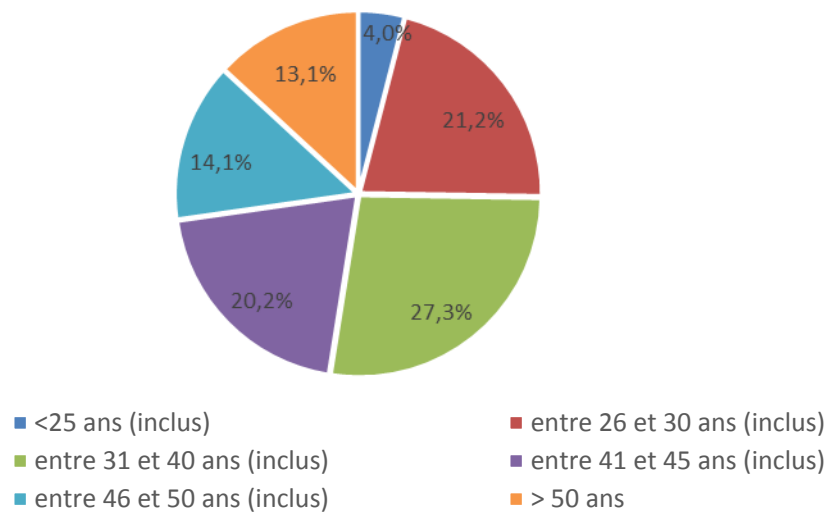


Figure 1. Age des participants au questionnaire

Effectif (n)	Age moyen	Ecart type
99	39,1 ans	9,9

1.3. Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Les sages-femmes de l'échantillon ont été diplômées entre 1978 et 2017, et le plus grand nombre est après 2011.

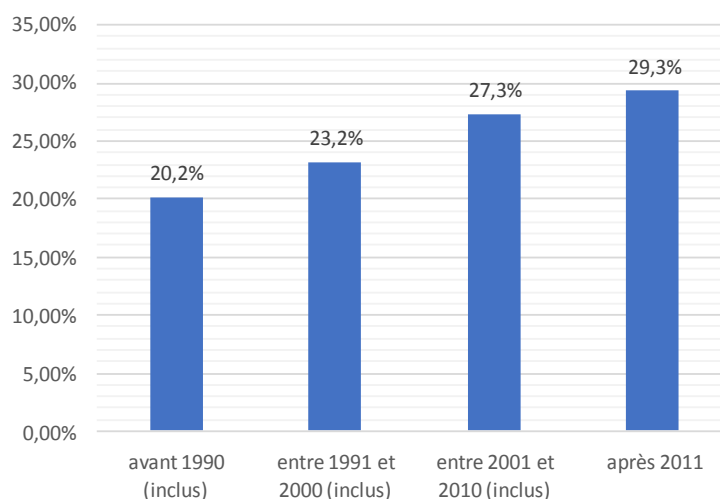


Figure 2. Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Effectif (n)	Moyenne	Ecart type
99	2002	10,6

Les années d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme ont ensuite été classées selon la création de la loi HPST de 2009 car il s'agit de l'année à partir de laquelle les sages-femmes ont eu le droit de pratiquer le suivi gynécologique de prévention. Ainsi, 65,7% des sages-femmes interrogées ont obtenu leur diplôme avant la loi HPST.

1.4. Secteur d'exercice

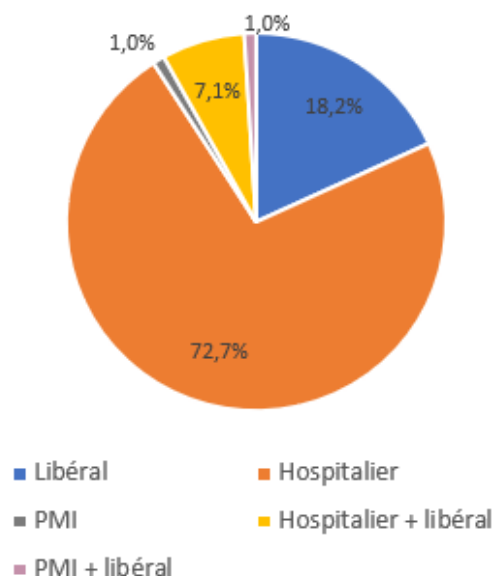


Figure 3. Secteur d'exercice (n=99)

1.5. Nombre d'années d'exercice de la profession de sage-femme

59,6% des sages-femmes interrogées ont exercé depuis plus de 10 ans la profession de sage-femme. (n= 99)

1.6. Sage-femme ayant un diplôme universitaire de gynécologie

15,2% des sages-femmes ont eu un DU de gynécologie. (n= 99)

1.7. Année d'obtention du DU de gynécologie

5 SF ont obtenu leur DU de gynécologie en 2015 et 5 l'ont obtenu en 2016.

4 SF l'ont obtenu en 2017 et 1 l'a obtenu en 2018.

Effectif (n)	Moyenne	Ecart type
15	2016	1,3

1.8. Nombre de sages-femmes ayant assisté à une journée de formation traitant de la vaginose bactérienne

24,2% des sages-femmes ayant répondu à l'étude ont assisté à au moins une journée de formation traitant de la vaginose bactérienne durant les 5 dernières années. (n= 99)

1.9. Nombre de sages-femmes ayant une activité de consultation gynécologique hors grossesse (au moins une fois par mois)

15,8% des sages-femmes ayant répondu à l'étude avaient une activité de consultation gynécologique hors grossesse. (n= 99)

1.10. Nombre de sages-femmes ayant une activité (au moins une fois par mois) de consultation pré et post natale (dans les 2 mois qui suivent l'accouchement)

46,5% des sages-femmes interrogées avaient une activité de consultation pré et post natale. (n= 99)

2. Deuxième partie : prise en charge des vaginoses bactériennes

2.1. Prélèvement vaginal systématique en début de grossesse

18,2% des personnes interrogées ont estimé nécessaire de faire un prélèvement vaginal systématique en début de grossesse. (n= 99)

Les motifs évoqués par les sages-femmes réalisant un prélèvement vaginal systématique en début de grossesse sont :

- pour faire le dépistage du *streptocoque B*
- en cas d'antécédent de vaginose bactérienne
- pour toutes les grossesses
- en cas d'antécédents de menace d'accouchement prématuré ou de rupture prématurée des membranes.

2.2. Nombre de patientes ayant une VB vues par mois

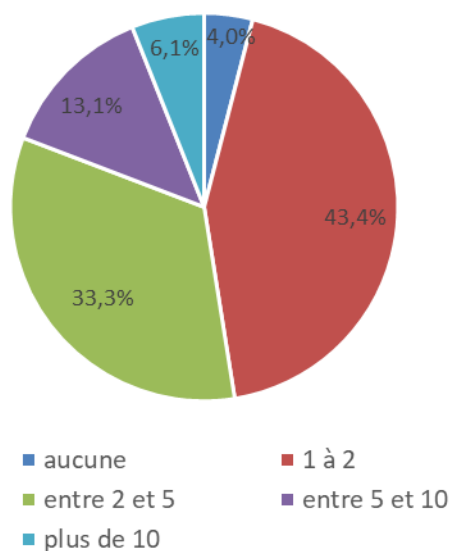


Figure 4. Nombre de patientes ayant une VB vue par mois (n=99)

96% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire reçoivent au moins une fois par mois une patiente ayant une VB.

