



HAL
open science

Le toucher vaginal lors de l'examen de sortie de la maternité: enquête d'opinion auprès des sages-femmes françaises

Camille Vazeille

► To cite this version:

Camille Vazeille. Le toucher vaginal lors de l'examen de sortie de la maternité: enquête d'opinion auprès des sages-femmes françaises. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03465093

HAL Id: dumas-03465093

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03465093>

Submitted on 3 Dec 2021

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.



École de sages-femmes de Clermont-Ferrand

Année universitaire 2020-2021

**Le toucher vaginal lors de l'examen de sortie de la maternité.
Enquête d'opinion auprès des sages-femmes françaises**

Diplôme d'État de sage-femme

Année 2021

Mémoire présenté et soutenu par Camille Vazeille

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Madame Leymarie, directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour son soutien dans ma décision de reprendre mes études et pour m'avoir accompagné dans mon parcours quelque peu chaotique jusqu'à aujourd'hui.

Je remercie également Madame Balsan, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils et son écoute tout au long des quatre années.

Je remercie également toute l'équipe enseignante dont Mesdames Paraye, Taithe et Madrona, qui m'ont accompagnée pas-à-pas dans mes difficultés, mes doutes, par un soutien sans faille.

J'ajouterai un immense merci à Madame Méjean-Lapeyre ainsi qu'à Madame Baudalet, avec lesquelles j'ai gardé contact pendant mes cinq années de suspension d'études et qui m'ont permis de croire que devenir sage-femme serait possible.

Merci aux sages-femmes de Draguignan (Annie, Maud, Laetitia, Corine, Lisa, Marielle et les autres), qui m'ont tout appris sur le terrain et qui, elles aussi, ont porté mes doutes et mes joies, et m'ont permis de découvrir la sage-femme que je suis. Je les garde dans mon cœur ainsi que Murielle et Virginie.

Merci à Marie et les autres : Marie, Adeline, Laure, Catherine, mes amies, pour leur indéfectible amitié et soutien dans cette grande aventure ainsi qu'à Pierre et Agathe pour leur aide et leur affection.

Merci aussi à mon Papa qui a toujours cru en moi et a su m'ouvrir les yeux à la vie, à ma Maman et sa présence aimante à mes côtés tout au long de ces 31 ans et maintenant au côté de ses petits-enfants.

Et merci à toi mon Amour, et à Thibault, Solène et Iris, de m'avoir donné la force de vivre mes rêves et ma vocation. Sans vous rien ne serait possible et la vie ne serait rien... Je vous aime.

Glossaire

SF : sage-femme

TV : toucher vaginal

TR : toucher rectal

DE : Diplôme d'État

EI : évènement indésirable

HAS : Haute autorité de santé

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens français

RCP : Recommandations pour la Pratique Clinique

SDC : suites de couches

CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes

CNSF : Collège national des sages-femmes

Av. J.-C. : avant Jésus-Christ

Apr. J.-C : après Jésus-Christ

ACP : American College of Physicians

MACSF : Mutuelle d'assurance du corps de santé français

Sommaire

Sommaire.....	1
Introduction.....	3
Revue de la littérature	4
1 <i>Quelques notions d'anatomie</i>	4
2 <i>Indications et contre-indications du toucher vaginal en gynécologie-obstétrique</i>	5
3 <i>Petite histoire du toucher vaginal</i>	7
4 <i>Aspect médico-légal.....</i>	11
5 <i>Versant psychologique du toucher vaginal</i>	12
6 <i>La période du post-partum</i>	13
7 <i>État des lieux des recommandations sur le toucher vaginal en suites de couches.....</i>	16
8 <i>Les contradictions.....</i>	18
9 <i>Les études scientifiques spécifiques.....</i>	20
Méthode	23
1 <i>Population</i>	23
2 <i>Méthode</i>	24
3 <i>Les aspects éthiques et réglementaires.....</i>	25
Analyse des résultats.....	27
1 <i>Description de la population étudiée.....</i>	27
2 <i>État des lieux de la pratique du TV à la sortie de la maternité.....</i>	28
3 <i>Motivations et intérêts pratiques des sages-femmes à pratiquer ce TV</i>	28
4 <i>Concernant les patientes</i>	30
5 <i>Les sages-femmes ne pratiquant pas le TV en maternité.....</i>	31
6 <i>Évolution de la pratique des sages-femmes.....</i>	32
7 <i>Connaissances des sages-femmes sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur</i>	33
8 <i>Intérêt des sages-femmes porté au sujet de l'étude</i>	34
9 <i>Souhait de recommandation</i>	34
Discussion	37
1 <i>Réalisation des objectifs</i>	37
2 <i>Validation de l'hypothèse H1 de départ.....</i>	37
3 <i>Points forts de l'étude.....</i>	37
4 <i>Points faibles de l'étude</i>	38
5 <i>Biais.....</i>	38
6 <i>État des lieux de la pratique en France.....</i>	40

7	<i>Les motivations des sages-femmes à examiner leur patiente en SDC.....</i>	40
8	<i>Les motivations des sages-femmes à ne pas examiner leur patiente en SDC.....</i>	42
9	<i>Similitudes entre les deux façons de faire</i>	43
10	<i>Interrogations.....</i>	45
11	<i>Projet d'action</i>	45
	Conclusion	48
	Bibliographie	49

Introduction

Maternité, sexualité, plaisir, souffrance, violence, intimité... Le vagin est sûrement un organe à part dans notre conception de la vie. Contemplé avec perplexité depuis la nuit des temps dans la sphère du couple, dans le mystère cyclique de la féminité, dans la puissance de l'enfantement, il reste toujours aujourd'hui sujet à controverse, sujet tabou, sujet d'études, sujet aux violences, sujet de désir, sujet au plaisir. Il fascine.

Le vagin appartient à l'intimité de chaque femme. D'un point de vue médical, il est considéré d'un point de vue fonctionnel comme un organe de passage. Cette intimité, cette approche nécessairement délicate qui lui est associée, est-elle respectée en tant que telle dans notre routine obstétricale ?

La sage-femme, la matrone, la femme a de tous temps approché cette intimité. Elle a développé un savoir de la femme, une connaissance des mystères de la « matrice », comme l'appelaient les anciens. C'est elle qui décrit l'ouverture du col de l'utérus, qui suit pas-à-pas l'enfantement de la vie, la roue qui tourne et les cycles qui passent... Elle a aussi usé de ce savoir pour assurer son pouvoir sur d'autres femmes, une certaine domination sur les hommes, elle a acquis un instinct, une expérience, dans les sensations, le toucher de ce mystérieux vagin. Aujourd'hui, le toucher vaginal « geste médical » a toujours une place prépondérante dans notre vie de femme et de sage-femme, lourd et fort d'un passé lointain secret, magique et parfois noir(1).

C'est pourquoi, à l'heure de ce grand mouvement de la libération de la parole des femmes, la place de ce petit geste routinier dans l'exercice de l'art obstétrical est réévaluée. Ici, nous nous intéresserons au toucher vaginal pratiqué en suites de couches. C'est un sujet extrêmement peu abordé dans la littérature, sûrement dû au fait qu'il touche à la bulle temporelle et corporelle très particulière des trois jours de post-partum. Un moment où la vulnérabilité des femmes est abyssale et où, recueillies devant leur merveille, elles gardent secrètes toutes ces autres choses.

Revue de la littérature

Les objectifs de cette revue de littérature sont de dresser un tableau global du contexte actuel entourant le toucher vaginal et la période du post-partum.

La recherche a été faite sur la base des données de pub Med, EM-consult, Sudoc, des sites de l'HAS, du Conseil national de l'ordre des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF), du Collège national des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF), du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) et du Collège national des sages-femmes (CNSF) pour les recommandations de pratique clinique et autres données. La recherche sur l'aspect médico-légal sur a été faite sur Légifrance. La recherche au sujet du contexte actuel et historique a été faite sur Google par mots clés : *vaginal examination*, stress post-traumatique, *post-partum blues*, suites de couches, histoire des sages-femmes, *pelvic floor dysfonctionnement*, rééducation, *puerperal infections*, médico-légal, faute professionnelle, hormones.

1 Quelques notions d'anatomie

L'appareil reproducteur féminin est situé dans la cavité pelvienne. Protégé par le sacrum en arrière, les os iliaques en latéral, et en antérieur par l'articulation de la symphyse pubienne, en dessous par le plancher pelvien, Il côtoie en avant la vessie et en arrière le rectum, et s'abouche au niveau du périnée externe par l'orifice vaginal entre l'orifice urétral et anal.

Il comprend :

L'utérus (corps, col et trompes) sur la ligne médiane, le plus souvent antéversé, et qui se développera dans la cavité abdominale pour accueillir une grossesse.

Les ovaires, situés dans la cavité abdominale de chaque côté de l'utérus et maintenus en place par les ligaments lombo-ovarien et utéro-ovarien. Ils mesurent environ 3 centimètres dans leur longueur, sont en forme d'amande et le siège de la réserve folliculaire et de l'ovulation. Le clitoris, les méats urinaire et vaginal ont un rôle

fonctionnel important dans la sexualité, l'accouchement, le sport, la position assise, la protection des organes internes.

Le vagin, organe de la copulation dont l'orifice est partiellement fermé chez la vierge par la membrane hyménéale, est un canal très élastique long de 6 à 8 centimètres, qui relie la vulve à l'utérus. Il permet le passage de la verge lors du coït et du fœtus au terme de la grossesse. Le vagin possède une paroi musculo-membraneuse souple et élastique qui peut s'étirer, se contracter, s'étendre lors de la stimulation et l'orgasme. Au fond du conduit vaginal, on peut voir à l'aide d'un spéculum le col de l'utérus et son orifice externe, ainsi que la voute vaginale où est déposé le sperme lors des rapports. Le fornix du vagin correspond à la limite du vagin à l'insertion du col de l'utérus ; on le divise en quatre quadrants : antérieur, postérieur et deux latéraux.

La vulve, le vagin et l'exocol sont recouverts de muqueuses malpighiennes non kératinisées et résistantes à la pénétration bactérienne en dépit d'une large colonisation microbienne de leur surface et des sécrétions vaginales(2).

2 Indications et contre-indications du toucher vaginal en gynécologie-obstétrique

Le toucher vaginal fait partie de l'examen gynéco-obstétrical complet, au même titre que la palpation abdominale ou l'examen des organes génitaux externes (seins et vulve). Le praticien introduit son index et son majeur dans le cul de sac postérieur du vagin de la patiente installée en position gynécologique, pour explorer d'arrière en avant : la cavité pelvienne, l'utérus et les ovaires, ainsi que le vagin. La main gauche déprime l'abdomen au-dessus de la symphyse pubienne pour maintenir l'utérus(3).

Le toucher vaginal en gynécologie obstétrique a une fonction évaluatrice, c'est-à-dire qu'il donne des informations sur toute la cavité pelvienne par le sens du toucher. Il est le plus souvent précédé d'un examen au spéculum qui permet en outre un examen visuel. Le spéculum est un outil d'ouverture du vagin qui permet de visualiser le col et de pratiquer certains gestes comme le frottis cervico-vaginal ou la pose d'un stérilet. C'est une porte d'entrée sur tous les organes bas : l'utérus, les ovaires, le rectum, la vessie, la taille du bassin...

En gynécologie, le toucher vaginal est recommandé pour vérifier le bon emplacement des organes pelviens ainsi que leur taille, la structure, l'élasticité et l'intégrité des tissus.

En consultation prénatale, le toucher vaginal peut diagnostiquer une grossesse dès le début par les signes de Noble et d'Hégar(4). Toutefois, de nos jours, l'échographie et le dosage sanguin de b-HCG paraissent beaucoup plus adéquats. Il est recommandé par l'HAS afin d'évaluer la présentation du mobile fœtal en fin de grossesse (examen des huitième et neuvième mois), ainsi que pour obtenir des renseignements morphologiques et cliniques sur l'ouverture, la position, la consistance du col de l'utérus, la hauteur et l'orientation du mobile fœtal dans le bassin maternel ; c'est le score de Bishop utilisé dans le cadre de l'accouchement prématuré ou du déclenchement.

Lors de l'accouchement, il est nécessaire pour suivre l'évolution du travail, la dilatation du col de l'utérus et la progression du fœtus dans les voies génitales maternelles. Il est important dans le dépistage de la pathologie, pour vérifier l'absence de protrusion des membranes ou du cordon lors de l'accouchement, l'identification de saignement et la décision de suture suite à des déchirures plus ou moins importantes après la délivrance. Un toucher vaginal et rectal est recommandé après une suture pour vérifier l'absence de compresse et que la suture n'ait pas perforé la paroi rectale.

