

---

*Table des matières*

---

1.	Introduction.....	1
2.	Matériel et Méthode .....	2
2.1.	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	2
2.2.	Population cible et source.....	3
2.3.	Questionnaire.....	3
2.5.	Recueil et traitement des données .....	4
2.6.	Critères de jugements .....	5
3.	Résultats.....	6
3.1.	Population .....	7
3.2.	Pratiques.....	7
3.2.1.	Toucher vaginal en systématique.....	8
3.2.2.	Toucher vaginal non systématique .....	8
3.2.3.	Consultations où le toucher vaginal reste indispensable selon les professionnels .....	9
3.2.4.	Raisons principales à la réalisation non systématique d'un toucher vaginal .....	9
3.2.5.	Situations face auxquelles les professionnels effectuaient un toucher vaginal.....	9
3.3.	Point de vue sur la fiabilité des techniques.....	10
3.4.	Evolution des pratiques.....	10
3.5.	Informations .....	10
4.	Discussion.....	11
4.1.	Limites et biais de l'étude.....	11
4.2.	Analyse des données .....	12
5.	Conclusion .....	16
6.	Annexes .....	17
7.	Bibliographie.....	25

---

## *Glossaire*

---

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNGOF : Collège des gynécologues obstétriciens français

HAS : Haute autorité de santé

MAP : Menace d'accouchement prématuré

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaines d'aménorrhées

TV : Toucher vaginal

## 1. Introduction

Dans la pratique obstétricale, le toucher vaginal est un pilier de l'examen clinique de la femme enceinte. Il est communément utilisé jusqu'à 37SA dans le souci de dépister et de prendre en charge des menaces d'accouchements prématurés et en fin de grossesse, il sert surtout à évaluer la taille du bassin et l'accommodation foeto-pelvienne.

Le taux de prématurité représente, 5.5% des naissances vivantes uniques en France (Enquête Nationale périnatale de 2010) (1). C'est la seconde cause de mortalité néonatale (24.9% des décès néonataux, c'est à dire avant le 28ème jour de vie) après les anomalies congénitales d'après les données de l'Observatoire de la santé mondiale en 2013 (2) .

Or, une femme sur deux hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré (MAP) accouchera à terme. (3) Son diagnostic est donc un enjeu capital. De plus, on estime que le toucher vaginal entraîne 40% de faux positif dans la prédiction de la MAP. (4)

Ce constat pousse à la réflexion sur les outils actuels qui permettent de dépister une MAP. Le toucher vaginal est dans notre pays le moyen le plus ancien et le plus répandu. Mais est-ce le plus fiable ? Sa remise en cause débutée il y a plusieurs années est-elle légitime ?

Au 9ème mois, dans l'ouvrage « Obstétrique pour le praticien », le toucher vaginal est décrit comme nécessaire pour : déterminer la présentation et sa hauteur, apprécier la formation du segment inférieur, examiner le col.(4) Mais sa subjectivité lors de l'appréciation de la taille du bassin a été de nombreuses fois dénoncée d'autant plus que dans la majorité des cas, on aboutira tout de même à une épreuve du travail (5).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a décrit les pratiques nécessaires pour un suivi adapté de la grossesse dans sa publication, *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* (6). Mais à aucun moment dans ce guide, l'OMS ne parle de la place du toucher vaginal dans les consultations prénatales.

En France, en 2002, le CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) a publié *La prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré à membranes intactes* et déclare que l'échographie de col «pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisations et de traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative. » «Cependant, il n'y a pas de données actuelles pour recommander l'abandon du toucher vaginal pour l'échographie du col dans la prise en charge des patientes. » (7)

En avril 2005, l'HAS (la Haute Autorité de Santé) se prononce et émet des recommandations et déclare « qu'en l'état actuel des connaissances il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine d'un toucher vaginal » et que «Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique

comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré »(8)

Il y a donc 10 ans que l'HAS a sorti ces nouvelles recommandations. Nous nous sommes interrogés sur les pratiques des professionnels à ce jour, s'ils suivent les recommandations, s'ils ont changé leurs habitudes.

L'objectif de cette étude était d'analyser les pratiques des professionnels de santé sur la réalisation systématique ou non d'un toucher vaginal en consultation de suivi des grossesses à bas risque.

## **2. Matériel et Méthode**

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive multicentrique quantitative par auto questionnaire, diffusé du 15 octobre 2014 au 15 février 2015, (annexe 2) auprès des professionnels de santé, sur la pratique du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risques.

### **2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion**

Nous avons inclus les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux et les sages-femmes qui suivaient des grossesses, quelque soit leur mode d'exercice (en établissement de santé, en libéral, en centre de planification, en PMI...).

Le périmètre d'étude choisi était la ville d'Angers et sa proche couronne ainsi que la ville de Saumur et ses communes associées ce qui correspondait aux communes de : Avrillé, Beaucouzé, Bouchemaine, Ecoflant, Montreuil Juigné, Mûrs Erigné, Les Ponts de Cé, Saint Barthélémy d'Anjou, Saint Sylvain d'Anjou, Sainte Gemmes sur Loire, Trélazé, Bagneux, Dampierre sur Loire, Saint Lambert des Levées, Saint Hilaire Saint Florent. Trois établissements de santé appartenaient à ce secteur : le CHU d'Angers (maternité publique de type III), la Clinique de l'Anjou (maternité privée de type II à Angers) et le CH de Saumur (maternité publique de type II).

Ont été exclues de l'étude les personnes ne travaillant pas dans le secteur pour lequel nous avons opté ou ne suivant pas de grossesses. Les réponses reçues après le 15 février 2015 n'ont pas été prises en compte.

Nous avons choisi ces communes car nous voulions que les 2 types de maternités du Maine-et-Loire soient représentés. De plus, Angers était le lieu de formation de l'école de sage-femme et Saumur le lieu du stage pré-professionnel.

## **2.2. Population cible et source**

La population source de cette étude comprenait 298 médecins généralistes, 53 gynécologues obstétriciens ou médicaux et 128 sages-femmes.

La population cible était les professionnels de santé qui effectuaient des suivis de grossesse dans le Maine-et-Loire.

