

2019-2020

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en médecine générale**

**Attitude des médecins  
généralistes quant à la  
pratique du toucher  
vaginal lors du suivi de  
grossesse à bas risques**

**BURGEVIN Julia**

Née le 10 avril 1990 à Saint Jean de Braye

Sous la direction de Madame la Professeure DE CASABIANCA  
Catherine

Membres du jury

Monsieur le Professeur LEGENDRE Guillaume		Président
Madame la Professeure DE CASABIANCA Catherine		Directeur
Monsieur le Professeur CAILLIEZ Eric		Membre
Monsieur le Docteur KARIRISI Apollinaire		Membre

Soutenue publiquement le :  
19 Mars 2020



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) BURGEVIN Julia .....  
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19/02/2020**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

---

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr  
Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine

FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAI Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

#### **PAST**

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

#### **ATER**

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

#### **AHU**

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

#### **CONTRACTUEL**

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

# REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Legendre Guillaume,  
De me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, merci de votre disponibilité et de votre amabilité.

A Madame la Professeure De Casabianca Catherine,  
Pour votre aide et vos relectures précieuses, votre disponibilité, merci de m'avoir accompagné et guidé dans ce travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Cailliez Eric,  
Pour m'avoir aidé dans ce travail de thèse, merci d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Karirisi Apollinaire,  
Pour m'avoir enseigné la gynécologie et l'obstétrique au cours de mes études, merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A mes parents,  
Pour leur soutien, leur amour, les valeurs transmises, ma réussite c'est aussi la votre.

A ma famille,  
Et particulièrement mes grands parents, Annie et Bernard, Cécile et Nicolas pour m'entourer avec bienveillance.

A mes amis de tous horizons,  
un grand merci pour tous les rires et toutes les aventures partagées ensemble :

- St Ben/Sully/Montargis, Marseille, Dunkerque, commando F1, fracture de clavicule (punaise je n'avais rien écouté...)
- L'internat de Jacques Monod : ET, le steak haché, Christophe Mae, la pancarte devant le lycée, les soirées TV/M&Ms/la France à un incroyable talent
- Tours : la colloc, la filature du voisin, le vol de tapis, rue nationale à contre sens et sans conséquence, une chute de poubelle, la caravane, la belle époque, la guinguette etc.
- Angers et surtout Laval : le kalinox aux urgences, l'accident avec le chien/le thermos, la marche de la confiance, les reines du shopping, la grossesse partagée, la balançoire aux fourches, « c'est bien mais pas suffisant », le bidule, le bdc, Marguerite, les demeures...
- Les weekends et les vacances : sortie par la fenêtre du mobil home, Décathlon, les allemands, ce coup de soleil nasal...Mulhouse, Saintes (« je sais que je peux avoir confiance en toi mec »), Serre Che (le ski, le time's up, la rando sans gaz), la Rochelle, Amsterdam, la cote Ouest française en tente 2sec, Bordeaux, Rennes, Paris EVJF, la Baule(non il ne peut pas pleuvoir), Pornic, Toulouse, Dinan, Budapest et bientôt la Crête. Et puis une question : qui a mangé le dernier Pepito?

A Aurélien,  
Merci pour ta patience infinie, ton soutien, ton humour de plus ou moins bon gout, et cela depuis un an (c'est important de le préciser). Merci de calmer mes ardeurs, et de laisser libre cours à ma folie. J'espère vivre de nombreuses aventures à tes cotés très longtemps...wait and see alors.



## **Plan**

### **LISTE DES ABREVIATIONS**

### **RESUME**

### **INTRODUCTION**

### **MÉTHODES**

### **RÉSULTATS**

- 1. Participation à l'étude**
- 2. Caractéristiques des participants**
- 3. Pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque par les MG**
- 4. Répartitions des différentes pratiques du TV en fonction des caractéristiques des MG**
- 5. Motivations à réaliser un TV pendant le suivi de grossesse**
  - 5.1. Groupe 1
  - 5.2. Groupe 2
    - 5.2.1. Programmation du TV:
    - 5.2.2. Motivations
- 6. Justification de la pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque**
  - 6.1. Groupe 1
  - 6.2. Groupe 2
  - 6.3. Groupe 3
- 7. Connaissance des recommandations**
- 8. Ressenti et consentement**
- 9. Réalisation d'un TV à la demande**
- 10. Indications du TV sur point d'appel pendant le suivi de grossesse**
- 11. Modification des pratiques au cours de l'exercice professionnel**

### **DISCUSSION ET CONCLUSION**

- 1. Résultats principaux**
- 2. Forces et limites de l'étude**
  - 2.1. Forces
  - 2.2. Biais
- 3. Le TV: une habileté technique à adapter**
  - 3.1. Les situations cliniques justifiant sa réalisation
  - 3.2. TV et formation médicale
- 4. Le TV comme élément clinique indispensable à transmettre**
- 5. Le TV: une décision médicale partagée**
- 6. Perspectives et conclusion**

### **BIBLIOGRAPHIE**

### **LISTE DES FIGURES**

### **LISTE DES TABLEAUX**

### **TABLE DES MATIERES**

### **ANNEXES**



## RESUME

**Introduction :** Depuis 2005, la HAS ne recommande plus de pratiquer un TV à chaque consultation de suivi de grossesse à bas risque. Une étude qualitative de 2016 relevait que certains MG continuaient de réaliser ce geste de manière systématique. Dans ce contexte, il semblait intéressant de connaître la proportion de MG appliquant les recommandations ou non, leurs caractéristiques et les déterminants de cette pratique.

**Méthodes :** il s'agissait d'une étude quantitative descriptive interrogeant 940 MG des départements du Maine et Loire, Sarthe et Mayenne par questionnaire réalisé sur Limesurvey adressé par mail entre avril et juin 2018. Le recueil des données était réalisé sur Excel, leurs analyses sur biostaTGV.

**Résultats :** Sur 233 MG qui ont été inclus, 15% réalisaient un TV systématiquement lors des consultations de suivi prénatal, 36% programmaient un à deux TV, et 49% ne réalisaient pas de TV en dehors de point d'appel. Il existe une différence significative ( $p < 0.05$ ) concernant le type de pratique du TV et le fait d'être ou non MSU : les MSU ne pratiquant pas de TV systématique pour 59% d'entre eux. 75% des MG ont réduit leur nombre de TV réalisé pendant le suivi prénatal.

**Conclusion :** La moitié des MG des départements étudiés ont une pratique en accord avec les recommandations. Afin d'améliorer le suivi de la femme, l'apprentissage du geste technique qu'est le TV est nécessaire puisqu'il est utile dans certaines situations. Ses indications sont enseignées au cours de la formation médicale initiale et continue et permettent d'associer les patientes à la décision de réalisation du TV.

## INTRODUCTION

Le toucher vaginal (TV) est pratiqué depuis l'antiquité sans pour autant qu'on puisse en trouver une origine datée précise mais, pour des raisons de pudeur, sa réalisation est surtout confiée à des femmes. Il est ensuite presque complètement abandonné par le corps médical. Seuls les chirurgiens s'y livrent, et notamment les accoucheurs, à partir du XVII<sup>ème</sup> siècle. Ce n'est qu'à la fin de XVIII<sup>ème</sup> siècle avec l'avènement de la médecine anatomo-clinique que son importance est enfin reconnue dans le diagnostic des affections génitales [1]. Cet examen fait partie depuis de nombreuses années de l'examen gynécologique de base ; si son utilité ne fait pas débat, en revanche ses indications oui. En obstétrique il aide parfois au diagnostic de menace d'accouchement prématuré (MAP) définie selon le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) par une modification cervicale et l'apparition de contractions utérines régulières et douloureuses entre 22 et 36SA révolues. La MAP est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse, le risque réel d'accouchement prématuré (AP) est très variable selon les études (15 à 50%). La valeur diagnostique de l'examen clinique est bonne dans les cas extrêmes : col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou à l'inverse col très peu modifié avec des contractions rares. Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'AP par l'examen clinique est médiocre [2].

D'après l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2016, il y aurait eu 785000 naissances en France Métropolitaine [3]. Le taux de prématurité est actuellement de 7.1% [4]. Il s'agit là d'un enjeu de santé publique puisque la prématurité est la première cause de morbi-mortalité néonatale en France [5].