Le toucher vaginal est aussi utilisé en post-partum dans le cadre de la visite postnatale et la rééducation du périnée, pour évaluer la remise en place des organes dans la cavité pelvienne, la force de contraction musculaire vaginale et des releveurs de l'anus par le testing. Il peut aussi éliminer le diagnostic différentiel d'une infection particulièrement grave l'endométrite, s'il apparaît des signes cliniques tels que : pertes malodorantes, douleur, fièvre. Le thrombus, hémorragie vaginale non extériorisée, est également repéré grâce au toucher vaginal. Il est recommandé à la visite postnatale à six semaines de l'accouchement, mais est aussi parfois pratiqué dans certains services de maternité en France avant d'autoriser le retour au domicile.

Les contre-indications absolues du toucher vaginal sont le placenta ou vaisseaux prævia. On note aussi des contre-indications relatives : la rupture des membranes dans le cadre de l'accouchement prématuré (car le toucher vaginal favorise l'ascension de germes pouvant provoquer une chorioamniotite en anténatal) ou des infections puerpérales telles que l'endométrite en post-partum (VIH, Streptocoque B...).

3 Petite histoire du toucher vaginal

3.1 Les temps antiques

Ce geste de pénétration de l'intimité de la femme remonte sûrement à la nuit des temps. À l'origine, c'étaient les prêtresses et les magiciennes, héritières des générations passées, qui possédaient le savoir ancestral. Petit-à-petit, ces connaissances empiriques vont devenir science. Nous en retrouvons des traces dans la Bible et le Talmud qui décrivent l'utérus (*hedire*), le vagin (*prodsor*) et le col (*aliyah*). Les mères examinent leurs filles et apprennent à repérer les différences de glaires, à évaluer l'hymen des jeunes-filles. Cependant, les examens complets demeurent exceptionnels et réalisés par les médecins. Les sages-femmes sont citées dans la Bible en tant que corporation (XIII^e siècle avant Jésus-Christ), et l'on suppose qu'à cette époque les Égyptiens pratiquaient déjà l'examen gynécologique(5).

On retrouve des écrits du XI^e siècle av. J.-C. mentionnant le spéculum chez les Indous(6). On mesure l'étendue des connaissances de l'époque à la lecture des traités d'Hippocrate, le père de la médecine moderne (460-370 av. J.-C.). De même, Socrate nous parle de sa mère Phénarète, sage-femme, qui transmet la maïeutique, c'est-à-dire l'art de faire accoucher. Aspasia, maîtresse de Périclès, nous a laissé des traités d'obstétrique, remarquables sur le plan de la technique obstétricale et de la pédagogie. Quant au médecin grec Galien (129-216 apr. J.-C.), il s'appuyait majoritairement sur l'observation anatomique en passant par le toucher vaginal et l'observation du col au spéculum. Il soignait les femmes sans intermédiaire. Il a proposé un système qui correspondait à la conception de la femme de l'époque, où celle-ci était subordonnée à l'homme. Il va marquer l'histoire de la médecine jusqu'au XVII^e siècle(7).

L'art obstétrical était également connu du temps de l'Empire romain. Plusieurs modèles de spéculums ont été d'ailleurs retrouvés sous les cendres de Pompéi, témoignant des avancées de la médecine. Soranos d'Ephèse, médecin grec du II^e siècle apr. J.-C., nous a légué des traités sur les maladies des femmes et a décrit certaines des qualités requises pour être sage-femme. « Ses doigts seront long et minces, les ongles coupés et arrondis afin qu'ils ne puissent occasionner aucune lésion dans la profondeur des organes. »

Ce savoir des sages-femmes a aidé, soutenu et sûrement sauvé de nombreuses parturientes. Ce pouvoir de la connaissance, quelque peu divinisé et ritualisé, avait jusque-là empêché l'intrusion masculine malvenue dans ces affaires féminines par excellence. Cependant, il est intéressant de constater que les mutilations sexuelles et l'excision trouvent leurs origines dans la vallée du Nil, dans des civilisations où la femme avait toute sa place(5). L'excision est et a toujours été pratiquée par des femmes. Ne pourrait-on pas y voir un rapport de domination dû à la possession d'un savoir supérieur, plutôt qu'une affaire de patriarcat médical ? Ne serait-ce pas ce même rapport que l'on retrouve dans nos services d'obstétrique sous la forme de l'incontournable toucher vaginal ? Cela tempèrerait quelque peu l'opinion dominante pointant exclusivement du doigt la domination masculine en gynécologie. Cette réflexion anthropologique, loin d'être l'objet de ce mémoire, mérite néanmoins d'être suggérée dans le cadre de cette revue de littérature.

3.2 Le Moyen Âge

La décadence de l'Empire romain, les guerres et les invasions barbares, les pillages, l'insécurité et la pauvreté ont favorisé une forte régression, et surtout une grande précarité et vulnérabilité des femmes, dont le statut familial et sociétal était incertain. En Europe, l'obscurantisme a pris le pas sur les connaissances et le savoir hérité des générations passées. Le toucher vaginal, au vu de la pudibonderie de l'époque, est relégué au fin fond des traités de médecine. Malgré la découverte de la médecine arabe lors des croisades, les connaissances médicales relatives aux femmes sont considérées par le pouvoir masculin en place comme de la sorcellerie. L'Inquisition se chargera de faire disparaître les dernières traces des connaissances et de briser la chaîne de transmission des sages-femmes de l'époque.

« Le pouvoir médical avait besoin de neutraliser ce savoir empirique des femmes pour construire le sien, rationnel, et s'appropriier définitivement le corps des femmes », écrit Odile Montazeau(7). Cette conception de la médecine paternaliste et surtout patriarcale, instaurée par Galien, prend tout son essor à cette époque. Le mouvement féministe actuel est sans doute la conséquence directe de ces siècles de médecine aux mains des hommes.

Au XVII^e siècle, les accouchements sont toujours laissés aux sages-femmes, matrones et ventrières de l'époque, qui sont néanmoins très peu formées. C'est Madame Louise Boursier du Coudray qui revalorisera la profession, notamment en instaurant une formation officielle de sage-femme. Elle décrira toutes les orientations du mobile fœtal lors de la descente dans le vagin et les conduites à tenir, ce qui suppose une parfaite maîtrise du toucher vaginal. Son livre *Bons conseils aux sages-femmes* témoigne d'un grand savoir et d'une expérience clinique que les médecins et chirurgiens n'avaient pas alors. À partir de ce moment-là, les sages-femmes retrouvent une véritable place dans la médecine(8).

3.3 Le patriarcat de la médecine

Comme nous l'avons vu précédemment, le médecin a acquis au fil des siècles et au gré des pouvoirs en place une certaine emprise sur le patient. De Galien à nos jours, cette conception de la relation soignant-soigné a beaucoup évolué. Le pouvoir du savoir a très longtemps donné beaucoup de prérogatives au corps médical, qui en a souvent abusé(9). Le patient est généralement passif face au médecin qui exerce son art. La gynécologie et l'obstétrique ne font pas exception à la règle. Or, les pratiques dans ces domaines médicaux ont toujours reflété la vision de la femme.

Toutefois, depuis quelques années, l'information circulant davantage avec l'apparition d'Internet et des réseaux sociaux, et la société évoluant, cette image du médecin tout-puissant s'étirole et le patient entend à présent décider de ce qui le concerne. En témoigne la loi Kouchner (2002) qui a intégré le patient dans le circuit de soin, rappelant le droit du patient au respect et à la dignité(10), le devoir d'informer ce dernier, ainsi que la notion de consentement éclairé(11).

On pourrait aussi évoquer le scandale des TV pratiqués au bloc sur personnes endormies, sans information ni accord préalable de la patiente, révélé par le *twitt* d'un pharmacien lyonnais. Cette violation des règles déontologiques et de la dignité des patientes a donné lieu à un rapport alarmant de la Conférence des doyens des facultés de médecine au Ministre de la Santé Marisol Touraine(12). Depuis, des études d'apprentissage du toucher vaginal sur simulateur ont été mises en place et ont donné de bons résultats(13).

En dehors de toute considération idéologique, le TV est pour le corps médical un outil de diagnostic très efficace, sans aucun coût matériel. C'est un tout petit geste, rapide, ne laissant pas de trace (physique, du moins) et permettant d'obtenir facilement une foule d'informations. Il n'est absolument pas vu comme une intrusion dans l'intimité des patientes. Il semble en outre qu'il soit aussi réalisé par routine et conscience professionnelle. Tout cela peut expliquer les mauvaises expériences de TV des patientes (vécues comme douloureuses et/ou portant atteinte à leur pudeur). En fait, les ressentis varient selon les patientes et les praticiens.

Ces cinq dernières années, on a assisté à une libération de la « parole des femmes » : les tabous tombent, les femmes dénoncent les harceleurs et agresseurs sexuels via les réseaux sociaux avec les hashtags #metoo et #balancetonporc, etc. Or, les médecins sont aussi au banc des accusés. En effet, les témoignages de violences obstétricales affluent. Dans ce contexte, Marie-Hélène Lahaye crée le blog *Marie accouche là*, et y publie son article choc « L'examen gynécologique des jeunes filles, un droit de cuissage moderne »(14).

3.4 Contexte actuel et remise en cause

En juin 2014, les résultats d'une étude américaine d'envergure remettent en cause le TV. Ils sont publiés en France le 30 Juin. Le lendemain paraissent dans la presse une foule d'article sur la question(15). Les auteurs de l'étude ont en effet montré que les informations apportées par les touchers vaginaux pèsent moins lourd dans la balance bénéfice/risque que les désagréments occasionnés pour les patientes. Dans un éditorial de George Sawaya et Vanessa Jacoby, gynécologues de l'université de Californie à San Francisco, accompagnant les recommandations de bonnes pratiques (RCP) de l'American College of Physicians (ACP) en faveur d'une diminution des TV, on peut lire : « Le toucher vaginal a occupé une place importante dans la santé des femmes pendant de nombreuses décennies pour devenir davantage un rituel qu'un véritable examen médical basé sur des faits cliniques. »(16)

L'HAS a aussi émis des recommandations sur la réduction des TV dans le suivi des grossesses et pendant le travail. « Il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du TV chez une femme asymptomatique (absence de contractions douloureuses ou

répétées) »(17). La tendance actuelle est à la diminution des touchers vaginaux à tous les stades de vie de la femme. L'ACP et l'HAS précisent bien entendu qu'il est nécessaire de pratiquer cet examen si un signe particulier le réclame (lochies malodorantes, douleur, fièvre, contractions...).

Le rapport sur les violences obstétricales commandé par Marlène Shiappa en 2017 est le point culminant de ce débat. En effet, si les médecins et obstétriciens ont répondu faire leur travail consciencieusement, les sages-femmes ont admis que des violences existaient et qu'il fallait y prêter attention, tout en défendant leur profession(18).

Il y a donc une polémique autour du TV dans plusieurs contextes médicaux, médico-légaux et surtout sociétaux, et les évolutions sont très rapides. Malgré les nombreuses études déjà réalisées, il est donc intéressant de se pencher sur ce phénomène qui sort de l'ombre.

4 Aspect médico-légal

Il est nécessaire de rappeler régulièrement que le consentement éclairé du patient est obligatoire : « L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre » (article L. 1111-4 du Code de la santé publique)(11).

Le respect de la dignité : « Toute personne a droit, dans le cadre de sa prise en charge médicale, au respect de sa dignité et de son intimité. »(19) Cet article est particulièrement important dans le cadre de l'exercice des sages-femmes, où la pudeur des patientes est souvent mise à mal.

Le consentement aux soins : un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Ainsi, toute personne a le droit de prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. À ce titre, tout patient a le droit de refuser ou d'accepter les soins proposés par le professionnel de santé(19). Le toucher vaginal rentre évidemment dans ce cadre.

Le droit d'obtenir réparation d'un préjudice : « Toute personne qui s'estime victime d'un préjudice dans le cadre de sa prise en charge médicale peut demander des éléments d'explication mais également peut demander à obtenir réparation par la voie de différents recours amiables ou contentieux. »(19) Cet article est capital car le non-respect de la patiente, de même que la faute médicale ou encore le ressenti d'une violence dans le cadre d'un examen gynécologique sont susceptibles de donner lieu à réparation.

Le toucher vaginal est un sujet extrêmement sensible du point de vue juridique, étant donné que la façon dont il est vécu dépend à la fois de la patiente (son ressenti, sa sensibilité, etc.) et du praticien (son intention, sa délicatesse, etc.). Un organe sexuel étant en cause, ce geste requiert une prudence extrême. L'article 222-23 du Code pénal définit le viol comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise ». Il est puni de 15 ans de réclusion criminelle(20).