## **2.3. Questionnaire**

Ces professionnels ont reçu un auto-questionnaire rapide, anonyme et évolutif. En effet, les personnes qui réalisaient un toucher vaginal en systématique devaient répondre à 12 questions, les autres à 14. Ce questionnaire a été créé grâce au logiciel google questionnaire. Avant sa diffusion, l'auto-questionnaire a été testé par un médecin généraliste et un gynécologue obstétricien. Au début du questionnaire, il était spécifié que les consultations d'urgences étaient exclues et que les questions étaient posées dans le cadre du suivi d'une grossesse à bas risque.

-La première partie du questionnaire comportait 5 questions qui permettaient de collecter des informations sur les professionnels (profession, sexe, année de diplôme...). Si les praticiens ne suivaient pas de grossesses, le questionnaire se terminait à la fin de cette première partie.

-La seconde partie nommée « Votre pratique » était composée de 2 questions dont la fréquence des suivis de parturiente et la réalisation systématique ou non d'un toucher vaginal lors des consultations. Selon la réponse à cette question, la troisième partie était différente.

-Les personnes réalisant un toucher vaginal en routine devaient dans une question expliquer ce choix de pratique.

-Les professionnels qui ne procédaient pas à un toucher vaginal à chaque consultation pré natale devaient exprimer les situations et les consultations où ils examinaient quand même les patientes ainsi que les raisons qui les poussaient à adopter cette pratique. Cela correspondait à 3 questions.

-Dans la dernière partie, tous les praticiens, quel que soit leurs réponses précédentes, classaient quatre examens (toucher vaginal, échographie de col, dosage de la fibronectine et tocographie externe) du plus fiable au moins fiable, et exprimaient leurs changements de pratique depuis le début de leur exercice.

-Une dernière question portait sur le manque d'information que les professionnels pouvaient ressentir dans certaines situations celle-ci était suivie par une question ouverte qui leur permettait de proposer des idées pour atténuer cela.

-Un espace appelé « Remarques » terminait le document et laissait la parole aux praticiens.

## **2.4. Contact des professionnels**

Initialement, nous avons prévu d'envoyer un questionnaire par internet à toute la population source mais il n'existait pas de mailing des gynécologues en libéral ni ceux du CH de Saumur. Les professionnels ont donc été contactés par deux voies différentes.

Le questionnaire a été envoyé aux gynécologues en activité libérale ainsi que ceux exerçant au CH de Saumur par voie postale. Les adresses ont été trouvées grâce aux pages jaunes.

Tous les autres ont été joints grâce à leurs adresses électroniques obtenues par divers représentants des professions.

-Le Département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers a transmis le questionnaire aux médecins généralistes.

-Le Conseil de l'Ordre Départemental des sages-femmes a adressé les documents aux sages-femmes libérales.

-Les gynécologues de la Clinique de l'Anjou (Angers), les sages-femmes et les gynécologues du CHU d'Angers ainsi que les médecins et les sages-femmes travaillant pour le conseil général ont pu recevoir le questionnaire sur leur adresse mail professionnelle.

Le courrier papier contenait une lettre d'information sur le sujet de recherche, le questionnaire et une enveloppe timbrée pour nous retourner leur réponse.

Le mail contenait la même information que dans la version papier avec en plus la liste des communes concernées et un lien vers le google questionnaire.

Les professionnels sollicités par mail ont été relancés une fois par la même voie de communication.

## **2.5. Recueil et traitement des données**

Le recueil de données a été effectué de deux manières différentes. Les réponses par internet ont été collectées sur un document google drive relié au questionnaire. Les personnes ayant eu le questionnaire papier l'ont renvoyé par courrier.

Les données ont été saisies dans épiinfo puis analysées grâce à epidata analysis. Le test de Student a été utilisé pour analyser les variables quantitatives. Pour les variables qualitatives, qui avaient un effectif  $>5$  c'est le test du  $Q_{hi}^2$  qui a servi. Si l'effectif de la variable qualitative était  $<5$ , le test employé était celui du Fisher.

Nous avons retenu un seuil de significativité pour un  $p < 0,05$

## 2.6. Critères de jugements

Le critère de jugement principal était le fait d'effectuer un toucher vaginal systématiquement ou non en consultation de suivi de grossesse.

Les critères de jugement secondaires étaient les raisons de réaliser ou non un TV, l'évolution des pratiques et l'évaluation des autres moyens pour dépister des MAP.