2.3. Découverte de la vaginose bactérienne des patientes

Dans la majorité des cas (78,9% des SF), la vaginose bactérienne a été découverte suite à des symptômes.

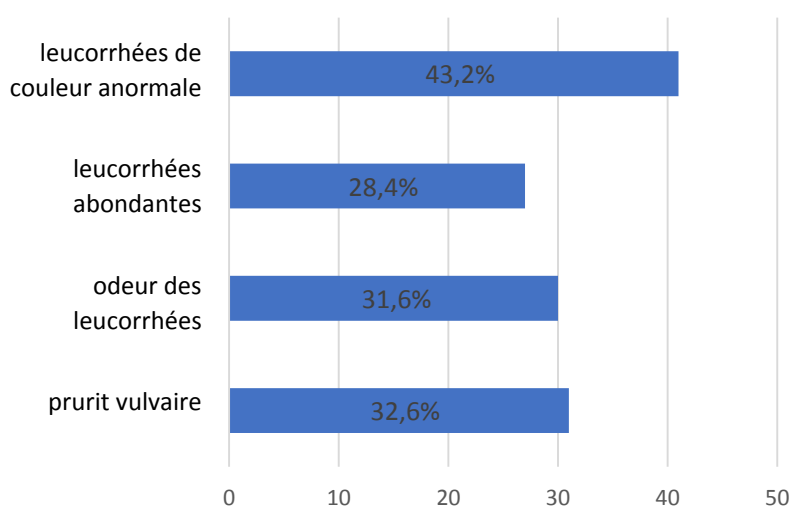


Figure 5. Symptômes évoqués lors de la découverte d'une VB (n=95)

Les autres symptômes retrouvés étaient : douleur, gêne pendant les rapports sexuels, dyspareunie, contractions utérines, fausse couche spontanée.

74,7% des SF ont répondu avoir découvert une VB lors d'un prélèvement vaginal à l'occasion du dépistage du streptocoque B.

Les autres modes de découvertes de la vaginose bactérienne étaient soit liés à un prélèvement vaginal effectué lors d'une menace d'accouchement prématuré, à un prélèvement vaginal en cas d'hospitalisation prolongée ou en cas de rupture prématurée des membranes.

2.4. Prélèvement vaginal systématique si symptômes d'infection vaginale

Pour 81,1% des SF, un prélèvement vaginal systématique était nécessaire en cas de symptômes d'infection vaginale.

Pour 5,3% des SF cela n'était pas nécessaire car elles traitaient d'emblée la patiente uniquement par secnidazole ou métronidazole en cas de signes de VB.

3 sages-femmes traitent d'emblée les patientes par métronidazole et probiotiques.

Pour 13,7% des SF, un prélèvement vaginal était fait dans certains cas : en cas de grossesse à risque (évoqué 2 fois), de récurrence de VB pendant ou en dehors de la grossesse (évoqué 2 fois), s'il y a un doute sur une co-infection à *Gardnerella vaginalis* et *Candida albicans*, s'il s'agit d'une forme atypique (évoqué 8 fois).

2.5. Utilité de traiter systématiquement une vaginose bactérienne

56,8% (n = 95) de sages-femmes jugeaient utile de traiter systématiquement une VB.

8,4% de sages-femmes ne trouvaient pas utile de traiter systématiquement une patiente ayant une VB.

Pour 34,7% de sages-femmes, cela dépendait de la situation : le tableau I reprend les situations décrites par les SF en les classant en 2 catégories :

- optimale lorsque la situation clinique est telle que décrite dans la littérature scientifique.
- non optimale lorsque la situation clinique n'est pas en relation avec la littérature scientifique.

Prise en charge optimale	Prise en charge non optimale
Pas de traitement si la patiente est asymptomatique (évoqué 7 fois)	Dépend du germe (évoqué 2 fois)
Traitement en cas de MAP (évoqué 1 fois) ou de rupture prématurée des membranes (évoqué 1 fois) liée à une VB	Dépend du cas / du contexte (évoqué 5 fois)
Rééquilibrer la flore (évoqué 6 fois)	Bain de siège
Eviter une infection haute (évoqué 1 fois)	Protocole du service
Prévenir MAP (évoqué 1 fois), RPM en cas de grossesse à risque de MAP (évoqué 1 fois)	Risque de résistance aux antibiotiques (évoqué 2 fois)
Confort de la patiente (évoqué 5 fois)	Pendant la grossesse (évoqué 3 fois)
Eviter les récives (évoqué 2 fois)	Qualité des muqueuses à l'accouchement (évoqué 3 fois)

Tableau 1 : Justification des sages-femmes à la question « jugez-vous utile de traiter systématiquement une VB ? » lorsqu'elles ont répondu « cela dépend de la situation », classée selon qu'il s'agit d'une réponse avec une prise en charge optimale ou non.

3. Prise en charge d'une femme ayant une VB

La prise en charge d'une femme ayant une VB est adaptée selon les données scientifiques retrouvées dans la littérature et comportent 5 items :

- traitement si la patiente est symptomatique (accord professionnel), avant la pose d'un dispositif intra-utérin, avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale des voies génitales supérieures. (9)
- traitement par antibiotique : métronidazole (1g pendant 7 jours ou 2 g en dose unique par voie orale ou un applicateur de gel à 0,75 % par voie intravaginale une fois par jour pendant 5 jours ou 500 mg en ovule vaginale une fois par jour pendant 7 jours) (10) ou secnidazole (2 g en prise unique) selon le cas (11)
- traitement par probiotiques en complément de l'antibiotique. (12)
- pas de traitement du partenaire. (13)
- conseils hygiéno-diététiques donnés à la patiente. (3)

3.1. Prise en charge d'une femme enceinte ayant une VB

D'après les items définis précédemment, 10,5% des SF ont eu une prise en charge optimale des femmes enceintes.

Parmi ces SF, 1 a eu une prise en charge optimale pour les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les femmes en post partum et les femmes allaitantes.

Effectif (n)	Secnidazole	Métronidazole	Probiotiques	Conseils
86	25,6%	68,6%	39,5%	23,3%

Tableau II : Pourcentage de SF utilisant le secnidazole, le métronidazole, les probiotiques et prodiguant des conseils hygiéno-diététiques dans la prise en charge des femmes enceintes ayant une VB

Dans la catégorie « autre », les éléments de la prise en charge qui ont été cités sont : acupuncture, bain de siège au bicarbonate de sodium, hydratation à l'eau de Vichy, homéopathie, dépistage du partenaire pour les infections sexuellement transmissibles.

La prise en charge d'une mycose a été citée 6 fois. A chaque fois, ce sont les mêmes SF qui ont cité un traitement antimycosique pour la prise en charge de la VB chez les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les femmes en post partum et les femmes allaitantes.

