

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Pratique du Toucher Vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque

Évaluation de sa pertinence

CHOPLIN COINDRE Sophie

Née le 22 août 73 à Dôle (39)

Sous la direction de M. le Dr. AIREAU Xavier

Membres du jury

M^{me} le professeur BARON Céline

M. le Dr. AIREAU Xavier

M. le professeur GARNIER François

M. le professeur SENTILHES Loïc

| Président

| Directeur

| Membre

| Membre

Soutenue publiquement le :
06 juillet 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée CHOPLIN COINDRE Sophie
déclare être pleinement consciente 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 **06/06/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	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
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	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
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	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
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	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
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	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
ROHMER Vincent	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 M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine

CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	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
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur BARON-HAURY Céline

Président de Jury

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assurée de ma sincère gratitude et de ma profonde considération.

À Monsieur le Docteur AIREAU Xavier

Directeur de Thèse

Vous avez eu la gentillesse et la patience de me guider dans ce travail de thèse. Vos conseils et votre disponibilité ont permis l'aboutissement de ce projet. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur GARNIER François

Membre du Jury

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de juger ce travail. Je vous en remercie et vous prie de recevoir l'expression de ma profonde considération.

À Monsieur le Professeur SENTILHES Loïc

Membre du Jury

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Debarre Jean-Michel,

mon voisin et ami, vous m'avez soutenue et encouragée tout au long de ce travail. Soyez en vivement remercié.

À Monsieur le Docteur Hitrop Laurent et tous les praticiens de la maison de santé Jean Bernard de Cholet. Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre patience. Le moment tant attendu est enfin là ! Je vais être docteur et je vais pouvoir m'installer dans mon bureau, avec vous.

À mon ex beau-frère et ami, Christophe (Docteur ès cerfs !). Merci pour ton aide, tes relectures, ton soutien. Maintenant, c'est moi le docteur de la famille... !

À ma mère, merci pour tes relectures, tes corrections, tes conseils, et tout ce qui m'a permis d'en arriver là !

À mon mari Eric et mes enfants Agathe, Alexandre, Gabriel et Raphaël.

A mon père, qui n'aura jamais vu la fin de mon parcours. Je ne suis plus « l'éternelle étudiante ».

Sans oublier la statisticienne de l'hôpital de Cholet, **Mme Baron Sandrine**. Je n'aurai jamais su faire marcher EXCEL sans elle.

Et tous mes amis, en particulier : **Véronique, Séverine, David, Maud, Catherine, Patrick** et les potes de l'aquario, mes camarades du DESS Analyses et Traitements des Surfaces de Reims (ma première vie), les amis de la fac de Tours et de Paris Ouest, de la prépa à Caen...

Et le reste de la famille et tous les gens que j'oublie.

Liste des abréviations

AFP	Alpha Foeto Proteine
AP	Accouchement Prématuro
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CRAP	Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
CRH	Corticotropin Releasing Hormone
CU	Contraction Utérine
FMC	Formation Médicale Continue
FnF	Fibronectine Fœtale
G-CSF	Granulocyte-Colony Stimulating Factor
GM	Gynécologue Médical
GO	Gynécologue Obstétricien
HAS	Haute Autorité de Santé
MAP	Menace d'Accouchement prématuré
MG	Médecin généraliste
PAPP-A	Pregnancy-Associated Plasma Protein-A
Ph-IGFBP-1	Phosphoryled Insuline-like Growth Factor Binding Protein 1
PRP	Diamètre Promonto Rétro Pubien
SA	Semaine d'Aménorrhée
SF	Sage-Femme
TM	Diamètre Transverse Médian
TV	Toucher Vaginal
VPN	Valeur Predictive Negative
VPP	Valeur Predictive Positive

Plan

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INTRODUCTION

TOUCHER VAGINAL ET GROSSESSE À BAS RISQUE : HISTORIQUE ET DÉFINITIONS

1. Toucher Vaginal

- 1.1. Historique
 - 1.2. Technique
 - 1.2.1. Rappels anatomiques
 - 1.2.1.1. Utérus
 - 1.2.1.2. Les ovaires
 - 1.2.1.3. Le bassin
 - 1.2.1.3.1. Le bassin osseux
 - 1.2.1.3.1.1. Le détroit supérieur
 - 1.2.1.3.1.2. Le détroit inférieur
 - 1.2.1.3.1.3. L'excavation pelvienne
 - 1.2.1.3.1.4. L'ogive pubienne
 - 1.2.1.3.2. Les parties molles du bassin
 - 1.2.2. Réalisation du geste (8)
 - 1.2.2.1. Technique de l'examen
 - 1.2.2.2. Ce qu'il permet d'évaluer
 - 1.2.2.3. Apport du TV au suivi de grossesse
 - 1.2.2.3.1. Modification du col de l'utérus en fonction de l'âge gestationnel :
 - 1.2.2.3.2. Etat des orifices :
 - 1.2.2.3.3. Modifications de l'utérus :
 - 1.2.2.3.4. Diagnostic de la présentation :
 - 1.2.2.3.5. Evaluation du bassin obstétrical
 - 1.2.2.3. Limites de l'examen
 - 1.3. Résumé des apports du TV au suivi des femmes
 - 1.4. Législation
 - 1.4.1. Code de déontologie
 - 1.4.1.1. Médecin :
 - 1.4.1.1.1. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) - 11/10/2012
 - 1.4.1.1.2. Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique)
 - 1.4.1.2. Sage-femme :
 - 1.4.2. Code civil
 - 1.4.3. Code de la Santé Publique
2. Grossesse à bas risque et prise en charge
 - 2.1. Définition
 - 2.2. Description de la prise en charge des grossesses en France

PRÉSENTATION ET RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU CHOLETAIS

1. Présentation de l'enquête

- 1.1. Description de l'enquête
- 1.2. Le questionnaire (voir annexe 5)

2. Résultats de l'enquête

- 2.1. Profils des professionnels
- 2.2. Caractéristiques des praticiens
- 2.3. Pratique du TV
- 2.4. Utilité de l'examen dans la pratique
- 2.5. Evolution de la pratique
- 2.6. Analyse sur l'âge du praticien
- 2.7. Réalisation selon le sexe
- 2.8. Réalisation selon la durée d'exercice
- 2.9. Selon le nombre de suivi de grossesse par semaine
- 2.10. Descriptif des explications données lors de la réalisation ou non du TV
- 2.11. Lorsque la réalisation du TV est impossible, que faites-vous ?
- 2.12. Remarques libres

DISCUSSION

1. Toucher Vaginal et grossesse à bas risque : discussion

- 1.1. Réalisation en fonction du sexe du praticien
- 1.2. En fonction de l'âge et du nombre de suivi
- 1.3. En fonction de la profession
- 1.4. Sur l'utilité du geste de dépistage

2. Controverses

- 2.1. Utilité
 - 2.1.1. Pronostic obstétrical
 - 2.1.2. Autres pathologies diagnostiquées par le TV
- 2.2. Inutilité
- 2.3. Pratique du geste
- 2.4. Autres solutions

CONCLUSION :

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

ANNEXE 1 : BREVET DE M^{ME} DUCOUDRAY

ANNEXE 2 : GRAVURE PRÉSENTANT LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN 1850.

ANNEXE 3 : TYPES DE SUIVI ET STRUCTURE RECOMMANDÉS POUR L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

CHRONOLOGIQUEMENT AU COURS DE LA GROSSESSE (LISTE INDICATIVE NON LIMITATIVE) (ACCORD PROFESSIONNEL).

ANNEXE 4 : CRAP (COEFFICIENT DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ)

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

ANNEXE 6 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

ANNEXE 7 : SCORE DE BISHOP

INTRODUCTION

La pratique du toucher vaginal (TV) dans le suivi de grossesse est très controversée depuis plusieurs années. Ce geste serait devenu plus un rituel qu'un réel outil diagnostic.

Il pourrait être iatrogène dans le suivi de routine des grossesses non symptomatiques. Pour certains détracteurs, c'est une atteinte à l'intimité des femmes.

Pratiqué surtout dans le but de dépister des modifications du col utérin en lien avec un risque d'accouchement prématuré, son utilité est remise en cause car d'autres techniques existent pour les dépister : scores, échographie du col, dosages de la fibronectine fœtale et d'autres marqueurs (estriol salivaire, CRH plasmatique, ...).

Son utilité n'est cependant pas remise en cause dans la pratique de la gynécologie médicale, le suivi du travail, dans l'évaluation des conditions locales pour déclencher un accouchement ou accorder une voie basse.

Ce travail de thèse reprend en 1^{ère} partie l'historique de l'obstétrique et décrit la place du toucher vaginal en gynéco-obstétrique. On s'intéressera au suivi de grossesse à bas risque, pratiqué en ambulatoire. En 2^{ème} partie, une étude de la pratique du TV par les praticiens du choletais sera détaillée. Les controverses actuelles seront évoquées au cours de la 3^{ème} partie.

TOUCHER VAGINAL ET GROSSESSE À BAS RISQUE :

HISTORIQUE ET DÉFINITIONS

1. Toucher Vaginal

1.1. Historique

Le toucher vaginal est lié à la pratique de l'obstétrique, c'est-à-dire à l'art de la prise en charge de la grossesse et des accouchements. Il est donc probablement pratiqué depuis fort longtemps.

On retrouve des traces en ce sens dans la Grèce antique et même pendant la préhistoire.

La prise en charge des femmes enceintes était initialement assurée par des prêtresses ; la maternité, mal comprise sur le plan scientifique, était du ressort du divin. Une riche mythologie existe, construite autour de la génération de nouveaux êtres humains, dans tous les pays et peuples du monde. Traditionnellement et dans toutes les contrées, l'enfantement reste une affaire de femme. (1) (2)

Dans le Talmud et l'Ancien Testament, des textes relatifs à la pratique du TV et diverses manœuvres obstétricales ont été retrouvés, prouvant que les Hébreux anciens avaient à leur disposition des sages-femmes. La première école de sages-femmes a été fondée en Egypte au VII^{ème} siècle avant JC. Néanmoins, la pratique semble avoir été surtout mystico-religieuse.

Dans l'antiquité grecque, la médecine a connu une avancée importante grâce à Hippocrate, Galien et Soranos (entre autres) et le rayonnement de cette civilisation a permis la propagation de meilleures pratiques, moins tournées vers le mystique. La pratique du TV était assez développée et permettait la détermination des diverses présentations fœtales. L'éclatement de l'empire romain et la destruction de la bibliothèque d'Alexandrie ont déplacé vers l'orient arabe la civilisation et la poursuite des recherches et écrits en obstétrique.

Quelques médecins célèbres comme Rhazes, Ali ben Abbas et Avicenne proposent des nouveautés fondées sur la science, mais la plupart du temps ne font que répéter les propos d'Hippocrate et Gallien.

Au moyen-âge, suite à l'effondrement de l'empire romain, l'art de la médecine se perd en Europe et retourne à l'obscurantisme, où la religion et les superstitions ont plus de poids que la science. L'obstétrique n'est pas épargnée, et retourne dans le giron de « matrones » ou « ventrières », nommées par le curé de paroisse plus pour leurs qualités religieuses (capacité à ondoyer le nouveau-né si les choses tournaient mal) que sur leurs capacités professionnelles. Elles étaient manifestement choisies parmi les femmes qui avaient réussi quelques accouchements et survécu aux leurs. Elles avaient moins de connaissances en obstétrique que leurs maris éleveurs de bestiaux, qui pouvaient faire plus de cas d'une truie ou d'une vache que de leurs épouses. Traditionnellement, la grossesse et l'accouchement sont des affaires de femmes, les hommes ne sont pas admis auprès de la parturiente. Les chirurgiens étaient parfois appelés au chevet des femmes, ils devaient se cacher d'elles pour les aider (1). Le fait qu'un homme soit nécessaire équivalait à admettre que l'enfant se présentait mal et qu'il faudrait sa force physique pour essayer d'améliorer les choses, ainsi l'issue de l'accouchement ne serait probablement pas heureuse. Il fallait aussi ménager la pudeur de la parturiente.