Rapport-Gratuit.com

### 3. Résultats

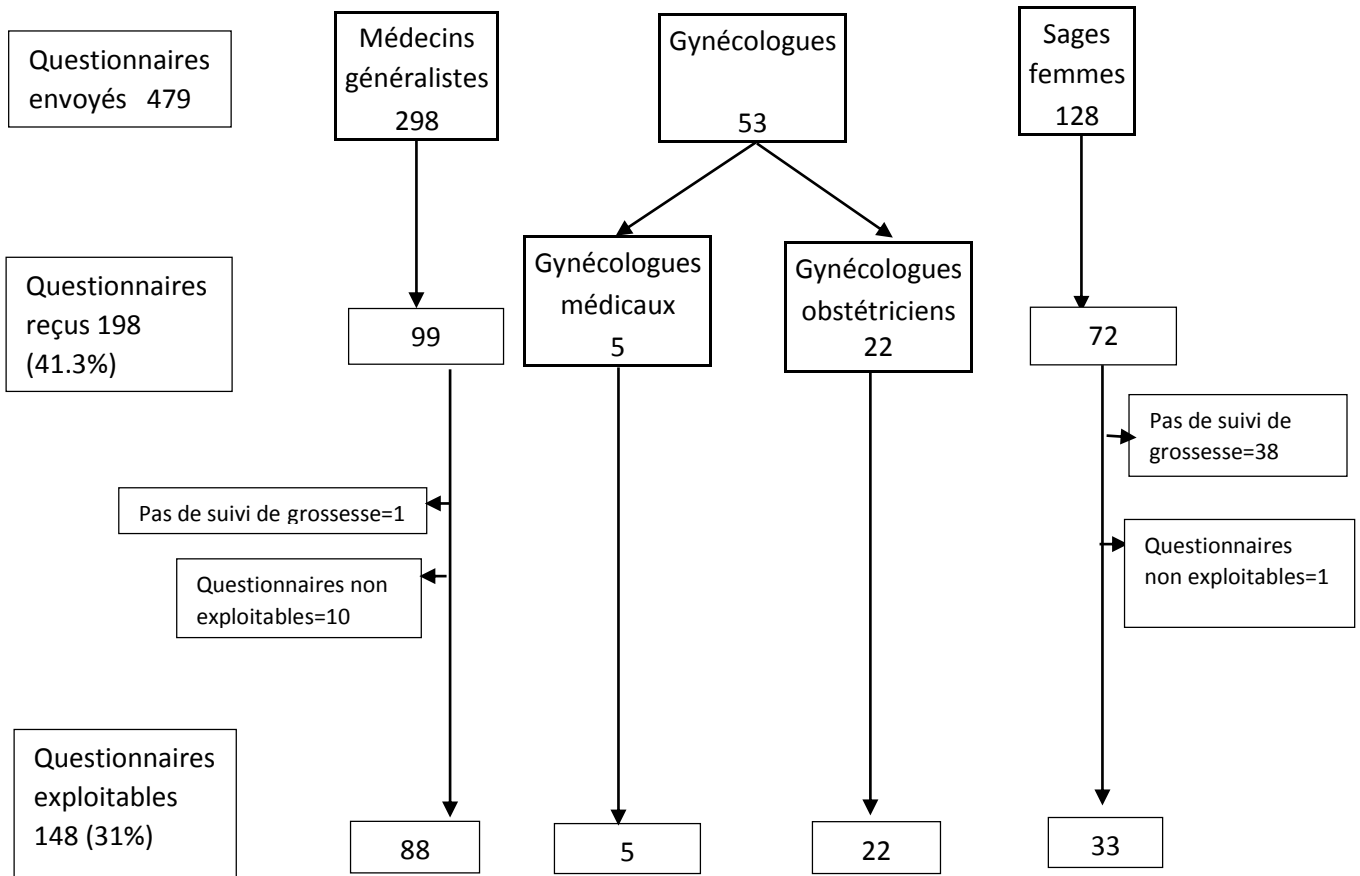


Figure 1. Diagramme de flux

Lorsque nous avons envoyé les questionnaires, nous ne pouvions pas différencier les gynécologues médicaux et obstétriciens.



### 3.1. Population

Tableau 1. Caractéristiques de la population

<b>SEXE</b>	<b>N=148</b>	<b>%</b>
Homme	52	35,1
Femme	96	64,9
<b>PROFESSION</b>	<b>N=148</b>	<b>%</b>
Médecin généraliste	88	59,5
Gynécologue médical	5	3,4
Gynécologue obstétricien	22	14,9
Sage-femme	33	22,3
<b>DIPLÔME</b>	<b>N=145</b>	<b>%</b>
>35 ans	9	6,2
35-26 ans	34	23,4
25-16 ans	36	24,8
15-5 ans	45	31
<5 ans	21	14,5
Moyenne=1992,4	Ecart type=11,5	
<b>LIEU D'EXERCICE</b>	<b>N=148</b>	<b>%</b>
Maternité publique type 1 <sup>1</sup>	1	0,7
Maternité publique type 2 <sup>1</sup>	7	4,7
Maternité publique type 3 <sup>1</sup>	26	17,6
Maternité privée type 2 <sup>1</sup>	2	1,4
PMI	6	4
PMI et libéral	4	2,7
Libéral	99	66,9
Libéral et un autre lieu <sup>2</sup>	3	2
<b>FREQUENCE DU SUIVI DE GROSSESSE</b>	<b>N=148</b>	<b>%</b>
Plusieurs fois par jour	31	20,9
Plusieurs fois par semaine	50	33,8
Quelques fois par mois	57	38,5
Rarement dans l'année (<12)	10	6,8

<sup>1</sup> un professionnel par établissement a déclaré avoir également une activité libérale

<sup>2</sup> crèches, centre de planification

### 3.2. Pratiques

Sur la population totale, 70.3% (N=104) des professionnels ne réalisaient pas systématiquement un toucher vaginal lors des consultations prénatales.

La pratique de cet examen en routine ne dépendait pas:

- du sexe du professionnel (p=0,3385)
- de la fréquence à laquelle les praticiens ont effectué des suivis de grossesse (p=0,4521)
- de l'année de diplôme (p=0,513)

Certains paramètres avaient tout de même une incidence :

-Les personnes qui exercent en maternité publique de type 3 réalisaient moins de touchers vaginaux en systématique que les professionnels des autres lieux d'exercice (p=0,0081)