Le suivi de grossesse est pratiqué à 19.3% par les médecins généralistes (MG) selon l'enquête périnatale de 2016 contre 23.6% en 2010, s'expliquant par l'augmentation des

consultations auprès des sages femmes libérales passant de 16 à 25% [6]. Ce suivi se compose de 7 consultations pré natales soit une consultation avant 10 SA puis une consultation tous les mois à compter du 4eme mois [7]. Ces consultations permettent d'évaluer au fil de la grossesse son niveau de risque et d'assurer un suivi à la hauteur de ce risque. Depuis 2005, la Haute autorité de santé (HAS) ne préconise plus la pratique du TV systématique lors des consultations de suivi d'une grossesse à bas risque [10]. En effet l'étude de Bueskens et al. [11] montre qu'il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne le taux d'AP entre un groupe de 2803 femmes ayant été examiné à chaque consultation et un groupe de 2799 femmes ayant bénéficié d'un TV sur point d'appel. Les données européennes recensées en 2015 montrent un taux de prématurité inférieur en France comparé à des pays qui pratiquent le TV régulièrement au cours du suivi de grossesse comme en Belgique (8.1%), en Allemagne (8.5%) ou en Italie (7.6%) [4, 12].

Malgré cela, différents mémoires d'étudiants en maïeutique ainsi que de rares thèses d'exercice en médecine générale rapportent que la pratique du TV de manière systématique lors des consultations de suivi s'effectue toujours, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les autres professionnels de santé [12, 13, 14].

Ce travail fait suite à la thèse d'exercice de Capucine Duchateau et Marie Martin soutenue en Décembre 2016 à Angers, évaluant l'attitude des médecins généralistes quant à la pratique du toucher vaginal lors du suivi de grossesse à bas risque au travers d'une étude qualitative mettant en évidence 3 groupes de de pratiques différentes : un groupe le réalisant systématiquement à chaque consultation, un groupe l'effectuant 1 à 2 fois pendant le suivi, et un groupe ne le réalisant que sur point d'appel [16]. Ce travail quantitatif évaluera ces pratiques et précisera les caractéristiques et les motivations des MG à effectuer ce geste technique dans le suivi des grossesses à bas risque.

## MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive par questionnaire interrogeant les médecins généralistes exerçant en Maine et Loire, Sarthe et Mayenne. Les questionnaires ont été créés et diffusés à l'aide du logiciel LimeSurvey. La mailing liste des MG a été obtenue auprès du conseil de l'ordre des trois départements. Un mail explicatif et informatif du travail de recherche a été au préalable adressé au MG.

Le questionnaire a été élaboré à l'aide des données de la littérature et des résultats obtenus par le travail de recherche de la thèse des Docteurs Duchateau et Martin. Il a été testé au préalable auprès de 3 MG et non intégrés à l'étude, afin d'évaluer sa faisabilité, sa compréhension et le délai de remplissage. Le questionnaire a été envoyé par mail entre avril et juin 2018 avec 2 relances nécessaires. Le recueil était anonyme. Le recueil des données a été fait sur la Base Excel et analysé avec les tests du Chi 2, de student ou anova via le logiciel d'analyse statistique biostatgv.

# RÉSULTATS

## 1. Participation à l'étude

940 MG ont été sollicités dans les départements de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne : 354 réponses ont été obtenues, soit un taux de participation de 37.65%. 4 participants ont été exclus de l'étude car ils ne suivaient pas de grossesse. 117 réponses ont été écartées car incomplètes. Au total 233 questionnaires ont été analysés pour cette étude soit un taux de 24,8% de questionnaires exploitables.

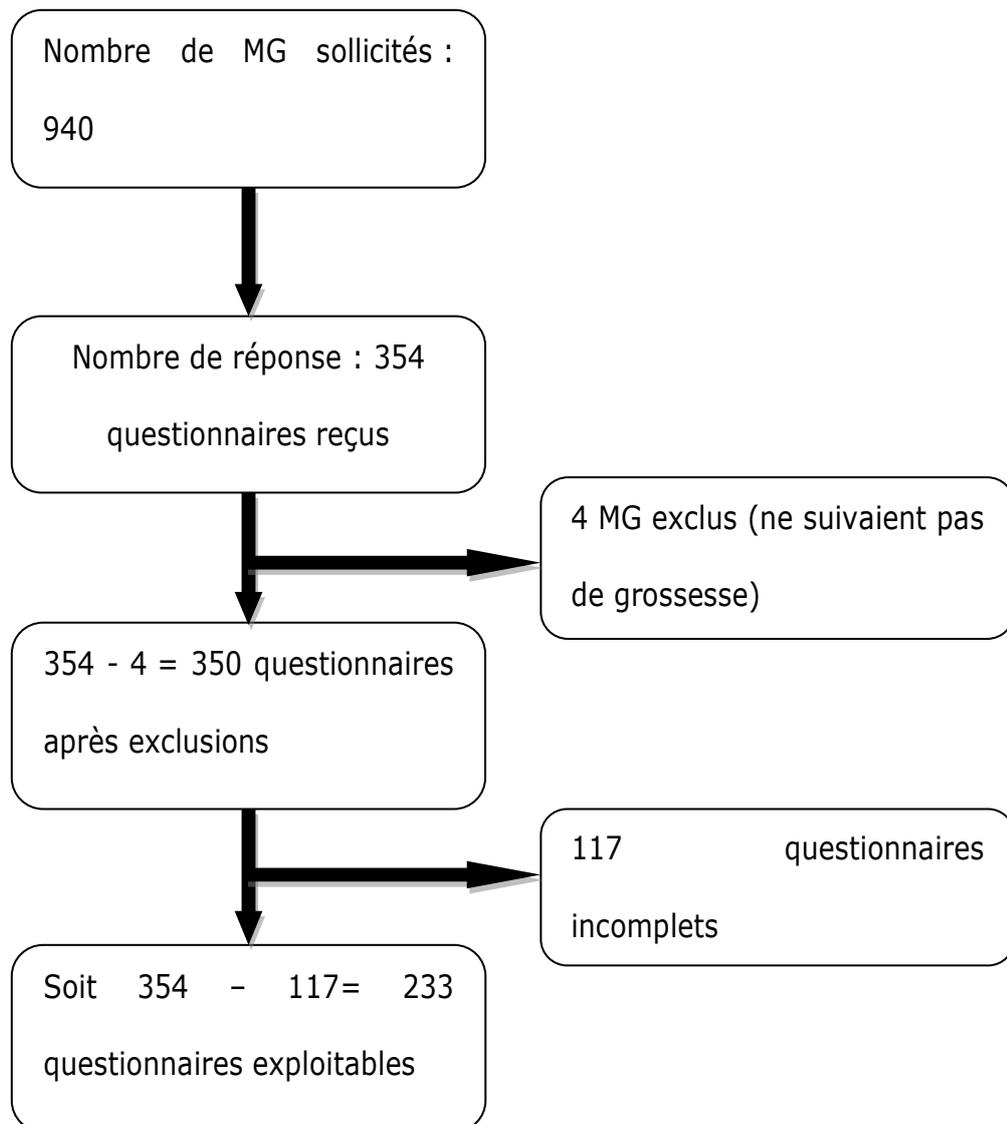


Figure 1. Diagramme de flux des participants de l'étude

## 2. Caractéristiques des participants :

Tableau I : caractéristiques des participants :

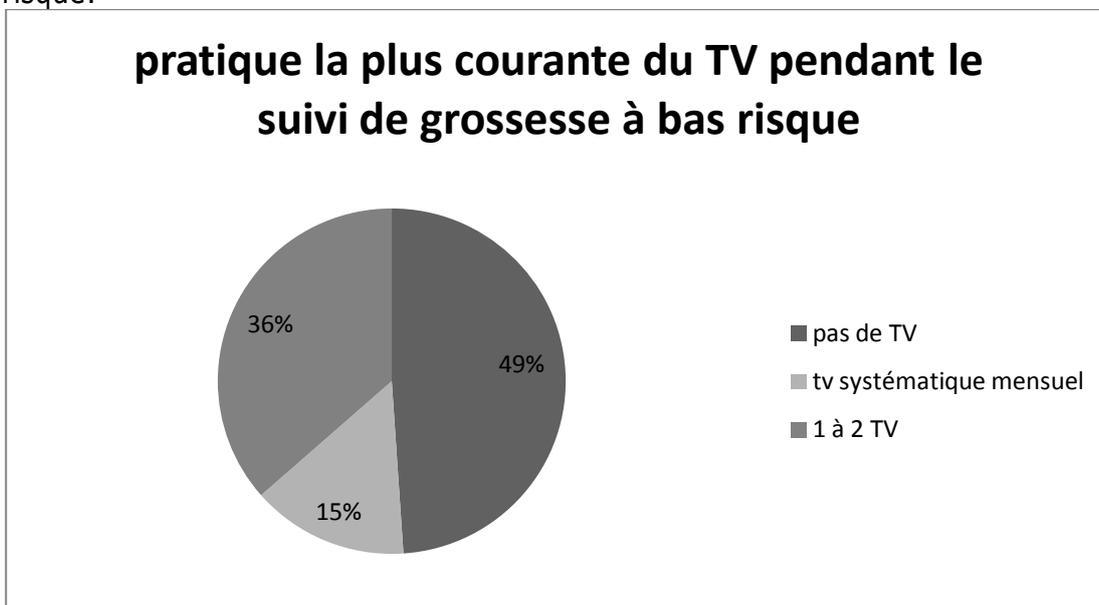
Caractéristiques		n=Effectifs (%)
Sexe :	Homme :	n=108 (46.35%)
	Femme :	n=125 (53.65%)
Département :	Maine et loire :	n=135 (57.94%)
	Sarthe :	n=46 ( 19.74%)
	Mayenne :	n=52 ( 22.32%)
Age :	Moyenne :	47
	Médiane :	47
Activité :	Urbaine :	n=68 (29.18%)
	Semi rurale :	n=88 ( 37.77%)
	Rurale :	n=77 (33.05%)
Nombre de suivi de grossesse par an :	1-4 :	n=76 (32.62%)
	5-9 :	n=86 ( 36.91%)
	>9 :	n=71 (30.47%)
Maitres de stage universitaire (MSU) :	Total :	n=130 (55%)
	Stage niveau 1 :	n=59 (45,39%)
	SASPAS :	n=36 (27,69%)
	SAFE :	n=15 (11.54%)
	Deuxième cycle :	n=20 (15.38%)
Participation à une formation complémentaire en gynéco obstétrique	Total :	n=126 (53.65)
	Journée de formation :	n=119 (51.07%)
	Diplôme universitaire (DU)/	n=21 (9.01%)
	inter universitaire(DIU) :	