3.2. Prise en charge d'une femme en âge de procréer ayant une VB

4,9% des SF ont eu une prise en charge optimale parmi les 41 sages-femmes ayant répondu à la question.

Dans la catégorie « autre », les éléments de la prise en charge qui ont été cités sont : homéopathie, acupuncture et traitement si la patiente peut être remboursée.

La prise en charge d'une mycose a été citée 3 fois.

3.3. Prise en charge d'une femme en post partum (dans les 2 mois suivant l'accouchement) ayant une VB.

3,1% des SF ont eu une prise en charge optimale parmi les 65 sages-femmes ayant répondu à la question.

Dans la catégorie « autre », les éléments de la prise en charge qui ont été cités sont : homéopathie, acupuncture, dépistage des infections sexuellement transmissibles et avis d'un gynécologue. La prise en charge d'une mycose a été citée 4 fois.

3.4. Prise en charge d'une femme allaitante ayant une VB.

1 sage-femme (1,6%) a eu une prise en charge optimale parmi les 64 sages-femmes ayant répondu à la question.

Dans la catégorie « autre », les éléments de la prise en charge qui ont été cités sont : homéopathie, acupuncture, dépistage des infections sexuellement transmissibles et antimycosiques qui a été cité 5 fois.

3.5. Prélèvement vaginal de contrôle à l'issue de la prise en charge

67,4% des SF (n=95) ont répondu qu'elles réalisaient un prélèvement vaginal de contrôle à l'issue de la prise en charge d'une patiente ayant une vaginose bactérienne.

Il faut souligner qu'il y a une grande distribution des résultats concernant les raisons pour lesquelles un prélèvement vaginal n'était pas fait.

Les raisons évoquées sont :

- Cela dépend de la clinique (évoqué 3 fois)
- Cela dépend du contexte (évoqué 3 fois)
- Des consignes sont données à la patiente (éducation) qui peut consulter si elle présente à nouveau des signes gênants ou persistants et ne sera traitée à nouveau que si besoin (évoqué 5 fois)
- L'examen clinique est suffisant (évoqué 2 fois)
- Cela est inutile (évoqué 1 fois)
- Il n'y a pas de prélèvement vaginal s'il y a amélioration clinique ou disparition des symptômes (évoqué 7 fois)
- Il n'y a pas de prélèvement vaginal en dehors de la grossesse (évoqué 1 fois)
- Personne ne vérifie le prélèvement vaginal (évoqué 1 fois)
- Protocole du service (évoqué 2 fois)
- Prélèvement vaginal sur signes d'appel (évoqué 3 fois)
- Si plus de gênes pas besoin de contrôle (évoqué 3 fois)

3.6. Récidive observée après prise en charge des patientes porteuses de VB chez les femmes enceintes et en âge de procréer

Il y a une quasi équité entre les sages-femmes ayant observé une récurrence de VB et celles qui ne l'ont pas observé (respectivement : 48 contre 47 sur 95 soit 50,5% et 49,5%).

Les raisons évoquées pour expliquer les récurrences sont :

- La grossesse
- L'asthénie
- La prise d'antibiotiques
- Les antécédents de VB
- Le déséquilibre persistant de la flore vaginale
- Le diabète
- La pratique des douches vaginales
- Une mauvaise hygiène
- La mauvaise observance du traitement (surtout ovules)
- Les milieux socialement défavorisés
- L'obésité
- Le tabagisme
- Le fait d'avoir eu plusieurs partenaires
- La MAP avec CU
- Patiente ayant une mycose
- La prise de contraceptifs oraux
- Si traitement par antibiotique sans prise de probiotiques
- Suite à la prise de secnidazole
- Si le milieu vaginal est acide

3.7. Facteur de risque de pathologies maternelles, fœtales et obstétricales

68,7% des SF (n=99) ont confirmé que la VB est un facteur de risque de pathologie et ont cité au moins une pathologie identifiée par les études scientifiques. Les SF ayant

citée une pathologie identifiée par les études et une pathologie non identifiée ont été considérées comme faisant parties des 31 SF ayant répondu faux à la question.

80,8% de SF ont cité la menace d'accouchement prématuré comme pathologie et seulement une a cité le petit poids de naissance.

18,2% des SF ont cité la rupture prématurée des membranes.

7,1% des SF ont cité la prématurité.

8,1% des SF ont cité la chorioamniotite.

5,1% des SF ont cité la fausse couche spontanée.

8,1% des SF ont cité l'endométrite.

Les autres pathologies qui ont été citées sont :

- Mauvaise cicatrisation ou de déchirures à l'accouchement, risque de muguet chez le nouveau-né
- Complications obstétricales
- Déchirure périnéale
- Dyspareunies, honte, mauvaise estime de soi et de son corps
- Infection materno-fœtale, détresse respiratoire, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine
- Inconfort
- Infection du nouveau-né
- Pathologies pendant la grossesse
- Salpingite
- Stérilité

Analyse des résultats et discussion

1. Biais et limites de l'étude

Les SF participantes se sont portées volontaires, ce qui constitue un biais de sélection, ces dernières pouvant porter un intérêt particulier pour l'étude.

Un biais d'information est aussi observé. En effet, certaines réponses sont trop vagues pour permettre d'être incluses dans l'étude.

La formulation des questions n'a pas révélé de biais de confusion à l'exception d'un seul questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués dans un nombre restreint de maternités, cela constitue donc une limite de l'étude.

Aussi, le petit effectif de SF interrogées par rapport au nombre de sages-femmes exerçant ne permet pas de généraliser les résultats à toute la population de SF.

2. Analyse des résultats

2.1. Population

Au 31 décembre 2014, on comptait 21 700 sages-femmes en activité, dont la majorité exerçait dans les maternités publiques (44%). Les sages-femmes exerçant dans les maternités privées et les ESPIC représentaient 13% de l'effectif.

Les libérales représentaient plus de 21% de la profession (près de 15% en étant exclusivement libérales et plus de 6% en étant polyactives, c'est-à-dire en cumulant une autre activité). (14)

Ces chiffres sont semblables à ceux retrouvés dans l'étude qui a été menée (question 4 du questionnaire). Il y a cependant une légère surreprésentation des sages-femmes exerçant en maternité par rapport aux chiffres de 2014.

52,5% des sages-femmes interrogées ont moins de 41 ans. Ce chiffre est semblable à celui de la DRESS qui estime que la moitié des sages-femmes en exercice sont âgées de moins de 40 ans. (15)

2.2. Diagnostic de VB

Plus de 80% des SF réalisent un prélèvement vaginal afin de confirmer le diagnostic de VB.

Aussi, 31 sages-femmes considèrent le prurit comme un des symptômes de la vaginose bactérienne. Pour rappel, les symptômes d'une vaginose bactérienne sont un écoulement blanc-grisâtre ayant une odeur de poisson, sans prurit ni douleur. (16) Le tableau clinique est dominé par la malodeur vaginale. Les brûlures vulvovaginales sont modérées ou absentes ainsi que la dyspareunie.

6 SF ont cité les antimycosiques comme traitement de la VB. Recueillir précisément les symptômes permet d'éviter les confusions entre VB et mycose.