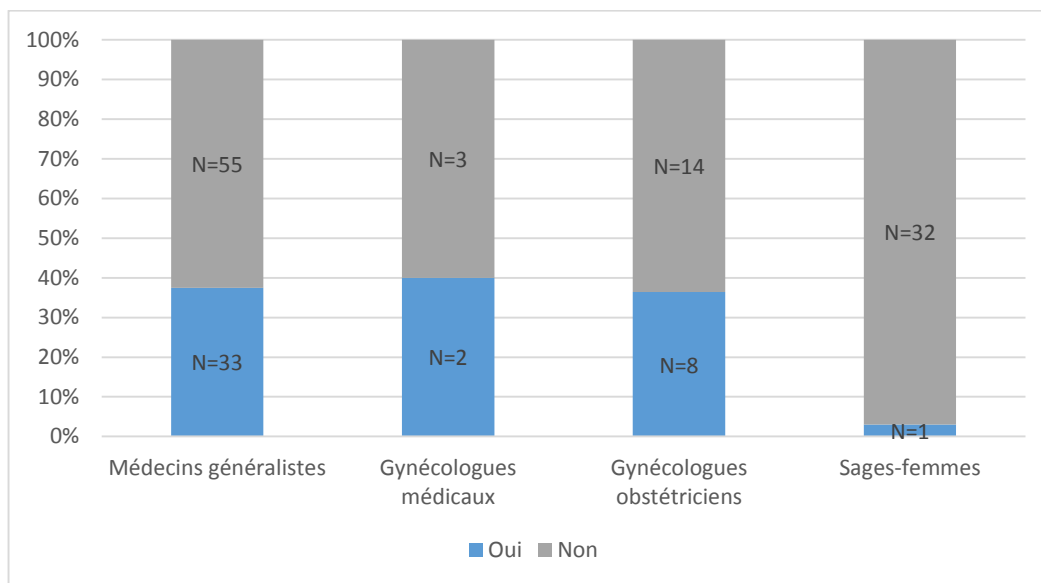


Figure 2. Pratique du toucher vaginal en systématique ou non selon la profession

### 3.2.1. Toucher vaginal en systématique

La raison principale, exprimée dans 81.8% (N=36) des cas qui poussait les professionnels à effectuer en routine un toucher vaginal est le fait de dépister d'éventuelles menaces d'accouchements prématurés. La volonté de rassurer la patiente se situait en seconde position soit citée à 43.2% (N=19). Viennent ensuite la réalisation par habitude chez 34.1% (N=15) de la population et la peur du risque médico-légal (13.6% ; N=6).

### 3.2.2. Toucher vaginal non systématique

Caractéristiques de la population

cf figure 2

### 3.2.3.Consultations où le toucher vaginal reste indispensable selon les professionnels

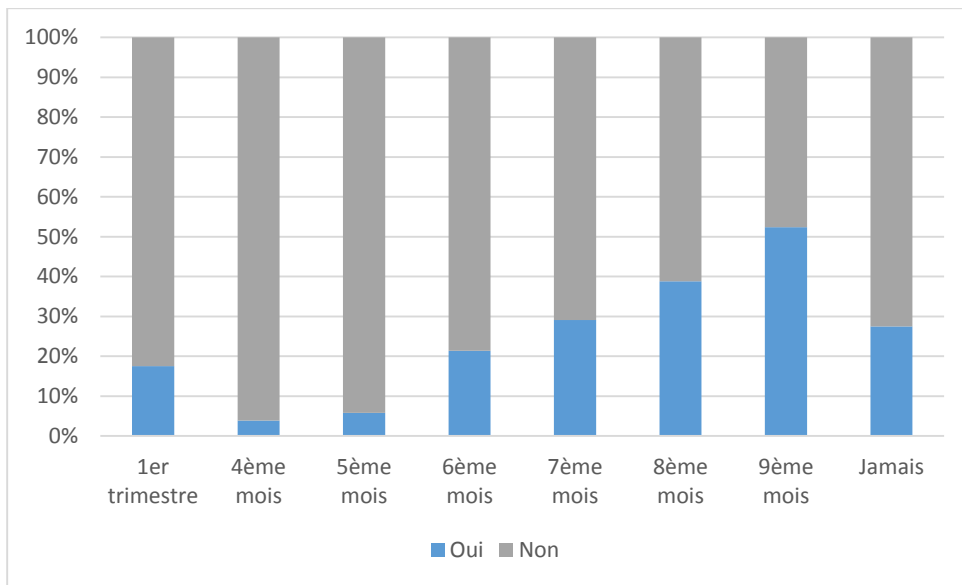


Figure 3. Consultations où les professionnels considèrent que le TV reste indispensable

### 3.2.4.Raisons principales à la réalisation non systématique d'un toucher vaginal

La première justification, citée par 69.6% (N=71) des praticiens, était le fait que ce n'est pas un examen obligatoire du suivi de grossesse d'après la Haute Autorité de Santé.

Pour 41.2% (N=42) des personnes c'est un examen qui pouvait être mal vécu par les patientes et pour 28.4% (N=29) d'entre eux ce n'est pas un procédé fiable. La dernière justification évoquée était le fait de préférer utiliser d'autres techniques pour dépister des menaces d'accouchements prématurés (26,5% ; N=27).

### 3.2.5.Situations face auxquelles les professionnels effectuaient un toucher vaginal

La situation la plus courante est lorsque la patiente se plaignait de contractions utérines. Dans ce cas, 95.1% (N=97) des professionnels ont affirmé procéder à un toucher vaginal. 64.7% (N=66) l'effectuaient sur demande de la patiente et 46.1% (N=47) si la patiente avait un antécédent de menace d'accouchement prématuré. Une seule personne ne réalisait jamais de toucher vaginal, ce qui représente 1% des effectifs.

### **3.3. Point de vue sur la fiabilité des techniques**

Dans cette question, il était demandé aux praticiens de classer 4 techniques utilisées pour dépister des MAP (toucher vaginal, échographie de col, dosage de la fibronectine, tocographie externe) en leur attribuant une note (1:celle qu'ils trouvent la plus fiable ; à 4 : la moins fiable)

Tableau II. Classement des techniques actuelles pour dépister les MAP de la plus fiable (1) à la moins fiable (4)

	Score moyen	Ecart type	Effectif
Toucher vaginal	2,51	± 1,11	N=139
Echographie de col	1,73	± 0,95	N=139
Dosage de la fibronectine	2,76	± 0,98	N=117
Tocographie externe	2,89	± 1,05	N=122

Il y avait une différence significative entre le toucher vaginal et :

- l'échographie de col ( $p<0,01$ )
- le dosage de la fibronectine ( $p<0,01$ )
- la tocographie externe ( $p=0,01$ )

Il existait également une relation significative entre la tocographie et :

- l'échographie ( $p<0,01$ )
- le dosage de la fibronectine ( $p<0,01$ )

Par contre, il n'existait pas de différence significative entre l'échographie de col et le dosage de la fibronectine ( $p=0,12$ )

### **3.4. Evolution des pratiques**

Parmi les professionnels, 54.7% (N=81) ont changé leurs habitudes et procédaient désormais à un toucher vaginal seulement sur signes d'appels.

Donc 45.3% (N=67) n'ont pas modifié leurs pratiques depuis le début de leur exercice dont 15.6% (N=23) ont toujours effectué cet examen uniquement en présence de manifestations cliniques et 29.7% (N=44) faisaient un toucher vaginal en routine.