### 3. Pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque par les MG :

Trois groupes ont été déterminés en fonction du nombre de TV réalisés:

- Groupe 1 : Réalisation d'un TV mensuel systématique pour n=34 (14.59%)
- Groupe 2 : Réalisation d'un à deux TV programmé au cours du suivi de grossesse n=85 (34.68%)
- Groupe 3 : pas de TV lors du suivi de grossesse n=114 (48.93%)

Figure 2 : répartition des MG concernant leur pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque:



## 4. Répartition des différentes pratiques du TV en fonction des caractéristiques des MG :

Tableau II: Répartition des différentes pratiques du TV en fonction des caractéristiques des MG :

Caractéristiques	Groupe 1 : TV systématique mensuel (%)	Groupe 2 : un à deux TV (%)	Groupe 3 : pas de TV (%)	p significatif si <0.05	Test réalisé
<b>Sexe</b>					
Homme	17.59%	28.70%	53.70%	NS 0.063	Chi <sup>2</sup>
Femme	12%	43.20%	44.80%		
<b>Age</b>					
Moyenne	51.7 (+/-11.5)	48.2(+/-11.6)	44.9(+/-10.5)	<0.01	Anova
<b>Lieu d'exercice</b>					
Maine et Loire	14.82%	25.92%	59.26%	<0.01	Chi <sup>2</sup>
Sarthe	17.39%	52.17%	30.44%		
Mayenne	11.54%	50%	38.46%		
<b>Activité</b>					
Rurale	15.58%	38.96%	45.45%	NS 0.88	Chi <sup>2</sup>
Semi urbaine	12.50%	37.50%	50%		
Urbaine	16.17%	32.35%	51.47%		
<b>Nombre de suivi de grossesse par an</b>					
1-4	13.16%	42.11%	44.73%	NS 0.36	Chi <sup>2</sup>
5-9	13.95%	29.07%	56.98%		
>9	16.90%	39.44%	43.66%		
<b>MSU</b>					
Total MSU	8.46%	38.46%	53.07%	0.012	Chi <sup>2</sup>
NON MSU	22.33%	33.98%	43.68%		
<b>Formation (journée ou DIU) en gynéco obstétrique</b>					
Formation : oui	11.11%	38.10%	50.79%	NS 0.25	Chi <sup>2</sup>
Formation : non	18.69%	34.58%	46.73%		

NS= non significatif

Il existait une différence significative concernant les 3 groupes sur l'âge, le département d'exercice et le fait d'être MSU. Plus les participants étaient éloignés en âge de leur formation

médicale initiale plus la pratique du TV devenait systématique. Les MSU réalisaient moins de TV en systématique. Le nombre de suivi de grossesse en moyenne par an et la participation à des journées de formation ou à un DIU en gynéco obstétrique n'influençaient pas sur la pratique du TV

## 5. Motivations à réaliser un TV pendant le suivi de grossesse à bas risque :

### 5.1. Groupe 1 :

Tableau III: motivations du groupe 1

Motivations :	Oui	Non	Incertain
<b>Le TV fait partie de l'examen gynécologique de base</b>	82.35%	2.94%	14.71%
<b>Afin de dépister une MAP asymptomatique</b>	82.35%	5.88%	11.76%
<b>Afin de dépister une grossesse extra utérine (GEU)</b>	38.24%	50%	11.76%
<b>Pour rassurer la patiente</b>	41.18%	47.08%	11.76%
<b>Pour préparer la patiente aux TV effectués pendant le travail</b>	11.76%	82.35%	5.88%
<b>Pour rassurer le MG sur l'état du col</b>	91.18%	5.88%	2.94%
<b>Par crainte d'être jugé incompetent par la patiente</b>	0%	88.24%	11.76%
<b>Afin de ne pas perdre l'habileté technique</b>	23.53%	70.59%	5.88%
<b>C'est une information nécessaire au suivi pluridisciplinaire</b>	55.88%	29.41%	14.71%
<b>Autre</b>	5.88%	11.76%	82.36%

Parmi les 34 MG du groupe 1, 91% d'entre eux réalisaient le TV dans un but de réassurance personnelle, 82.35% pensaient que le TV faisait partie de l'examen gynécologique de base, de même 82.35% affirmaient qu'il permettait de dépister une MAP asymptomatique, enfin

55.88% estimaient qu'il s'agit des informations nécessaires au suivi ultérieur pluridisciplinaire.

Préparer la patiente ou la crainte d'être jugé incompetent n'influençaient pas la réalisation du geste technique.

Les MG sont plus âgés (moyenne d'âge 54 ans avec  $p=0.018$  au test de kruskall wallis) comparativement à ceux qui ne considéraient pas le TV comme faisant partie de l'examen de base (moyenne d'âge 37).

## 5.2. Groupe 2 :

### 5.2.1 : Programmation du TV :

Tableau IV: Consultation de réalisation du TV programmé des MG du groupe 2 :

<b>Consultation ou est réalisée le TV :</b>	<b>Presque toujours</b>	<b>Souvent</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>
<b>Au 1<sup>er</sup> Trimestre avant la première échographie</b>	25.88%	16.47%	23.53%	34.12%
<b>Au 4<sup>eme</sup> mois</b>	18.82%	17.65%	37.65%	25.88%
<b>Lors de la dernière consultation (avant que la patiente soit orientée vers l'équipe de la maternité)</b>	41.18%	29.41%	16.47%	12.94%
<b>Peu importe</b>	4.71%	17.65%	36.4%	41.18%

70% des MG réalisaient le plus souvent le TV lors de la dernière consultation.

## 5.2.2 : Motivations

Tableau V : motivations du groupe 2

Motivations :	Oui (%)	Non	incertain
<b>Avoir un TV de référence</b>	51.76%	44.71%	3.53%
<b>Afin de dépister une MAP asymptomatique</b>	56.47%	29.41%	14.12%
<b>Afin de dépister une GEU</b>	40%	52.94%	7.06%
<b>Pour rassurer le MG sur l'état du col</b>	11.76%	75.29%	12.94%
<b>Pour rassurer la patiente</b>	38.82%	41.18%	20%
<b>Afin de ne pas perdre l'habileté technique</b>	15.29%	74.12%	10.59%
<b>Pour transmettre l'état du col aux équipes de la maternité(pluridisciplinarité)</b>	52.94%	30.59%	16.47%
<b>Autre</b>	9.41%	80%	10.59%

Parmi les 85 MG réalisant un à deux TV lors du suivi de grossesse à bas risque, 56.47% estimaient qu'il permettait de dépister une MAP asymptomatique, 52.94% pensaient qu'il était nécessaire au suivi pluridisciplinaire et 51.76% voulaient avoir un TV de référence. Les MG qui réalisaient le TV afin de dépister une GEU pratique ce geste le plus souvent lors de la première consultation de suivi de grossesse avant la première échographie ( $p < 0.001$  au test de Fischer).

Les généralistes pour lesquels le TV était indispensable au suivi pluridisciplinaire réalisaient ce geste presque toujours lors de la dernière consultation ( $p = 0.015$  au test de Fischer)

## 6. Justifications de la pratique du toucher vaginal lors du suivi de grossesse à bas risque :

### 6.1. Groupe 1 :

Tableau VI: Justifications de la pratique du groupe 1 :

Justification :	Oui	Non	Incertain
<b>Les recommandations : sociétés savantes, HAS...</b>	32.35%	41.18%	26.47%
<b>Les échanges entre confrères, FMC, groupe de pair, confrontation des pratiques</b>	32.35%	44.12%	23.53%
<b>L'expérience professionnelle</b>	85.29%	14.71%	0%
<b>L'expérience personnelle</b>	70.59%	23.53%	5.88%
<b>La satisfaction des patientes</b>	11.76%	44.12%	44.12%
<b>Autre</b>	5.88%	76.47%	17.65%

Pour ce groupe, la réalisation du TV mensuel se justifiait sur l'expérience professionnelle pour 85.29% et sur l'expérience personnelle à 70.59%. Les MG qui se basaient sur l'expérience professionnelle étaient plus âgés en moyenne comparativement à ceux qui ne se basaient pas sur cela (p=0.041).