Cependant, bien que le tableau clinique décrit ci-dessus soit présent chez un grand nombre de femmes atteintes de VB, la présentation clinique peut être moins évocatrice. C'est le cas des VB associées à des vaginites (inflammation du vagin) ou des vulvites subaiguës récidivantes (inflammation de la vulve) souvent confondues avec une candidose ou une dermatose vulvaire. Les traitements « classiques » (antifongiques locaux ou dermocorticoïdes) sont alors peu ou pas efficaces.

Dans une étude récente, il a été trouvé que la VB se présentait comme une véritable vaginite avec des signes inflammatoires marqués dans 9,5 % d'une série de 160 patientes atteintes de vaginites cliniques. Une étude publiée en 2007 trouvait une proportion similaire (10,7 %) de VB au cours de tableaux cliniques de vaginite. Souvent, dans ces formes cliniques plus aiguës, la VB est associée à des germes responsables connus de vaginite : *Candida*, *Trichomonas vaginalis*... La symptomatologie la plus bruyante cache, alors, la présence de la VB qui ne peut être décelée que par l'examen cytobactériologique. (17)

2.3. Les indications thérapeutiques du traitement de la VB

8,4% de sages-femmes ne trouvaient pas utile de traiter systématiquement une patiente ayant une VB mais dans certains cas, la prise en charge d'une VB s'avère nécessaire. Il s'agit notamment des patientes symptomatiques (environ 50 % des cas de VB sont asymptomatiques) (17), avant la pose d'un dispositif intra-utérin, avant une chirurgie gynécologique, un avortement thérapeutique ou une manœuvre instrumentale des voies génitales supérieures. (9) Il est nécessaire de traiter la patiente en cas d'avortement par intervention chirurgicale. (16)

Le traitement actuel de la vaginose bactérienne vise à atténuer les symptômes en réduisant la prolifération bactérienne associée à la vaginose bactérienne et à rétablir la

flore vaginale normale. Il n'existe pas à ce jour de recommandations formelles sur la prise en charge globale de la vaginose bactérienne.

18,2% des sages-femmes interrogées estiment nécessaire de réaliser un prélèvement vaginal en début de grossesse. Dans la majorité des cas, ce prélèvement est réalisé en cas d'antécédent de MAP ou de RPM. Le dépistage associé au traitement de la vaginose bactérienne en population n'a pas montré de bénéfice dans la prévention du risque d'accouchement prématuré spontané. (18) Concernant la population à bas risque asymptomatique (définie par l'absence d'antécédent d'accouchement prématuré) et la population à haut risque (définie par un antécédent d'accouchement prématuré), il n'a pas été démontré de bénéfice à dépister et à traiter la vaginose bactérienne dans la prévention du risque d'accouchement prématuré spontané. Cette stratégie n'est donc pas recommandée dans ces situations (respectivement grade A et grade C). Cependant, dans la sous-population des patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré survenu dans un contexte d'infection materno-fœtale bactérienne, il pourrait exister un bénéfice à dépister et traiter précocement et systématiquement toute infection génitale basse, et en particulier la vaginose bactérienne (accord professionnel). (18) Il n'est donc pas nécessaire de réaliser un prélèvement vaginal en début de grossesse sauf en cas d'antécédent d'infection materno-fœtale bactérienne.

2.4. Prise en charge

Il a été comparé la prise en charge des femmes ayant une VB réalisée par les SF ayant obtenu le diplôme de SF avant la loi HPST par rapport à celles ayant obtenu le diplôme de SF après la loi HPST. Le test est non significatif ($p = 0.319$), c'est-à-dire $p > 0,05$, cela signifie qu'il n'existe aucun rapport entre le fait d'avoir obtenu le diplôme de SF après l'autorisation de réaliser le suivi gynécologique de prévention et une prise en charge optimale des femmes ayant une VB.

Une étude réalisée en 2016 par Solène Haucolas dans son mémoire, évoque le fait que les sages-femmes diplômées après 2009 se forment autant que les autres en gynécologie, notamment sur le plan pratique. (19)

Les sages-femmes ayant assisté à une formation traitant de la VB durant les 5 dernières années ont une prise en charge optimale des femmes en âge de procréer ayant une VB. En effet, $p < 0,001$. Le test est donc significatif ($p < 0.05$). Il existe un rapport entre le fait d'avoir assisté à une formation traitant de la VB et avoir une prise en charge optimale des femmes en âge de procréer ayant une VB.

En revanche, lorsque qu'il s'agit de la prise en charge des femmes enceintes, en post partum ou allaitantes le test est non significatif, c'est-à-dire $p > 0,05$. Il n'existe pas de rapport entre le fait d'avoir assisté à une formation traitant de la VB et avoir une bonne prise en charge de ces femmes ayant une VB.

Les sages-femmes ayant un DU de gynécologie ont eu une prise en charge optimale des femmes enceintes ayant une VB. En effet, $p = 0,036$. Le test est donc significatif ($p < 0,05$). Il existe un rapport entre le fait d'avoir un DU de gynécologie et avoir une prise en charge optimale des femmes enceintes ayant une VB.

En revanche, lorsque qu'il s'agit de la prise en charge des femmes en âge de procréer, en post partum ou allaitantes le test est non significatif, c'est-à-dire $p > 0,05$. Il n'existe pas de rapport entre le fait d'avoir un DU de gynécologie et avoir une prise en charge optimale de ces femmes ayant une VB. Une explication de ce résultat pourrait résider dans le fait que la VB est une pathologie fréquemment dépistée chez les femmes enceintes et qui a des conséquences graves chez celles-ci (rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré, petit poids de naissance, chorioamniotite...). De nombreuses études ont été menées durant les 20 dernières années concernant la relation entre VB et risque d'accouchement prématuré. (20) De ce fait, la prise en charge revêt davantage un caractère préventif chez la femme enceinte.

Il a aussi été comparé la prise en charge des femmes ayant une VB faite par les SF exerçant en milieu libéral et celles exerçant en milieu hospitalier. Le test est non significatif pour le groupe des SF libérales ($p = 0,223$) et pour le groupe des SF hospitalières ($p = 0,124$). Il n'existe aucun rapport entre le fait d'exercer en milieu libéral ou en milieu hospitalier et avoir une bonne prise en charge des femmes ayant une VB. A noter qu'en 2014, une enquête réalisée par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a constaté que le suivi gynécologie représente seulement 1% des actes réalisés par les SF libérales. (21)

Près de 70% des sages-femmes interrogées prescrivent du métronidazole pour traiter une VB chez une femme enceinte ou allaitante.

63,4% des SF de l'étude prescrivent du secnidazole à une femme en âge de procréer et plus de 50% en prescrivent à une femme en post partum.

La prise en charge ne diffère pas selon qu'il s'agit d'une femme enceinte, en post partum, allaitante ou en âge de procréer. Seule l'antibiothérapie est à adapter selon le cas.