### **3.5. Informations**

81 personnes ont déclaré manquer d'informations pour savoir dans quelles situations un toucher vaginal est nécessaire soit 55.5% des réponses (N=81).

La seule profession où plus de la moitié des participants affirmaient manquer de renseignements étaient les médecins généralistes (75,9% ; N=66).

Il n'existait pas de différence significative entre le manque d'information et l'année de diplôme des participants ( $p=0,513$ ).

Toutefois on note une différence significative entre les hommes qui paraissaient plus manquer de renseignements que les femmes ( $p=0,037$ ).

En ce qui concerne le lieu d'exercice, les personnes qui travaillaient en libéral se sentaient moins bien informés ( $p=0,0025$ ) tandis que ceux qui exerçaient en maternité de type 3 manquaient moins d'informations que les autres ( $p=0,0283$ ).

Ceux qui suivaient des grossesses plusieurs fois par semaine ou plus exprimaient moins ce manque en information que ceux qui y sont confrontés plusieurs fois par mois ou rarement dans l'année ( $p=0,0225$ ).

## **4. Discussion**

Nous avons effectué cette étude car dans les recommandations de l'HAS, il est spécifié que « Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré ». Cette phrase ne définit pas précisément les situations où un TV doit être réalisé. Nous avons donc voulu savoir quelle était la place du toucher vaginal chez ses praticiens dans le suivi des grossesses à bas risque.

### **4.1. Limites et biais de l'étude**

L'une des limites de notre étude concernait tout d'abord le périmètre choisi. Même si le projet s'est déroulé sur deux villes ainsi que leurs communes associées, ce qui représentait au total 17 villes, nous restions dans un territoire majoritairement urbain. Cela ne nous permettait pas de comparer les pratiques citadines et rurales qui peuvent différer comme ont pu le souligner certains participants « Médecin généraliste en zone rurale à plus de 30 km des mater : quelles propositions pouvez-vous me faire ??? »

Ensuite, l'un des biais concernait le contact des praticiens. Initialement, nous devions seulement les contacter par mail mais aucun mailing des gynécologues libéraux n'existait. Leurs adresses postales ont donc été trouvées dans les pages jaunes mais les changements d'adresses ne sont pas forcément à jour. Ceux faisant partie des catégories jointes par mail et n'ayant pas d'adresse électronique n'ont pu recevoir notre courriel. Nous étions donc face à un biais de recrutement.

Une autre de nos faiblesses serait la faible puissance de notre étude (479 questionnaires envoyés, 198 réponses reçues, 148 questionnaires exploitables) ainsi que le nombre de questionnaires qui étaient

non exploitables. Ces derniers représentaient 24.2% (N=48) des réponses reçues. Nous aurions peut-être dû le faire tester par plus de personnes, et non pas seulement par un gynécologue obstétricien et un médecin généraliste, en faisant par exemple un questionnaire test. Cela aurait sans doute permis une meilleure compréhension de certaines questions et notamment la numéro 13 (Depuis le début de votre exercice avez-vous changé vos habitudes vis-à-vis du toucher vaginal ?) qui a été source de beaucoup de confusions et donc d'exclusions des questionnaires. Il se peut que les praticiens aient eu un problème d'interprétation entre le changement d'habitude depuis la publication des recommandations ou bien la diffusion de ce questionnaire

Il existe également un biais de sélection car les personnes qui ont répondu, sont probablement les personnes les plus intéressées par le sujet et donc les plus au courant des recommandations.

Un autre des points faibles était le caractère déclaratif du questionnaire pour lequel nous ne pouvons pas contrôler les réponses.

Ces éléments rendent donc l'extrapolation à la population cible difficile.

Le sujet a tout de même suscité beaucoup de questions et de remarques auprès des praticiens qui ont pu les exprimer à la fin du questionnaire. Ils ont notamment évoqué plusieurs idées afin de les aider face à certaines situations.

#### **4.2. Analyse des données**

Dans la littérature, nous n'avons retrouvé aucune étude comparable sur l'évaluation des pratiques des professionnels face au toucher vaginal.

Parmi les professionnels interrogés, 70.3% (N=104) ne réalisent pas de toucher vaginal en systématique lors des consultations prénatales. Parmi eux, 69.6% (N=71) citent le fait que ce n'est pas un examen obligatoire du suivi de grossesse d'après les recommandations de l'HAS. (8) Le taux d'application et de connaissances des recommandations est donc satisfaisant. La deuxième raison citée (41.2% ; N=42) est que c'est un examen qui peut être mal vécu par les patientes. Il est important que les professionnels aient conscience de cela puisque 85% des femmes affirment que le toucher vaginal est une expérience négative. Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude qui date de 1979 réalisée auprès de 75 femmes non enceintes sur le vécu de l'examen gynécologique. On peut penser que ce ressenti peut être extrapolé aux futures mamans. (9) On retrouve peu de données dans la littérature sur le ressenti des praticiens face à ce geste mais dans un mémoire d'étudiante sage-femme, 170 sages-femmes avaient été interrogées sur leurs pratiques et 50.5% d'entre elles ne voyaient dans le TV aucune autre connotation que le versant médical et 72% pensaient que le TV était un « geste médical utile et nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic fiable ». Cependant, 91% de cette population était consciente que le TV

pouvait être un examen difficilement vécu par les patientes. (10) Nous n'avons pas de renseignements sur ce que peuvent ressentir les professionnels quand ils examinent une parturiente.

Même si les praticiens qui appliquent les recommandations sont nombreux, ils savent s'adapter aux différentes situations cliniques. Un seul a déclaré ne jamais faire de toucher vaginal (1%). La situation la plus fréquente qui les pousse à examiner les patientes est lorsque celles-ci présentent des contractions utérines (95.1% ; N=97) ce qui est logique et conforme aux textes du CNGOF. Parmi les professionnels, 64.7% (N=66) acceptent d'examiner le col si la patiente le demande et 46.1% (N=47) si elle a déjà accouché prématurément. Ces réponses prouvent que les professionnels s'accommodent bien à chaque patiente, à leur vécu et leurs antécédents.