Au XV^{ème} siècle, les premiers livres d'enseignement en obstétrique apparaissent (3). La plupart des sages-femmes ne sachant pas lire, elles ne pouvaient guère en profiter. Au XVI^{ème} siècle, les chirurgiens accoucheurs étaient encore rares. Au XVII^{ème} siècle, néanmoins Louis XIV y eut recours pour l'accouchement de sa maitresse, Mme de la Vallière. Ainsi, les accouchements se passaient mieux à la ville qu'à la campagne, puisque les chirurgiens

formés y étaient plus nombreux. Leurs honoraires plus élevés que ceux d'une sage-femme limitaient aussi le recours par les ruraux à leurs soins.

Au XVIII^{ème} siècle, une grande campagne de santé publique a été lancée par le roi Louis XV. Devant une telle perte de « ressources humaines », il a permis la création d'une école « multi site » de sage-femme à Mme Angélique Le Boursier du Coudray, maîtresse sage-femme (voir annexe 1). Elle a pu, grâce à une machine de son invention, qui reproduisait un bassin féminin et son fœtus, enseigner à de très nombreuses femmes, recrutées dans les campagnes, l'art des accouchements. Elle forme aussi des chirurgiens démonstrateurs, qui continueront à former des femmes après son départ. Elle réalise un tour de France pour apporter par séquence de 2 mois l'enseignement obstétrical, sanctionné par la délivrance d'un certificat. Du 1^{er} cours, dispensé en Auvergne en 1759, au dernier cours en 1783, à Bourg-en-Bresse, on estime qu'Angélique du Coudray a formé dans une cinquantaine de villes environ 5000 élèves. Un inspecteur est nommé : Michel Chevreul, jeune chirurgien angevin qui dispensa lui-même des cours d'accouchement, chargé de veiller au respect de la méthode mise en place par Mme du Coudray. En Touraine, il constata que peu de femmes avaient été sélectionnées et qu'il y avait peu de fonds alloués à leur formation. Il estima qu'il s'agissait d'une question de mentalité : « Si c'était pour former un vétérinaire, l'espoir d'avoir un homme qui pût prévenir ou empêcher la mortalité de leurs bestiaux les porterait à donner tout ce qu'on leur demanderait sans répugnance, mais pour conserver leur femme, il en est tout autrement ; une de perdue, une de retrouvée ».

Les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles ont vu l'essor de la médecine basée sur l'expérimentation. Le toucher vaginal était un pilier de l'obstétrique, impensable de s'en passer, même sous prétexte de pudeur. Comme l'explique le Dr P. Maigne dans son livre de 1839, *Du toucher considéré sous le rapport des accouchements* (4), « le toucher, considéré sous le point de

vue relatif aux accouchements, est l'art de constater l'état des diverses parties molles et dures qui concourent, chez la femme, à l'accomplissement de la génération. Il serait superflu d'insister sur la nécessité de ce moyen d'exploration, et sur les avantages qu'il procure ; sans lui tout devient mystère et problème pour le praticien. Ce n'est qu'à l'aide des lumières qu'on en retire qu'il est possible de s'éclairer sur le caractère des faits dont la connaissance importe et pour le salut de la femme et pour la conscience du médecin. »

En 1971, c'est le premier plan de périnatalité par Papiernik qui rend cet examen systématique au cours de la grossesse comme prévention des naissances prématurées. La bonne formation des praticiens (sages-femmes, médecins et chirurgiens) ainsi que les découvertes en hygiène, ont fait reculer la mortalité et la morbidité en obstétrique. Ces dernières années, il est même devenu difficilement acceptable de perdre la mère et/ou l'enfant lors d'un accouchement. De nouvelles méthodes d'examens, biologiques et d'imageries ont été développées pour assurer un meilleur suivi. Actuellement, ces méthodes comme l'échographie du col et le dosage de certaines substances comme la FibroNectine Foetale pourraient être en passe de supplanter le traditionnel TV (5). On est aussi en droit de juger de la pertinence de la réalisation de ce geste, qui pourrait à son tour être qualifié « d'un autre temps ».

Historiquement, le TV a été pratiqué debout, allongée sur un lit ou un canapé, en général sous les jupes pour respecter la pudeur (voir annexe 2). Il est même décrit en position accroupie, dos à l'examineur. Le praticien n'a pas toujours des gants, parfois il ne se protège qu'avec de la graisse. Les règles d'hygiène n'ayant été découvertes et appliquées que tardivement dans l'histoire de la médecine, les transmissions microbiennes n'étaient pas prévenues.

Le TV a été l'objet de nombreuses études et publications récentes sur son intérêt en pratique actuelle vis-à-vis des nouveautés diagnostiques. Dernièrement dans l'actualité, son utilisation

a été fortement remise en cause par les patientes et quelques praticiens (6). Il pourrait être dès lors considéré plus comme un rituel (7) qu'un examen nécessaire au suivi de la grossesse.

1.2. Technique

1.2.1. Rappels anatomiques

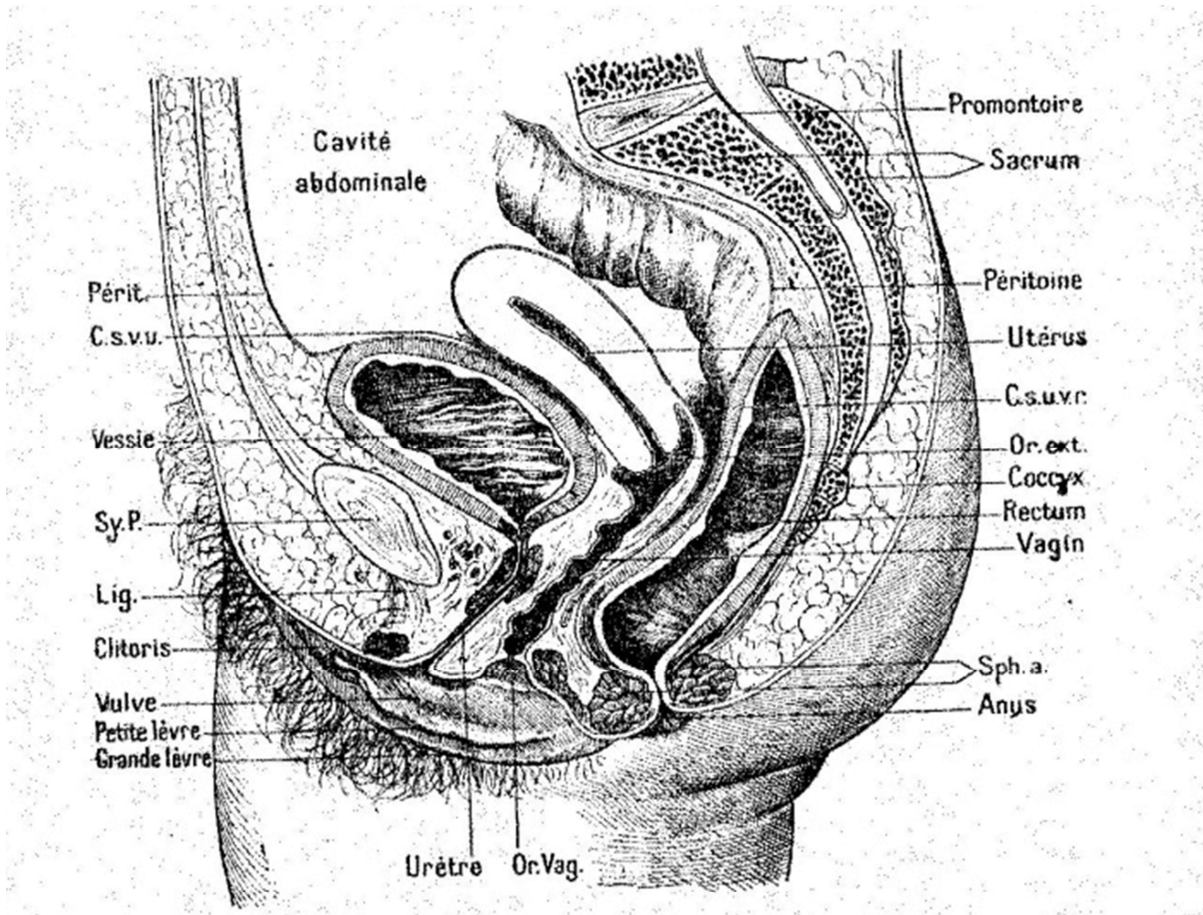


Figure 1 : Coupe montrant les rapports de l'utérus chez la femme non gravide

Le petit bassin féminin est constitué de plusieurs organes : l'utérus, les ovaires, les trompes et le vagin contenus dans la cavité pelvienne bordée latéralement par les os du bassin, en bas par le périnée et en haut par la cavité abdominale. On y trouve aussi le rectum, le canal anal et la vessie. Le péritoine recouvre la vessie, se replie sur l'utérus, formant entre les 2 organes le cul-de-sac vésico-utérin ; puis il se réfléchit au niveau du rectum, créant le cul-de-sac de Douglas ou recto-utérin en nouvelle nomenclature.

1.2.1.1. Utérus

L'utérus est l'organe de la gestation. Il mesure environ 7cm de long sur 4cm de large et 3cm d'épaisseur. C'est un muscle lisse creux situé sous la cavité pelvienne, au-dessous des anses grêles et du colon sigmoïde, au-dessus et en arrière de la vessie, en avant du rectum.

Il est constitué d'un corps, d'un col et d'un isthme. Il a la forme d'une tête de taureau et est aplati dans le sens antéro-postérieur. Le corps est triangulaire : sa base (fundus) est la partie supérieure ; les 2 angles latéraux (les cornes utérines) reçoivent l'implantation des trompes (ou salpinx). Son sommet est l'isthme, partie virtuelle séparant corps et col. Le col utérin est un cylindre à paroi épaisse sur lequel s'insère le vagin. Il est constitué de 3 parties : la partie supravaginale en continuité avec le corps, la zone d'insertion vaginale et la partie intravaginale (qui est accessible au TV), percée d'un orifice, l'ostium utérin, punctiforme chez la nullipare, il s'allonge transversalement après le premier accouchement puis devient irrégulier chez la multipare. Le col poursuit la direction générale du corps vers le bas bien qu'il présente une différence d'inclinaison. L'axe du col est plus vertical que l'axe du corps. L'angle entre le corps et le col est ouvert en avant, angle d'antéflexion d'environ 110°, le col regardant en bas et en avant. La flexion est déterminée par l'angle entre l'axe de la cavité utérine et l'axe du col. L'ensemble formé par le corps et le col est tourné vers l'avant (utérus oblique en haut et en avant), on parle d'antéversion.

Il peut exister une absence d'antéflexion (corps et col dans le même axe), une absence d'antéversion (l'utérus est dans le plan frontal), une rétroversion (l'utérus voit le fond vers l'arrière) ou une rétroflexion (corps vers l'arrière avec le col vertical).

Le corps de l'utérus possède 2 convexités : transversalement et dans le sens antéropostérieur (convexité plus allongée).

L'utérus est mobile dans une certaine mesure, en particulier avec le remplissage vésical, où il bascule vers le haut suite à la poussée du dôme vésical. Il est solidement attaché en bas par

l'amarrage du vagin autour du col par l'existence des paramètres (espaces fibreux sous-péritonéaux où passent les vaisseaux sanguins et lymphatiques de l'utérus ainsi que l'uretère) et de ligaments :

- Le ligament rond qui amarre une corne de l'utérus à la grande lèvre en passant par l'anneau inguinal profond.
- Le ligament utéro-sacré qui part de la face latérale du col pour atteindre la face antérieure du sacrum. Il délimite latéralement le cul-de-sac péritonéal recto-utérin. Il assure la stabilité de l'utérus et sa suspension avec le paracervix.
- Les paramètres, l'orientation inverse du vagin et les muscles élévateurs de l'anus assurent aussi le soutènement de l'utérus.

L'utérus est recouvert d'une séreuse péritonéale sur les 2 faces du corps et postérieurement jusqu'au niveau du col. L'adhérence est forte sur la partie antérieure alors que sur la face postérieure l'adhérence n'est que partielle. Le péritoine se réfléchit sur les organes voisins : vessie en bas et avant, formant le cul-de-sac vésico-utérin, et le rectum en arrière formant le cul-de-sac de Douglas (recto-utérin).

Par l'intermédiaire du péritoine, l'utérus est en rapport avec les anses grêles (iléon).