### 6.2. Groupe 2 :

Tableau VII: Justifications de la pratique du groupe 2

Justifications :	Oui (%)	Non (%)	Incertain (%)
<b>Les recommandations des sociétés savantes, HAS...</b>	43.53%	27.06%	29.41%
<b>Les échanges entre confrères, FMC, groupe de pair, confrontation des pratiques</b>	58.82%	27.06%	14.12%
<b>L'expérience professionnelle</b>	74.12%	9.41%	16.47%
<b>L'expérience personnelle</b>	63.53%	23.53%	12.94%
<b>La satisfaction des patientes</b>	36.47%	48.24%	15.29%
<b>Autre</b>	2.35%	81.18%	16.47%

La réalisation d'un à deux TV pendant le suivi de grossesse se justifiait par l'expérience professionnelle pour 74.12% de l'effectif, puis sur l'expérience personnelle pour 63.53% et enfin sur les échanges entre confrères pour 58.82%.

Les MG se basant sur l'expérience professionnelle étaient en moyenne plus âgés ( $p < 0.01$  Kruskal Wallis), de même pour ceux s'appuyant sur l'expérience personnelle ( $p = 0.018$  Kruskal Wallis).

Les praticiens qui se basaient sur la satisfaction des patientes (36.47%) sont motivés par le fait de rassurer la patiente ( $p < 0.01$  test de Fisher).

### 5.3. Groupe 3 :

Tableau VIII: Justifications de la pratique du groupe 3

<b>Justifications :</b>	<b>Oui (%)</b>	<b>Non (%)</b>	<b>Incertain (%)</b>
<b>Les Recommandations des sociétés savantes, HAS</b>	68.42%	11.40%	20.18%
<b>Les échanges entre Confrères, FMC, groupe de pair, confrontation des pratiques</b>	86.84%	9.65%	3.51%
<b>L'expérience professionnelle</b>	66.67%	19.30%	14.03%
<b>Expérience personnelle</b>	42.10%	48.25%	9.65%
<b>La crainte d'être iatrogène</b>	45.61%	42.98%	11.40%
<b>La crainte d'être désagréable (douloureux)</b>	45.61%	43.86%	10.53%
<b>Autre</b>	12.28%	71,93%	15.79%

Les MG qui ne réalisaient pas de TV lors du suivi de grossesse justifiaient cette pratique pour 86.84% de l'effectif par les échanges entre confrères, puis à 68.42% par les recommandations des sociétés savantes, et enfin par l'expérience professionnelle à 66.67%.

Les hommes craignaient plus d'être désagréable c'est-à-dire que le geste soit douloureux, comparativement aux femmes avec  $p = 0.012$  au test du Chi<sup>2</sup>.

## **7. Connaissance des recommandations :**

Il existait une différence significative entre la connaissance des recommandations selon les 3 groupes de pratiques ( $p < 0.001$  test du  $\chi^2$ ). Le groupe 3 connaissait les recommandations à 85% comparé aux deux autres groupes (12% pour le groupe 1 et 38% pour le groupe 2).

Dans le groupe 1 (TV systématique), les MG justifiant leur pratique par les recommandations des sociétés savantes ne les connaissaient pas pour autant ( $p < 0.001$  fisher)

Dans le groupe 3 (pas de TV en systématique), les MG qui justifiaient leur pratique par les recommandations les connaissent ( $p < 0.001$  test de fisher).

## **8. Ressenti et consentement :**

Le ressenti du TV par la patiente était important pour 96,57% des MG. En revanche 11.16% (n=26) ne demandaient pas systématiquement le consentement de la patiente lors de la réalisation de ce geste

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative mis en évidence pour les autres caractéristiques.

## **9. TV à la demande :**

62.35% des MG réalisant un à deux TV programmés acceptaient de faire un TV à la demande de la patiente.

72.81% des MG ne réalisant pas de TV lors du suivi de grossesse pratiquaient un TV à la demande de la patiente.

## 10. Indications du TV sur point d'appel pendant le suivi de grossesse :

A la question, pensez-vous que les indications du TV sur point d'appel soient claires : 40% des MG interrogés (tous groupes confondus) ont répondu que non.

Pour des indications définies, les réponses étaient les suivantes :

Tableau IX: indications à réaliser un TV sur point d'appel

Indications :	Oui (%)	Non (%)	Incertain(%)
<b>Métrorragie au 1<sup>er</sup> trimestre</b>	58.80%	31.33%	9.87%
<b>Métrorragie au 2<sup>eme</sup>/3<sup>eme</sup> trimestre</b>	57.08%	28.76%	14.16%
<b>Douleurs pelviennes au 1<sup>er</sup> trimestre</b>	69.10%	22.75%	8.15%
<b>Douleurs pelviennes 2<sup>eme</sup>/ 3<sup>eme</sup></b>	69.10%	18.88%	12.02%
<b>Leucorrhées pathologiques</b>	27.47%	54.08%	18.45%
<b>Contractions utérines régulières et douloureuses</b>	90.56%	6.87%	2.58%
<b>Fièvre</b>	29.18%	45.49%	25.32%
<b>Douleurs abdominales imprécises</b>	56.22%	21.03%	22.75%
<b>Autre</b>	3%	64.38%	32.62%

Pour 90.56% de l'effectif la description de contractions utérines régulières et douloureuses était une indication à la réalisation d'un TV, puis à 69.10% pour les douleurs pelviennes quelque soit le terme. Les métrorragies du 1<sup>er</sup> trimestre étaient une indication à réaliser un TV pour 58.80%, au deuxième et troisième trimestre à 57.08%.

Les leucorrhées n'étaient pas une indication à un TV selon 54.08% des MG.

Un MG sur quatre ne se prononçait pas sur le fait que la fièvre puisse être un motif pour faire un TV.

## **11. Modification des pratiques au cours de l'exercice professionnel :**

75% des MG interrogés, avaient, depuis leur installation, diminué le nombre de TV réalisé dans le suivi de grossesse à bas risque.

Pour 70% de l'effectif du groupe 1, aucune modification des pratiques n'était signalée.

Il existait 3 participants qui avaient augmenté leur nombre de TV au fil du temps, ils n'avaient pas connaissances des recommandations et l'un d'eux se justifiait par

l'apprentissage auprès de son MSU pendant son internat d'un TV mensuel systématique.

La participation à une formation en gynéco obstétrique ( $p=0.021$  test de Fisher) , le fait

d'être MSU( $p<0.01$  test de fisher), le sexe( $p<0.01$  test de fisher), la connaissance des

recommandations ( $p<0.001$  test de fisher) étaient statistiquement significative et

influençaient la modification des pratiques : les MG ayant reçu une formation en gynéco-

obstétrique complémentaire, les MSU, les femmes, la connaissance des recommandations

concernant le TV pendant le suivi de grossesse avait une influence sur la diminution de la

pratique du TV.

# **DISCUSSION et CONCLUSION**

## **1- Résultats principaux :**

Lors des consultations de suivi de grossesse à bas risque, environ 50% des MG des trois départements ne réalisaient pas de TV sauf en cas de symptômes.

Une pratique à mi chemin avec un à deux TV lors du suivi était trouvée pour 36% des MG.

Globalement 75% des MG tendaient à réduire leur nombre de TV, s'adaptant aux recommandations, quinze ans après la diffusion des directives de la HAS (\*).

En revanche, 15% des MG continuaient de réaliser un TV à chaque consultation de suivi en l'absence de point d'appel. Ces derniers justifiaient leur pratique en évoquant la crainte de passer à coté d'une MAP, le besoin de se rassurer sur l'état du col, considérant que le TV fait partie de l'examen gynécologique de base. Ces justifications s'appuyaient en majorité sur l'expérience professionnelle et personnelle.

Les MSU ne pratiquaient pas de manière systématique de TV.

## **2. Forces et limites de l'étude :**

### **2.1. Forces :**

Concernant les forces de l'étude, un taux de réponse de 37.65% suite à l'envoi de questionnaire par mail était satisfaisant pour la validité de ce travail. Concernant la représentativité de l'échantillon, la population de femme ayant répondu à l'étude était nettement supérieure à la population source : 54% dans cette étude contre 46% de femmes MG dans les trois départements concernés [18]. Cette différence pouvait s'expliquer par le fait que les femmes MG suivait plus de grossesse que les hommes MG notamment en Pays de la Loire comme soulignée dans certains rapports issus de statistique française [19, 20].