Parmi les quatre outils disponibles pour dépister les MAP, évoqués dans ce questionnaire, les professionnels ont affirmé que l'échographie de col était pour eux le moyen le plus fiable. Or, dans la littérature, les résultats sont discordants. En effet, Grotegut et al. (11) ont trouvé une relation significative entre l'effacement et la dilatation cervicale par le toucher vaginal et celle mesurée par échographie de col. De plus, en se basant sur le score du Bishop, Benichou et al. (3) (annexe3) ont prouvé qu'avec un score du Bishop simplifié, basé sur les deux éléments les plus prédictifs d'un accouchement (dilatation et effacement du col), le toucher vaginal devient un aussi bon outil pronostic que l'échographie pour prévoir un accouchement dans les 48h ou à 7 jours.

Toutefois, il n'existe pas de description détaillée, ni une technique standardisée du toucher vaginal contrairement à celle de l'échographie de col. (12) Le toucher vaginal possède donc une grande variabilité intra et inter professionnelle tandis que l'échographie de col est plus reproductible et possède une meilleure sensibilité et spécificité que le toucher vaginal. (3) D'après Benichou et al. (3) l'échographie a également une meilleure valeur diagnostic pour les accouchements avant 34SA comparé au toucher vaginal. Même si l'échographie est plus objective son coût est plus important. Le tarif d'une échographie de col est de 35,44€. (13) A ce prix, il faut ajouter une formation spécialisée. En comparaison, une boîte de 100 doigtiers stériles coûte 3,50€ et le toucher vaginal fait partie de la formation initiale des médecins et des sages-femmes.

Les praticiens de cette étude ont classé la tocographie externe comme le moyen le moins fiable pour dépister une MAP alors que celle-ci est définie par des contractions utérines régulières associées à des modifications cervicales (3). Mais comme le souligne le manuel *L'obstétrique pour le praticien* (4), la tocographie externe est surtout utilisée comme un moyen de seconde ligne, toujours associé à un autre outil diagnostic. La tocographie externe seule ne permet pas de poser un diagnostic de MAP.

Alors que 139 (93.9%) personnes ont répondu à la question sur le classement des techniques, 22 personnes n'ont pas noté le dosage de la fibronectine. Ceci est peut-être dû au manque de connaissances autour de cet examen. En effet, il est peu utilisé en France. Son avantage est qu'il a une excellente valeur

prédictive négative. Si le prélèvement des sécrétions cervico-vaginales révèle l'absence de fibronectine, dans 98 à 99% des cas, la patiente n'accouchera pas dans les 2 semaines qui suivent ce test. (14)

Après lecture de ces articles, on se rend compte que l'intérêt ou non du toucher vaginal est difficile à déterminer. Dans nos résultats, on retrouve bien cette hésitation des professionnels autour de cet examen car c'est celui qui les a le plus divisé avec un écart type important. (2,51 +/-1,11)

Ceci prouve que les professionnels qui réalisent un toucher vaginal systématiquement et qui ont répondu majoritairement (81.8%) que la première raison de cette pratique était le fait de dépister des MAP, ont des arguments en leur faveur même si cela ne correspond pas aux recommandations actuelles. On voit bien que le toucher vaginal suscite encore bien des interrogations. Pour ces mêmes professionnels, c'est également le bien être de la patiente qui est primordial car 43.2% ont déclaré que c'est pour les rassurer qu'ils adoptent cette pratique en systématique. Lorsque le toucher vaginal est effectué en routine, les habitudes ont de l'importance (34.1%). Ce qui prouve que sa manière d'exercer n'est pas si facile à modifier. Le médico-légal n'a finalement pas trop de poids (13.6%) ce qui est plutôt une bonne chose car aucun texte officiel, en France ne rend le toucher vaginal obligatoire pendant la grossesse.

En fin de grossesse, parmi ceux qui n'effectuent pas un toucher vaginal en routine, plus de la moitié d'entre eux, considère tout de même que cela reste un examen indispensable au 9ème mois. Or, il existe très peu de littérature sur l'intérêt d'un toucher vaginal en fin de grossesse. Les principaux avantages cités par les participants étaient d'avoir un examen de référence lors de la mise en travail, faire un examen du bassin et apprécier l'accommodation foeto-pelvienne. Comme le précise Vayssière (5), l'examen du bassin est subjectif et dépend principalement de la taille de la main du praticien et dans la grande majorité des cas on optera tout de même pour une épreuve du travail. La littérature ne permet pas d'affirmer que le toucher vaginal en fin de grossesse est pertinent c'est une donnée surtout théorique présente dans les manuels d'apprentissage mais finalement très peu enseignée aux étudiants. On peut d'ailleurs se demander si le toucher vaginal du 9ème mois sert au professionnel pour avoir un examen de référence ou s'il est demandé par la patiente pour savoir si son col est déjà modifié.

En ce qui concerne le changement des pratiques depuis le début d'exercice, ce qui est positif, c'est que plus de la moitié des professionnels ont remis en question leurs habitudes (54.7% ; N=81). Cependant, 29.7% (N=44) des professionnels ont toujours réalisé un toucher vaginal en routine et n'ont pas changé cette pratique.

Malgré cette application des recommandations assez élevée (70.3%), 55.5% (N=81) des praticiens déclarent manquer d'informations sur les situations où un toucher vaginal est nécessaire surtout chez les personnes qui travaillent en libéral. Ce qui est sans doute dû au plus grand isolement dans ce mode d'exercice. Ceci est confirmé par le fait que les praticiens qui exercent en maternité de type 3 manquent significativement moins d'information dans ces mêmes cas.



La profession qui a le plus exprimé ce manque, étaient les médecins généralistes. Ce qui représente plus de la moitié des participants dans cette étude (75.9%, N=66). C'est peut-être à cause de leur activité multiple qui n'est pas forcément centrée sur l'obstétrique. Ceci est corrélé avec le fait que plus on suit de grossesses, moins on manque de renseignements pour savoir si un toucher vaginal est nécessaire. Il est certainement plus facile de discerner quand on travaille dans une structure spécialisée dans le suivi des femmes enceintes et entourés de confrères.