S'il est dans certaines conditions un acte médical nécessaire et donc accepté, la frontière qui le sépare d'un acte pénalement répréhensible peut donc être très mince. Dans ces conditions, le consentement libre et éclairé de la patiente ainsi que la nécessité de l'acte apparaissent comme primordiales.

5 Versant psychologique du toucher vaginal

Le toucher vaginal a trait à l'intimité, à la pudeur, aux complexes. Plusieurs études ont prouvé qu'il reste un geste désagréable, parfois douloureux. La dernière en date est l'étude américaine précitée, ayant eu des répercussions sur les recommandations de bonne pratique du TV en France.

Outre l'aspect désagréable du TV, beaucoup de patientes se disent rassurées par les informations obtenues grâce au TV. Certaines sont même demandeuses de ces informations. Cela dit, les auteurs de la même étude ont démontré qu'après explication du réel bénéfice du TV, ces femmes préfèrent l'éviter(21).

On pourrait aussi parler du vaginisme pour montrer à quel point la pénétration vaginale peut être source d'angoisse pour les femmes. Il se définit comme une contraction

involontaire des muscles vaginaux associé à de fortes douleurs, empêchant toute pénétration. Phénomène encore assez flou, il désarçonne les équipes médicales quand elles doivent pratiquer un TV sur une patiente qui en souffre. Il n'y a pas de prévalence réelle connue mais les services l'estiment environ de cinq à 17 %. Ces femmes montrent une détresse émotionnelle significativement plus importante lors d'un examen gynécologique. Entre 74 et 88 % des femmes atteintes de vaginisme rapportent une peur de la douleur pendant les rapports sexuels. Le phénomène de la peur de la blouse blanche étant connu, on sait que la peur dans un environnement hospitalier est amplifiée. Les études traitant du vaginisme se contredisent pour certaines étiologies et restent de faible puissance, mais elles peuvent orienter la réflexion tout au moins. Les étiologies du vaginisme sont largement psychologiques, associant la peur, le manque de connaissances, une relation de couple dysfonctionnelle (controversé). Les abus sexuels, attouchements, viols ou l'expérience de violence pendant l'enfance ne sont que peu retrouvés contrairement à ce que l'on pourrait penser(22).

6 La période du post-partum

6.1 Définition

Le post-partum est la période qui suit l'accouchement. Il est divisé en plusieurs temps distincts :

Le post-partum immédiat correspond aux deux heures qui suivent la naissance. C'est une période qui couvre le processus physiologique de décollement du placenta, puis d'hémostase biologique et mécanique de l'accouchement normal selon la définition de l'HAS(17).

Vient ensuite le post-partum précoce ou suites de couches, qui s'étend du premier jour après l'accouchement au quarante-deuxième (soit six semaines) et dont la fin est marquée par la visite postnatale et le retour de couche pour certaines(23).

Enfin, le post-partum tardif après six semaines, qui reste une notion un peu floue correspondant à la disparition de l'imprégnation hormonale notamment liée à l'allaitement, aux problèmes découlant de la grossesse et de l'accouchement à résoudre,

notamment les incontinences dues à l'éventuelle faiblesse du plancher pelvien, le poids, la reprise des rapports, du sport.

Nous nous intéressons ici tout particulièrement au post-partum immédiat et au séjour en suites de couches.

Le post-partum est une période de bouleversements intenses sur tous les plans (physique, psychique, hormonal, sociétal, immunologique, psychologique) d'où découle pour la femme une grande vulnérabilité.

6.2 Vulnérabilité physique et facteurs hormonaux

La parturiente vient de mettre au monde son enfant, après un effort équivalent à un marathon selon les professionnels. La dépense en énergie pour un accouchement normal sans péridurale est considérable. Son corps se remet de cet effort intense. Les modifications corporelles de la grossesse et de la fin brutale et instantanée de celle-ci, l'ouverture du col de l'utérus, le passage d'un bébé, la mise en place de l'allaitement immédiatement après... tout cela entraîne des modifications physiques auxquelles la femme doit s'habituer rapidement.

Les hormones ont aussi une place prépondérante en post-partum. L'ocytocine et la prolactine vont travailler de concert pour favoriser la montée laiteuse et les contractions des seins et de l'utérus pour que celui-ci reprenne sa taille. Ces hormones ont un effet sur le psychologique. D'ailleurs, Madame Julie Bonapace explique dans son livre *Accoucher sans stress* la place des hormones dans la mise en place du lien mère-enfant et dans les phénomènes de babyblues(24). Des études ont été réalisées pour tenter d'établir un lien entre l'ocytocine synthétique administrée pendant le travail et une altération de l'ocytocine en post-partum induisant des troubles psychologiques mais les résultats ne sont pas significatifs. Cependant, la conclusion ne rejette pas le lien, seulement la relation de cause à effet(25).

6.3 Vulnérabilité immunologique

L'immunodépression de la femme enceinte est un phénomène connu : elle est nécessaire pour le bon développement de la grossesse et du fœtus qui est un corps étranger et potentiellement rejetable. C'est pour cela qu'une femme enceinte est plus fragile que la normale : ses défenses immunitaires sont largement diminuées. La femme qui vient d'accoucher subit encore ce phénomène et est donc plus à même de développer une infection(26).

6.4 Vulnérabilité psychique et psychologique

Tous les psychologues se rejoignent pour dire que la période du post-partum est particulièrement sensible. Les phénomènes de babyblues, dépression du post-partum, psychose puerpérale, sont bien décrits dans la littérature. Une étude de 2005 menée sur quarante-trois femmes à trois jours de l'accouchement met en évidence le lien significatif entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et les troubles de l'humeur dans le post-partum immédiat. « L'intensité du *blues post-partum* est le meilleur prédicteur de la dépression postnatale. Par conséquent, la connaissance des facteurs de risque, tels que la douleur, pourrait aider à améliorer l'efficacité de la détection et permettre aux professionnels de se concentrer sur l'impact psychologique du travail et en particulier sur les troubles de stress post-traumatique », conclut l'étude(27).

6.5 Stress post-traumatique

La littérature rapporte une prévalence du syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un accouchement normal de 1,6 à 6 %. Les facteurs de risque sont la perception du vécu de l'accouchement par la femme à travers la douleur, le soutien de l'équipe, le niveau de médicalisation de l'accouchement(28). Il serait possible d'intégrer dans ce tableau le toucher vaginal, sachant que le ressenti des patientes montré par les études est plutôt négatif.

6.6 Vulnérabilité sociale

Les femmes en post-partum sont fragiles. La société dans laquelle nous vivons demande à la jeune accouchée de se lever, de se remettre à travailler, de perdre du poids, de reprendre une sexualité rapidement. Elle impose l'image de la mère parfaite dans les magazines et la publicité. Et cette pression peut se superposer à la fragilité psychologique de la maman. On sait l'importance du soutien du conjoint et de la famille dans la mise en place de l'allaitement mais la solitude des mères est souvent bien réelle face à leur nourrisson. L'étude sur la sexualité pendant et après la grossesse montre que quatre à 25 % des hommes ayant des relations extraconjugales commencent pendant cette période du post-partum(29). Madame Julie Bonapace associe la mauvaise répartition des hormones au sein d'un couple avec un taux de divorce assez impressionnant dans l'année qui suit l'accouchement(24).

6.7 Reprise des rapports

Une méta-analyse de 59 études réalisée en 1999 montrent que de 40 % à 64 % des femmes ont peur de la reprise de rapports sexuels qui se fait en général six semaines après l'accouchement. De plus, 50 % des femmes ont des douleurs pour leur première union après la naissance et 22 % se plaignent encore à 13 mois(30). Il semble donc que la pénétration par examen vaginal après un accouchement puisse être particulièrement désagréable et angoissante. Les patientes enceintes acceptent les TV « pour être sûr que tout va bien » pour leur bébé. Leur instinct maternel dépasse l'examen clinique. Cependant, en post-partum, l'enfant est né et elles retrouvent leur corps de femme.

7 État des lieux des recommandations sur le toucher vaginal en suites de couches

Les recommandations pour la pratique clinique sont basées sur les données actualisées de la science et validées par l'expérimentation et les comités scientifiques. Ce sont des

outils de référence « pour aider le praticien à chercher les soins les plus appropriés dans des circonstances données », mais sans valeur contraignante pour les sages-femmes(31).

Les recommandations concernant l'examen de la sortie de la maternité ne sont pas claires et il est difficile de trouver des explications de la part des professionnels sur le sujet que nous traitons. L'examen de sortie de la maternité doit être complet et soigneux (est-il précisé) mais le TV en lui-même n'est pas recommandé par le CNOGF (accord professionnel)(32). « Il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que pratiquer ce geste diminuait les risques. Il n'est donc pas nécessaire le réaliser systématiquement. Il n'est pas non plus interdit de pratiquer cet examen vaginal, selon les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Dans aucun autre texte officiel il n'est fait mention de ce toucher vaginal en particulier. Or, en cette absence de recommandations et d'éclaircissements, un flou particulier entoure cette pratique.

Le toucher vaginal en suites de couches est réalisé par des sages-femmes et gynécologues sur le terrain dans le cadre de l'examen de sortie de la maternité avec une disparité selon et au sein des établissements. Toutefois, aucune étude ne rapporte le nombre de services ni de sages-femmes le pratiquant. Cette investigation nous a amenés à contacter plusieurs sages-femmes coordinatrices des services de maternité pour leur demander leur protocole. La plupart du temps, il a été fait mention de consignes orales sans protocole. Parfois, il est fait mention sur les logiciels informatiques ou dossiers de salle de naissance : « toucher vaginal fait/non fait ».

Il est nécessaire de faire la différence avec le toucher vaginal réalisé dans les suites immédiates de l'accouchement, c'est-à-dire dans les deux heures après celui-ci, où « il est recommandé d'observer l'état physique et psychologique de la mère et où le périnée, le vagin et le rectum feront l'objet d'un examen soigneux », selon les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF(23).

8 Les contradictions

8.1 La compresse oubliée

La compresse oubliée est définie comme une faute professionnelle(33). C'est un évènement à déclaration obligatoire mais les chiffres sont difficilement accessibles. Les compagnies d'assurance telle que la MACSF placent la gynécologie obstétrique au sixième rang des spécialités médicales mises en cause et évaluent à 1.492.000 € les indemnités pour l'année 2016(34). La peur de la faute professionnelle est un stress constant dans les équipes médicales et elle est bien légitime sachant que des vies sont en jeu. La compresse oubliée peut entraîner un désagrément, une infection allant d'une infection locale au choc septique, et surtout elle signe une négligence du personnel soignant. Outre la conscience professionnelle et cette peur légitime, s'ajoutent le contexte actuel de défiance vis-à-vis du corps médical et l'augmentation en masse du nombre de procès. Une pression de la hiérarchie hospitalière est tout à fait compréhensible sachant les coûts judiciaires. Même si les procès pour compresse vaginale oubliée en obstétrique sont rares, ils ne sont pas inexistantes.

Au cours de la présentation du protocole de recherche, des hésitations sur l'intérêt de ce mémoire se sont élevées trouvant le sujet de moindre importance. Mais, au-delà de toute considération éthique, le coût d'un procès pour faute professionnelle ou pour violence obstétricale est bien réel pour une institution et nous avons pensé que même d'un point de vue pratique et matériel cette réflexion méritait d'être menée.

Vient une deuxième considération à propos de la compresse oubliée : un toucher vaginal dans les suites immédiates de l'accouchement est recommandé. Il doit vérifier l'absence de compresses et l'intégrité des muqueuses vaginales et rectales après la suture. Si ce toucher de vérification est réalisé consciencieusement en salle de naissance, est-il nécessaire de reconstrôler en suites de couches ? Or, s'il est de nouveau réalisé en suites de couches, est-il le témoin d'un problème de communication entre la salle de naissance et le service de maternité ? D'un problème de gestion des dossiers ? D'un problème de faisabilité en salle de naissance ? D'un manque de temps ou de moyens humains ? D'un problème de confiance entre les professionnels ?

8.2 Le dépistage de l'endométrite

Les signes infectieux recherchés sont une température supérieure à 38,5 degrés associée ou non à des frissons, une augmentation des globules blancs et de la protéine C réactive (CRP) sur les résultats des bilans sanguins, des lochies d'aspect et d'odeur inhabituels, et une douleur à la mobilisation utérine. Le taux d'endométrite lors d'un accouchement voie basse est extrêmement faible (0,1 à 3 %) et le risque est beaucoup plus important lors d'une césarienne(35).

Sachant que la patiente est en état d'immunodépression suite à la grossesse (donc à risque majoré d'infection), que son col est encore largement ouvert à trois jours du post-partum, que le risque infectieux des TV est prouvé, et que ce TV n'est jamais réalisé de manière stérile (mais avec un simple doigtier ou gant non stérile), est-il raisonnable de le pratiquer sur toutes les patientes ?