En effet, tous les auteurs (2)(17) s'accordent à dire que le métronidazole et le secnidazole sont les antibiotiques à utiliser en première intention en cas de VB que la femme soit enceinte, allaitante, en post partum ou en âge de procréer. La clindamycine (300 mg 2 fois par jour pendant 7 jours) est, elle aussi, efficace pour traiter la VB mais est encore peu utilisée en France. (22)

Selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, le métronidazole, mieux évalué, est à préférer pendant la grossesse et ce, quel que soit le terme. (10)

Le métronidazole est un antibiotique et un antiparasitaire de la famille des nitroimidazoles de première génération, initialement indiqué pour la prise en charge de la trichomonase, mais qui s'est révélé efficace contre les microorganismes anaérobies. Ce médicament existe en comprimé de 250 ou 500 milligrammes, en gel intravaginal à 0,75 %, en ovules et en solution buvable à 4 %.

L'administration de métronidazole recommandée dans la vaginose est de :

- 500 mg deux fois par jour pendant une semaine par voie orale,
- ou 2 g en une dose unique par voie orale,
- ou un applicateur de gel à 0,75 % (5 g) par voie intravaginale, une fois par jour, pendant 5 jours,
- ou 500 mg en ovule vaginale une fois par jour pendant 7 jours. (23)

Le meilleur moyen de prévenir la récurrence de vaginose bactérienne est de traiter l'épisode initial avec le schéma posologique le plus efficace. Le métronidazole par voie orale présente le taux de récurrence le plus faible parmi les schémas thérapeutiques antimicrobiens pour la vaginose bactérienne (20% contre 34% à 50% pour les autres agents). (24)

Selon le CRAT, l'utilisation de secnidazole est envisageable au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse. (25)

La commission de transparence de la Haute Autorité de Santé a considéré le 11 janvier 2017 que le service médical rendu par le secnidazole était important dans l'indication « vaginoses bactériennes ». Par contre, en ce qui concerne l'amélioration du service médical rendu, prenant en compte la démonstration de la non infériorité du secnidazole par rapport au métronidazole pour le pourcentage de guérison clinique et bactériologique à 28 jours, la commission considère que le secnidazole n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu par rapport au métronidazole dans le traitement de la vaginose bactérienne. (11)

En dehors de la grossesse et de l'allaitement, la Haute Autorité de Santé préconise l'utilisation de secnidazole en 1^{ère} intention en dose unique de 2 g. Il est aussi possible d'utiliser le métronidazole per os (1g par jour pendant 7 jours). (16) (17) En effet, depuis

janvier 2017 et selon la HAS, la place du secnidazole dans la stratégie thérapeutique de la vaginose bactérienne, est en première intention (en dehors de la grossesse et de l'allaitement), à la posologie de 2 g soit un sachet unique, au début d'un repas. En lien avec les paramètres pharmacocinétiques, le schéma en dose unique de secnidazole pourrait être insuffisant chez certaines patientes avec la nécessité d'un recours éventuel au traitement vaginal local. (11) Une étude randomisée de non infériorité en double aveugle avec double placebo a comparé l'efficacité du secnidazole (prise unique de 2 g) à celle du métronidazole (500 mg/j x 2 pendant 7 jours). Un total de 577 patientes a été inclus. L'efficacité du secnidazole concernant la guérison clinique et biologique (critère composite) a été non inférieure à celle du métronidazole. (26)

Chez une femme qui allaite, le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, recommande l'utilisation de métronidazole, compatible avec l'allaitement. Le traitement par métronidazole per os (1 g par jour pendant 7 jours) est possible s'il est inférieur à une durée de 14 jours. Il est aussi possible de traiter la patiente par métronidazole monodose si la patiente n'allait pas la nuit (prise du traitement avant le coucher). (10)

39,5% des SF interrogées prescrivent des probiotiques en complément d'une antibiothérapie. Le Collège national de gynécologie et d'obstétrique français préconise l'utilisation de prébiotiques, de probiotiques et d'œstrogènes en complément d'une antibiothérapie afin de restaurer la flore vaginale.(2) Un très petit nombre d'études portant sur l'utilisation des probiotiques chez les femmes présentant une vaginite infectieuse existe à ce jour. (27) Ces études montrent un effet bénéfique sur la flore lactobacillaire (17) ,mais, comme l'a signalé une publication Cochrane de 2009, les résultats ne fournissent pas suffisamment de preuves pour ou contre la recommandation de probiotiques pour le traitement de la VB. L'association de métronidazole/probiotiques et la préparation à base de probiotiques/estriol semblent être prometteurs, mais des essais contrôlés randomisés bien planifiés avec des méthodologies standardisées et un nombre plus important de patients sont nécessaires. (12) En 2013, Bodean et al. ont étudié l'utilisation de probiotiques oraux, de probiotiques vaginaux, ou aucun probiotique pris après traitement par métronidazole 500 mg deux fois par jour pendant 7 jours et la crème métronidazole intravaginale pendant 5 jours. Le groupe A a un reçu uniquement l'antibiothérapie, le groupe B a reçu l'antibiothérapie suivie par des probiotiques vaginaux pendant 6 jours préparés avec *L. rhamnosus*, *S. thermophilis* et *L. bulgaricus*. Le groupe C a reçu l'antibiothérapie qui a été complétée avec des probiotiques oraux pris 2 heures après l'ingestion de l'antibiotique pour un total de 10 jours. Il a été donné la thérapie à tous les groupes durant quatre cycles menstruels. À 3 mois, le groupe A (aucun

probiotique) avait un taux de récurrence de 50 %, le groupe B (probiotiques vaginaux) avait un taux de récurrence de 30 %, et le groupe C (probiotiques oraux) avait un taux de récurrence de 15 %. Les auteurs ont admis un taux plus faible de suivi pour le groupe avec probiotiques vaginaux, sans doute en raison de la voie vaginale d'administration moins acceptable pour les participantes. Les auteurs concluent que les probiotiques peuvent aider à rétablir la flore lactobacillaire du vagin et aider à prévenir la récurrence de la vaginose bactérienne. (8)

Il est à noter qu'aucune sage-femme n'a parlé de préparation à base d'œstrogènes dans la prise en charge d'une VB. L'utilisation d'une crème vaginale aux œstrogènes dans le cas d'une VB avérée avec symptômes de dessèchement (atrophie) est possible. Mais au préalable, un examen microscopique des sécrétions vaginales est nécessaire.(3) On sait que la flore lactobacillaire est très dépendante de l'imprégnation estrogénique vaginale. On a démontré que chez des femmes présentant une charge estrogénique basse, puis supplémentée en œstrogènes, on observait une diminution de l'incidence de la VB. (28) Ainsi, chez des patientes atteintes d'une hypo-estrogénie (ménopause, péri-ménopause, contraception orale microdosée...), les traitements estrogéniques locaux administrés pendant plusieurs semaines sont susceptibles de rééquilibrer la flore vaginale.