Il s'agissait d'une étude originale car centré sur la pratique des MG et non sur les pratiques des autres professionnels de santé comme les sages femmes ou les obstétriciens qui étaient plus fréquemment étudiés [12,13,14,15].

## **2.2. Biais :**

Il existait dans cette étude un biais de sélection : d'une part la mailing liste fournie des MG pouvait être non à jour et d'autre part en excluant de l'analyse les réponses incomplètes au questionnaire. Un biais de désirabilité était également présent puisque les participants ayant un attrait pour ce sujet auront plus facilement répondu. Il existait aussi un biais d'information : les questions posées sont soumises à interprétation. Des doublons de réponses suite à l'anonymisation des questionnaires ont pu être comptabilisés. Il aurait été intéressant de rechercher dans les caractéristiques des MG la date de fin de leur formation médicale initiale, ainsi que la réalisation d'un stage en gynéco-obstétrique pendant leur cursus.

Certes le taux de participation était satisfaisant mais le taux de questionnaires exploitables était à 24,8%. Cela s'expliquait probablement par le nombre d'items et par un dysfonctionnement du serveur collecteur de données, signalé par certains participants.

## **3. Le TV : une habileté technique à adapter**

### **3.1. Les situations cliniques justifiant sa réalisation :**

Les recommandations sont basées sur des études ne montrant pas de modification en terme de morbi mortalité foeto maternelle notamment en ce qui concerne la survenue d'un accouchement prématuré par la réalisation d'un TV systématique chez des patientes asymptomatiques [11]. Pourtant le TV n'est pas abandonné et utile dans les situations

extrêmes évoquant une MAP, il n'a de valeur prédictive que devant des modifications franches : 50 % de valeur prédictive positive (VPP) lorsque le col est dilaté à 2 cm et effacé de plus de 50 % avec des CU régulières et douloureuses [21, 22]. L'examen de référence actuel pour apprécier les modifications du col et évaluer le risque d'accouchement prématuré chez des patientes symptomatiques selon la HAS en 2010 est l'échographie de col par voie transvaginale pour sa reproductibilité et sa faible variabilité intra et extra opérateur comme cela a été démontré dans de nombreuses études [23, 24, 25, 26]. Toute MAP n'aboutira pas à un AP, l'enjeu actuel étant d'évaluer ce risque pour adapter la prise en charge et éviter des hospitalisations inutiles. D'autres techniques sont évaluées, afin d'apprécier au mieux ce risque, mais n'ont actuellement pas démontré leur supériorité.

### **3.2. TV et formation médicale :**

Le TV est un acte technique enseigné dans le second cycle des études de médecine et repris dans le 3eme cycle du diplôme d'étude spécialisée (DES) de médecine générale notamment en stage ambulatoire femme enfant (SAFE) où il est attendu de l'interne qu'il organise le suivi clinique et para clinique de la femme enceinte, en accord avec les recommandations. Les médecins, probablement plus éloignés de leur formation médicale initiale, entretiennent ainsi une habileté technique reposant sur des références biomédicales anciennes. Bien que le TV ne soit plus nécessaire dans les consultations de suivi de grossesse à bas risque, il n'en reste pas moins que ce geste est utile dans la prise en charge de la santé de la femme.

Les étudiants en médecine passent par trois cycles d'apprentissage, permettant d'acquérir progressivement les compétences nécessaires à l'exercice de la médecine : un premier cycle théorique, un deuxième cycle plutôt orienté sur la pratique et enfin l'internat qui combine ces deux versants afin d'obtenir les compétences nécessaires à sa spécialité. L'examen gynécologique est particulièrement complexe à enseigner abordant des questions d'éthiques

et touchant à l'intime [1]. Dans un rapport de 2015 à la ministre de la santé sur l'apprentissage clinique, les doyens des facultés de médecine française exposaient les difficultés de la formation clinique et plus particulièrement concernant les examens pelviens [27].

Devant l'augmentation du nombre d'étudiant en formation et la difficulté d'avoir des patientes volontaires, les facultés de médecine investissent dans des simulateurs/mannequins afin d'offrir aux étudiants une autre source d'apprentissage. Ce type de support permet une approche technique (apprentissage de l'anatomie, du TV, pose de speculum, pose de stérilet, réalisation de frottis, aspect du col utérin au cours du travail) qui sera complétée au cours des stages hospitaliers et/ou ambulatoires. Des études [28, 29, 30] ont montré le bénéfice de ces simulateurs en terme d'acquisition technique et sur la satisfaction des étudiants, notamment avant d'être en situation réelle. En revanche, il est dit aussi dans ces études que, l'utilisation de mannequin ne suffit pas à adopter les compétences nécessaires, d'une part en raison de la différence entre un mannequin plastique et un corps humain et d'autre part en raison de l'interaction avec la femme dans le cadre d'une approche globale et centrée patient.

Dans les pays anglo-saxons, il existe des « gynaecology teaching associates »(GTA) soit des assistantes en enseignement de gynécologie [31,32]. Ce sont des patientes professionnelles recrutées par les facultés et formées à l'enseignement de l'examen gynécologique : elles permettent aux étudiants de s'entraîner à l'examen gynécologique sur elle-même, avec un retour d'expérience direct tant sur le coté technique que sur la façon d'aborder la consultation. Moins d'un tiers des écoles de médecines en Angleterre ont recours à ces enseignantes, quant ~~aux~~ au Canada ou aux Etats Unis, 90% des écoles de médecine le proposent [31]. Certaines études montraient que les compétences des étudiants et leur confiance lors de l'examen gynécologique étaient plus importantes chez ceux ayant bénéficié

d'enseignement avec GTA comparé à ceux ayant utilisé un mannequin [33, 34, 35, 36,37,38). En France il ne semble pas exister de patientes professionnelles.

#### **4. Le TV comme élément clinique indispensable à transmettre :**

Un peu plus de la moitié des MG, qui pratiquaient systématiquement un TV ou qui en réalisaient un à deux pendant le suivi de grossesse à bas risque, se justifiaient par le fait de transmettre les caractéristiques du col aux équipes de la maternité. Selon la loi hôpital, patient, santé, territoire de 2009, la coopération entre les différents acteurs du système de santé afin de coordonner le parcours de soin du patient était primordiale pour assurer une prise en charge de qualité [42]. Il appartient donc aux MG de s'assurer de la transmission du contenu du dossier médical de la patiente auprès des professionnelles de la maternité qui prennent le relai au cours du 8eme mois de grossesse. Il existe des outils comme le carnet de santé maternité disponible sur le site du gouvernement [43]. Ce carnet, en possession de la femme enceinte, contient une partie à destination des professionnelles de santé, ou à chaque consultation de suivi, le TV apparait comme un élément clinique à renseigner, confortant le MG dans cette nécessaire transmission. Dans les départements interrogés il n'existait pas de dossier partagé, ou de courrier d'adressage/lettre type entre les maternités et les médecins généralistes/sages femmes libérales qui mentionnerait que le TV n'est pas une information nécessaire au suivi de grossesse à bas risque. Ainsi il permettrait aux MG de se former de manière indirecte.

#### **5. Le TV : une décision médicale partagée :**

Dans cette étude les MG justifiaient la réalisation d'un TV mensuel afin de rassurer la femme enceinte. Cette notion était abordée dans la thèse qualitative ayant servi de support à cette

étude ainsi que dans d'autres travaux récents montrant que les femmes enceintes sont surprises de ne pas avoir de TV pendant leur suivi de grossesse [16,44]. Elles estimaient que ce geste, bien qu'il soit jugé désagréable, les rassure. D'ailleurs les MG, qui habituellement ne réalisaient pas de TV pendant le suivi, pouvaient le réaliser à la demande de leur patiente. Le patient acteur contribue à la sécurité des soins en aidant au diagnostic précis et en participant à la décision médicale partagée [45]. Il convient au MG d'apporter aux femmes les informations nécessaires à la prise de cette décision. En effet ce geste est soumis à représentation et les femmes n'en comprennent pas toujours les enjeux [44], tout comme certaines ont une méconnaissance de leur corps [46].

Dans le cadre d'une relation médecin/patient basée sur la confiance, l'empathie, tout en cherchant à obtenir une décision médicale partagée il apparaît surprenant que le consentement ne soit pas toujours demandé avant la réalisation du TV [47,48]. D'autant plus surprenant avec les affaires récentes : comme en 2015 où les doyens des facultés rapportaient que les étudiants de deuxième cycle en présence d'un médecin sénior pratiquaient des touchers pelviens sur des patientes anesthésiés pour un acte de chirurgie de cette région, sans que le consentement du patient soit systématiquement demandé, contrairement aux principes de la loi du 4 mars 2002 [27]. De même en 2017 où une femme enceinte dénonçait auprès des médias une consultation avec la réalisation d'un TV sans consentement par une sage femme hospitalière [49]. A noter que dans le domaine hospitalier les violences gynécologiques et obstétricales récemment dénoncées par les femmes ont aboutis à la création d'un label de qualité des maternités, pour une pratique centrée patient, plus humaine [50].