Au demeurant, nous savons que les premiers signes de l'infection sont la fièvre, la perturbation du bilan sanguin et les lochies malodorantes. Ce sont là trois signes extérieurs et extériorisés qui ne sont pas révélés par le toucher vaginal, l'examen des protections étant amplement suffisant pour évaluer les pertes. La douleur à la mobilisation apparaît dans un second temps. Ce geste est-il donc nécessaire et opportun en systématique à la sortie de la maternité ?

8.3 L'évaluation des tissus

Certains évaluent l'élasticité des tissus et la tonicité des muscles vaginaux dès la maternité. Cet examen particulier nommé testing est recommandé à la visite du post-partum à six semaines de l'accouchement. Le testing évalue la force et l'endurance de la contraction vaginale ainsi que le bon relâchement musculaire. Il est noté sur 5 points et sert de base à la stratégie mise en place pour la rééducation périnéale de chaque patiente(36).

Une étude italienne a démontré que l'examen du périnée à la maternité avait une mauvaise valeur prédictive sur les incontinences urinaires et les dysfonctionnements périnéaux et anaux à six semaines, au moment de la visite postnatale(37). Il est vrai que le traumatisme de l'accouchement est extrêmement récent et qu'il paraît nécessaire de laisser le temps aux organes de reprendre leur place respective avant de réaliser une évaluation fonctionnelle.

Toutes ces contradictions mises à jour, il paraît important de se questionner sur les motivations des sages-femmes à pratiquer ce toucher vaginal. D'où vient cette pratique ? Comment expliquer sa disparité selon les services ? Émane-t-il d'une réflexion apportant un vrai bénéfice en termes de prévention, de protection et de réassurance des femmes ? Ou bien, la routine, « le rituel gynécologique du TV » ou la traque de l'erreur auraient-ils pris le pas sur la réflexion clinique des sages-femmes ?

9 Les études scientifiques spécifiques

Si la littérature ne fait généralement pas mention de ce geste, les étudiants sages-femmes sont interpellés par cette pratique défiant les recommandations et la polémique actuelle. Trois mémoires de sage-femme ont été réalisés sur ce sujet : en 2003 à Limoges, en 2013 à Dijon et en 2017 à Nancy(38–40). Ils parviennent tous à la même conclusion : ce toucher vaginal est une habitude de service et il est réalisé en premier lieu à la recherche d'une compresse vaginale oubliée lors de l'accouchement. Les sages-femmes sont majoritairement en faveur d'une diminution de ces TV.

Le mémoire conduit à Nancy est basé sur des entretiens individuels. L'étude la plus complète a été faite à Dijon. Un questionnaire a été construit après réalisation de quatre focus groupes qui ont travaillé sur le sujet en le reliant à leurs motivations suivant la théorie de l'autodétermination et celle des différentes motivations. Ce mémoire est très intéressant : il est construit de manière à décrypter de façon profonde chaque motivation particulière. Il en ressort que la conscience professionnelle et le travail bien fait sont au cœur du problème, mais que l'intérêt réel du geste n'est pas si important. Il est parfois fait mention d'une pression extérieure des médecins chefs de service ou d'une peur du médico-légal (22 %).

L'auteur pose le problème du manque de puissance de l'étude qui est quand même correct pour ce type de travail (l'effectif était de 131 réponses). Mais nous relèverons plutôt que ce questionnaire a été écrit et distribué à des sages-femmes réalisant elles-mêmes ce TV en suites de couches de manière systématique (52 %) ou non systématique (48 %). On note que les sages-femmes réalisant le moins de TV étaient celles qui avaient le plus d'expérience(39). Ce sont donc les motivations qui ont été exploitées et non les freins à cette pratique. Or il semble probable que malgré la très bonne conduite de l'étude et le souci d'objectivité, les sages-femmes ayant répondu au questionnaire aient, sans en avoir conscience, justifié leur pratique. De plus, on retrouve une prédominance des motivations externes, introjectées et identifiées (les motivations les plus extérieures aux valeurs intrinsèques de la personne).

Les entretiens réalisés à Nancy en 2017 montrent qu'étant donné le désagrément occasionné pour les patientes, le TV est le plus souvent non insistant et par conséquent inefficace dans la recherche de compresse. En outre, la raison de cet acte n'est que partiellement voire non expliquée aux patientes. La pression hiérarchique et la peur de la sanction sont parmi les plus fortes motivations et beaucoup « se sentent mal à l'aise » avec cette pratique qui ne les convainc pas(40). Se pose ici la question du consentement éclairé du patient, du respect de ses choix, de l'indépendance de la profession, du maître des sages-femmes face à un tel questionnement. C'est dire tout l'intérêt de se pencher sur la question.

Les motivations pour un toucher vaginal non systématique ont été explorées. Néanmoins, les contradictions relevées dans le chapitre précédent ressortent immédiatement. D'après l'étude de Dijon, 62 % des sages-femmes le réalisent sur suspicion d'une compresse oubliée, 19 % sur présence de signes infectieux, tandis que seulement six pour cent d'entre elles ne font jamais de TV(39).

L'étude de Nancy a également exploré le ressenti des patientes. Le stress apparaît en première position, suivi du consentement et du soulagement après les explications et le geste fait avec douceur. Lors d'entretiens informels précédant notre recherche, quelques sages-femmes ont fait mention de la réassurance des patientes quant à la toilette intime et à la reprise des rapports sexuels suite à ce toucher vaginal appuyant les résultats des entretiens de Nancy(40).

A contrario, il ressort des témoignages de certaines femmes sur des blogs publics tels que *Doctissimo* ou *Experatoo* de la colère, soit après la découverte d'une compresse oubliée, soit liée au fait d'avoir subi un énième un toucher vaginal douloureux après un accouchement traumatisant tant physiquement que psychologiquement.

Aucune étude n'évaluant l'étendue de la pratique du toucher vaginal en suites de couches en France, il serait intéressant d'en réaliser un état des lieux en élargissant les sondages à un plus grand nombre de sages-femmes, quelle que soit leur opinion sur le sujet. Cela permettrait notamment de déterminer à une plus grande échelle les motivations et les freins à ce geste. Lorsque les sages-femmes exercent en milieu hospitalier, leur autonomie et indépendance inhérentes à leur profession sont remises en cause par l'instauration de protocoles et la hiérarchie, bien que ces derniers soient nécessaires pour harmoniser et sécuriser les soins. Aussi, sur la question du toucher vaginal, est-il besoin d'instaurer des recommandations de bonnes pratiques basées sur leur expérience ? Actuellement, la seule société savante à avoir édité des RCP sur le sujet est le CNGOF(23).

Les dernières manifestations de la profession en 2020-2021, suite à la crise sanitaire du Covid-19 et au SEGUR de la santé appellent à une revalorisation de la profession de sage-femme, à l'évolution de la formation et de la recherche en maïeutique, pour répondre au « malaise de la profession » que « 55 % ont pensé quitter » (41). Il serait intéressant d'étudier le contexte dans lequel est réalisé ce toucher vaginal pour affirmer ou infirmer le malaise retrouvé chez les sages-femmes interrogées à Nancy, et déterminer le cas échéant si ce sujet ne serait pas un micro-reflet des problématiques qui contribuent au mal-être de la profession.

Cette étude descriptive transversale et à visée épidémiologique a pour objectif d'évaluer la fréquence de cette pratique en France et d'en recenser les freins et les motivations afin d'avoir une vue d'ensemble des attentes des sages-femmes en France sur la question.

Méthode

1 Population

La population concernée par l'étude était celle de toutes les sages-femmes de France inscrites au tableau de l'Ordre au moment de l'enquête, tous modes d'exercice confondus (hospitalier, libéral, protection maternelle-infantile, recherche, enseignement). Au 1^{er} janvier 2017, selon les données démographiques du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, on recensait 27 425 inscrites(42).

1.1 L'échantillon de l'étude

1.1.1 Les critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, il fallait être diplômée du diplôme d'État (DE) de sage-femme français et être inscrite au tableau de l'Ordre au moment de l'étude. Les sages-femmes ont été recrutées par méthode non probabiliste, sur la base du volontariat.

1.1.2 Les critères de non-inclusion

Nous avons fait le choix d'ouvrir cette enquête à toutes les sages-femmes sans critère d'exclusion, dans un souci de représentativité de l'échantillon, mais aussi car cette étude avait un aspect consultatif. Le questionnement d'un nombre important de sages-femmes réparties sur le territoire dans différents modes d'exercice nous apparaissait donc approprié. L'avis des sages-femmes libérales nous semblait particulièrement opportun puisque ce sont elles qui suivent les femmes après le retour à la maison et qui seraient en première ligne pour dépister des éventuelles pathologies ou problèmes non perçus à la maternité. Il n'y avait donc pas de critères particuliers de non-inclusion ni d'exclusion.

2 Méthode

2.1 Type d'étude

Cette étude transversale de type descriptive à visée évaluatrice était une enquête d'opinion.

2.2 Rappel des objectifs

L'enquête avait pour objectif principal d'évaluer l'attente des sages-femmes par rapport à d'éventuelles recommandations concernant le toucher vaginal à la sortie de la maternité.

Les objectifs secondaires de cette enquête étaient d'évaluer le nombre de sages-femmes pratiquant cet examen à la sortie de la maternité, et leurs usages, ainsi que leur(s) motivation(s) dans la réalisation ou non réalisation de cet acte, leur connaissance des recommandations officielles et l'application qu'elles en font.

2.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le pourcentage de sages-femmes favorables à l'établissement de nouvelles recommandations en fonction de leurs réponses précédentes et de leur pratique.

Les critères de jugement secondaires étaient le pourcentage de sages-femmes pratiquant le TV en SDC systématiquement ou sur périnée suturé, sur signe d'appel ou ne pratiquant pas ; le pourcentage de celles connaissant les recommandations du CNGOF et l'adaptation de leur pratique à celles-ci, ainsi que l'évaluation de l'intérêt des sages-femmes pour l'enquête. Nous avons étudié aussi par pourcentages les opinions des sages-femmes sur le sujet et leur(s) motivation(s) dans leur choix de le pratiquer ou non.

2.4 Hypothèse de départ

L'hypothèse H1 principale de ce mémoire était que les sages-femmes souhaitent des recommandations sur le toucher vaginal à l'examen de sortie de la maternité ou tout au moins une discussion collégiale de la profession sur ce thème.

L'hypothèse H1 secondaire était que les sages-femmes sont majoritairement défavorables à cette pratique.

2.5 Déroulement de l'étude et recueil de données

L'étude a été réalisée par diffusion flash d'un questionnaire REDCAP sur le groupe Facebook « Emploi Sage-femme » et le recueil des données a eu lieu du 15 décembre au 15 janvier 2021. Le questionnaire avait été testé préalablement sur un groupe de 10 sages-femmes avant sa présentation au public. Nous avons fait le choix d'un questionnaire à réponses fermées.

2.6 L'analyse des données

L'analyse des données s'est faite majoritairement par pourcentages et nous avons personnalisé les tendances en croisant diverses réponses d'opinion à l'aide d'un tableau Excel.

3 Les aspects éthiques et réglementaires

3.1 Avis de comités consultatifs

Le questionnaire à questions fermées de cette enquête n'étant réservé qu'à des professionnels de santé et diffusé sur les réseaux sociaux, il n'était pas nécessaire d'obtenir d'autorisation particulière de la part du CIL ou de la CNIL. En revanche, le

protocole de recherche avait été soumis et validé par le comité pédagogique de l'École de sages-femmes de Clermont-Ferrand. Nous avons aussi demandé une autorisation aux administrateurs du groupe Facebook qui a diffusé notre enquête.

3.2 Information et consentement

Un texte d'introduction et d'explication de l'enquête a été présenté à tous les participants. Le consentement électronique de participation et de l'information sur l'utilisation anonyme des données personnelles a été recueilli pour tous.

3.3 Anonymat

Le questionnaire ne touchait aucune donnée sensible ni nominative. Les données ont été saisies et conservées de manière anonyme et ont été détruites à la diffusion du rapport d'enquête.