D'après les études scientifiques retrouvées dans la littérature, un dispositif thérapeutique nommé Polybactum® pourrait être efficace dans la prise en charge des VB. Il n'est sans doute pas connu des SF interrogées puisque celles-ci ne l'ont pas cité. Polybactum® est un dispositif médical de classe IIa (ovule vaginal) résultant de l'association de trois composants : polycarbofile (propriétés bioadhésives, acidifiant, facilitant la restauration d'un pH vaginal physiologique lors d'une vaginose), le Lauryl Glucoside (agent tensioactif non ionique réduisant la tension de surface) et le Witepsol w35®. Ce produit inhibe la croissance de *Gardnerella vaginalis*, empêche la reconstitution du biofilm de *Gardnerella Vaginalis* et favorise la croissance de la flore lactobacillaire par son effet acidifiant sur le pH vaginal. Ces propriétés, combinées à son innocuité, confirmée également lors de tests de biocompatibilité, peuvent être intéressantes dans la prévention des risques liés à la vaginose pendant la grossesse. (29)

67,4% des SF interrogées ont répondu qu'elles réalisaient un prélèvement vaginal de contrôle à l'issue de la prise en charge d'une patiente ayant eu une vaginose bactérienne. La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada recommande

qu'un dépistage soit effectué un mois à la suite du traitement afin de s'assurer de la guérison de la VB. (30) En France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé préconise de réaliser un prélèvement vaginal de contrôle tous les trimestres chez les femmes enceintes traitées. Aucune recommandation n'a été trouvée à ce sujet chez les femmes non enceintes. (31) Le taux de récurrence important incite à préconiser les prélèvements de contrôle.

2 sages-femmes ont répondu qu'il était nécessaire de traiter le partenaire dans la prise en charge de la VB. D'après des études, le traitement du partenaire n'est pas nécessaire. Des données probantes de bonne qualité montrent que le traitement antibiotique des partenaires sexuels des femmes atteintes de vaginose bactérienne ne permet pas, par rapport à un placebo, une amélioration clinique ou symptomatique pour les femmes au cours de la première semaine, entre la première semaine et la quatrième ou après la quatrième semaine. Enfin, par rapport à l'absence d'intervention chez le partenaire, le traitement antibiotique ne permet pas de diminuer le taux de récurrence après la quatrième semaine et n'augmente pas la fréquence de l'amélioration clinique ou symptomatique pour les femmes entre la première semaine et la quatrième ou après la quatrième semaine, respectivement. (13)

23,3% des SF ayant répondu au questionnaire formulent des conseils hygiéno-diététiques lors de la prise en charge d'une VB. De nombreuses études ont permis de prouver que l'application de règles hygiéno-diététiques permettait d'éviter la survenue d'une VB et/ou les récurrences. En effet, des règles d'hygiène devraient être appliquées notamment pas de savons, de sprays, de tampons, éviter les douches vaginales sans indication médicale, essayer le préservatif si le problème est survenu suite à un changement récent de partenaire (4) et éliminer les facteurs de risque de VB (stress, tabac...). (3)

L'homéopathie et l'acupuncture ont été citées comme méthode pour traiter la vaginose bactérienne. Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer les effets de l'homéopathie sur les infections vaginales. Les résultats sont contradictoires selon les publications. (32) Pour l'acupuncture, aucun texte n'a été retrouvé concernant son utilisation dans la prise en charge des infections vaginales.

Le traitement homéopathique n'est pas spécifique à la VB. Il est prescrit en fonction de l'aspect des pertes et des lésions éventuelles. Si les leucorrhées ne sont pas typiques d'une mycose ou en cas de récurrence, un prélèvement vaginal avec étude de la flore, recherche fongique et recherche de chlamydia, trichomonas, mycoplasmes est

nécessaire. La durée du traitement dépend de la rapidité d'amélioration et de la disparition du symptôme (environ une semaine). En cas d'infection prouvée, le traitement sera allopathique ; le traitement homéopathique, complémentaire, visera à atténuer les symptômes. Le medorrhinum 15 CH est utilisé comme traitement symptomatique dans le contexte de traitements antibiotiques répétés et d'infections à répétition. Il est aussi utilisé en prévention des récurrences. (32)

Une SF a relevé l'existence de récurrences de VB suite à l'utilisation de secnidazole. Cette hypothèse n'a pas été retrouvée dans la littérature. Les effets indésirables possibles du secnidazole qui ont été retrouvés dans le Vidal sont :

- Fréquents : nausées, vomissements, maux d'estomac, goût métallique, inflammation de la bouche ou de la langue.
- Rarement : maux de tête, vertiges, mauvaise coordination des mouvements, fourmillements.
- Baisse des globules blancs, réaction allergique nécessitant l'arrêt du traitement.

(33)

Les SF connaissent les traitements antibiotiques de la VB. La plupart d'entre elles traitent les patientes par secnidazole ou métronidazole selon le cas (tableau II). En revanche, peu de SF réalisent une prise en charge optimale d'une VB puisque seule 1 SF a eu une prise en charge optimale pour les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les femmes en post partum et les femmes allaitantes.

Aussi, moins de la moitié des SF prescrivent des probiotiques et des conseils hygiéno-diététiques. Il n'existe pas à ce jour dans la littérature, de recommandations globales sur la prise en charge de la VB. Il faut rechercher dans la littérature scientifique étrangère pour obtenir des informations sur la prise en charge optimale de la VB. Ceci est assez contradictoire car la VB a été fortement étudiée ces dernières années en France.

2.5. Dépistage des facteurs de risques de VB

La moitié des SF interrogées ont déjà observé des récurrences de VB auprès de leurs patientes. De nombreuses études (7) ont constaté des taux élevés de récurrence à la suite de la mise en œuvre d'un traitement contre la vaginose bactérienne : jusqu'au tiers des femmes traitées ont connu une récurrence dans un délai de trois mois et la prolongation de la durée du suivi a mené à la constatation d'une hausse du nombre des femmes connaissant une récurrence. Les SF ayant déjà observé des récurrences de VB connaissent les causes de ces récurrences. Les causes retrouvées dans la littérature

scientifique sont nombreuses : port d'un dispositif intra-utérin, tabac, conditions socio-économiques défavorables, stress, homosexualité, douches vaginales, diabète. Parmi les facteurs favorisant les récurrences, des pistes microbiologiques semblent sérieuses : diversité microbienne de la VB avec réponse inégale aux traitements antibiotiques, existence de biofilms pathologiques insensibles aux antibiotiques... (17) Aussi, peu de SF de l'étude ont mis en place des mesures pour pallier ces facteurs de risques dans leur prise en charge de la VB. En effet, peu de SF préconisent l'arrêt du tabac, la mise en place de règles d'hygiène, l'équilibre glycémique du diabète dans la prise en charge des VB.

Conclusion

Ce travail a été motivé par le taux de récurrence élevé de la vaginose bactérienne et l'absence de recommandations pour la pratique clinique. L'objectif de ce mémoire était d'observer les pratiques de prise en charge des sages-femmes pour traiter la vaginose bactérienne. A la suite de cette étude, il est possible de conclure que plus de 80% des SF réalisent un prélèvement vaginal afin de confirmer le diagnostic de VB. Il est important de connaître la symptomatologie clinique de la VB afin de la dépister de manière clinique et donc de pouvoir réaliser un prélèvement vaginal afin de traiter de manière optimale.