## 6. Perspectives et conclusions:

Pour que les MG, qui pratiquaient encore le TV, abandonnent progressivement cette pratique il serait intéressant d'élaborer un courrier d'adressage entre le MG et la maternité : avec un contenu attendu type et mentionnant que le TV n'est pas une information à transmettre systématiquement. Cet outil serait construit en interrogeant les professionnels de la périnatalité en s'assurant de sa faisabilité auprès des différents intervenants.

Le développement des compétences attendues dans le domaine de la santé de la femme est nécessaire. D'abord en soutenant la formation à cette habileté technique, qu'est le TV, lors de la formation médicale initiale en utilisant des outils comme les centres de simulation, et envisager le développement des patientes professionnelles. Puis par la formation médicale continue obligatoire qui permet quant à elle d'informer les professionnels de santé des nouvelles recommandations et ainsi faciliter leur appropriation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours- Disponible sur [http://ns226617.ovh.net/RDP/2008/10/RDP\\_2008\\_10\\_1154.pdf](http://ns226617.ovh.net/RDP/2008/10/RDP_2008_10_1154.pdf)
2. CNGOF – Recommandation pour la pratique clinique – La Menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (2002). Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17\\_6/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_6/site/html/cours.pdf)
3. Bilan démographique 2016 - Insee Première - 1630 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
4. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>
5. Campus de Pédiatrie- Collège national des Pédiatres Universitaires. Suivi médical de l'enfant [Internet]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/suivi\\_medical/site/html/4.html#42](http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/suivi_medical/site/html/4.html#42)
6. Enquête périnatale nationale 2016 [Internet]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
7. HAS - RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES - Mai 2016 - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
8. HAS - RECOMMANDATIONS de BONNE PRATIQUE - Décembre 2009 - Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement.

Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf)

9. CNGOF – Recommandations pour la pratique clinique - Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003).

10. HAS – Comment mieux informer les femmes enceintes – Avril 2005 - Disponible sur: [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)

11. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. Lancet. 24 sept 1994;344(8926):841-4

12. Lorioux R, Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331/document>

13. Bon-Mardion D, Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00669008/document>  
42

14. Choplin-coindre S. Pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque. Évaluation de sa pertinence. 2016.

15. DIAS S, Etat des lieux de la pratique gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France.pdf. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432\\_THESEDIAS.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESEDIAS.pdf)

16. Duchateau C, Martin M, Attitudes des médecins généralistes quant à la réalisation du toucher vaginal, dans le suivi des grossesses à bas risque. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune6740>

17. Cailliez E, Niogret-Buisson D, Masson-Bellanger C, Leroux G, Baron C, Huez JF Dépistage du diabète gestationnel, à propos d'une étude des pratiques en Sarthe Exercer, 2016;123:10-18
18. Drees. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge[Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
19. Drees: études et résultats: attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
20. ORS/URML Pays de la Loire: Suivi de grossesse: attitudes et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: [https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016\\_14\\_suivi\\_grossesse\\_panel3mgpdl.pdf](https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf)
21. Benoist G. Prédiction de l'accouchement prématuré chez les femmes symptomatiques (en situation de menace d'accouchement prématuré). Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2016;45(10):1346-63.
22. Compan C, Rossi A, Piquier-Perret G, Delabaere A, Vendittelli F, Lemery D, et al. Prédiction de la prématurité en cas de menace d'accouchement prématuré: revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 24 sept 2015;44(8):740-51.
23. HAS. Mesure de la longueur du col de l'utérus par échographie transvaginale- document d'avis [Internet]. 2010. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/mesure\\_de\\_la\\_longueur\\_du\\_col\\_de\\_luterus\\_par\\_echographie\\_endovaginale\\_-\\_document\\_davis.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/mesure_de_la_longueur_du_col_de_luterus_par_echographie_endovaginale_-_document_davis.pdf)

24. Berghella V, Tolosa JE, Kuhlman K, Weiner S, Bolognese RJ, Wapner RJ. Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 oct 1997;177(4):723-30.
25. Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré à l'aide de l'examen clinique et de l'échographie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. nov 2002;31(7):22-34.
26. Gomez R, Galasso M, Romero R, Mazor M, Sorokin Y, Gonçalves L, et al. Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 oct 1994;171(4):956-64.
27. Doyen des facultés de médecine. Rapport-Formation-clinique-etudiants-medecine.pdf [Internet]. 2015 oct. p. 25. Disponible sur: <http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2015/10/271015-Rapport-Formation-clinique-etudiants-medecine.pdf>
28. Dilaveri CA, Szostek JH, Wang AT, Cook DA. Simulation training for breast and pelvic physical examination: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013;120(10):1171-82.
29. Bouet PE, Jeanneteau P, Parot E, Legendre G, Richard I, Granry JC, et al. CNGOF-Enseignement sur simulateur en gynécologie : évaluation des étudiants hospitaliers. 2013;6.
30. Arias T. Apport de la simulation dans l'apprentissage du toucher vaginal obstétrical [Internet] [Thèse DES gynécologie-obstétrique]. Faculté de Nice-Sophia Antipolis; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01206812/document>
31. Beckmann CRB, Barzansky BM, Sharf BF, Meyers K. Training gynaecological teaching associates. *Medical Education*. 1988;22(2):124-31.
32. Nestel D, Bearman M. *Simulated Patient Methodology: Theory, Evidence and Practice*. John Wiley & Sons; 2014. p126-1299.

33. Pickard S, Baraitser P, Rymer J, Piper J. Can gynaecology teaching associates provide high quality effective training for medical students in the United Kingdom? Comparative study. *BMJ*. 13 déc 2003;327(7428):1389-92.
34. Janjua A, Smith P, Chu J, Raut N, Malick S, Gallos I, et al. The effectiveness of gynaecology teaching associates in teaching pelvic examination to medical students: a randomised controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. mars 2017;210:58-63.
35. Siwe K, Wijma K, Stjernquist M, Wijma B. Medical students learning the pelvic examination: Comparison of outcome in terms of skills between a professional patient and a clinical patient model. *Patient Education and Counseling*. 1 nov 2007;68(3):211-7.
36. Duffy J, Chequer S, Braddy A, Mylan S, Royuela A, Zamora J, et al. Educational effectiveness of gynaecological teaching associates: a multi-centre randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1 mai 2016;123(6):1005-10.
37. Wånggren K, Jonassen AF, Andersson S, Pettersson G, Gemzell-Danielsson K. Teaching pelvic examination technique using professional patients: a controlled study evaluating students' skills. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2010;89(10):1298-303.
38. Jha V, Setna Z, Al-Hity A, Quinton ND, Roberts TE. Patient involvement in teaching and assessing intimate examination skills: a systematic review. *Medical Education*. 2010;44(4):347-57.
39. Janjua A, Roberts T, Okeahialam N, Clark TJ. Cost-effective analysis of teaching pelvic examination skills using Gynaecology Teaching Associates (GTAs) compared with manikin models (The CEAT Study). *BMJ Open* [Internet]. 1 juin 2018;8(6). Disponible sur: <https://bmjopen-bmj-com.buadistant.univ-angers.fr/content/8/6/e015823>

40. Annonce de recherche d'emploi de GTA de l'université des états de l'ouest de Portland [Internet]. Disponible sur:  
[https://www.simplyhired.com/search?q=gynecological+teaching+associate&job=tE\\_ed5EnPGF6ZGCGChMIxbqmIcNgDxejka-3NrSFVxASfYTtvbJ6oA](https://www.simplyhired.com/search?q=gynecological+teaching+associate&job=tE_ed5EnPGF6ZGCGChMIxbqmIcNgDxejka-3NrSFVxASfYTtvbJ6oA)
41. Welcome to UK-GTA Ltd: Gynaecology Teaching Associates- adult education [Internet]. UK-GTA Ltd. Disponible sur: <https://uk-gta.co.uk/>
42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.
43. Carnet de santé maternité [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet\\_de\\_maternite\\_\\_bd\\_2016v02.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf)
44. Vuillermet S, Justeau C. Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque [These de Diplome d'Etat de Docteur en Médecine Générale]. Faculté de Medecine d'Angers; 2019.
45. Mougeot, F., Robelet, M., Rambaud, C., Ocelli, P., Buchet-Poyau, K., Touzet, S. & Michel, P. (2018). L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de la littérature entre sciences sociales et santé publique. *Santé Publique*, vol. 30(1), 73-81. doi:10.3917/spub.181.0073.
46. Corre Labat M. Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes. [Mémoire]. Angers : Ecole de Sages-femmes ; 2012. 84 p. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers//2012474/fichier/474F.pdf>
47. Galissard C. Consentement et vécu du toucher vaginal par les femmes primigestes en consultation prénatale [Mémoire de diplôme d'état de sage-femme]. Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud. Disponible sur : [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/e7a93823-888d-4ac2-bfa6-67a90c424a48/blobholder:0/Msfl\\_2016\\_GALISSARD\\_Clara.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/e7a93823-888d-4ac2-bfa6-67a90c424a48/blobholder:0/Msfl_2016_GALISSARD_Clara.pdf)