Résultats

1 Description de la population étudiée

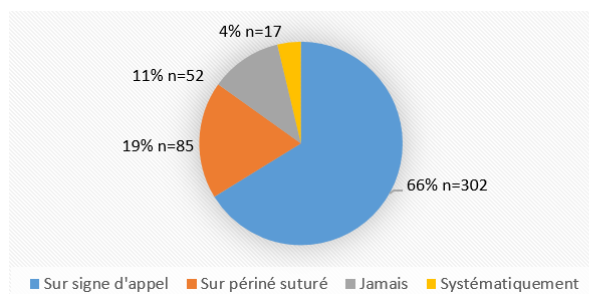
Le questionnaire, élaboré à l'aide du logiciel REDCAP®, a été diffusé en flash sur le groupe Facebook précité qui compte 87 000 abonnés. Les réponses ont été exportées sur un tableau Excel afin d'être traitées. Il y a eu 513 réponses en cinq jours. Le taux de réponse est impossible à déterminer, étant donné qu'on ignore combien de sages-femmes ont consulté l'annonce du questionnaire. Cependant, 1,87 % des 27 425 sages-femmes déclarées (chiffre de 2017 sur le site de l'Ordre national des sages-femmes) ont répondu. Sur les 513 questionnaires reçus, 456 (88,80 %) ont été exploitables. Par rapport au nombre de réponses exploitables, 1,66 % des sages-femmes ont répondu. Les 57 réponses non exploitables venaient de questionnaires incomplets (52), de sages-femmes non inscrites à l'ordre (trois) et ininterprétables (cinq).

Sur les 456 sages-femmes, il y avait quatre hommes, soit 0,87 %.

On retrouve 48 sages-femmes formées en trois ans, 87 en cinq ans avant 2011, et 321 sortants de la nouvelle formation après 2011. Tous les lieux de formation et d'exercices ont bien été représentés, l'Auvergne, l'Ile-de-France et l'Occitanie en tête.

Si l'on s'intéresse au mode d'exercice professionnel des sondés, 275 sages-femmes travaillaient en secteur hospitalier public, 62 en hospitalier privé, 75 en libéral, quatre en PMI. Aucune sage-femme travaillant dans l'enseignement n'a répondu au questionnaire. Sur les trois sages-femmes faisant de la recherche, une seule en a fait son activité principale ; parmi les deux autres, l'une cumulait une activité hospitalière privée et l'autre une activité hospitalière publique. Sur les 39 sages-femmes restantes, 18 avaient une activité hospitalière publique et libérale, 11 cumulaient une activité libérale et en clinique privé, cinq une activité dans le public et le privé, trois exerçaient simultanément dans le public, le privé et en libéral.

2 État des lieux de la pratique du TV à la sortie de la maternité



n=effectif

Figure 1 : répartition des SF selon leur pratique du TV en suites de couches

Pour la suite des résultats, considérant que la pratique du TV systématique et celle sur périnée suturé systématique ont la même finalité, elles ont été considérées comme semblables. De même, considérant que les sages-femmes analyseraient un signe clinique si elles le repéraient – et agiraient en fonction –, les effectifs des sages-femmes réalisant un TV sur signe d'appel et celles ne l'ayant jamais réalisé ont été regroupés. Il y avait donc 23 % (102) des sages-femmes qui effectuent ce TV de manière systématique (sans évaluer le bénéfice risque individuel de chaque patiente), dans un souci de maillage étroit pour ne laisser passer aucune erreur.

3 Motivations et intérêts pratiques des sages-femmes à pratiquer ce TV

Ont été réparties dans ce tableau les motivations intrinsèques (conscience professionnelle, réassurance de la patiente) et les motivations extrinsèques (c'est-à-dire plus extérieures à la personne telle que le protocole de service, la formation ou la pression extérieure). Cette répartition s'est appuyée sur le travail en focus groupe du mémoire de Dijon précité.

3.1 Motivations intrinsèques et extrinsèques des SF pratiquant ce TV

Tableau I : Motivations intrinsèques et extrinsèques des sages-femmes dans la pratique du TV en suites de couches

Motivations	n=102 n(%)
Protocole de service	54 (52,94)
Éviter de potentiels évènements indésirables	35 (34,31)
Formation	33 (32,35)
Conscience professionnelle	31 (30,39)
Pression hiérarchique	24 (23,53)
Réassurance de la patiente	5 (4,9)
Suivi des données de la science	0 (0,0)

Les données ont été croisées pour déterminer deux groupes :

3.1.1 Les sages-femmes réalisant ce TV pour des motivations extrinsèques :

Nous avons regroupé 41 sages-femmes ayant coché la case « respect du protocole », « formation » et/ou « pression hiérarchique » sans avoir coché la case « conscience professionnelle ». Deux sages-femmes ayant seulement coché la case « pression hiérarchique » et trois sages-femmes ayant coché « conscience professionnelle », « protocole » et « formation » en plus de la case « pression hiérarchique » ont été incluses dans ce groupe. En conséquence, 45,10 % des sages-femmes réalisant ce TV le faisaient pour des motivations extrinsèques. Ce qui correspondait à 10,08 % de toutes les sages-femmes interrogées.

3.1.2 Les sages-femmes réalisant ce TV pour des motivations intrinsèques :

Cela concernait 56 autres sages-femmes, soit 12,28 % des sages-femmes interrogées.

Les sages-femmes n'ayant pas coché la case « conscience professionnelle » ont généralement coché soit la case « protocole » soit celle « formation », mais pas les deux (42 sur le protocole, 20 sur leur formation et seulement quatre en commun).

Or, sur les 54 ayant coché la case « protocole », 20 ont coché la case « pression hiérarchique ».

3.2 Intérêts pratiques de ce TV

Tableau II : Avis des SF sur les intérêts pratiques du TV

Intérêts pratiques	n=102 n(%)
Recherche de compresses	99 (97,06)
Évaluation de la suture	49 (48,04)
Mobilisation utérine à la recherche d'une endométrite	31 (30,39)
Recherche d'un thrombus	26 (25,49)
Testing périnéal	9 (8,82)

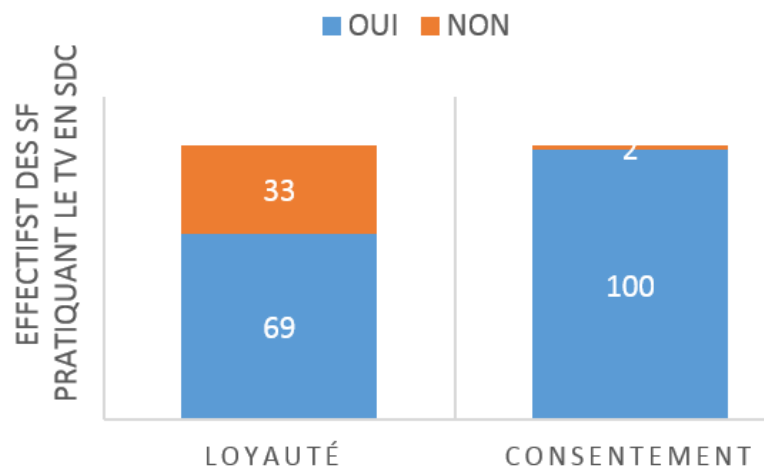
Sur les 99 sages-femmes ayant coché la case « recherche de compresses », 35 n'avaient coché que cette case.

Quant à la manière de pratiquer ce TV, 64 (62,74 %) ont coché la case « en profondeur », 37 (36,27 %) « superficielle » et une « très en profondeur ».

4 Concernant les patientes

Les sages-femmes pratiquant le TV en suites de couches ne donnaient pas d'informations loyales à leurs patientes concernant ce TV à 32,35 %.

Cinq pour cent des sages-femmes pratiquant cet examen ont coché la case « réassurance de la patiente ».



n=102

Figure 2 : Information loyale et recueil du consentement éclairé des patientes

Selon les tableaux suivants (III et V), 15 des sages-femmes ne pratiquant pas ce TV en suites de couches s'étaient vu opposer des refus à ce TV.

En revanche 29,88 % des sages-femmes qui ont radié la systématisation de cet examen de leur pratique l'ont fait à cause du retour des patientes.

5 Les sages-femmes ne pratiquant pas le TV en maternité

Tableau III : Freins et motivations des sages-femmes à ne pas pratiquer le toucher vaginal en maternité

Freins et motivations	n=354 n(%)
Interrogatoire et clinique non invasive suffisante	274 (77,40)
Considération des effets négatifs pour les patientes (douleur/stress)	272 (76,84)
Ce geste n'a aucun intérêt	230 (64,97)
Suivi des données de la science	40 (11,30)
Méconnaissance de cette pratique	28 (7,90)
Refus des patientes	15 (4,28)

Ce tableau recense les motivations profondes des sages-femmes à ne pas pratiquer ce toucher vaginal à la maternité. Les items « interrogatoire et clinique non invasive suffisante », « considération des effets négatifs pour les patientes », « ce geste n'a aucun intérêt » ont été considérées comme les motivations intrinsèques.

Les cases « suivi des données de la science », méconnaissance de cette pratique » et refus des patientes » ont été considérées comme les motivations extrinsèques.

Tableau IV : Intérêts pratiques des sages-femmes à ne pas pratiquer le toucher vaginal en maternité

Raisons	n=354 n(%)
Balance bénéfice/risque négative	221 (62,43)
Toucher de vérification déjà réalisé en salle de naissance	215 (60,73)
Mauvais outil de détermination du score du testing périnéal à moyen et long terme	163 (46,04)
Mauvais outil de repérage d'une endométriose	67 (18,93)

A l'inverse 81,07 % n'ont pas coché la case « mauvais outil de repérage d'une endométriose ».

6 Évolution de la pratique des sages-femmes

Les sages-femmes qui avaient changé leur pratique au cours de leur carrière étaient au nombre de 120. Cela équivalait à 26,31 % des sages-femmes. Trente-trois (27,50 %) s'étaient mises à examiner les patientes en maternité contre 87 (72,50 %) qui ont arrêté.

Tableau V : Motivations des sages-femmes à changer leur pratique

Motivations	Pour l'arrêt du TV n=87	Pour la pratique du TV n=33
Adaptation au lieu d'exercice	33 (37,93)	21 (63,63)
Évènement indésirable	1 (1,15)	11 (33,33)
Expérience	65 (74,71)	3 (9,09)
Retour des patientes	26 (29,88)	1 (3,03)

La principale motivation externe était l'adaptation au lieu d'exercice. Considérant que le retour des patientes et la découverte d'un EI peuvent altérer le ressenti du travail bien fait et la conscience professionnelle, ces deux items ont été regroupés avec celui concernant l'expérience dans les motivations internes et intrinsèques. Ainsi assemblées, les motivations internes concernaient plus l'arrêt du TV, et les motivations externes sa mise en pratique.

7 Connaissances des sages-femmes sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur

Sur les 354 ne pratiquant pas le toucher vaginal en systématique, 333 ont eu une réponse conforme concernant l'HAS et 281 concernant le CNGOF.

Sur les 102 pratiquant ce toucher vaginal en systématique, 22 sages-femmes pensaient que l'HAS le recommande et 55 pensaient que le CNGOF le recommande.

Sur les 456 questionnaires remplis, 32 pensaient qu'il est recommandé par les deux sociétés savantes compétentes et 18 le pratiquaient dont 11 avaient coché la case « formation ». Aucune de ces sages-femmes n'a coché la case « en accord avec les données de la science ».

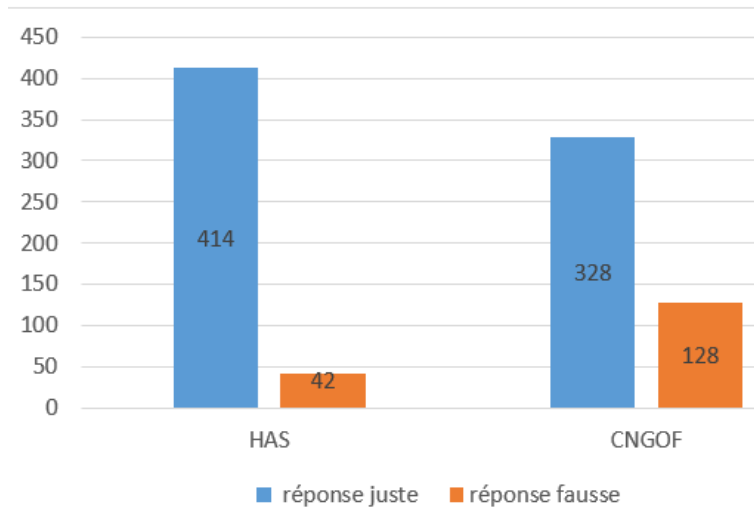


Figure 3 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur

8 Intérêt des sages-femmes porté au sujet de l'étude

Une échelle d'attitude d'un à cinq a été présentée à la fin du questionnaire pour évaluer l'intérêt porté au sujet de l'étude par les sages-femmes. La moyenne recueillie était de 2,56/5. L'écart-type à la moyenne est de 1,389. La médiane est de deux.

Sur les 54 SF ayant trouvé un très grand intérêt à l'étude (note de cinq sur cinq), 90,74 % souhaitaient des recommandations.

9 Souhait de recommandation

Les sages-femmes souhaitaient de nouvelles recommandations de bonnes pratiques à 76,53 %.