La vascularisation artérielle se fait par les artères utérines qui sont une branche de l'artère iliaque interne. Elles possèdent 3 segments : un segment pariétal vertical descendant en bas et en avant, un segment horizontal situé dans la partie haute du paramètre juste sous le ligament large, il croise l'urètre qui passe en-dessous ; et le segment ascendant. Elles cheminent sur le bord latéral de l'utérus jusqu'à la corne. À ce niveau, elles se divisent en artère ovarique, artère tubaire interne et en artère rétrograde qui vascularise le fond utérin. La circulation veineuse est peu systématisable, elle suit la circulation artérielle et se résout dans les veines iliaques internes qui forment un plexus latéro-pelvien.

Le drainage lymphatique du corps se fait dans la chaîne iliaque externe. Le fond est drainé par les ganglions aortico-caves. Au niveau de l'isthme, le drainage se fait vers les chaînes iliaques internes voire sur un ganglion pré-sacré.

Les nerfs proviennent des plexus hypogastriques.

1.2.1.2. Les ovaires

Les ovaires amènent à maturation des ovocytes et sont le siège principal de la sécrétion hormonale.

Ce sont 2 glandes de forme ovoïde de 3 à 4 cm de long, aplaties. Elles se trouvent sur la paroi pelvienne dans 2 fossettes en avant de l'artère iliaque interne. Les ovaires ont un aspect blanchâtre, lisse, dont la surface se cratérise au fur et à mesure des ovulations. Le péritoine (mésovarium) s'arrête à la région hilaire qui est la zone de vascularisation de l'ovaire, et ne recouvre pas les ovaires. Ils sont très mobiles dans la cavité péritonéale, néanmoins chaque ovaire est arrimé par le ligament propre de l'ovaire (entre la corne utérine et l'ovaire), le ligament suspenseur de l'ovaire (entre l'ovaire et le rétropéritoine) et le ligament infundibulo-ovarique (entre ovaire et pavillon de la trompe).

Ils sont vascularisés par l'artère ovarienne issue de la face antérieure de l'aorte, qui s'anastomose avec l'artère ovarienne homonyme issue de l'artère utérine (branche de l'artère iliaque interne). Le réseau veineux se draine à droite dans la veine cave inférieure et à gauche dans la veine rénale gauche. Le drainage lymphatique se fait vers les chaînes lombaires et iliaques externes.

1.2.1.3. Le bassin

1.2.1.3.1. Le bassin osseux

Il est constitué de plusieurs os articulés entre eux et maintenus ensemble par des muscles et des ligaments solides : sacrum et coccyx à l'arrière dans le prolongement de la colonne

vertébrale, os coxaux latéralement (issus issu embryologiquement de la fusion de trois os : l'ischium (ischion), l'ilium (ilion) et le pubis).

Ce canal osseux est composé de deux ouvertures : le détroit supérieur et le détroit inférieur, et d'une excavation : l'excavation pelvienne. Il a un rôle majeur en obstétrique.

Le sacrum est composé de cinq vertèbres soudées entre elles, la première vertèbre sacrée s'articule avec la dernière vertèbre lombaire en formant une saillie appelée promontoire.

Les os coxaux, le sacrum et le coccyx sont réunis entre eux par cinq articulations : la symphyse pubienne en avant, les deux articulations sacro-iliaques en arrière et latéralement, l'articulation lombo-sacrée, l'articulation sacro coccygienne en arrière et en bas. Ces articulations sont fixes, très peu mobiles sauf en toute fin de grossesse, lorsque les hormones « imbibent » les ligaments pour leur donner un peu de laxité lors de l'accouchement.

1.2.1.3.1.1. Le détroit supérieur

Il forme le plan d'engagement du mobile fœtal. D'avant en arrière : le bord supérieur de la symphyse pubienne, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées, puis les lignes arquées, le promontoire. Il a plusieurs formes possibles : gynécoïde (le plus fréquent), platypelloïde (population asiatique), anthropoïde (population africaine) ou androïde (proche du bassin masculin). Au TV, il s'examine en pointant les doigts vers le coccyx et en remontant vers le promontoire, qui ne doit pas être palpable ; ainsi le diamètre promonto-rétropubien (PRP) paraît normal. Puis on suit les lignes arquées depuis la symphyse pubienne, la courbure est normale quand on en suit les 2/3 vers le promontoire.

1.2.1.3.1.2. Le détroit inférieur

Il forme l'orifice inférieur du bassin et se définit comme le plan de dégagement de la présentation. C'est la zone d'insertion des muscles superficiels du périnée. C'est un orifice ostéo-fibreux non régulier constitué par : en avant, le bord inférieur de la symphyse

pubienne, latéralement, d'avant en arrière : le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, les grands ligaments sacro-sciatiques, en arrière, la pointe du coccyx.

1.2.1.3.1.3. L'excavation pelvienne

Située entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, c'est dans l'excavation pelvienne que s'effectuent la descente et la rotation de la présentation. Elle représente un segment de cylindre courbe, dont le diamètre interne est de 12 cm. L'excavation pelvienne est limitée : en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne, latéralement par les surfaces quadrilatères encadrées par le trou obturateur en avant et les échancrures sacro-sciatiques en arrière, et en arrière par la face antérieure du sacrum à concavité antéro-inférieure.

L'excavation pelvienne présente au niveau de son tiers inférieur un rétrécissement, appelé détroit moyen, marqué par la saillie des épines sciatiques.

La saillance de ces épines sera appréciée lors de l'examen clinique du bassin par le TV.

On définit plusieurs diamètres :

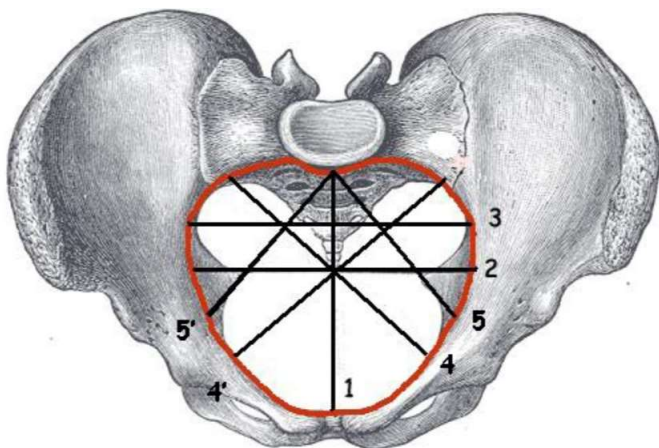


Figure 2 : bassin osseux montrant les différents diamètres

1 = Promonto-Rétro-Pubien (PRP) = 10,5 à 11cm;

2 = Transverse médian (TM) ou utile = 12 cm à 12,5cm;

3 = Transverse maximal = 13,5cm;

4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5cm à 1cm;

5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9cm

La présentation fœtale, gênée par le promontoire est obligée de s'engager dans un diamètre oblique droit ou gauche. Les diamètres obliques relient l'éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque opposée. Le diamètre oblique gauche est plus fréquemment emprunté par la présentation (peut-être à cause de la dextro-rotation de l'utérus gravide).

1.2.1.3.1.4. L'ogive pubienne

L'ensemble formé par la symphyse pubienne et les branches ischio-pubiennes porte le nom d'ogive pubienne. L'angle qu'elle forme oscille entre 85 à 90°.

Plus l'angle est fermé, plus le dégagement de la tête fœtale se fera au niveau du périnée postérieur, entraînant un plus grand risque de déchirures périnéales.

1.2.1.3.2. Les parties molles du bassin

Elles constituent un entonnoir musculo-aponévrotique fermant l'excavation osseuse et formant un plancher pelvi-périnéal. Le détroit supérieur est légèrement rétréci par les muscles qui le tapissent sur les côtés (muscle iliopsoas et petit psoas).

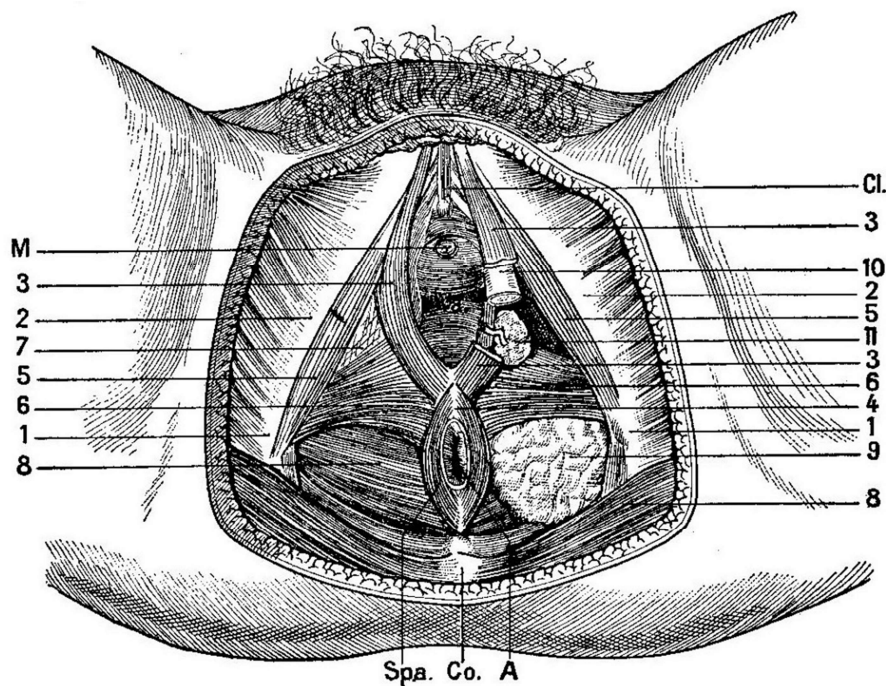


FIG. 211. — Disposition des muscles du périnée. La couche superficielle comprend : le constricteur vulvaire (3), le sphincter anal (Sp. a), le bulbo-caverneux (10), l'ischio-caverneux (5) et le transverse superficiel (6). — La couche profonde comprend : le releveur de l'anus complété en arrière par l'ischio-coccygien (8, 8).
En Cl, clitoris ; en M, méat ; en A, anus ; en 11, glande de Bartholin ; en 9, graisse de la fosse ischio-rectale.

Figure 3 : disposition des muscles du périnée

Cet ensemble complexe de muscles plats et d'aponévroses ferme le détroit inférieur, et laisse des orifices étroits pour le tube digestif et les voies génitales. Ces muscles prennent naissance sur une ligne fibreuse sur les parois latérales du bassin. Il y a 3 plans décrits :

- Plan superficiel : il est constitué de nombreux muscles. Sur la ligne médiane, on trouve le constricteur de la vulve et le sphincter externe de l'anus. Sur les côtés, il y a les bulbo-caverneux, les ischio-caverneux et le transverse superficiel.
- Plan moyen : il constitue le diaphragme uro-génital, les muscles qui le forment sont le transverse profond et le sphincter externe de l'urètre.
- Plan profond : il constitue le diaphragme pelvien, formé des muscles éleveurs de l'anus et coccygiens

On distingue une portion pubienne et une portion coccygienne. Les 2 régions sont reliées entre elles par un entrelacement de fibres de la majorité des muscles et aponévrose qui les

constituent, à travers les 3 étages (superficiel, moyen et profond). On décrit ainsi le noyau fibreux central du périnée. Cette zone se palpe entre la vulve et l'anus.

L'innervation du plancher pelvien provient des branches antérieures des racines sacrées S2/S3/S4, en majorité du plexus pudendal.

La vascularisation provient de l'artère iliaque interne, par l'artère pudendale externe. Le réseau veineux et lymphatiques se calquent sur le réseau artériel. Les veines se jettent dans la veine iliaque interne. Les lymphatiques se jettent dans les ganglions iliaques internes.

Les muscles du plancher pelvien ne seront déployés qu'à l'accouchement par la pression de la présentation. Ils sont alors très distendus, et il se forme ainsi un canal musculo-membraneux additionnel prolongeant la filière pelvienne osseuse. La distension du plancher pelvien se manifeste toujours dans un premier temps par l'ampliation de la région anale. La distension de la région pré-coccygienne ne débutant que lorsque la région coccygienne postérieure est déjà très bombante. Ainsi les 2 sangles pré-coccygienne et coccygienne s'opposent du point de vue physiologique, ce qui joue un grand rôle dans la progression du mobile fœtal.