Rapport-Gratuit.com

## **5. Conclusion**

Pour finir, on observe que la majorité des professionnels suivent les recommandations, le toucher vaginal n'est pas pratiqué de manière systématique dans le suivi des grossesses à bas risque essentiellement parce que les professionnels sont au courant de ces directives et qu'ils pensent que c'est un examen mal vécu par les parturientes. Cependant, beaucoup d'entre eux, souhaiteraient avoir plus d'informations pour les aider dans les suivis de grossesse. Certains ont fait des propositions, notamment les médecins généralistes, pour améliorer cela et ont évoqué la possibilité que sur le site sécurisé du CHU une page avec des conseils soit dédiée au suivi de grossesse. Les praticiens ont également suggéré qu'un mail ou une lettre mensuelle, rédigée par des gynécologues, leur soit envoyée afin de les mettre au courant des dernières recommandations et différentes conduites à tenir.

Le toucher vaginal est peu reproductible et a une faible valeur prédictive positive. Il serait donc intéressant de trouver d'autres moyens pour améliorer le dépistage des menaces d'accouchements prématurés avec des techniques peu coûteuses, reproductibles et faciles d'accès.

## 6. Annexes

### Annexe 1 : Lettre d'information aux professionnels de santé joints par courrier

Clémence ASSELIN

Ecole de sage-femme

CHU d'Angers

49100 ANGERS

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement étudiante à l'école de sage-femme d'Angers. Je réalise mon mémoire sur la pratique du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque. Ce travail est encadré par le Docteur Vanessa COMBAUD gynécologue obstétricien au CHU d'Angers.

Il y a 10 ans, la Haute Autorité de Santé a sorti de nouvelles recommandations sur le toucher vaginal durant la grossesse. Or, on sait bien que dans la pratique la place de cet examen reste controversée.

C'est pourquoi je vous envoie ce questionnaire RAPIDE et ANONYME qui permettra de faire un point sur les habitudes des professionnels de santé qui exercent à Angers et à Saumur ou dans l'agglomération de ces deux villes.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe timbrée à mon nom si vous souhaitez me renvoyer votre réponse.

D'avance, je vous remercie de l'intérêt que vous porterez à ce questionnaire et vous prie, Madame, Monsieur, de croire en mes salutations respectueuses,

Clémence ASSELIN

asselincllem@gmail.com

06.76.39.13.88

## Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux praticiens

### QUESTIONNAIRE

Ces questions sont posées dans le cas du suivi d'une grossesse à **BAS RISQUE**. Les consultations d'urgences sont exclues.

#### 1. Vous êtes

un homme

une femme

#### 4. Votre profession

Médecin généraliste

Gynécologue médical

Gynécologue obstétricien

Sage-femme

3. Quelle est votre année de diplôme? \_\_\_\_\_

#### 4. Vous exercez:

*Plusieurs réponses possibles.*

en maternité publique de niveau I

en maternité publique de niveau II

en maternité publique de niveau III

en maternité privée de niveau I

en maternité privée de niveau II

en maternité privée de niveau III

en libéral

en PMI Autre : \_\_\_\_\_

**5. Effectuez-vous des suivis de grossesse? (hors consultation d'urgence)**

*Une seule réponse possible.*

Oui → Vous pouvez passer à la question n°6

Non → Fin du questionnaire. *MERCI DE VOTRE PARTICIPATION!*

## VOTRE PRATIQUE

**6. Vous effectuez des suivis de grossesses,**

*Une seule réponse possible.*

plusieurs fois par jour

plusieurs fois par semaine

quelques fois par mois

très rarement dans l'année (moins de 12 par an)

**7. Effectuez-vous systématiquement un toucher vaginal lors des consultations  
prénatales?**

*Une seule réponse possible.*

Oui → *Passez à la question 8.*

Non → *Passez à la question 9.*

## TOUCHER VAGINAL SYSTEMATIQUE

**8. Pour quelle(s) raison(s) réalisez vous systématiquement un toucher vaginal en consultation prénatale?**

*Plusieurs réponses possibles.*

Pour dépister d'éventuelles menaces d'accouchement prématuré

Dans un soucis médico-légal

Pour rassurer la patiente

Par habitude

Autre : \_\_\_\_\_

→ *Passez à la question 12.*

## TOUCHER VAGINAL NON SYSTEMATIQUE

**9. Pour vous le toucher vaginal est indispensable au cours de la (des) consultation(s)**

**du:**

*Plusieurs réponses possibles.*

1er trimestre

4ème mois

5ème mois

6ème mois

7ème mois

8ème mois

9ème mois

Jamais

**10. Si vous ne réalisez pas de toucher vaginal systématiquement, dans quelle(s) situation(s) vous arrive t'il d'en faire un ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- Sur demande de la patiente
- Si la patiente a un antécédent d'accouchement prématuré
- Si la patiente se plaint de contractions
- Vous ne réalisez jamais de toucher vaginal
- Autre : \_\_\_\_\_

**11. Pour quelle(s) raison(s) ne réalisez vous pas systématiquement un toucher vaginal en consultation prénatale ?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- C'est un examen qui peut être mal vécu par les patientes
- Ce n'est pas un examen fiable
- Vous préférez utiliser d'autres techniques pour dépister d'éventuelles menaces d'accouchement prématuré (échographie de col, dosage de la fibronectine...)
- Le toucher vaginal n'est pas un examen obligatoire du suivi de grossesse d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé
- Autre :

→ *Passez à la question 12.*

## FIN DU QUESTIONNAIRE

**12. Classez ces techniques de la plus fiable (1) à la moins fiable (4) pour diagnostiquer des menaces d'accouchements prématurés**

	1	2	3	4
Toucher vaginal				
Echographie de col				
Dosage de la fibronectine				
Tocographie externe				

**13. Depuis le début de votre exercice, avez vous changé vos habitudes vis à vis du toucher vaginal?**

*Une seule réponse possible.*

NON: le toucher vaginal a toujours été un examen systématique que vous réalisez en consultation prénatale

NON: vous avez toujours réalisé des touchers vaginaux uniquement sur signe d'appel

OUI: vous faisiez un toucher vaginal systématiquement mais désormais vous n'en réalisez que sur signe d'appel