Tableau VII : Souhaits des sages-femmes quant à de nouvelles recommandations de bonnes pratiques

Souhaits	Pour des RCP n=349 n(%)	Pour ne rien changer n=107 n(%)
Sages-femmes pratiquant le TV	95 (27,22)	7 (6,54)
Évènement indésirable	31 (8,88)	4 (3,74)
Conscience professionnelle	28 (8,02)	3 (2,80)
Protocole de service	52 (14,89)	2 (1,87)
Pression hiérarchique	23 (6,59)	1 (0,98)
Sages-femmes ne pratiquant pas le TV	254 (72,78)	100 (93,46)
N'y trouvant aucun intérêt	165 (47,28)	65 (60,74)
TV déjà réalisé en salle de naissance	165 (47,28)	49 (45,79)
Clinique non invasive suffisante	195 (55,87)	79 (73,83)
Douleur et stress occasionnés	201 (57,59)	71 (66,35)
Balance bénéfice risque défavorable	159 (45,56)	62 (67,94)
Appui sur des données scientifiques	28 (8,02)	12 (11,21)

En fonction de la pratique du TV à la sortie de la maternité et des motivations intrinsèques et extrinsèques de chacune, des groupes ont été réalisés. Cette répartition s'est faite par croisement des données de motivations.

9.1 Les sages-femmes en faveur de l'intégration du TV lors de la sortie de maternité

Ne considérant pas que les motivations extrinsèques soient représentatives d'une réelle volonté de faire changer les RCP actuelles, seules les motivations intrinsèquement liées à la conscience professionnelle ont déterminé les sages-femmes du groupe souhaitant des RCP en faveur du toucher vaginal pendant l'examen de sortie de la maternité.

Les sages-femmes ayant coché la case « pression hiérarchique » et souhaitant des RCP ont été placées dans le 2^{ème} groupe ne pratiquant pas de TV et souhaitant des RCP. Le nombre de sages-femmes pratiquant et souhaitant des recommandations en faveur du

toucher vaginal à l'examen de sortie de maternité, est donc tombé de 95 à 72, c'est-à-dire 15,70 % de l'échantillon interrogé.

De même, 12 sages-femmes pratiquant le TV uniquement pour respecter le protocole de service et rechercher des compresses (et dont cinq sur six l'ont mis en place uniquement pour s'adapter à leur lieu d'exercice) ont été comptabilisées dans le deuxième groupe, ce qui a fait chuter le nombre à 63. Nous considérons donc que 13,81 % des sages-femmes interrogées souhaitent des recommandations en faveur de l'intégration du TV pendant l'examen de sortie de la maternité.

9.2 Un groupe réclamant des RCP en accord avec les données actuelles de la science

Les SF de ce groupe sont celles ne pratiquant pas ce TV de manière systématique, ainsi que celles dont les motivations à pratiquer le TV ne sont qu'extrinsèques, soit 62,73 %.

9.3 Un groupe ne souhaitant pas de nouvelles RCP

Soit 23,46 % : celles qui ont répondu « non » à la dernière question du questionnaire.

Discussion

1 Réalisation des objectifs

Les objectifs de l'enquête d'opinion ont été partiellement atteints. Pour une représentativité maximale, il aurait fallu un échantillon plus important mais le temps nous a manqué pour récolter plus de réponses.

2 Validation de l'hypothèse H1 de départ

La consultation de cet échantillon de la profession a révélé que les sages-femmes souhaitent pouvoir discuter du toucher vaginal de façon collégiale et éditer par la suite des recommandations de bonnes pratiques sur l'examen de sortie de la maternité.

L'hypothèse secondaire est aussi validée, puisque seulement 13,80 % des professionnels de maïeutique seraient en faveur de l'instauration de ce toucher vaginal à l'examen de sortie de la maternité.

3 Points forts de l'étude

Cette étude est la seule réalisée à plus grande échelle sur l'examen vaginal à la sortie de la maternité. Elle vient compléter et vérifier les chiffres et les pressentiments des trois mémoires cités plus haut.

Cette enquête d'opinion a été l'occasion d'interroger la profession.

4 Points faibles de l'étude

Pour une enquête nationale et dans un souci d'une représentativité maximale des sages-femmes, l'échantillon aurait dû être plus important.

Le questionnaire, pourtant validé, a révélé de nombreuses imprécisions dans la collecte des données et aurait mérité d'être clarifié pour une meilleure compréhension par les professionnels. Une certaine confusion est ressortie via la question du changement de pratique au cours de la carrière. Cela a engendré un arrêt de remplissage du questionnaire. De même, la dernière question aurait peut-être dû détailler plusieurs groupes, ce qui aurait évité l'interprétation des résultats par croisement des données de motivation – et leur aurait conféré une plus grande fiabilité. Des sages-femmes formées en Belgique et travaillant en France ont été écartées du questionnaire car n'ayant pas fait leurs études en France. Si l'on devait reproduire cette étude, le questionnaire nécessiterait d'être affiné.

Les liens de corrélation et de causalité n'ont pas été explorés par manque de temps et de moyen mais l'échantillon était faiblement représentatif pour déterminer une significativité.

5 Biais

5.1 Biais de sélection

Ce biais a été possiblement impactant puisque la méthode de recrutement est non probabiliste et sur la base du volontariat. On peut imaginer que les SF ayant répondu à l'enquête sont des SF intéressées par le sujet et donc promptes à répondre. Toutefois, le nombre de réponses en un temps aussi court (cinq jours) permet de rétablir la balance.

5.2 Biais méthodologique

Déjà évoqué dans les points faibles de l'étude, la mauvaise formulation de certaines questions a désorienté les SF interrogées. Mais les questionnaires ininterprétables ou non terminés pour cette raison ont été écartés des effectifs de travail. De même, le questionnaire à réponses fermées a pu réduire et conditionner les intentions et motivations des SF malgré l'appui de la revue de littérature pour la construction d'un questionnaire le plus complet possible.

5.3 Biais de désirabilité sociale

Puisque le sujet du TV est particulièrement sensible actuellement, certaines SF ont pu vouloir justifier leur pratique du TV en suites de couches. Mais cela induirait que les chiffres des SF pratiquant le TV systématiquement à la sortie de la maternité avec conviction seraient sous-estimés, et cette hypothèse viendrait finalement renforcer la nôtre, selon laquelle de nombreuses sages-femmes n'agissent pas en accord avec les RCP.

5.4 Biais de confirmation d'hypothèse

Ce travail, qui cherche à comprendre les motivations des sages-femmes à réaliser cet examen vaginal à la sortie de la maternité, et qui a pour ambition de recueillir les souhaits de celles-ci en la matière, a pour origine un témoignage d'un TV réalisé à la sortie de la maternité extrêmement mal vécu. Mais les recherches de l'auteur dont la subjectivité aurait été à déplorer ont permis à celui-ci de retrouver de l'objectivité, et ce malgré la confirmation des hypothèses prévues.

6 État des lieux de la pratique en France

L'analyse des résultats a permis de mettre en lumière que 23 % des sages-femmes interrogées intégraient un toucher vaginal systématique à l'examen clinique de la sortie de la maternité, soit presque un quart allant au-delà des recommandations de bonnes pratiques du CNGOF seul organisme en obstétrique à évoquer le sujet.

La majeure partie des réponses émanaient donc de sages-femmes travaillant sans le secteur hospitalier étant donc au cœur du sujet. Mais un nombre conséquent de sages-femmes travaillaient en libéral (16,44 %), ce qui a permis de recueillir l'avis des professionnels qui suivent les patientes plus longtemps et sont à même de repérer les pathologies plus tardives telles que l'endométrite, l'infection d'une suture et autre.

7 Les motivations des sages-femmes à examiner leur patiente en SDC

Elles ont été réparties en deux groupes :

7.1 Motivations intrinsèques

En premier lieu, il y a des sages-femmes qui pensent intrinsèquement que ce geste permet d'éviter de passer à côté d'un signe qui pourrait être délétère pour les patientes. La présence de compresses oubliées (97,02 %) concentre la très grande majorité des intérêts de ce TV. Vient ensuite la vérification de la suture à environ 50 %. La recherche d'une endométriose ou d'un thrombus arrivent bien après (30,39 % et 25,49 %). Les raisons nécessitant un contact plus poussé et une interaction avec la patiente (explication, demande de serrage du périnée, compréhension des besoins de la patiente) emportent une très faible adhésion : le testing, par exemple, ne concerne que 8,82 % des réponses, et la réassurance de la patiente 4,90 %. La principale raison est donc la peur de l'évènement indésirable (ou erreur médicale) et de l'urgence.

En général, ces sages-femmes ne s'appuient pas sur la science (0 %) mais sur le protocole en vigueur dans leur service ou sur leur conscience professionnelle pour justifier leur pratique. Sur les 33 sages-femmes qui ont modifié leur pratique en faveur

du TV, 11 l'ont fait après la découverte d'un EI. La recherche de compresses est la principale raison (97,06 %) des examens vaginaux à la sortie de la maternité. Ceci montre que le phénomène de l'EI existe vraiment même s'il n'est pas répertorié ; il peut traumatiser des patientes et les sages-femmes, et amener celles-ci à des vérifications de plus en plus poussées, en dehors de toutes raisons scientifiques, et à un comportement motivé par la crainte de l'erreur. Ces chiffres nous montrent les réelles angoisses des sages-femmes : l'évènement indésirable et la peur de l'urgence (thrombus, endométrite). Bien sûr, les patientes sont les premières concernées et l'intérêt des femmes n'est pas remis en cause ici.

7.2 Motivations extrinsèques

Les motivations extrinsèques des sages-femmes qui pratiquent le toucher vaginal en systématique ont été représentées par la case « protocole » et « formation » sans avoir coché la case « conscience professionnelle ». Le fait pour les sages-femmes d'avoir coché la case « pression hiérarchique » les classe automatiquement dans le groupe de celles agissant pour des motivations extrinsèques. On peut penser que la hiérarchie elle-même agit dans la peur du procès et de l'erreur médicale. Ces sages-femmes vont contre leur conviction profonde et il en sort un réel mal-être. Trente-trois pour cent de ces SF examinant leurs patientes au départ de la maternité disent ne pas donner d'informations loyales à ces dernières avant de les examiner ; elles mentent sur les raisons de le faire car elles ne sont pas d'accord avec. Ces chiffres confirment les données de la littérature recensées dans la revue ci-dessus. L'information loyale et le consentement éclairé sont les principes fondamentaux de la relation soignant-soigné et aller contre ce principe par pression hiérarchique peut être difficile à vivre au quotidien voire traumatisant.

Les problématiques déjà repérées dans la littérature ressortent ici. Les sages-femmes qui examinent leurs patientes à la sortie de la maternité le font majoritairement pour vérifier la vacuité vaginale déjà effectuée puisque recommandée fortement en salle de naissance. Elles agissent par conscience professionnelle pour pallier éventuellement aux erreurs de leurs collègues, autrement dit sous la pression. Le mal-être dans la profession de sage-femme étant de plus en plus palpable, ce sentiment d'insécurité (ici lié à ce tout petit geste) n'en serait-il pas l'une des causes ?

Malgré tout, 77 % des sages-femmes ne réalisent pas de toucher vaginal à la sortie de la maternité et ne ressentent pas cette insécurité, du reste pour ce sujet-là. Pourquoi ?

8 Les motivations des sages-femmes à ne pas examiner leur patiente en SDC

La principale raison de ce non agir est non pas le respect des recommandations et des données scientifiques (11,30 %) mais la considération des effets néfastes de ce geste sur les patientes. Les sages-femmes interrogées ne pratiquant pas le toucher vaginal en systématique à la sortie de la maternité le considèrent à 76,84 % comme douloureux et stressant. Les études et les recommandations vont dans ce sens. Les sages-femmes trouvent majoritairement que la balance bénéfice-risque est négative quant au TV de sortie de la maternité.

Pour 60,73 % d'entre elles, les compresses sont vérifiées en salle de naissance. Aussi, il n'est pas nécessaire de le refaire. Elles trouvent en outre que le testing n'a pas lieu d'être en maternité.

En revanche, 81 % de ces professionnels ne remettent pas en cause la recherche d'une endométrite et par là les inquiétudes des sages-femmes le pratiquant. Ce qui est intéressant est que ces sages-femmes ont une approche différente : la clinique non invasive et l'interrogatoire sont pour elles largement suffisantes pour répondre aux problèmes évoqués.

Deux manières de travailler s'opposent : une vérification par un examen médical invasif pour manque de preuve, et une vérification par l'interrogatoire et la clinique non invasive, qui elle laisse la place à l'erreur – et donc pour certaines à un sentiment d'insécurité et de travail mal fait. Comment conjuguer les deux sans perte de chance pour les patientes et avec une réelle satisfaction pour toutes ?