On ne peut que très difficilement évaluer la fragilité du périnée avant ou même pendant l'accouchement. Il n'existe en effet pas de parallélisme entre la résistance du périnée et sa fragilité. Le noyau fibreux est le moins élastique, ses lésions sont plus ou moins importantes. Lors de la consultation du 9^{ème} mois, la tonicité du noyau fibreux central du périnée est évaluée par le TV. Certains périnées, un périnée cicatriciel, celui d'une primipare âgée ou d'une femme ayant subi des mutilations sexuelles, pourraient être résistants et mal se laisser distendre pendant l'accouchement, occasionnant des lésions plus ou moins importantes, qu'il serait utile de prévenir.

1.2.2. Réalisation du geste (8)

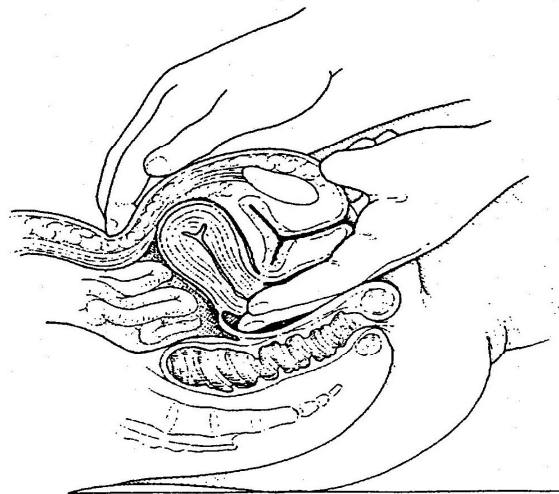
1.2.2.1. Technique de l'examen

La consultation doit amener la femme à se détendre pour permettre l'examen dans les meilleures conditions. On doit recueillir son consentement. Touchant l'intimité même de la femme, il est souhaitable de commencer l'examen gynécologique par un examen général avant d'aborder l'examen gynécologique lui-même. Ce dernier sera réalisé tout en expliquant et en commentant, pour permettre à la patiente de se détendre, un bon relâchement étant indispensable à la réalisation d'un examen complet. Cet examen gynécologique doit être réalisé vessie vide et au mieux rectum vide également. Quoiqu'il en soit, l'examen gynécologique obéit à des règles simples qui doivent être toujours appliquées. La première de ces règles est que l'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente. Il appartient donc au médecin de rendre cette consultation aussi peu traumatisante que possible pour la patiente et de s'adapter à la situation et à son psychisme. Par exemple, il n'est pas nécessaire d'imposer à la patiente de se mettre complètement nue : la nudité peut la mettre mal à l'aise en donnant un sentiment d'infériorité et de vulnérabilité.

Le TV fait partie de l'examen clinique gynécologique qui comprend aussi l'inspection et la palpation des seins, l'inspection de la vulve et l'examen au spéculum du vagin et du col de l'utérus. En obstétrique, il apprécie la position, la tonicité, la longueur et l'ouverture du col ainsi que la présentation quand c'est possible et le bassin osseux, pour évaluer le pronostic obstétrical.

En pratique, la patiente est allongée en position gynécologique : décubitus dorsal, pieds dans les étriers, cuisses fléchies sur le bassin et genoux écartés, tombant vers l'extérieur. Elle n'est pas forcément entièrement nue. L'opérateur insère 2 doigts gantés, l'index et le majeur, dans le vagin. Les doigts s'appuient sur la fourchette postérieure, orientés en bas et

en arrière, puis s'horizontalisent. Chez les femmes pour lesquelles l'introduction de 2 doigts est difficile (atrophie vulvaire, ménopause, vaginisme, ...) un seul doigt est possible : l'index. Le pouce reste sur le pubis, en crochet. L'autre main est abdominale, elle ramène vers les doigts vaginaux les organes pelviens. On explore ainsi tous les organes du petit bassin féminin. Tout d'abord, on étudie le col et sa conformation, puis les culs-de-sac latéraux et postérieur. Ensuite le corps de l'utérus est évalué entre la main abdominale et les doigts vaginaux, ainsi que les ovaires et autres éventuelles masses latéro-utérines.



Toucher vaginal

Figure 4 : toucher vaginal bi-manuel

1.2.2.2. Ce qu'il permet d'évaluer

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul de sac postérieur répondant au cul de sac de Douglas,
- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,

— Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs de sac vaginaux latéraux.

On peut compléter l'examen par un toucher rectal. Il n'est pas systématique, il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...). Il peut également rendre des services quand l'examen vaginal est peu performant (vierge, femme âgée)

1.2.2.3. Apport du TV au suivi de grossesse

En suivi de grossesse, le TV sert surtout pour déterminer les modifications du col utérin, de l'utérus et la présentation, ainsi que l'évaluation du bassin obstétrical.

1.2.2.3.1. Modification du col de l'utérus en fonction de l'âge gestationnel :

Le col ne subit qu'une très légère variation de volume, c'est sa consistance qui évolue avec le terme et la multiparité. Il se ramollit dès les premiers temps de la gestation ; à la fin du premier mois, ce ramollissement est perceptible au niveau de l'extrémité du museau de tanche (sensation d'une table recouverte d'un tapis épais). Puis le ramollissement envahit le col, en allant de bas en haut, c'est-à-dire de l'orifice externe à l'orifice interne. D'après les auteurs classiques, le ramollissement envahit :

A 6 mois, la moitié de la portion vaginale ;

A 8 mois, la totalité de cette portion ;

De 8 mois à 8 mois 1/2, la portion sus-vaginale.

À terme, le col de la primipare possède encore une certaine consistance ; chez la multipare, le ramollissement est tel qu'il est quelquefois difficile de reconnaître le museau de tanche. D'ailleurs chez cette dernière, le ramollissement marche plus vite que chez la primipare.

1.2.2.3.2. État des orifices :

- Orifice externe : Chez les primigestes, il prend l'aspect d'une ouverture plus ou moins ronde, à bords lisses et réguliers. Chez les multipares, c'est une fente transversale, à bord plus ou moins inégaux et déchiquetés, portant au niveau des commissures une déchirure datant des accouchements antérieurs. Chez les multipares, le canal cervical peut être perméable au doigt, dans toute sa longueur, dès la fin du 7^{ème} mois.

- Orifice interne : Il reste fermé jusqu'au moment du travail ; cependant, chez les grandes multipares, il peut devenir perméable au doigt, durant les 2 derniers mois (manœuvre dont il faut s'abstenir devant les risques d'induire une infection, une rupture prématurée des membranes ou une hémorragie).

- Situation-direction : le col ne subit que peu ou pas de changement pendant les 3 premiers mois. Après le 3^{ème} mois, il s'élève suivant le mouvement d'ascension de l'utérus ; or, le corps se portant, le plus habituellement, en avant et à droite, le col se dirige en arrière et un peu à gauche.

À la fin de la grossesse, la partie fœtale qui se trouve en bas, tendant à descendre dans le bassin, se coiffe de la portion inférieure du corps utérin : le col se trouve porté en arrière et plus ou moins haut, l'orifice externe tourné vers le sacrum. Plus rarement, la disposition inverse se produit, et c'est derrière la symphyse que le doigt peut atteindre le museau de tanche. Cet état de fait conduit à devoir insérer très profondément les doigts pour le retrouver, le ramener un peu en avant pour pouvoir l'examiner. C'est un moment plutôt douloureux pour une majorité de patiente et délicat pour le praticien, qui a besoin des informations cliniques.

1.2.2.3.3. Modifications de l'utérus :

- Le segment inférieur : Cette région joue un rôle capital dans la pathologie de grossesse. Il est compris entre le corps et le col. Se constituant peu à peu au cours de la grossesse, il n'atteint sa forme définitive qu'à terme, et lorsque la tête parfaitement engagée vient en quelque sorte s'en coiffer. Le col s'évase à sa partie supérieure pour en permettre l'ampliation. Au cours du travail, l'évolution du segment inférieur se complète, phénomène essentiel pour la bonne marche de l'accouchement. L'épaisseur est plus fine que celle du corps utérin.

Le col ne s'insère pas au milieu du segment inférieur, la partie antérieure de celui-ci est plus grande que la partie postérieure.

- Le corps :

- Forme

Durant le 1^{er} trimestre, cet organe est globuleux, piriforme, le diamètre antéro-postérieur s'accroissant le plus rapidement.

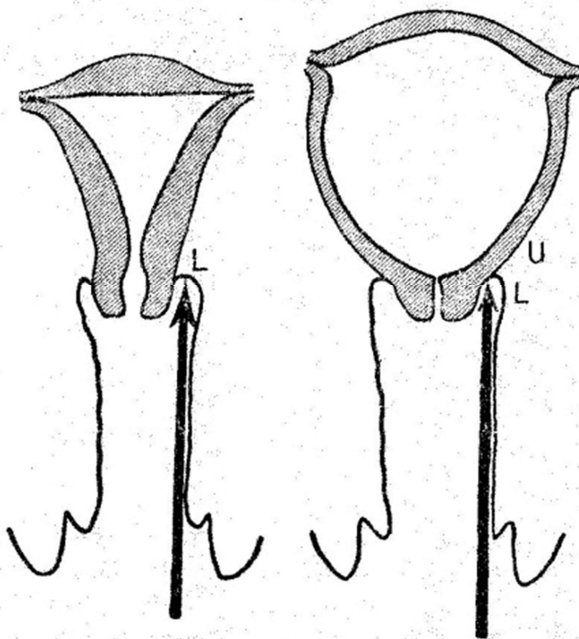


FIG. 49. — Evasement de la partie inférieure de l'utérus pendant la grossesse. — A gauche, l'utérus étant vide, le doigt introduit dans un cul-de-sac latéral (L) ne sent rien ; à droite, l'utérus étant gravide, le doigt le perçoit (en U) par ce même cul-de-sac.

Figure 5 : Modification de l'utérus gravide, palpable par le toucher vaginal

Le TV permet le diagnostic de la grossesse car l'utérus est alors palpable dans les culs de sac latéraux.

Pendant le 2^{ème} trimestre, le fond se développant plus que la région inférieure, la forme devient ovoïde avec une grosse extrémité tournée vers le diaphragme.

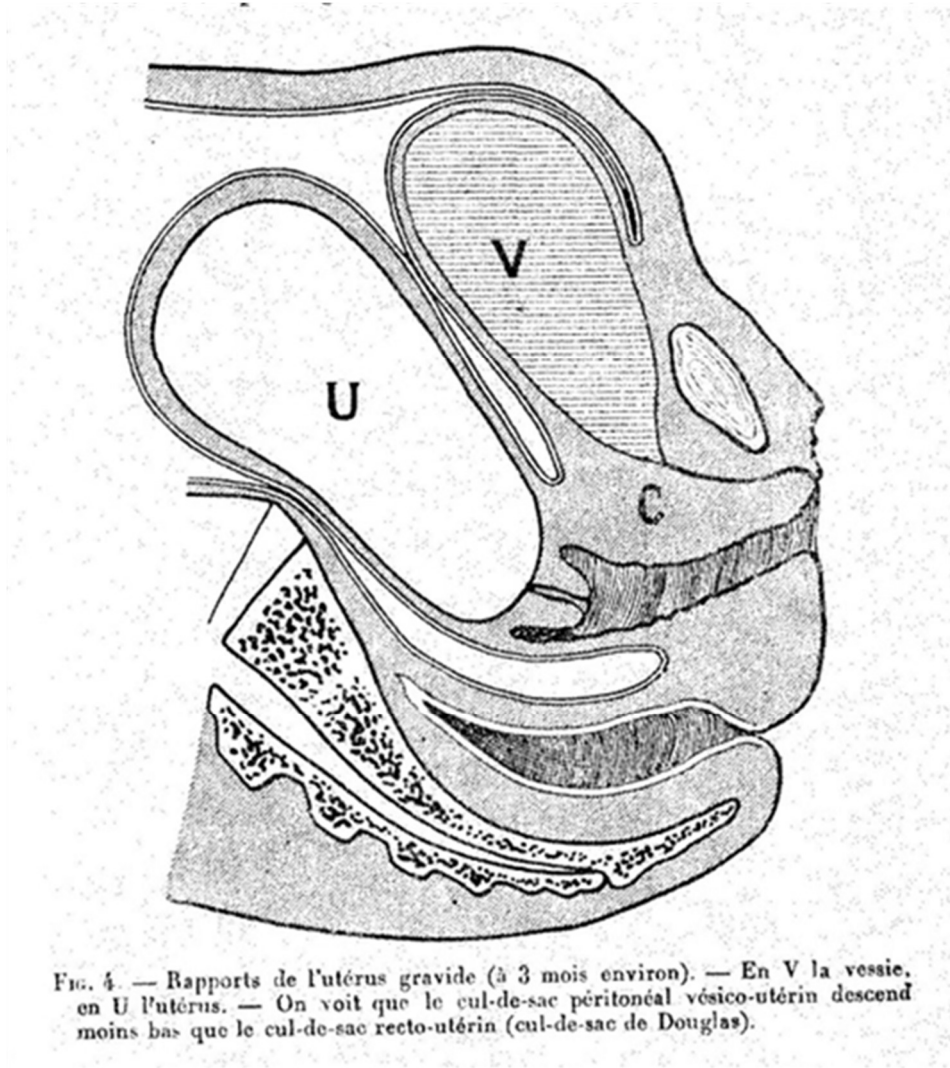


Figure 6 : Rapports de l'utérus à 3 mois environ

Pendant le 3^{ème} trimestre, l'utérus répondra vaguement à la forme du fœtus et se moulera plus ou moins sur les régions qu'il occupe.