Les facteurs de risques de VB sont connus par les sages-femmes mais peu d'entre elles mettent en place des mesures correctrices de ces facteurs de risques.

Près de 60% des SF traitent de manière systématique une VB. Les sages-femmes connaissent en majorité l'antibiothérapie à utiliser en cas de VB. En effet, près de 70% des sages-femmes interrogées prescrivent du métronidazole pour traiter une VB mais seulement 39,5% préconisent l'utilisation de probiotiques comme thérapeutique complémentaire alors que les études vont en faveur de leur utilisation afin de restaurer la flore vaginale.

Moins d'un quart des SF interrogées formulent des conseils hygiéno-diététiques aux patientes. Pourtant, comme l'ont montré les études, l'élimination des facteurs de risques de VB en donnant des conseils est nécessaire afin d'éviter la survenue de VB. Pour maintenir une flore vaginale saine et équilibrée, des mesures d'hygiène intime doivent être adoptées. Pour cela, la sage-femme est un acteur clé pour promouvoir une démarche de prévention et d'éducation à la santé dans la lutte contre la vaginose bactérienne. Elle a un rôle à jouer dans le conseil, l'orientation, le rappel aux patientes des facteurs de risques d'acquisition ou de récurrences de la vaginose bactérienne, sur des mesures hygiéno-diététiques appropriées qui peuvent participer à la guérison de la vaginose, sur les bonnes conditions d'utilisation des traitements contre la vaginose bactérienne, sur l'amélioration de la qualité de vie de la femme et sur la diminution des infections sexuellement transmissibles associées.

Il serait intéressant d'élargir l'étude aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des VB. Si effectivement cette prise en charge s'avère insuffisante pour tous les professionnels de santé, alors des recommandations pour la pratique clinique peuvent s'avérer utiles.

Bibliographie

1. **J-P Lepargneur, V. Rousseau**, Rôle protecteur de la flore de Doderleïn, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Volume 31, chapitre 5, Septembre 2002, pages 485-490
2. **Collège national des gynécologues et obstétriciens français**, Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Vaginose bactérienne, Volume 2007, Décembre 2007
3. **G.Donders**, La vaginose bactérienne. Mars 2017 (consulté le 02/12/18) <https://www.gynandco.fr/des-pertes-vaginales-desagreables>
4. **Van Royen P, Foulon V, Tency I, Vandevoorde J**, Problèmes vulvo--vaginaux chez les femmes atteintes de vulvovaginite et de vaginose dans la phase de vie reproductive, *Guide de pratique clinique de Belgique*, Octobre 2016
5. **E.Bergogne-Bérézin**, Flores vaginales normales, vaginites et vaginoses bactériennes : diagnostic et thérapeutique, *Antibiotiques*, Mai 2007, Volume 9, chapitre 2, Pages 139-144
6. **Schalkwyk J van, Yudin MH**. Vulvovaginite : Dépistage et prise en charge de la trichomonase, de la candidose vulvovaginale et de la vaginose bactérienne. *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, Décembre 2016, Volume 38, chapitre 12, Pages 587–596
7. **Bradshaw CS, Morton AN, Hocking J, et al**. High recurrence rates of bacterial vaginosis over the course of 12 months after oral metronidazole therapy and factors associated with recurrence. *The Journal of infectious diseases*, juin 2006
8. **Bodean O, Munteanu O, Cirstoiu C et al**, Probiotics, a helpful additional therapy for bacterial vaginosis. *Journal Med Life*. 2013
9. **Agence de la santé publique du Canada - Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement**, Pertes vaginales (Vaginose bactérienne, Candidose vulvo-vaginale, Trichomonase), Janvier 2008, pages 7-8
10. **Centre de Références sur les Agents Tératogènes (CRAT)**, Métronidazole, mars 2017 (consulté le 30/01/19) https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=500
11. **Haute Autorité de Santé**, Commission de la transparence sur le secnidazole, janvier 2017
12. **Senok AC, Verstraelen H, Temmerman M, Botta GA**, Probiotiques pour le traitement de la vaginose bactérienne, *Cochrane Database Syst Rev* (CD006289), Octobre 2009
13. **Amaya-Guio J, Viveros-Carreño DA, Sierra-Barrios EM, Martinez-Velasquez MY, Grillo-Ardila CF**, Traitement antibiotique pour les partenaires sexuels des femmes présentant une vaginose bactérienne, *Cochrane Database Syst Rev* (CD011701), Octobre 2016
14. **Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes**, La démographie de la profession, 2014

15. **Seys B.**, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, DREES, Etudes et résultats, numéro 791, mars 2012
16. **Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP)**, Leucorrhée, septembre 2015
17. **Bohbot J-M, Lepargneur J-P.** La vaginose en 2011 : encore beaucoup d'interrogations. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, volume 40, chapitre 1, Janvier 2012, pages 31–36.
18. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**, Recommandations pour la pratique clinique, Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes), 2016
19. **Haucolas S.**, Evaluation des pratiques professionnelles des SFL en gynécologie : étude quantitative réalisée auprès de 136 SFL du Nord-Pas-de-Calais, mémoire de sage-femme, Université catholique de Lille, faculté de médecine et de maïeutique, 2016
20. **Menard J-P, Bretelle F.** Vaginose bactérienne et accouchement prématuré. Gynécologie Obstétrique Fertilité. Janvier 2012
21. **Berland Y.**, Les sages-femmes, une profession en mutation, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Mai 2016
22. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**, Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Ecologie bactérienne vaginale : nature, exploration et prise en charge des déséquilibres, Tome XXX, novembre 2006
23. **Hechakour B.**, Vaginose bactérienne : facteurs de risque et prise en charge, thèse de pharmacien, Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 2018
24. **Alfonsi GA, Shlay JC, Parker S.** What is the best approach for managing recurrent bacterial vaginosis? , Clinical inquiries, Aout 2004
25. **CRAT**, [secol, octobre 2018 \(consulté le 30/01/19\) https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=504](https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=504)
26. **HAS**, commission de la transparence sur le flagyl, septembre 2015
27. **Boivin M.**, Les infections vaginales, Formation continue - Profession santé du Canada, octobre 2010
28. **Wilson J D. , Lee R A. , Balen A H., Rutherford A J.,** Bacterial vaginal flora in relation to changing oestrogen levels. International journal of sexually transmitted diseases & acquired immunodeficiency syndrome, volume 18, chapitre 5, Mai 2007, pages 308-311
29. **Ardolino L., Rimbault F. et Bretelle F.** Une nouvelle approche dans la prévention des récives de vaginose bactérienne, Revue Genesis, Juillet 2016
30. **Yudin MH, Money DM.** Dépistage et prise en charge de la vaginose bactérienne pendant la grossesse. Journal d'obstétrique et de gynécologie du Canada, Aout 2017, volume 39, chapitre 8, pages 175–183.

31. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**, Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce, Recommandations pour la Pratique Clinique, septembre 2001
32. **Besnard-Charvet C, Rocher C.** Homéopathie en gynécologie, Pathologies vulvo-vaginales, Paris, Elsevier Masson, chapitre 6, 2015, pages 93–112
33. **Vidal**, SECNOL, (consulté le 16 janvier 2019) , décembre 2018 <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp944-SECNOL.html>

Annexe 1

Questionnaire

Bonjour, je m'appelle Clara Guion, je suis étudiante en 4^{ème} année de sage-femme. Mon mémoire de fin d'études s'intéresse à la prise en charge des vaginoses bactériennes chez la femme enceinte ou en âge de procréer.

La vaginose bactérienne est une pathologie due à un déséquilibre de la flore vaginale. Le germe le plus fréquemment rencontré est le Gardnerella vaginalis.

Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes. Il est anonyme.

Je tiens à préciser qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Toutes les réponses seront prises en compte.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous y consacrerez.

I) Vous connaître

1) Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

.....

3) Année d'obtention de votre diplôme :

.....

4) Dans quelle école avez-vous fait votre formation initiale ?

.....

5) Dans **quel secteur** exercez-vous actuellement? (plusieurs réponses possibles)

- Libéral
- Hospitalier
- PMI
- Autres (précisez).....

6) Dans **quel service** exercez-vous en ce moment? (plusieurs réponses possibles)

- Service de grossesses à risques
- Service de salles de naissances
- Service de suites de couches
- Consultations en centre hospitalier
- Autres (précisez).....

7) Depuis combien de temps exercez-vous la profession de sage-femme ?

- Plus de 10 ans
- Moins de 10 ans

8) Avez-vous un diplôme universitaire de gynécologie en plus de votre diplôme d'état de sage-femme ? Si oui, merci de préciser l'année d'obtention ?

.....

9) Avez-vous participé à des journées de formations traitant de la vaginose bactérienne durant les 5 dernières années ?

- Oui
- Non

10) Exercez-vous une activité de consultation gynécologique hors grossesse (au moins une fois par mois)?

- Oui
- Non

11) Exercez-vous une activité (au moins une fois par mois) de consultation pré et post natale (dans les 2 mois qui suivent l'accouchement) ?

- Oui
- Non

12) Combien de patientes recevez-vous en consultations (pré, per, post natal et hors grossesse) par mois ?

.....

II) Vaginose bactérienne

1) En dehors de tout symptôme, estimez-vous nécessaire de faire un prélèvement vaginal systématique en début de grossesse ?

- Oui : précisez les situations

.....
.....

- Non

2) Combien de patientes ayant une vaginose bactérienne voyez-vous par mois ?

- aucune patiente (si tel est le cas : passez à la question 9)
- 1 à 2
- Entre 2 et 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

3) Dans la majorité des cas, comment est découverte la vaginose bactérienne de vos patientes ? (plusieurs réponses possibles)

Suite à des symptômes (précisez les symptômes)
.....

Suite à un prélèvement vaginal systématique de fin de grossesse

Autres (préciser) :

4) Devant des symptômes décrits par une patiente évoquant une infection vaginale, demandez-vous systématiquement un prélèvement vaginal ?

Oui

Non

Cela dépend (précisez dans quel cas un prélèvement est réalisé)
.....

5) Jugez-vous utile de traiter systématiquement une vaginose bactérienne ?

Oui

Non

Cela dépend de la situation (gravidique, non gravidique, post partum, présence de symptômes...)

Pourquoi ?

Si vous avez répondu non à la question précédente passez à la question 7.

6) Quelle est votre prise en charge en première intention... (merci de détailler votre prise en charge) :

a) D'une **femme enceinte** présentant une vaginose bactérienne ?
.....

b) D'une **femme en âge de procréer** présentant une vaginose bactérienne ?
.....

c) D'une **femme en post partum** (moins de 2 mois après l'accouchement) présentant une vaginose bactérienne ?
.....

d) D'une **femme allaitante** présentant une vaginose bactérienne ?
.....

7) Jugez-vous nécessaire de prescrire un prélèvement vaginal de contrôle à l'issue de la prise en charge de la vaginose bactérienne ?

Oui

Non,

pourquoi?

8) Observez-vous une récurrence des vaginoses bactériennes à l'issue de la prise en charge de patientes porteuses de vaginose bactérienne ?

- Oui
- Non

Si oui, préciser dans quel cas une récurrence est observée :

.....

9) Les vaginoses bactériennes sont-elles, selon vous, un facteur de risque de pathologies (si oui, préciser les risques)?

.....

Résumé

Introduction : Il n'existe pas à l'heure actuelle en France de recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge de la vaginose bactérienne. Il n'existe pas non plus de recommandation formelle de dépistage des facteurs de risque, de thérapies complémentaires et de contrôle après traitement.

Objectif de l'étude : identifier les prises en charge des vaginoses bactériennes par les sages-femmes chez les femmes enceintes, allaitantes, en post partum ou en âge de procréer.

Matériels et méthodes : étude multicentrique descriptive rétrospective. Les données ont été recueillies par un questionnaire distribué du 20 avril au 31 juillet 2018 aux 263 sages-femmes de maternités de différents types ainsi qu'à des sages-femmes libérales de la région Sud. 99 questionnaires ont été inclus.

Résultats : les résultats montrent que les sages-femmes traitent de manière systématique l'infection en prescrivant l'antibiothérapie adaptée à la vaginose bactérienne mais ne prescrivent pas de probiotiques et ne donnent pas de conseils hygiéno-diététiques afin d'éviter les facteurs de risques de survenue ou de récurrence de vaginose bactérienne. Aussi, un prélèvement vaginal de contrôle est effectué dans la majorité des cas par les sages-femmes à l'issue de la prise en charge de la vaginose bactérienne.

Conclusion : Il serait intéressant d'élargir l'étude aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des vaginoses bactériennes. Des recommandations de pratique clinique concernant la prise en charge globale d'une patiente atteinte de vaginose bactérienne pourraient être formulées si la prise en charge est insuffisante pour tous les professionnels de santé. Cela permettrait d'optimiser et d'harmoniser la prise en charge effectuée par les sages-femmes.

Mots-clés : sage-femme, vaginose bactérienne, prise en charge, recommandations

Summary

Introduction: There are currently no comprehensive clinical practice guidelines for the management of bacterial vaginosis. Also, there is no formal recommendation for risk screening, complementary therapies, post-treatment testing.

Objective of the study: To identify the management of bacterial vaginosis by midwives in pregnant, breastfeeding or post partum women and women of childbearing age.

Materials and methods: retrospective descriptive multicenter study. Surveys were sent from April 20 to July 31 2018 to 263 midwives in different maternity of region Sud. 99 surveys were included.

Results: results show that midwives systematically treat by antibiotic therapy the bacterial vaginosis but don't prescribe probiotics and dietary advice to occurrence bacterial vaginosis. Also, vaginal control is made in the majority of cases after managing the bacterial vaginosis.

Conclusion: It could be interesting to expand the study to health professionals involved in the management of bacterial vaginosis. Recommendations for clinical practice could be made to manage woman with bacterial vaginosis if the management is insufficient for all the health professionals. This would permit to optimize and harmonize the management provided by midwives.

Keywords: midwife, bacterial vaginosis, management, recommendations