Finalement, les unes n'auraient-elles pas la marche à suivre (recommandations et études le prouvant) et les autres ne pointeraient-elles pas les points à améliorer pour le bien-être des patientes et la sérénité de tous ? Plutôt qu'une opposition, ne pourrait-on pas y voir une complémentarité ?

9 Similitudes entre les deux façons de faire

9.1 La capacité d'analyse et de diagnostic de la sage-femme

C'est l'outil diagnostique qui diffère (clinique invasive ou non). La volonté de toute sage-femme est d'évaluer la bonne santé de sa patiente, de repérer les situations à risque, de diagnostiquer une pathologie réelle. Le large pourcentage des sages-femmes réalisant cet examen uniquement sur signe d'appel est probant sur ces intentions – de même que la peur de l'erreur médicale est présente dans toute la profession. Certaines estiment que le TV à la sortie de la maternité a sa place dans les outils de dépistage ; d'autres pensent au contraire qu'on peut y pallier par la clinique non invasive selon le grand principe d'éthique médical de non-malfaisance, « *Primum non Nocere* », c'est-à-dire « En premier ne pas nuire ».

9.2 L'expérience, le socle de l'*Evidence Based Midwifery*

Les réponses au questionnaire concernant les données de la science ont été écartées par les sages-femmes. Aucune de celles pratiquant l'examen vaginal en maternité n'a dit s'appuyer sur les données actuelles de la science. Et seulement 11,30 % de celles ne le pratiquant pas s'appuient dessus.

Sur les 69 SF à avoir évolué dans leur pratique et arrêté la clinique invasive systématique, 65 invoquent leur expérience et 26 le retour des patientes.

De même, 33 % des SF ayant décidé d'intégrer ce TV dans leur pratique clinique déclarent avoir été confrontées à un évènement indésirable. Un EI dans une carrière relève de l'expérience.

Les sages-femmes semblent être plus enclines à lire les recommandations de l'HAS (90,79 % de bonnes réponses) que celles de CNGOF pourtant seule instance à parler de cette pratique. Il semblerait que les SF ne savent pas ce qu'il en est réellement des recommandations.

L'Evidence-Based Medicine (EBM) ou médecine factuelle ou encore médecine basée sur les preuves est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions concernant les soins de chaque patient », selon la définition de David Sackett(43). L'expérience est donc le socle du savoir-agir dans la profession. La recherche scientifique et les preuves statistiques permettent à l'expérience d'être validée et transmise pour une meilleure prise en charge du patient individuellement. Dans le cas du toucher vaginal en suites de couches, les sages-femmes interrogées semblent ne pas se référer à l'EBM mais à leur expérience propre, les deux outils étant nécessaires à une pratique optimale de la maïeutique.

9.3 L'indépendance professionnelle

Les 13,80 % des sages-femmes interrogées, convaincues du bien-fondé du TV en suites de couches et souhaitant des recommandations en faveur de son intégration systématique à la sortie de la maternité, considèrent les recommandations actuelles comme non suffisantes. Elles vont aussi à contre-courant de la tendance à la diminution des touchers vaginaux et du reste de la profession. Serait-ce là une preuve d'indépendance et d'autonomie professionnelle ? Ces sages-femmes estiment qu'il est important de réaliser cette vérification parce qu'il y a encore trop d'évènements indésirables (compresses, sutures qui lâchent, thrombus non vu, etc.) ; elles estiment que cette vérification est importante pour les patientes même si cela génère chez elles du stress et du désagrément, mettant ces arguments en balance.

A contrario, les sages-femmes faisant confiance à leur sens clinique d'observation et à leurs compétences en matière de dépistage font preuve elles aussi d'indépendance professionnelle. Elles s'adaptent au terrain et pour elles la balance bénéfice-risque penche de l'autre côté.

Seules les 10 % des SF interrogées pratiquant sous la pression hiérarchique ont remis leur indépendance professionnelle à leur hiérarchie, à un protocole, et sont dans un dilemme qu'elles souhaitent régler.

10 Interrogations

Pourquoi donc les sages-femmes interrogées (qui ne semblent pas appuyer leur pratique sur les RCP en vigueur) souhaitent-elles majoritairement (76,53 %) des recommandations de Pratique Clinique sur le sujet ?

D'autant plus qu'il s'est avéré que l'intérêt porté au sujet de l'étude est faible. Cette contradiction révèle finalement le rapport qu'ont les professionnels de gynécologie-obstétrique au toucher vaginal qui est leur quotidien.

Cette aspiration serait-elle un désir des sages-femmes de contribuer à cette Evidence Based Midwifery plus activement ?

11 Projet d'action

Les sages-femmes sont en attente de réponses et demandent un positionnement de la part des sociétés savantes. Suite à l'analyse des résultats, les professionnels interrogés ont été répartis en 3 groupes :

Les sages-femmes interrogées sont 23,50 % à ne pas vouloir de recommandations ;

Les sages-femmes interrogées sont 13,80 % en faveur de l'intégration du toucher vaginal à l'examen de sortie de maternité par des recommandations de bonnes pratiques, pour pallier l'erreur humaine ou collective de services qui doivent agir avec de plus en plus de contraintes temporelles et de moins en moins de moyens humains ;

Les sages-femmes interrogées sont 62,70 % à vouloir des RCP qui valideraient leur expérience empirique et leur pratique de façon collégiale. Elles ne souhaitent pas intégrer le toucher vaginal à l'examen de sortie de la maternité et valident la ligne de conduite actuelle qui prône une diminution des touchers vaginaux en obstétrique. Ces professionnels sont dans l'attente d'une validation de leur pratique par les comités scientifiques.

Le projet d'action de ce mémoire visera donc plus à travailler sur les réalités que pointent les 13,80 % de SF convaincues du bien-fondé de l'examen vaginal complet

avant la sortie de la maternité. Leur détermination montre les problèmes sous-jacents de communication et de confiance qu'il peut y avoir entre la salle de naissance et les suites de couches, ou entre collègues. Elle pointe du doigt les nombreuses erreurs qui sont commises et c'est donc sur ces erreurs que se portera notre réflexion.

Les compresses oubliées étant la principale cause de TV de vérification, il pourrait être opportun de réaffirmer l'importance du TV de vérification en salle de naissance après examen du périnée et suture. La vacuité du vagin doit être vérifiée ; ceci est validé par les comités scientifiques, qui ont déjà statué sur le moment où il doit être fait, à savoir en salle de naissance, où le désagrément occasionné sera moindre et la fiabilité du geste meilleure. S'il y a encore trop d'erreurs, peut-être est-il nécessaire de rappeler son importance.

Il est proposé d'insérer sur tous les partogrammes DEUX cases à cocher :

⇒ TV/TR FAIT

⇒ TV/TR À VÉRIFIER

L'intérêt de ces deux cases est de permettre aux professionnels de salle de naissance de se rappeler que le TV de vérification doit être fait en salle de naissance, mais s'il a été reporté de façon peut être tout à fait valable, il est spécifié que la vérification de la vacuité vaginale doit être réalisée en suite de couche exceptionnellement.

Ces deux cases pourraient aussi être ajoutées au dossier de bloc chirurgical dans le cadre d'une reprise en urgence pour une hémorragie ou un thrombus.

Une étude de type chemin clinique (l'HAS la promouvant pour une évaluation des pratiques et une amélioration de la qualité) pourrait aussi être intéressante et notamment tracer ces compresses oubliées pour avoir une vue réelle du phénomène.

L'utilisation de « souris stérile avec mèche » commence à être très répandue et est un bon exemple d'adaptation pour faire gagner du temps et de la sécurité aux équipes. Leur usage pourrait être généralisé sachant que le compte des compresses reste quelque chose de plus chronophage et soumis à l'erreur humaine.

L'édition de recommandations par les comités scientifiques de sages-femmes serait possible après une autre concertation de bien plus grande ampleur, pour certifier les résultats de ce travail. Ceci permettrait l'établissement d'une ligne directrice claire, en

accord avec les données de la science, par l'étude approfondie de l'expérience des sages-femmes interrogées et l'étude scientifique de la balance bénéfice risque du toucher vaginal lors de l'examen de sortie de la maternité.

Conclusion

L'étude approfondie du toucher vaginal de l'examen clinique de sortie de la maternité a conduit à élargir notre discussion sur certaines difficultés dans la pratique quotidienne des sages-femmes. Le mal-être, l'insécurité et la peur s'installeraient en partie par l'exercice difficile de leur autonomie, dans un contexte ne le permettant pas toujours de façon sereine et consensuelle. Or, les sages-femmes interrogées seraient désireuses de débattre de ces problématiques.

Cette étude a montré que les sages-femmes interrogées verraient leur exercice facilité par une reconnaissance scientifique de leur savoir empirique et leur expérience et une validation par les sociétés savantes. Les sages-femmes aspireraient semble-t-il à être davantage consultées, afin que leur art de la maïeutique puisse être transmis et servir à une amélioration de la qualité des soins.

Cette enquête d'opinion adressée aux sages-femmes a fait quelque peu oublier que, si nous avons parlé de toucher vaginal, nous parlons aussi de femmes. La balance bénéfice/risque de cet examen peut être vue à travers le prisme du professionnel (éradication de l'erreur médicale/désagrément patient) comme à travers celui de la patiente. L'expérience des sages-femmes repose sur l'observation des processus de défense, d'adaptation, d'ouverture, d'évolution du corps des femmes. Le ressenti des patientes par rapport au toucher vaginal en général a été longuement exploré. Mais le temps du post-partum à la maternité est une bulle spatio-temporelle à part dans la vie d'une femme. Aussi, le vécu des femmes relatif au toucher vaginal pratiqué lors de l'examen de sortie de maternité mérite pleinement d'être pris en compte par la communauté scientifique dans le cadre de l'édition de nouvelles recommandations pour la Pratique Clinique.

Bibliographie

1. Erhenreich B, English D. Sorcières, sages-femmes et infirmières [Internet]. cambourakis; 2016 [cité 19 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cambourakis.com/tout/sorcieres/sorcieres-sages-femmes-et-infirmieres/>
2. Loïc Marpeau, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Collège national des Sages-femmes, Association française des sages-femmes enseignantes françaises (ASFEF). Traité d'obstétrique. Elsevier-Masson. 2010.
3. Lansac J. Chapitre1 - Examen gynécologique normal. In: Gynecologie pour le Praticien. 9e édition. Paris: Elsevier-Masson; 2018. p. 3-15.
4. Lansac J, Magnin G. Examen obstétrical et surveillance de la grossesse. In: Obstétrique. 5e édition. Elsevier-Masson; 2008.
5. Excision, parlons-en! D'où vient l'excision ? [Internet]. excision, parlons-en! [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.excisionparlonsen.org/comprendre-lexcision/quest-ce-que-lexcision/dou-vient-lexcision/>
6. Deneffe V. Chirurgie antique : le speculum de la matrice à travers les âges. Anvers: H. Caals; 1902.
7. Odile Montazeau, Jeanne bethuys. histoire de la formation des sages-femmes [Internet]. 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf
8. Dion L, Gargam A, Grande N. Enfanter dans la france d'ancien régime. Artois presse université; 2017. (Etudes littéraires et linguistiques).
9. Baubérot J. Laïcité, médecine, éthique et politiques publiques (XIXe–XXIe siècle). Ethics Med Public Health [Internet]. juin 2018;5:57-68. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552518300574>
10. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
11. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
12. Vinel J-P. Rapport sur la formation clinique des étudiants en médecine [Internet]. 2015 oct [cité 8 juin 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/271015_-_rapport_-_formation_clinique_etudiants_medecine.pdf
13. Hugon-Rodin J, Sonigo C, Drummond D. Apprentissage de l'examen gynécologique sur simulateur : impact sur le ressenti des étudiants en médecine. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie [Internet]. 1 mai 2017 [cité 19 juin

2018];45(5):291-8. Disponible sur:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718917300922>

14. Lahaye M-H. L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne [Internet]. Marie accouche là. [cité 27 nov 2017]. Disponible sur:

<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>

15. Agence France Presse. Le toucher vaginal souvent inutile, selon des médecins américains. La Parisienne [Internet]. 1 juill 2014 [cité 6 juin 2018]; Disponible sur:

<http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/le-toucher-vaginal-souvent-inutile-selon-des-medecins-americains-01-07-2014-3971147.php>

16. Sawaya GF, Smith-McCune KK, Gregorich SE. Effect of professional society recommendations on women's desire for a routine pelvic examination. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2017;217(3):338.