OUI: vous ne réalisiez des touchers vaginaux que sur signe d'appel et désormais vous faites cet examen systématiquement



**14. Pensez-vous que vous manquez d'information pour déterminer dans quelles situations un toucher vaginal doit être réalisé ou non?**

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

**15. Dites nous ce qui vous aiderait dans votre prise en charge**

**Si vous avez des remarques, n'hésitez pas !**

### Annexe 3 : Score du Bishop

	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2 cm	3-4 cm	≥5 cm
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	80
Position	Postérieur	Intermédiaire	Antérieure	
Consistance	Tonique	Intermédiaire	Souple	
Présentation	Mobile	Amorcée	Fixée	Engagée

## 7. Bibliographie

1. blondel,kermarrec. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 May. Available from: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_naissances2010.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf)
2. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. WHO. [cited 2015 Jan 29]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ghe300-FRA?lang=en>
3. Benichou S, Maillard F, Goffinet F, Cabrol D, Schmitz T. Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie du col dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré. *Rev Sage-Femme*. 2008 Nov;7(5):238–42.
4. Lansac J, Magnin G, Senthiles L. *Obstétrique pour le praticien*. 6ème édition. Elsevier Masson; 2013. 17-55 369-384 p.
5. Vayssière C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005 Jan;33(1–2):69–74.
6. OMS. *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum* [Internet]. 2009. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75839/1/9789242590845\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75839/1/9789242590845_fre.pdf)
7. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes [Internet]. 2002 Nov [cited 2014 Nov 2]. Report No.: Tome XXVI. Available from: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/2002\\_GO\\_285\\_RPCcabrol.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/2002_GO_285_RPCcabrol.pdf)
8. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005 Avril. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)
9. Weiss L, Meadow R. Women's attitudes toward gynecologic practices. *Obstet Gynecol*. 1979 Jul;54(1):110–4.
10. Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste... 2012 Apr 11;81.
11. Grotegut CA, Dulitzki M, Gaughan JP, Achiron R, Schiff E, Geifman-Holtzman O. Transvaginal ultrasound of cervical length and its correlation to digital cervical examination, time to spontaneous labor and mode of delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Oct;284(4):855–9.
12. Ross MG, Beall MH. Prediction of Preterm Birth: Nonsonographic Cervical Methods. *Semin Perinatol*. 2009 Oct;33(5):312–6.
13. Tarifs actualisés au 1er juillet 2013 des actes des gynécologues médicaux et obstétriciens [Internet]. [cited 2015 Feb 10]. Available from: [http://syngof.fr/wp-content/uploads/2013/06/Tableau\\_cotation\\_01-10-131.pdf](http://syngof.fr/wp-content/uploads/2013/06/Tableau_cotation_01-10-131.pdf)
14. Closset E, Dufour P, Cœugnet C, Subtil D, Valat AS, Puech F. Intérêt de la recherche de fibronectine foetale pour la prédiction de l'accouchement prématuré. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2001 Nov;29(11):808–13.

## Résumé

Introduction. En 2005, l'HAS publie de nouvelles recommandations et déclare que le toucher vaginal effectué en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque n'a pas d'intérêt.

Objectif. L'objectif de cette étude était d'analyser les pratiques des professionnels de santé sur la réalisation systématique ou non d'un toucher vaginal en consultation de suivi de grossesses.

Matériel et méthode. Nous avons réalisé une étude prospective descriptive multicentrique quantitative par auto-questionnaire du 15 octobre 2014 au 15 février 2015. Cette étude a été réalisée auprès des médecins généralistes, des gynécologues médicaux et obstétricaux ainsi que des sages-femmes qui suivaient des grossesses et qui travaillaient à Angers, Saumur ou dans l'agglomération de ces deux villes quel que soit leur mode d'exercice. Nous avons étudié 158 questionnaires soit un taux de participation de 33%.

Résultats. Dans cette étude, les recommandations sont respectées par 70,3% des professionnels. Les participants qui ont déclaré avoir changé leurs habitudes face au toucher vaginal depuis le début de leur exercice étaient de 54,7%. 55,5% des praticiens affirmaient manquer d'informations pour savoir dans quelles situations un TV est nécessaire. Parmi ceux qui effectuent un toucher vaginal en routine, 81,8% le font pour dépister des menaces d'accouchements prématurés.

Discussion. Le taux d'application des recommandations est satisfaisant. L'intérêt ou non du toucher vaginal reste difficile à déterminer.

Conclusion. Les recommandations de l'HAS sont respectées par la majorité des praticiens. Cependant, il serait intéressant de développer des moyens (revue, site internet, fascicule...) pour les aider à déterminer si un toucher vaginal doit être réalisé en fonction des patientes.

## Abstract

Introduction. In 2005, the HAS published new recommendations, and announced that the digital cervical examination made systematically in the case of low risk pregnancy care has no interest.

Objective: The objective of this study was to analyse the health professional practice on the realisation or not of a digital cervical examination during the consultation of pregnancy care.

Material and method: We made a quantitative descriptive prospective multicentre study by self-administered questionnaire from October 15th, 2014 to February 15th, 2015. This study has been conducted with the help of general practitioner, medical and obstetric gynecologists, and midwives who assure pregnancy care and are working in Angers, Saumur or in the urban area of these two cities, no matter their activity methods. We collected 158 questionnaires, so a turnout of 33%.

Results. In this study, recommendations are respected by 70,1 % of the practitioners. The participants who declared having changed their habits concerning the digital cervical examination since the beginning of their practice were of 54,7%. 55,5% of the practitioners claimed lack of information to know in which situation a digital cervical examination is needed. Among those that do a digital cervical examination as routine, 81,8% do it to detect risk of premature birth.

Discussion. The application rate of the recommendation is satisfying. The interest, or not, of the digital cervical examination stay difficult to determinate.

Conclusion. The recommendations of the HAS are respected par the practitioners major part. However, it would be interesting to develop tools (journal, website, booklet...) to help them determining if a digital cervical examination has to be done in function of the patients.

Mots clés: grossesse, accouchement prématuré, toucher vaginal

Keywords : pregnancy, premature birth, digital cervical examination