48. Morvan P. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales [Mémoire Diplôme d'Etat de Sage-femme]. Caen - Campus 5; 2015.
49. « J'ai dit non, elle l'a fait quand-même » : les touchers vaginaux non consentis ont la vie dure [Internet]. LCI. Disponible sur: <https://www.lci.fr/societe/j-ai-dit-non-elle-l-a-fait-quand-meme-les-touchers-vaginaux-non-consentis-ont-la-vie-dure-2021110.html>
50. Maternys-web.pdf [Internet]. Maternys. Disponible sur: <https://www.maternys.com/wp-content/uploads/2019/02/Maternys-web.pdf>

Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux des participants de l'étude.....5

Figure 2: Répartition des MG concernant leur pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas  
risque: ..... 7

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I: Caractéristiques des participants.....	6
Tableau II: Répartition des différentes pratiques du TV en fonction des caractéristiques des MG.....	8
Tableau III: Motivations du groupe 3.....	9
Tableau IV : Consultation de réalisation du TV programmé par les MG du groupe 2.....	10
Tableau V : Motivations du groupe 2.....	11
Tableau VI : Justifications de la pratique du groupe 1.....	12
Tableau VII : Justifications de la pratique du groupe 2.....	12
Tableau VIII : Justification de la pratique du groupe 3.....	13
Tableau IX : Indications à réaliser un TV sur point d'appel.....	15

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>VII</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>4</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Participation à l'étude.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Caractéristiques des participants.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque par les MG.....</b>	<b>7</b>
<b>4. Répartitions des différentes pratiques du TV en fonction des caractéristiques des MG.....</b>	<b>8</b>
<b>5. Motivations à réaliser un TV pendant le suivi de grossesse.....</b>	<b>9</b>
5.1. Groupe 1.....	9
5.2. Groupe 2.....	10
5.2.1. Programmation du TV.....	10
5.2.2. Motivations.....	11
<b>6. Justification de la pratique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque ..</b>	<b>12</b>
6.1. Groupe 1.....	12
6.2. Groupe 2.....	12
6.3. Groupe 3.....	13
<b>7. Connaissance des recommandations.....</b>	<b>14</b>
<b>8. Ressenti et consentement.....</b>	<b>14</b>
<b>9. Réalisation d'un TV à la demande.....</b>	<b>14</b>
<b>10. Indications du TV sur point d'appel pendant le suivi de grossesse.....</b>	<b>15</b>
<b>11. Modification des pratiques au cours de l'exercice professionnel.....</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>	<b>17</b>
<b>1. Résultats principaux.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Forces et limites de l'étude.....</b>	<b>17</b>
2.1. Forces.....	17
2.2. Biais.....	18
<b>3. Le TV: une habileté technique à adapter.....</b>	<b>18</b>
3.1. Les situations cliniques justifiant sa réalisation.....	18
3.2. TV et formation médicale.....	19
<b>4. Le TV comme élément clinique indispensable à transmettre.....</b>	<b>21</b>
<b>5. Le TV: une décision médicale partagée.....</b>	<b>21</b>
<b>6. Perspectives et conclusions.....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>24</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>31</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>32</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>33</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

## **ANNEXES**

### **suivi de grossesse à bas risque**

Vous allez débiter le questionnaire sur la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque. Je vous remercie de votre participation. La plupart des questions sont sous la forme d'un oui/non/ne sait pas, permettant de réaliser ce questionnaire assez rapidement (environ 7 min).

Il y a 33 questions dans ce questionnaire.

#### **description de l'échantillon**

##### **Etes-vous ? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

##### **Quel âge avez-vous? \***

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.  
Veillez écrire votre réponse ici :

- 

##### **Dans quel département exercez-vous? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Sarthe
- Mayenne
- Maine et Loire

##### **=Vous avez une activité ? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

##### **Combien en moyenne effectuez-vous de suivi de grossesse par an? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- aucun
- 1 - 4
- 5 - 9
- plus de 9 par an

### **Etes-vous maitre de stage universitaire? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### **Etes-vous maitre de stage : \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :  
La réponse était 'Oui' à la question '6 [Q6]' (Etes-vous maitre de stage universitaire?)  
Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- SASPAS
- SAFE
- Stage de niveau 1 (PRAT)
- Deuxième cycle

### **Avez-vous une formation complémentaire en gynéco-obstétrique?**

\*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Oui</b>	<b>Incertain</b>	<b>Non</b>
<b>type DIU (diplome inter universitaire)?</b>			
<b>type journée annuelle de formation en gynécologie-obstétrique?</b>			

## **Questions**

**Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous  
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je réalise un toucher vaginal systématique mensuel
- Je réalise un à deux TV programmé sur l'ensemble du suivi de grossesse
- Je ne réalise pas de TV

# Groupe 1

**Vous réalisez systématiquement un TV lors des consultations prénatales de suivi de grossesse à bas risque:**

**Quelles sont les motivations de cette pratique?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un toucher vaginal systématique mensuel' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Incertain	Non
<b>Je trouve que le TV fait partie de l'examen gynécologique de base</b>			
<b>Afin de ne pas passer à coté d'une menace d'accouchement</b>			
<b>Afin de ne pas passer à coté d'une grossesse extra utérine</b>			
<b>Pour rassurer la patiente</b>			
<b>Pour préparer les patientes aux TV effectués pendant le travail</b>			
<b>Pour me rassurer sur l'état du col</b>			
<b>Par crainte d'être jugé incompetent par la patiente</b>			
<b>Afin de ne pas perdre mon habileté technique</b>			
<b>Afin de transmettre le geste technique à l'étudiant/interne</b>			
<b>C'est une information nécessaire au suivi pluridisciplinaire</b>			
<b>Autre</b>			

repondez à chaque proposition par: oui, non, ne sait pas/incertain.

**autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '10 [Q10]' (Vous réalisez systématiquement un TV lors des consultations prénatales de suivi de grossesse à bas risque: Quelles sont les motivations de cette pratique? (Autre))

Veillez écrire votre réponse ici :

**Vous autorisez-vous à doubler le TV afin de confronter les caractéristiques du col avec votre étudiant/interne? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '10 [Q10]' (Vous réalisez systématiquement un TV lors des consultations prénatales de suivi de grossesse à bas risque: Quelles sont les motivations de cette pratique? (Afin de transmettre le geste technique à l'étudiant/interne))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### **Quels éléments vous confortent dans la pratique systématique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un toucher vaginal systématique mensuel' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Oui</b>	<b>Incertain</b>	<b>Non</b>
<b>Les recommandations: HAS, sociétés savantes...</b>			
<b>Les échanges entre confrères: FMC, groupes de pairs, confrontation des pratiques...</b>			
<b>L'expérience professionnelle</b>			
<b>L'expérience personnelles</b>			
<b>La satisfaction des patientes</b>			
<b>Autres</b>			

repondez pour chaque proposition par: oui, non ou ne sait pas/incertain

#### **autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '13 [Q12]' (Quels éléments vous confortent dans la pratique systématique du TV lors du suivi de grossesse à bas risque? (Autres))

Veillez écrire votre réponse ici :

## **Groupe 2**

**vous réalisez 1 à 2 TV programmé lors du suivi de grossesse à bas risque.**

### **A quel moment de la grossesse le (s) réalisez-vous?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un à deux TV programmé sur l'ensemble du suivi de grossesse' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Au premier trimestre avant la première échographie</b>	<b>Au quatrième mois</b>	<b>Lors de la dernière consultation de suivi (avant que votre patiente soit orientée vers la maternité)</b>	<b>Peu importe la consultation</b>
<b>presque toujours</b>				
<b>souvent</b>				
<b>rarement</b>				
<b>jamais</b>				

**Quelles motivations sous tendent cette pratique?**

**Pour chaque proposition, répondez par oui ou non ou incertain (= ne sait pas)**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un à deux TV programmé sur l'ensemble du suivi de grossesse' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Oui</b>	<b>Incertain</b>	<b>Non</b>
<b>Afin d'avoir un TV de référence</b>			
<b>Afin de dépister une menace d'accouchement prématuré asymptomatique</b>			
<b>Afin de dépister une grossesse extra utérine</b>			
<b>Pour me rassurer</b>			
<b>Pour rassurer la patiente</b>			
<b>Afin de ne pas perdre mon habileté technique</b>			
<b>Pour transmettre l'état du col aux équipes de la maternité</b>			
<b>Autre</b>			

**autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '16 [Q14]' (Quelles motivations sous tendent cette pratique? pour chaque proposition, repondez par oui ou non ou incertain (= ne sait pas) (Autre))

Veillez écrire votre réponse ici :

**Quels éléments vous confortent dans la pratique d'un à deux TV? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un à deux TV programmé sur l'ensemble du suivi de grossesse' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Incertain	Non
<b>Les recommandations: HAS, sociétés savantes...</b>			
<b>Les échanges entre confrères: FMC, groupes de pairs, confrontation des pratiques...</b>			
<b>L'expérience professionnelle</b>			
<b>L'expérience personnelle</b>			
<b>La satisfaction des patientes</b>			
<b>Autre</b>			

repondez pour chaque proposition par : oui, non ou incertain (=ne sait pas)

**autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '18 [Q15]' (Quels éléments vous confortent dans la pratique d'un à deux TV? (Autre))

Veillez écrire votre réponse ici :

**Vous arrive t-il de réaliser un TV à la demande de la patiente? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je réalise un à deux TV programmé sur l'ensemble du suivi de grossesse' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### **groupe 3**

**Vous ne pratiquez pas de TV lors du suivi de grossesse à bas risque.**

**Quelles motivations sous tendent cette pratique?**

\*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je ne réalise pas de TV' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Incertain	Non
<b>Les recommandations: HAS (Haute Autorité de Santé), sociétés</b>			

Oui

Incertain

Non

savantes,...

**Les échanges entre confrères: FMC  
(formation médicale continue),  
groupes de pairs, confrontation des  
pratiques...**

**L'expérience professionnelle**

**L'expérience personnelle**

**La crainte d'être iatrogène**

**Le fait que ce geste soit désagréable  
pour la patiente**

**Autre**

répondez à chaque proposition par oui, non, ne sait pas/incertain.

**autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '21 [Q17]' (Vous ne pratiquez pas de TV lors du suivi de grossesse à bas risque. Quelles motivations sous tendent cette pratique? (Autre))

Veillez écrire votre réponse ici :

**Rencontrez-vous des difficultés auprès des patientes pour faire adoptez cette pratique? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je ne réalise pas de TV' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

repondez à chaque proposition par oui, non ou incertain/ne sait pas

**Quelles difficultés rencontrez-vous? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '23 [Q18]' (Rencontrez-vous des difficultés auprès des patientes pour faire adoptez cette pratique?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui

Incertain

Non

**La patiente a rencontré une  
pratique du TV systématique  
mensuel pour ses grossesse  
précédentes**

**Le TV rassure la patiente**

**Pour la patiente, le TV est une  
compétence professionnelle  
nécessaire au suivi de sa grossesse**

**Le conjoint souhaite que vous**

Oui

Incertain

Non

### **réalisez le TV**

#### **Autre**

pour chaque proposition, répondez par: oui, non, ne sait pas/incertain.

#### **autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '24 [Q19]' (Quelles difficultés rencontrez-vous? (Autre))

Veillez écrire votre réponse ici :

#### **Vous arrive t-il de réaliser un TV à la demande de la patiente? \***

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Je ne réalise pas de TV' à la question '9 [Q9]' (Concernant la pratique du toucher vaginal (TV) lors du suivi de grossesse à bas risque, quelle est votre attitude la plus fréquente lors de ces consultations?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### **question suite**

#### **En ce qui concerne votre façon d'aborder le TV:**

**demandez-vous expressément le consentement de votre patiente lorsque vous souhaitez réaliser un TV pendant ces consultations?**

\*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Le ressenti de la patiente fait-il parti de vos préoccupations lorsque vous avez à pratiquer ce geste? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

### **suite question TV**

**Que préconisent les recommandations actuelles concernant la pratique du TV lors des consultations prénatales de suivi des grossesses à bas risque? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Il ne faut pas faire de TV lors du suivi de grossesse en dehors d'un point d'appel
- Il faut systématiquement réaliser un TV lors des consultations prénatales de suivi
- Il faut réaliser un ou deux TV lors du suivi de grossesse (en dehors de point d'appel)
- Ne sait pas

**Lors du suivi de grossesse à bas risque, les indications du toucher vaginal vous paraissent-elles claires? \***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

**Sur quels points d'appels réaliseriez-vous le TV? \***

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Incertain	Non
<b>Métrorragie du 1er trimestre</b>			
<b>Métrorragie du 2/3ème trimestre</b> (en sachant qu'il ne s'agit pas d'un placenta praevia)			
<b>Douleurs pelviennes au 1er trimestre</b>			
<b>Douleurs pelviennes 2/3ème trimestre</b>			
<b>Des leucorrhées pathologiques</b>			
<b>La description de contractions utérines régulières et douloureuses</b>			
<b>Fièvre</b>			
<b>Douleurs abdominales imprécises</b>			
<b>Autres</b>			

repondez à chaque proposition par: oui, non, ne sait pas/incertain

**autre:**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '31 [Q25]' (Sur quels points d'appels réaliseriez-vous le TV? (Autres))

Veillez écrire votre réponse ici :

**Avez- vous modifié votre pratique au fil du temps concernant le TV lors du suivi de grossesse à bas risque? \***

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Oui, vers une diminution du nombre de TV lors du suivi

- Oui, vers une augmentation du nombre de TV lors du suivi

Envoyer votre questionnaire.  
Merci d'avoir complété ce questionnaire.



## BURGEVIN JULIA

### Attitude des médecins généralistes quant à la pratique du toucher vaginal lors du suivi de grossesse à bas risque

#### RÉSUMÉ

**Introduction :** Depuis 2005, la HAS ne recommande plus de pratiquer un TV à chaque consultation de suivi de grossesse à bas risque. Une étude qualitative de 2016 relevait que certains MG continuaient de réaliser ce geste de manière systématique. Dans ce contexte, il semblait intéressant de connaître la proportion de MG appliquant les recommandations ou non, leurs caractéristiques et les déterminants de cette pratique.

**Méthodes :** il s'agissait d'une étude quantitative descriptive interrogeant 940 MG des départements du Maine et Loire, Sarthe et Mayenne par questionnaire réalisé sur Limesurvey adressé par mail entre avril et juin 2018. Le recueil des données était réalisé sur Excel, leurs analyses sur biostaTGV.

**Résultats :** Sur 233 MG qui ont été inclus, 15% réalisaient un TV systématiquement lors des consultations de suivi prénatal, 36% programmaient un à deux TV, et 49% ne réalisaient pas de TV en dehors de point d'appel. Il existe une différence significative ( $p < 0.05$ ) concernant le type de pratique du TV et le fait d'être ou non MSU : les MSU ne pratiquant pas de TV systématique pour 59% d'entre eux. 75% des MG ont réduit leur nombre de TV réalisé pendant le suivi prénatal.

**Conclusion :** La moitié des MG des départements étudiés ont une pratique en accord avec les recommandations. Afin d'améliorer le suivi de la femme, l'apprentissage du geste technique qu'est le TV est nécessaire puisqu'il est utile dans certaines situations. Ses indications sont enseignées au cours de la formation médicale initiale et continue et permettent d'associer les patientes à la décision de réalisation du TV.

**Mots-clés :** toucher vaginal, suivi de grossesse, médecins généralistes

### Attitude of general practitioners towards the practice of vaginal examination during low risk pregnancy consultation

#### ABSTRACT

**Introduction:** Since 2005, the HAS no longer recommends practicing a vaginal examination (VE) at each prenatal low-risk pregnancy consultation. A qualitative study from 2016 noted that some general practitioners (GP) continued to practice this exam in a systematic way. In this context, it seemed interesting to know the proportion of GP applying the recommendations or not, their characteristics and the determinants of this practice.

**Methods:** this was a descriptive quantitative study questioning 940 GP of the departments of Maine et Loire, Sarthe and Mayenne by questionnaire carried out on Limesurvey sent by email between April and June 2018. The data was collected in Excel, analysed on biostaTGV.

**Results:** Of the 233 GP who were included, 15% routinely performed a VE during prenatal consultations, 36% scheduled one to two VE, and 49% did not perform a VE except in case of symptom. There is a significant difference regarding the type of TV practice and if you are an internship supervisor GP or not: 59% of internship supervisor don't practice systematic TV. During their practice, 75% of GP reduced their number of VE performed during prenatal consultation.

**Conclusion:** Half of the MG of the departments studied has a practice in accordance with the recommendations. In order to improve a woman's health, learning the technical examination that is VE is necessary since it is useful in certain situations. Its indications are taught during initial and continuing medical training and allow patients to be associated in the achievement of VE.

**Keywords :** vaginal examination, prenatal consultation, general practitioners