▪ Situation

L'augmentation de volume de l'utérus lui fait envahir une partie de l'abdomen. Pendant le 1^{er} mois de grossesse, il ne dépasse pas en haut, le plan du détroit supérieur (car si le fond s'élève, la partie inférieure descend dans le vagin, il y a donc abaissement de l'utérus. Puis, il monte de plus en plus dans l'abdomen, où il occupe les points suivants (hauteur utérine) :

- À la fin du 2^{ème} mois, le fond dépasse le pubis de 3 à 5 cm
- 3^{ème} mois, 7 à 9 cm
- 4^{ème} mois, 13 à 15 cm
- 5^{ème} mois, 18 à 20 cm
- 6^{ème} mois, 22 à 24 cm
- 7^{ème} mois, 25 à 28 cm
- 8^{ème} mois, 30 cm
- 9^{ème} mois, 32 à 34 cm

Ces valeurs sont influencées par la parité, le volume du fœtus, la quantité de liquide amniotique, etc... Elles sont mesurées après palpation de l'abdomen.

Le TV associé au palpé abdominal permet d'apprécier le développement de l'utérus gravide, surtout utile au début de grossesse. Le corps est antéfléchi sur le col dans la majorité des cas, parfois il est rétrofléchi, voire rétroversé, ce qui fausse les mesures, en tout cas au début de grossesse. Il finit par basculer en avant lorsque le terme avance.

Lorsque le corps utérin est en arrière, il peut appuyer sur le col de la vessie, provoquant une rétention d'urine très douloureuse. Il faut réaliser une manœuvre par TV pour libérer l'ensemble (9). Pour cela, la patiente est installée en décubitus dorsal, en position gynécologique. Lors du toucher vaginal, une pression douce mais ferme est appliquée dans le cul de sac de Douglas, en positionnant le col utérin entre l'index et le majeur, en direction de

l'ombilic. Une pression latérale est ensuite exercée afin de contourner le promontoire sacré, jusqu'à sentir une diminution brutale de la pression, signant le désenclavement de l'utérus. On peut éventuellement réaliser une traction sur la lèvre antérieure du col utérin à l'aide d'une pince de Pozzi. Un toucher rectal peut compléter la manœuvre afin de « pousser » l'utérus impacté en direction du pubis.

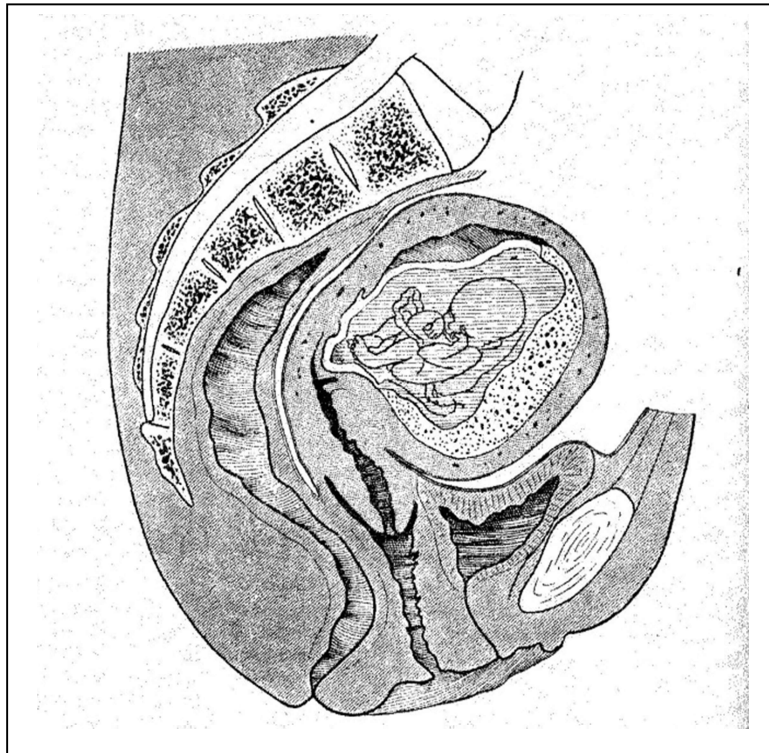


Figure 7 : Position normale de l'utérus gravide de 2 mois environ

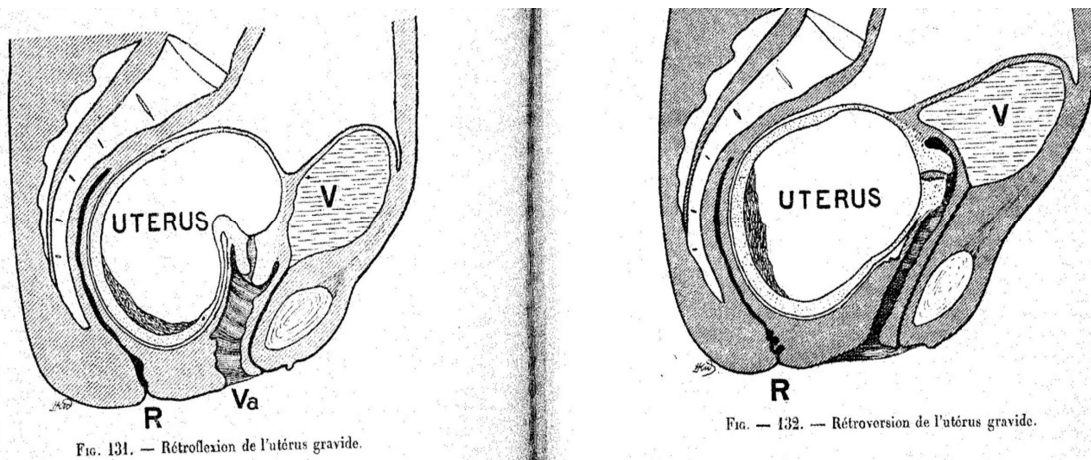


FIG. 131. — Rétroflexion de l'utérus gravide.

FIG. — 132. — Rétroversion de l'utérus gravide.

Figure 8 : Positions anormales de l'utérus gravide, différence entre rétroflexion et rétroversion

1.2.2.3.4. Diagnostic de la présentation :

Par le TV, on détermine la hauteur de la présentation (situation de son point le plus bas par rapport au plan des épines sciatiques). Elle peut être qualifiée de plusieurs manières selon la hauteur : présentation haute et mobile, appliquée, fixée, engagée ou basse. L'intérêt se retrouve surtout au moment du suivi du travail, pour évaluer sa bonne marche, pour déterminer le moment où on peut s'installer pour débiter les efforts expulsifs, voire utiliser des instruments pour hâter l'accouchement.

1.2.2.3.5. Évaluation du bassin obstétrical

Par le TV, le praticien explore successivement :

- la distance promonto-sous-pubienne qu'il peut évaluer si le promontoire est atteint (toucher mensurateur),
- la concavité sacrée, qui est palpée de bas en haut pour apprécier courbure et régularité de la face antérieure du sacrum,
- l'arc antérieur qui doit être un demi-cercle harmonieux,
- les faces latérales de l'excavation où les épines sciatiques font des saillies plus ou moins proéminentes.

Cet examen se pratique après 37 SA. C'est le meilleur moment pour diminuer la gêne ressentie par la patiente.

1.2.2.3. Limites de l'examen

Le TV est limité par

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- Les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,

- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

1.3. Résumé des apports du TV au suivi des femmes

- En premier lieu, le TV reste indispensable pour suivre l'évolution du travail.
- Lors du suivi de grossesse, il permet de caractériser le col en termes de position (postérieure, antérieure, intermédiaire), longueur (long, court, effacé), consistance (ferme, ramolli, mou) et dilatation (fermé, déhiscent à l'orifice externe, ouvert, ouvert 1 doigt, 2 doigts, 3 cm, etc...)
- Il permet ainsi d'évaluer le risque d'accouchement prématuré. La Menace d'Accouchement Prématuré (MAP) est définie par des contractions utérines douloureuses et une modification du col. La prématurité est très pourvoyeuse de morbi-mortalité foeto-maternelle et on cherche à en réduire la survenue. Il semble donc particulièrement intéressant de savoir dépister les MAP pour mettre en route les traitements les plus adaptés à chaque cas.
- Il peut être complété par l'échographie du col pour mieux mesurer la longueur du col (parfois, le col semble court au doigt mais il s'agit de la partie vaginale, la partie sus-vaginale n'étant pas toujours accessible au doigt). Cet examen est reproductible mais présente aussi des limites car il est opérateur dépendant. Néanmoins le TV semble plus opérateur dépendant que l'échographie et moins performant (10).
- Il est un outil pour apprécier le bassin obstétrical. On dépiste ainsi des anomalies de formes et de dimensions, des malformations et des lésions traumatiques (cals de fractures).
- Il est nécessaire au calcul de score de Bishop, qui mesure les chances de succès d'un déclenchement du travail (Annexe 7).
- Il est nécessaire pour réaliser des manœuvres obstétricales (désincarcération d'utérus rétroversés, décollement des membranes pour déclencher le travail, etc...)

- Il est nécessaire pour réaliser des gestes pendant le travail : rupture artificielle des membranes, pose de tocomètre interne, pH au scalp...
- Il a été fondamental pour la datation et le suivi de grossesse jusqu'à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle, lorsque les femmes étaient peu suivies et les diagnostics échographique ou biologique quasi inexistant.
- Il permet toujours de diagnostiquer (ou du moins de les suspecter avec confirmation par d'autres examens) des maladies gynécologiques ou obstétricales (pathologie du col, des annexes, ...).
- Il est contre-indiqué en cas de placenta praevia recouvrant, rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré déjà diagnostiquée.

1.4. Législation

Le consentement éclairé du patient doit être recueilli avant chaque geste. Les praticiens ont l'obligation d'informer et d'expliquer pourquoi et comment un geste se fait, dans le but de permettre à la patiente de prendre sa décision, conformément à la loi du 4 mars 2002, modifiée en 2009 du code de la santé publique.

Les gestes réalisés en médecine sont soumis à une législation particulière car en dehors de ce cadre ils pourraient être assimilés à des coups et blessures ou à un viol dans le cas qui nous intéresse. Cela est en lien avec la controverse actuelle sur la pertinence de la pratique du TV.

1.4.1. Code de déontologie

1.4.1.1. Médecin :

1.4.1.1.1. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) - 11/10/2012

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout

au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

1.4.1.1.2. Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42

1.4.1.2. Sage-femme :

Article R4127-306 -17/07/2012

La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit.

La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et

informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant.

1.4.2. Code civil

Chapitre II : Du respect du corps humain ; article 16 à 16-9 :

Article 16-3 -Modifié par Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 9 JORF 7 août 2004

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

1.4.3. Code de la Santé Publique

Article L1111-2 ; modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 37

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

2. Grossesse à bas risque et prise en charge

2.1. Définition

Selon l'HAS, il n'y a pas de définition de « bas risque » mais plutôt une liste de tout ce qui rendra une grossesse à plus ou moins « haut risque ». Ainsi, ce qui n'est pas dans la liste, permet de créer une définition par défaut (11) (tableau 1 en annexe 3).