17. Haute Autorité de Santé. accouchement normal recommandations [Internet].

has-sante.fr. 2017 [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf

18. CNOSF. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité [Internet].

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2017 [cité 27 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>

19. CNOSF. Droit des patients [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-

femmes. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/droit-des-patients/>

20. Code pénal - Article 222-23. Code pénal.

21. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R. Screening Pelvic Examination in Adult

Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* [Internet]. 1 juill 2014 [cité 4 déc 2017];161(1):67. Disponible sur: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M14-0701>

22. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R. Vaginisme: Une revue de la littérature sur la classification / diagnostic, l'étiologie et le traitement. *Womens Health* [Internet]. 1 sept

2010 [cité 20 juin 2018];6(5):705-19. Disponible sur: <https://doi.org/10.2217/WHE.10.46>

23. Loïc Marpeau, Marie-Victoire senat, Loïc Senthiles. Soins maternels après un accouchement par voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat. In: *Post-Partum: Recommandations CNGOF pour la pratique clinique.* Elsevier-Masson; 2018.

24. Bonapace J. accoucher sans stress avec la méthode bonapace. les éditions de l'homme. Canada; 2016.

25. Cardaillac C, Rua C, Simon EG. L'ocytocine et la dépression du post-partum. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 10/16 [cité 20 juin

- 2018];45(8):786-95. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/1188234/resultatrecherche/8>
26. Sellier Y, Leruez-Ville M, Candon S. De l'immunité physiologique à l'exemple de la primo-infection materno-fœtale à cytomégalovirus. *Vocat Sage-Femme* [Internet]. juill 2016 [cité 8 juin 2018];15(121):26-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1634076016300385>
27. Boudou M, Teissedre F. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *J Encéphale* [Internet]. 10/07 [cité 20 juin 2018];33(5):805-10. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/137756/resultatrecherche/5>
28. Denis A. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J Thérapie Comport Cogn* [Internet]. 12/09 [cité 20 juin 2018];19(4):116-9. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/235835/resultatrecherche/12>
29. Kirsten von Sydow. La sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement: Une analyse métacontente de 59 études. *J Psychosom Res*. 1999;
30. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* [Internet]. 1 juill 1999 [cité 19 juin 2018];47(1):27-49. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399998001068>
31. Augu A. lettre juridique. *Contact Sages-Femmes*. avr 2021;(65):34-5.
32. CNGOF. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE [Internet]. CNGOF. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_06.HTM
33. Rozan M-A. Analyse du risque médical. SYNGOF [Internet]. mars 2014 [cité 10 nov 2017];(96):18. Disponible sur: https://syngof.fr/wp-content/uploads/2014/03/SYNGOF_Web_N96.pdf
34. MACSF. chiffres clés [Internet]. macsf. 2016 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/content/download/10733/109234/version/3/file/17_771%20Syn t_ChiffresCles%20RA2016_III%20BATHd.pdf
35. Lamy C, Zuily S, Perdriolle E. Prise en charge des infections du post-partum. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 déc 2012;41(8):886-903.
36. ANAES. Rééducation dans le cadre du post-partum [Internet]. 2002 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
37. Pregazzi R, Sartore A, Bortoli P. Immediate postpartum perineal examination as a predictor of puerperal pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol*. avr 2002;99(4):581-4.
38. Puzet M-P. Le toucher vaginal dans les suites de couches [mémoire]. [Limoges, France]; 2003.
39. Roger W. Qu'est-ce qui motive les sages-femmes de Bourgogne à réaliser un

toucher vaginal lors de l'examen de sortie de la maternité ? [mémoire]. [Dijon, France]; 2013.

40. Burgaud, Margot. Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie de suites de naissances à la maternité du CHRU de NANCY: entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy [mémoire]. [Nancy]; 2017.

41. Le CNOSF appelle à une évolution ambitieuse pour les sages-femmes, la périnatalité et la santé génésique [Internet]. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/le-cnosf-appelle-a-une-evolution-ambitieuse-pour-les-sages-femmes-la-perinatalite-et-la-sante-genesique/>

42. CNOSF. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 14 juill 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

43. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. Br Med J [Internet]. 13 janv 1996 [cité 22 août 2021];312(7023):71-2. Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/312/7023/71>

Liste des Annexes

Annexe I : Lettre d'information et questionnaire

Annexe II : Questionnaire

Annexe I

Lettre d'information et formulaire de consentement

Confidential

Page 1 of 13

Enquête auprès des Sages-Femmes sur la réalisation d'un toucher vaginal pendant l'examen de sortie de la maternité

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " Enquête d'opinion sur le toucher vaginal à la sortie de maternité"

Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études de Camille Vazeille, étudiante sage-femme, à Clermont-Ferrand. Cette étude est sous la direction de Madame Balsan Michelle, Sage-Femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

L'examen vaginal des patientes à la sortie de la maternité est une pratique très peu recensée et étudiée dans les données actualisées de la science; il nous a paru opportun de nous intéresser à ce geste et de vous demander, à vous les premières concernées, quelle en est votre pratique et votre avis sur le sujet.

2. L'étude en pratique

L' enquête se fera par le questionnaire anonyme qui suit, il ne vous prendra que cinq minutes tout au plus.

3. Confidentialité et sécurité des données

cette enquête est anonyme.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Camille Vazeille, étudiante sage-femme : camille.vazeille2@etu.uca.fr

J'accepte de participer à l'étude intitulée : " le toucher vaginal à la sortie de maternité "

- Oui
- Non

Annexe II

Questionnaire

Confidential

Page 3 of 13

critère de participation à l'étude

Etes-vous Sage-femme diplômée d'État, inscrite au tableau de l'ordre

- oui
- non

informations

Etes-vous ?

- un homme
- une femme

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?

- 2020
- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002
- 2001
- 2000
- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995
- 1994
- 1993
- 1992
- 1991
- 1990
- 1989
- 1987
- 1986
- 1985
- 1984
- 1983
- 1982
- 1981
- 1980
- 1979
- 1978
- 1977
- 1976
- 1975
- 1974
- 1973
- 1972
- 1971
- 1970

Quelle est votre région de formation ?

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Guadeloupe
- Guyane
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- La Réunion

Dans quelle région exercez-vous?

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Guadeloupe
- Guyane
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Martinique
- Mayotte
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- La Réunion

Dans quel secteur exercez-vous?

- Hospitalier public
- Hospitalier privé
- Libéral
- Enseignement
- Protection Maternelle-infantile
- Recherche

En pratique

Pratiquez-vous actuellement le toucher vaginal en post partum à partir de J1 à la maternité ou dans le cadre de visites à domicile au retour de la Maternité ou le pratiqueriez-vous si vous travailliez en maternité ?

- jamais
- uniquement sur signe d'appel (au moins 1 fois dans votre carrière: suspicion d'infection, de thrombus, vérification de la suture ou autre)
- sur périnée suturé
- systématiquement

Votre pratique

votre pratique à ce sujet a-t-elle évoluée?

- Oui maintenant vous examinez les patientes pendant leur séjour
- Oui vous n'examinez plus les patientes pendant leur séjour
- Non vous examinez toujours vos patientes pendant leur séjour
- Non vous n'examinez toujours pas vos patientes pendant leur séjour

Pourquoi maintenant ?

- un évènement indésirable vous a fait changer d'avis
- vous vous adaptez à votre lieu de travail et aux pratiques du service
- votre expérience
- le retour des patientes

Pourquoi le pratiquez vous?

- Conscience professionnelle
- Pression hiérarchique ou de l'équipe
- Protocole de service
- c'est ce que l'on vous a enseigné durant votre formation
- vous avez changé votre pratique suite à un évènement indésirable (ex: compresses oubliées)
- Réassurance de la patiente
- en vous basant sur les données actualisées de la science

Quelles informations cliniques ce TV vous apporte-t-il?

- recherche de compresses vaginales oubliées
- recherche d'une douleur à la mobilisation utérine
- recherche d'un thrombus
- évaluation de la suture périnéale
- testing périnéal

considérez-vous donner des informations complètes et loyales sur cette pratique à la patiente avant de l'examiner

- Oui
- Non

recueillez-vous le consentement oral de la patiente avant de l'examiner?

- Oui
- Non

De quelle manière procédez-vous?

- Superficiellement
- En profondeur
- Très en profondeur

Vous ne pratiquez pas de TV en suites de couches ou uniquement et rarement sur signes d'appel

Pourquoi ne le pratiquez-vous pas?

- Il n'a aucun intérêt dans un contexte classique de post partum
- vous n'avez jamais entendu parler de cette pratique
- vous avez essuyé des refus ou des réactions de patientes
- vous considérez que ce geste peut être douloureux ou stressant pour les patientes
- vous considérez que l'interrogatoire et la clinique non invasive sont suffisants
- Vous vous basez sur les données actualisées de la science

Pour quelles raisons pensez-vous qu'il est inapproprié?

- TV de vérification déjà réalisé en salle de naissance
- pas de valeur prédictive du testing périnéal à la visite post-natale
- délai de survenue d'une endométrite plus long que la durée de séjour en maternité
- la balance bénéfice-risque n'est pas en faveur de ce TV

Changeriez-vous ?

Si vous n'avez jamais entendu parler de cette pratique, y trouveriez-vous un intérêt et dans ce cas seriez-vous prêt à changer votre pratique?

- Oui
- Non

La pratique du TV en Maternité

vos connaissances

	Vrai	Faux
Est recommandée par l'HAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est recommandée par le CNGOF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Votre avis compte

Quel est votre avis sur le
Toucher Vaginal en maternité ?
(1= la question du TV
systématique en suites de
couches n'a pas d'intérêt. 5=la
question du TV systématique en
suites de couches est importante
et doit être traitée)

1

2

3

4

5

Votre avis

Souhaiteriez-vous que soient élaborées des recommandations de bonne pratique plus détaillées sur le toucher vaginal à la sortie de la maternité ?

- Oui
- Non

Résumé

Introduction : L'examen vaginal à la sortie de la maternité est pratiqué en France hors recommandations, dans un contexte de demande de réduction des touchers vaginaux.

Objectif : Cette étude avait pour but d'évaluer l'étendue de cette pratique en France, d'analyser les motivations des sages-femmes dans sa réalisation et leur éventuelle demande de RCP.

Méthode : Cette enquête d'opinion est une étude descriptive à visée évaluatrice réalisée grâce à la diffusion en flash d'un questionnaire (élaboré avec le logiciel REDCAP) via les réseaux sociaux.

Résultats : Sur 456 réponses exploitables, les résultats ont montré que 23 % des sages-femmes réalisent ce geste de manière systématique (dont 19 % systématiquement sur périnée suturé), dans 99 % des cas à la recherche de compresses oubliées. 76,30 % seraient en faveur de nouvelles recommandations (13,80 % souhaitent une généralisation du TV en suites de couches, tandis que 62,70 % souhaitent sa réduction). Il semble ressortir que les sages-femmes fondent leur pratique davantage sur leur expérience que sur des données scientifiques.

Conclusion : Les motivations majoritairement extrinsèques des sages-femmes en faveur de l'examen vaginal en sortie de maternité étant axées sur la détection de potentielles erreurs humaines, elles pointent des défaillances et la nécessité d'y prêter attention. A été proposé d'ajouter au partogramme médico-légal la case à cocher « toucher vaginal fait / à vérifier » et de promouvoir la souris stérile pour les sutures. Une étude plus précise et représentative sur les motivations des sages-femmes et le ressenti des patientes devrait précéder l'édition de nouvelles recommandations sur le sujet.

Mots clés : toucher vaginal, sortie de maternité, recommandations, post-partum

Summary

Introduction: In France, the vaginal examination (PV) before discharge from maternity ward is practiced out of any recommendations, in the context of a global decrease in the use of this examination procedure during pregnancy.

Background: The aim of this study was to better evaluate the place of this practice in the postpartum period, as well as the motivation of midwives to perform it and their possible request for a CPR.

Methods: This opinion survey is a descriptive study with an evaluative purpose, carried out through the flash distribution via Facebook® of a questionnaire developed with the REDCAP® software.

Results: Out of 456 usable responses, the results showed that 23% of midwives perform this procedure systematically (including 19% on sutured perineum), in 99% of cases in search of forgotten compresses. 76.30% would be in favor of new recommendations (13.80% would like to see PV generalized in the postpartum period, while 62.70% would like to see it reduced). It seems that midwives base their practice more on their experience than on scientific data.

Conclusion: The predominantly extrinsic motivations of midwives in favour of PV before discharge of maternity ward are based on the detection of potential human errors, and they point out failures and the need to pay attention to them. It was proposed to add to the forensic partogram the checkbox "vaginal touch: done / to be checked" and to promote the sterile mouse for sutures. A more precise and representative study of midwives' motivations and patients' feelings should precede the publication of new recommendations on the subject.

Key words: vaginal examination, maieutic practice, recommendations, postpartum