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en conclut qu'une grossesse à bas risque est une grossesse unique, chez une femme entre 18 et 35 ans, de poids normal, sans antécédents pathologiques ou obstétricaux, avec des sérologies HIV et HCV négatives, Ag Hbs négative, dont le déroulement est normal, avec des échographies normales, une présentation par le sommet avec un placenta non bas inséré et un accouchement à terme (> 37 SA).

2.2. Description de la prise en charge des grossesses en France

Les recommandations HAS de 2007 préconisent une surveillance des grossesses selon 4 schémas : A, A1, A2, B, selon les professionnels qu'il faut solliciter.

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien (11).

Le but de la surveillance est de diagnostiquer la préexistence de facteurs de risque et la survenue de complication lors de l'évolution de la grossesse et de pouvoir orienter la patiente ; depuis chaque avis à demander, jusqu'au choix du lieu d'accouchement. Il y a donc plusieurs visites de contrôle prises en charge par l'assurance maladie : la 1^{ère} devrait être faite avant 14 SA, puis 6 autres à partir du 4^{ème} mois de grossesse, à raison d'une par mois. Il est prévu aussi 3 échographies, dont la première est couplée au dépistage de la trisomie 21. 8 « cours de préparation à la naissance et à la parentalité » sont proposés aux femmes enceintes, le premier est appelé « entretien prénatal précoce » et peut se faire avec le couple pour dépister précocement des troubles de santé ou psycho sociaux et proposer des accompagnements plus adaptés. La grossesse doit être déclarée avant la 14^{ème} SA révolue aux organismes de prestations familiales et d'assurance maladie. Les consultations et examens seront pris en charge par les assurances à 100% à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

Il faut donc rechercher pendant le suivi de grossesse :

- des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- une exposition à des toxiques (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis)
- des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Chaque visite comprend un examen clinique (interrogatoire et examen physique) et la prescription d'examens complémentaires qui varient selon le terme auquel on se trouve. L'examen physique consiste, dans les recommandations HAS (11), en la mesure de la prise de poids, hauteur utérine (à partir du 4^{ème} mois), tension artérielle, recherche des mouvements actifs fœtaux et écoute de l'activité cardiaque. La recherche de la présentation fœtale est notée à partir du 8^{ème} mois, mais la technique n'implique pas un TV systématique ; en effet une palpation de la base de l'abdomen peut suffire à déterminer si la présentation est céphalique ou non. Il est précisé plus loin dans le document, qu'on pourra la vérifier à l'échographie. D'ailleurs, en fin de grossesse le col de l'utérus est très postérieur et donc plutôt difficile à palper au toucher sans provoquer de la douleur chez la femme. Cet examen est alors plutôt mal vécu, en plus d'être peu utile.

L'interrogatoire doit rechercher des signes fonctionnels : métrorragies, leucorrhées, signes urinaires, douleurs pelviennes, la survenue de contractions utérines... Si les contractions sont nombreuses et douloureuses, on se trouve alors en situation de vérifier que le col ne se modifie pas, par un TV, car il est facile à faire rapidement, les cabinets de ville n'étant pas tous équipés d'échographe. L'intérêt est donc de diagnostiquer une menace d'accouchement prématuré pour mettre en place la prise en charge adaptée.

A noter que les praticiens de ville font rarement les visites des 8^{ème} et 9^{ème} mois. Elles doivent être réalisées par l'équipe qui prendra en charge l'accouchement.

Les maternités sont réparties en 3 catégories selon qu'elles comportent un centre de néonatalogie et de réanimation néonatalogique :

- Maternité de niveau 1 : unité d'obstétrique. Prise en charge des grossesses normales.

Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité.

- Maternité niveau 2 : unité d'obstétrique et unité de néonatalogie. Prise en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation.

-niveau 2 a : terme supérieur à 32SA et / ou petit poids > 1500g

-niveau 2b : terme supérieur à 32SA et / ou petit poids > 1500g et soins intensifs sur place

- Maternité niveau 3 : unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatalogique. Prise en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves. Termes entre 25 et 31+6jr , poids < 1500g.

Les maternités fonctionnent en réseau, c'est-à-dire que l'on peut passer de l'une à l'autre selon l'évolution des cas.

PRÉSENTATION ET RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU CHOLETAIS

1. Présentation de l'enquête

1.1. Description de l'enquête

Il s'agit d'un état des lieux de la pratique du TV dans le suivi de grossesse dans le choletais. Un questionnaire à choix multiple et réponses ouvertes a été envoyé par mail aux professionnels de santé qui suivent des grossesses, accompagné d'un courrier explicatif (annexe 6). Ces professionnels sont des gynécologues, des médecins généralistes et des sages-femmes. La liste a été établie avec l'annuaire des professionnels recoupée avec la liste des adresses mail cryptée « apicrypt », autour de Cholet (dans le Maine et Loire, la Loire Atlantique, la Vendée et les Deux-Sèvres). Les données recueillies ont été anonymisées et traitées en base de données avec EXCEL 2016, avec une partie quantitative et une partie qualitative. L'intérêt est de réaliser un état des lieux de la pratique du TV dans le suivi de grossesse dans le choletais.

1.2. Le questionnaire (voir annexe 5)

Il comprend plusieurs parties :

- profil du professionnel de santé
- pratique du TV lors des visites prénatales
- utilité de l'examen dans la pratique
- remarques libres

2. Résultats de l'enquête

Le mailing comprenait 200 envois (148 médecins généralistes, 14 gynécologues médicaux, 12 gynécologues obstétriciens et 26 sages-femmes). Nous avons recueilli 39 réponses par retour de mail, fax et courrier postal. 19.5% de réponse est un bon taux du fait que les praticiens n'ont pas été relancés. Les résultats sur un mailing sont habituellement de 10%.

2.1. Profils des professionnels

Tableau I : Répartition des praticiens (en nombre) en fonction du sexe et du lieu d'exercice.

Profession	Sexe		Lieu d'exercice			Total
	Homme	Femme	Hôpital	Ville	PMI	
Gynécologue-obstétricien	3	5	8	0	0	8
Gynécologue médical	0	1	1	1	0	1
Médecin généraliste	12	7	4	16	1	19
Sage-Femme	0	10	3	7	0	10
Total (%)	15 (39.5%)	23 (60.5%)	16	24	1	38

La population qui a répondu à l'étude est composée de 60 % de femmes et de 40% d'hommes. Elle est majoritairement issue du libéral. Toutes les sages-femmes sont des femmes. Les gynécologues obstétriciens de la polyclinique n'ont pas répondu. Une réponse est difficilement exploitable du fait qu'il manque les données de sexe et profession. Il reste donc 38 questionnaires.

Taux de réponse par profession : GO : $8/12 = 66.7\%$; GM : $1/14 = 0.7\%$; MG : $19/148 = 12.8\%$; SF : $10/26 = 38.4\%$

Les professionnels qui ont le plus participé sont les gynécologues de l'hôpital (ce bon taux est biaisé par le fait que le questionnaire leur a été remis pendant que j'y effectuais mon stage

d'internat) et les sages-femmes libérales. Elles ont spontanément beaucoup participé : le sujet a manifestement un grand intérêt pour elles.

Tableau II : Age des praticiens (en année) en fonction de leur profession.

Profession	Age (années)		
	Moyenne	Mini	Maxi
Gynécologue-obstétricien	47.3	31	65
Gynécologue médical	56	56	56
Médecin généraliste	45.5	25	63
Sage-Femme	43.7	26	56
Indéterminé	60	60	60
Total	49.6	26	63

En moyenne, les professionnels qui suivent des grossesses sur Cholet ont 50 ans. C'est l'âge moyen des médecins exerçant en France, les sages-femmes ont un âge moyen plus bas à 42 ans en libéral. La personne qui a mal rempli son questionnaire a donné son âge : 60 ans, ce qui est dans la moyenne de la population. Le plus jeune professionnel a 25 ans, c'est un interne de l'hôpital ; le plus âgé à 65 ans, c'est un gynécologue de l'hôpital.

2.2. Caractéristiques des praticiens

Tableau III : Caractéristiques des professionnels en fonction de l'expérience en obstétrique

Profession	Expérience professionnelle en obstétrique (années)			Nombre de grossesses suivies par semaine			Pratique d'accouchement	
	Moyenne	Mini	Maxi	Moyenne	Mini	Maxi	Oui	Non
Gynécologue-obstétricien	16.12	3	35	13.12	6	25	8	0
Gynécologue médical	29	29	29	20	20	20	0	1
Médecin généraliste	17.54	0.3	38	3.56	0	11	0	19
Sage-Femme	6.6	0.5	25	4.44	0	15	1	9
Total	20.45	0.3	38	8.82	0	25	9	29

En moyenne, les grossesses sont suivies par des gynécologues. Les médecins généralistes, même en étant plus nombreux à répondre à l'étude en valeur absolue, suivent moins de femmes enceintes. Les sages-femmes de ville font paradoxalement peu de suivi de grossesse, les chiffres sont similaires aux médecins généralistes.

Les accouchements se font en maternité (par les gynécologues ou les sages-femmes de garde), les professionnels qui pratiquent des accouchements à domicile ou en clinique privée n'ont pas répondu. Le plateau technique de l'hôpital n'accueille pas (encore) les professionnels extérieurs pour accompagner leurs patientes.

2.3. Pratique du TV

Tableau IV : Nombre de professionnels pratiquant le TV en fonction des professions

Profession	Pratique du TV systématique lors des visites prénatales		Analyse statistique
	Oui	Non	<i>p</i>
Gynécologue-obstétricien	4 (50%)	4 (50%)	0.94
Gynécologue médical	1 (100%)	0	0.30
Médecin généraliste	11 (57.9%)	8 (42.1%)	0.42
Sage-Femme	2 (22.2%)	7 (77.8%)	0.11
Total (%)	18 (48.6%)	19 (51.4%)	

Le TV n'est pas pratiqué de façon systématique à chaque visite prénatale par la moitié des professionnels, toutes catégories confondues. Les médecins (généralistes et spécialistes) le font néanmoins plus systématiquement que les sages-femmes.

Statistiquement, en analyse par test chi², les différences ne sont pas significatives. C'est en rapport avec l'effectif faible de notre échantillon.

Tableau V : Raisons invoquées pour la pratique du TV en fonction du type de professionnel.

Profession	Raisons invoquées pour la pratique du TV à chaque consultation							
	Par habitude	Pour entretenir une compétence	C'est indispensable	Crainte médico légale	Dépister des modifications du col sans contraction	Dépister une pathologie gynécologique	Respect des habitudes du service	Demande de la patiente
Gynécologue-obstétricien	1		1		3	1	1	1
Gynécologue médical					1	1		
Médecin généraliste	5	1	2	1	10	4		
Sage-Femme					2			1
Total	6 (33.3%)	1 (5.5%)	3 (16.7%)	1 (5.5%)	16 (88.9%)	6 (33.3%)	1 (5.5%)	2 (11%)

La principale raison invoquée pour réaliser un TV systématique à chaque consultation est l'intérêt de dépister une MAP asymptomatique (88.9%), ou plutôt une béance du col anormale au terme de l'examen. La deuxième raison est l'habitude de le faire, acquise lors des études et de la pratique à égalité avec l'intérêt de dépister une pathologie gynécologique méconnue jusqu'à lors (33.3%). La troisième raison tient au fait que les praticiens estiment que c'est indispensable. La demande de la patiente d'être rassurée sur son col ne vient qu'en 4^{ème} position (11.1%).

Tableau VI : Raisons invoquées contre la pratique du TV en fonction du type de professionnel.

Profession	Raisons invoquées contre la pratique du TV				
	C'est délétère pour la patiente	C'est inconfortable	C'est inutile	Pas de recommandation	Autre examen prescrit
Gynécologue-obstétricien			3	1	
Gynécologue médical					
Médecin généraliste		1	3	6	
Sage-Femme			6	4	
Total	0	1 (5.2%)	12 (63.1%)	11 (57.9%)	0

La personne qui ne s'était pas déterminée initialement avait répondu que le TV est délétère pour la patiente et inconfortable. Sur les 19 personnes ne réalisant jamais de TV chez la femme asymptomatique, la majorité (57.9%) estime suivre les recommandations de l'HAS et 63.1% que c'est inutile. C'est aussi un examen inconfortable pour 5.2% des praticiens, examen dont on peut se passer, puisqu'il n'est pas recommandé.

Tableau VII : Consultation prénatale où le TV serait le plus utile, en fonction des professions

Profession	Consultation où la pratique du TV est le plus utile							
	La première	4 ^{ème} mois	5 ^{ème} mois	6 ^{ème} mois	7 ^{ème} mois	8 ^{ème} mois	9 ^{ème} mois	Aucune
Gynécologue-obstétricien	2			3	4	2	3	
Gynécologue médical	1				1	1	1	
Médecin généraliste	7	7	7	9	9	12	10	3
Sage-Femme	1	1	1	5	2	3	5	1
Total	11	8	8	17	16	18	19	4

D'après le tableau, les consultations les plus intéressantes selon les professionnels interrogés pour examiner les patientes sont la première et les 4 dernières (6-7-8 et 9^{ème} mois). A noter

que les 2 dernières consultations se font par un praticien du lieu d'accouchement prévu par la femme enceinte, donc plus souvent à l'hôpital (ou en clinique) par un gynécologue ou une sage-femme.

2.4. Utilité de l'examen dans la pratique

Tableau VIII : Estimation par les professionnels de l'utilité du TV pour dépister des MAP

Profession	Dépistage de MAP				Note attribuée (de 0 à 10)		
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Moyenne	Mini	Maxi
Gynécologue-obstétricien	1	3	1	3	4.7	2	7
Gynécologue médical			1		7	7	7
Médecin généraliste	6	6	6		5.8	2	9
Sage-Femme	1	1	4	4	4.4	2	8
Total	8	10	12	7	5.4	2	9

Dans leur pratique personnelle, le TV n'a que peu permis de dépister une MAP asymptomatique, d'après les déclarations des praticiens. Les professionnels donnent une note de 5.4 /10 pour le service rendu par le TV.

Aucun ne rapporte avoir dépisté une pathologie gynécologique.

Il est parfois retrouvé des béances du col, sans que ce soit de véritable MAP, néanmoins le pronostic de la grossesse est modifié. Par contre la prochaine grossesse de ces femmes sera prise en charge différemment, en tenant compte de cet antécédent.

Aucun ne rapporte non plus de pathologie du bassin.

2.5. Évolution de la pratique

Tableau IX : Évolution de la pratique du TV depuis le début de carrière des professionnels

Profession	Avez-vous modifié votre examen clinique depuis le début de votre pratique ?					
	Oui			Non		
	Total	Modifié d'après les recommandations	Modifié d'après l'expérience	Total	Non fait depuis toujours	Fait depuis toujours
Gynécologue-obstétricien	5	1	1	2	1	1
Gynécologue médical				1		
Médecin généraliste	10	3	2	6		4
Sage-Femme	6	2	4	2		1
Total	21 (65.6%)	6	7	11 (34.4%)	1	6

Les praticiens pouvaient ne répondre qu'à la question oui/non et détailler ensuite les causes. La plupart des personnes n'ont pas détaillé les raisons qui les ont poussées à modifier leur prise en charge.

La majorité (65.6%) des professionnels a modifié sa pratique depuis le début de sa carrière, surtout pour s'adapter aux recommandations, mais aussi par expérience personnelle. Une minorité (32.2%) pratique le TV depuis toujours et un obstétricien ne l'a jamais fait de façon systématique.

2.6. Analyse sur l'âge du praticien

Nous avons testé plusieurs tranches d'âge, en partageant les effectifs en 2 selon une limite arbitraire : 40 ans, 35 ans et 50 ans, pour voir s'il émergeait une différence.

Tableau X : Pratique du TV selon l'âge des praticiens (cut off arbitraire à 40 ans)

Tranche d'âge	Pratique du TV			Analyse statistique
	non	oui	Total	<i>p</i>
< 40 ans	5	7	12	0.63
> 40 ans	15	11	26	0.36
Total	20	18	38	0.11

La moitié des praticiens de chaque tranche d'âge ne pratique pas le TV de façon systématique. Aucune des différences n'est significative d'après le test chi2..

Tableau XI : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 40 ans)

Age	Pratique systématique	Gynécologue obstétricien		Gynécologue médical		Médecin généraliste		Sage-femme	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
<40 ans		2	2			4	1		2
>40 ans		2	2	1		6	6	2	5

En croisant sur la profession, les sages-femmes pratiquent moins de façon systématique, quelque soit leur âge. Il n'y a pas de différence selon l'âge pour les autres professions, sauf pour les jeunes généralistes qui pratiquent de façon plus systématique le TV.

Tableau XII : Pratique du TV selon l'âge des praticiens (cut off arbitraire à 35 ans)

Tranche d'âge	Pratique du TV			Analyse statistique
	Non	oui	Total général	p
< 35 ans	4	5	9	0.80
> 35 ans	16	13	29	0.48
Total général	20	18	38	

En mettant la limite de la tranche d'âge à 35 ans (plus jeune), on ne modifie pas les résultats : la moitié de chaque tranche pratique de façon systématique le TV.

Tableau XIII : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 35ans)

Age	Pratique systématique	Gynécologue obstétricien		Gynécologue médical		Médecin généraliste		Sage-femme	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
<35 ans		2	2			3	1		1
>35 ans		2	2	1		8	7	2	6

En mettant le cut off à 35 ans et en croisant sur la profession, on retrouve les mêmes résultats qu'avec le cut off à 40 ans : les sages-femmes pratiquent peu le TV et les généralistes « jeunes » le pratiqueraient plus que leurs aînés.

Tableau XIV : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 50 ans)

Age	Pratique systématique	Gynécologue obstétricien		Gynécologue médical		Médecin généraliste		Sage-femme	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
<50 ans		2	2			6	3	2	6
>50 ans		2	2	1		5	5	0	1

Lorsqu'on met le curseur à 50 ans, les généralistes pratiquent 2 fois plus de façon systématique le TV que les plus âgés. De même les sages-femmes ne pratiquent que peu de TV systématique quelque soit leur tranche d'âge.

Tableau XV : Modification de la pratique en fonction de l'âge et de la profession

Modification de la pratique	Gynécologue obstétricien		Gynécologue médical	Sage-femme		Médecin généraliste		Total
	< 40 ans	> 40 ans	> 40 ans	< 40 ans	> 40 ans	< 40 ans	> 40 ans	
Non	2 (50%)	1 (25%)	1 (100%)	1 (50%)	2 (25%)	2 (50%)	5 (38.5%)	14 (39%)
Oui	2 (50%)	3 (75%)		1 (50%)	6 (75%)	2 (50%)	8 (61.5%)	22 (61%)
Total	4	4	1	2	8	4	13	36

61% des praticiens ont modifié leur pratique. 75 % des gynécologues de plus de 40 ans ont modifié leur pratique du TV, ainsi que 75% des sages-femmes et 61.5% des généralistes de la même tranche d'âge.

2.7. Réalisation selon le sexe

Tableau XVI : Pratique du TV selon le sexe des praticiens

Sexe	Pratique du TV			Analyse statistique
	Non	Oui	Total général	<i>p</i>
Homme	6 (40%)	9 (60%)	15	0.50
Femme	13 (59%)	9 (41%)	22	0.32
Total général	19	18	37	

59% des femmes ne pratiquent pas le TV en systématique contre 40% des hommes, toutes professions confondues. Les femmes auraient une tendance moindre que les hommes à pratiquer le TV systématique. Les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau XVII : Pratique du TV selon le sexe et la profession des praticiens

Sexe	Pratique du toucher vaginal par profession							
	Gynécologue obstétricien		Gynécologue médical	Sages-femmes		Médecins généralistes		Total
	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	
Homme	2 (66.7%)	1 (33.3%)				4 (33.3%)	8 (66.7%)	15
Femme	2 (40%)	3 (60%)	1 (100%)	7 (77.8%)	2 (22.2%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	22
Total	4	4	1	7	2	8	11	37

Lorsque l'on croise sur le sexe et la profession, on trouve peu de différence, à part chez les généralistes : les hommes pratiquent plus le TV que les femmes. 77.8% des sages-femmes de sexe féminin ne pratiquent pas le TV systématique.

2.8. Réalisation selon la durée d'exercice

Nous avons choisi 3 ans comme limite arbitraire car c'est la durée minimale d'installation exigée pour être maître de stage, c'est-à-dire accueillir des stagiaires. Par extrapolation, il nous apparaît que cette durée correspond donc à une expérience personnelle suffisante.

Tableau XVIII : Pratique du TV selon la durée d'exercice des praticiens

Durée d'exercice	Pratique du TV			Analyse statistique
	Non	Oui	Total général	p
> 3 ans	15	15	30	0.88
entre 0 et 3 ans	5	3	8	0.43
Total général	20	18	38	

Les différences observées ne sont pas significatives mais il y aurait une tendance à ce que les praticiens qui ont le moins d'expérience réalisent moins de TV systématiques.

2.9. Selon le nombre de suivi de grossesse par semaine

Nous avons testé selon 2 limites arbitraires : 5 et 10 suivis par semaine.

Tableau XIX : Pratique du TV selon le nombre de grossesses suivies (cut off arbitraire à 5 suivis)

Nombre de suivi par semaine	Pratique du TV			Analyse statistique
	Non	Oui	Total	<i>p</i>
< 5 suivis	12 (57.1%)	9 (42.9%)	21	0.43
> 5 suivis	8 (47%)	9 (53%)	17	0.89
Total général	20	18	38	

Les praticiens qui font peu de suivi de grossesse réalisent aussi moins de TV systématique.

Tableau XX : Pratique du TV selon le nombre de grossesses suivies (cut off arbitraire à 10 suivis)

Nombre de suivi	Pratique du TV			Analyse statistique
	non	oui	Total général	<i>p</i>
< 10 suivis	17	11	28	0.20
> 10 suivis	3	7	10	0.24
Total général	20	18	38	

Si le nombre de suivi est plus important, la pratique du TV augmente aussi.

2.10. Descriptif des explications données lors de la réalisation ou non du TV

Une question portait sur les explications que les praticiens donnent aux femmes enceintes lors de la réalisation du TV. Dans 25 questionnaires, les praticiens ne détaillent pas d'explications. Dans les 14 autres, on recueille plusieurs types de discours :

- Explications du but, de la technique de l'examen (2 réponses) : « examen du col de l'utérus » (MG), « Expliquer la notion de perméabilité du col » (MG)
- Explications des signes cliniques qui motiveraient la réalisation du TV (5 réponses) : « si pas de CU ou pesanteur pelvienne ou signes fonctionnels infectieux= pas de modification cervicale= pas de TV » (SF), « en lui expliquant qu'elle peut avoir des CU sans les sentir (++) primi) et que c'est un moyen sûr de dépister les MAP » (SF), « importance des signes cliniques qui risquent d'entraîner une MAP plus que les modifications du col » (SF), « Il n'est utile que si la patiente a des symptômes. Le TV n'apporte rien à la prise en charge. Au 9ème mois, si elle souhaite connaître l'état du col, je l'examine » (GO), « importance du ressenti de la patiente et des signes cliniques associés » (SF)
- Explications des conséquences (prématurité) (1 réponse) : « en expliquant les risques de la prématurité sur les modifications cervicales et les précautions à prendre » (GO)
- Explication qu'il n'y a pas de recommandation (3 réponses) : « absence d'intérêt dans les recommandations » (MG) , « Surtout aux patientes qui ont connu le "TV systématique". Je leur dis que ce n'est plus "obligatoire" chaque mois et qu'on le fera en cas de problème (CU ...) » (MG), « Sur demande, je confirme la non utilité systématique avec proposition du geste si problème ultérieur » (MG).

- Dialogue avec la patiente (3 réponses) : « si elle pose la question, je lui explique la raison pour laquelle je ne lui fais pas ce jour de TV » (indéterminé), « dialogue » (SF), « En lui disant que je lui fais entièrement confiance, en lui expliquant le rôle de la contraction utérine, en la rendant autonome, responsable le plus possible » (SF).

Cette dernière remarque nous amène quelques interrogations. L'éducation des femmes enceintes à reconnaître les contractions utérines et les signes amenant à consulter est très importante. C'est un des paramètres pour permettre la prise en charge précoce des MAP. (12) Toutefois, il ne faut pas perdre de vue notre rôle de soignant.

2.11. Lorsque la réalisation du TV est impossible, que faites-vous ?

Pour cette question, 9 n'ont pas répondu. On a recueilli 5 types de réponse :

- Se satisfaire de la clinique (5 réponses) : « interrogatoire++, signes cliniques : contractions, brûlures mictionnelles, métrorragies » (SF), « interrogatoire de la patiente. Signes cliniques à dépister : CU, brûlures mictionnelles, métrorragies, palpation de l'utérus » (SF), « je me fie à la clinique, aux réponses de la patiente » (SF), « si pas de CU, pas de TV » (GO), « si pas de symptômes, je ne fais rien de plus » (MG)
- Rien de plus (5 réponses) : « rien » (GO), « tant pis je m'abstiens » (MG), « je m'en passe » (SF), « je ne le fais pas » (SF), « Je ne le fais pas si c'est un refus de la patiente » (MG)
- Retenter plus tard (3 réponses) : « je revois la patiente » (MG), « Je prends mon temps et il est possible » (SF), « en dehors de l'accouchement, j'essaie de

- dédramatiser et d'avoir une approche pas à pas car si TV impossible = pas de frottis non plus » (GO), « j'explique pourquoi (infection) » (MG)
- 6 professionnels n'ont pas d'expérience d'impossibilité : « jamais arrivé » (MG), « ça n'a jamais été le cas dans toute ma pratique » (SF), « qu'est-ce qui rend la réalisation impossible » (indéterminé), « ? » (MG), « Cela ne m'est jamais arrivé. » (MG), « c'est exceptionnel » (GO)
 - Réalisation d'une écho du col (10 réponses) : « suivi par un spécialiste » (MG), « Cela me semble très rare, écho du col fin de grossesse (si possible vaginal) » (GM), « Avis gynéco pour écho de col. (si nécessité, TV impératif) » (MG), « Echo de col » (MG), « Echographie de 22 et 32 SA » (MG), « écho de col » (SF), « écho du col » (GO), « écho pour mesure du col » (MG), « écho de col » (GO), « écho de col » (GO)

2.12. Remarques libres

- 31 absences de réponse
- « Il y a une demande de femmes qui y étaient habituées (je le réalise en précisant que cela ne m'amènera aucun changement dans le suivi) » (MG)
- « 50% des femmes souhaitent un TV que j'effectue malgré tout pour les rassurer. Surtout si elles ont des antécédents de MAP avec accouchement à terme ou non » (SF)
- « Si on explique aux patientes pourquoi le TV n'est pas nécessaire, elles sont moins en demande. Mais si je sens qu'elles ont besoin d'être rassurées, je l'effectue. »
- « Je fais une écho du col à l'échographie du 3ème trimestre » (GM)
- « Ce genre de recommandation est lourde à changer et difficile à mettre en œuvre chez des patientes ayant eu un suivi antérieur avec TV. En plus en cas de fièvre, de

- contraction, d'accouchement prématuré, celui-ci étant peu invasif est une aide diagnostic aux modifications du col qui peut conduire à une hospitalisation ou un avis spécialisé même s'il existe dans mon expérience peu de cas où cela est arrivé. » (MG)
- « Le TV systématique reste très franco-français, quasi culturel ! À méditer... Les résultats de votre enquête m'intéressent, si vous acceptez de me les communiquer je suis preneuse » (SF)
 - « Mon habitude a été modifiée j'aimais bien en faire, j'avais l'impression de bien faire ainsi mon travail, mais lors de FMC, on a dit que le TV systématique était inutile. » (MG)
 - « Ce questionnaire n'est pas facile à utiliser » (indéterminé)

DISCUSSION

1. Toucher Vaginal et grossesse à bas risque : discussion

1.1. Réalisation en fonction du sexe du praticien

59% des femmes ne pratiquent pas le TV en systématique contre 40% des hommes, toutes professions confondues. Les femmes auraient une tendance moindre que les hommes à pratiquer le TV systématique.

Lorsque l'on croise sur le sexe et la profession, on trouve peu de différence, à part chez les généralistes : les hommes pratique plus le TV que les femmes. Les sages-femmes qui ont répondu sont de sexe féminin, une majorité (77.8%) ne pratique pas le TV systématique.

Cela ne correspond pas avec ce que d'autres études ont montré (13) (14): il n'y a pas de différence sur le sexe.

Mon échantillon n'est pas suffisamment représentatif et présente un biais, les généralistes étant plutôt des hommes et les sages-femmes des femmes.

1.2. En fonction de l'âge et du nombre de suivi

On pouvait penser que plus un praticien a d'expérience, c'est-à-dire qu'il suit plus de grossesse depuis plus longtemps, plus il est rassuré vis-à-vis d'éventuelles complications, et qu'ainsi il pratiquerait moins de TV systématique. Or d'après les résultats précédents, on ne retrouve pas de différence sur l'âge ni sur le nombre de suivi, au contraire, plus un praticien suit de grossesses et plus il réalise de TV. C'est peut-être parce que l'abandon d'une pratique « habituelle » nécessite une période transitionnelle pour arriver à en faire le deuil. Une des remarques libres le fait bien valoir : « Ce genre de recommandation est lourde à changer et difficile à mettre en œuvre chez des patientes ayant eu un suivi antérieur avec TV »

D'autre part, on pouvait penser qu'un « jeune » praticien pratiquerait moins le TV systématique car il a fait ses études avec les recommandations plus récentes, qui ne sont pas

en faveur du TV systématique. En fait dans cette étude, quelque soit l'expérience des praticiens, une majorité n'appliquent pas les recommandations, même s'ils déclarent avoir fait évoluer leur pratique.

Ces mêmes résultats sont retrouvés dans les mémoires rapportant des études similaires (13) (13) (15).

1.3. En fonction de la profession

Les sages-femmes sont les professionnels qui pratiquent le moins le TV systématique. Elles ne réalisent, pour la plupart, pas de TV même dans les derniers mois de grossesse, période où tous s'accordent pour dire que c'est le plus utile (tableau VII). On peut émettre l'hypothèse suivante pour expliquer ce fait : les sages-femmes seraient moins invasives, plus enclines à ne plus réaliser d'examen portant à l'intégrité du corps, à favoriser la relation « humaine » plutôt qu'à se retrancher derrière des gestes techniques. Une autre hypothèse a été émise dans un mémoire sur la pratique du TV à Angers (13), il retrouve aussi que les SF font moins de TV et ce serait car elles sont moins tournées vers la pathologie, elles ne s'occupent que de physiologie.

Ces chiffres confirment aussi que moins on suit de grossesses (et dans notre étude, les sages-femmes suivent peu de grossesses), moins on pratique le TV systématique. Ou plus simplement, elles appliquent plus facilement les recommandations que les médecins.

Les médecins généralistes réalisent un TV systématique à chaque consultation prénatale dans près de 60% des cas. Les obstétriciens sont à 50% en faveur du TV systématique. Les professions médico-chirurgicales pratiquent plus facilement les gestes techniques, appris pendant les études, enseignés par les pairs.

1.4. Sur l'utilité du geste de dépistage

Le TV a été introduit en premier lieu pour dépister des MAP, hors, à partir de 34 SA, on ne prend pas en charge de la même façon qu'à 28SA.

Le TV avant le seuil de viabilité (22 SA) dans le but de découvrir une MAP, a peu d'intérêt car la prise en charge sera très limitée : surveillance, bilan étiologique, tocolyse selon pour réaliser les corticoïdes et retarder l'accouchement jusqu'à un âge gestationnel offrant un meilleur pronostic, où une meilleure prise en charge sera possible.

Après 34 SA, le TV dans le but de trouver une MAP est moins important : les séquelles de prématurité sont moins fréquentes et moins graves, toutefois la prolongation de la grossesse apporte toujours un avantage. Cela reste intéressant de dépister pour une bonne prise en charge.

Pour dépister d'autres pathologies (tumeur du col, des ovaires ou de l'utérus, tout obstacle praevia qui pourrait modifier le pronostic de la grossesse ou de l'accouchement), il reste intéressant en début de grossesse. Idem en fin de grossesse pour évaluer le bassin (surtout chez la primipare, moins chez une multipare qui a déjà accouché par voie basse d'un fœtus eutrope et donc dont le bassin a déjà fait ses preuves).

Les MAP silencieuses, c'est-à-dire sans contractions ressenties, sont rares. Lindgren en 1973 a démontré que les contractions utérines étaient à la source de la dilatation du col (16). Il faut des contractions fortes et rapprochées (30mmHg à 11-12/heure). Dans notre étude, les praticiens déclarent réaliser un TV systématique pour dépister ce genre de cas : les modifications du col sans CU ressenties. Néanmoins dans nos métiers, il faut dépister les pathologies même rares quand elles sont potentiellement graves. Il paraît utile de faire un TV à 6 mois de grossesse, pour dépister des cols modifiés, puisque la prise en charge est meilleure quand elle est faite le plus en amont possible (cerclage, repos, tocolytiques, transfert in utero...)

2. Controverses

2.1. Utilité

2.1.1. Pronostic obstétrical

Dans les recommandations HAS de 2007, chaque visite est détaillée, et aucune ne comporte explicitement la réalisation systématique d'un TV, même les 2 dernières au 8^{ème} et 9^{ème} mois pour évaluer la présentation et le pronostic obstétrical. En effet, la présentation peut très bien être déterminée par la palpation abdomino-pelvienne et contrôlée par une échographie sus-pubienne si besoin. Il est intéressant de dépister les présentations du siège pour proposer une version par manœuvre externe du fœtus et ainsi favoriser un accouchement eutocique.

Néanmoins, le pronostic obstétrical se base sur la conformation du bassin, la présentation et l'état du col utérin. De par la définition, il apparaît utile de faire le TV pour s'assurer que tout est en place pour permettre un accouchement voie basse. Mais à priori cela ne modifie pas la survenue des AP. Les recommandations sont basées sur une étude contrôlée randomisée de 1984 (17) qui a démontré l'inutilité du TV systématique : la réalisation du TV systématique lors de chaque visite comparée avec un examen sur indication médicale (contractions utérines douloureuses ou répétées) ne diminuait pas le risque d'accouchement prématuré. Le National Institute for Clinical Excellence (NICE), par le texte « Antenatal appointments (schedule and content) » de 2003 et revu en 2014 (18)(19) ne recommande pas non plus l'examen du bassin ni le TV systématique, en s'appuyant sur les résultats d'une revue de littérature publiée par la Cochrane Library en 1999.(20) Cette revue de littérature a démontré que la réalisation d'une radiopelvimétrie influençait le mode d'accouchement : la détermination des mensurations du bassin orientait plus facilement vers une césarienne. On sait pourtant qu'une voie basse est toujours préférable, pour l'adaptation du fœtus à la vie

extra-utérine et pour la femme et ses grossesses ultérieures. On ne laisse pas assez d'épreuve du travail se faire. D'ailleurs la radiopelvimétrie ne se pratique plus actuellement.

2.1.2. Autres pathologies diagnostiquées par le TV

En début de grossesse, on peut pratiquer un examen gynécologique complet (surtout si la femme n'est pas suivie habituellement). Les pathologies du col et des annexes peuvent être dépistées à ce moment. La réalisation d'un frottis du col peut être fait, la palpation des culs-de-sac vaginaux peut faire suspecter une masse, kyste ovarien ou autre étiologie qui sera précisé avec d'autres examens complémentaires. Toutefois les anomalies seront probablement dépistées lors de la première échographie (à 12 SA) obligatoire dans le suivi. D'après une étude de 1988 comparant le TV et l'échographie, la majeure partie des kystes est dépistée lors des échographies ; et ils sont rares pendant la grossesse.(21). Cette étude a été confirmée par une autre de 2001.(22) Le TV à lui seul n'est pas suffisant pour être jugé efficace. Peut-être est-ce aussi dû au fait que notre médecine moderne a plus facilement recours aux examens complémentaires : les praticiens sont moins bien formés à la réalisation des gestes et aux ressentis des signes sémiologiques...

Pour une partie des praticiens de notre étude, il reste d'ailleurs important d'entretenir ces compétences.

2.2. Inutilité

De fait, cette moindre sensibilité rend la réalisation peu utile. La recherche d'une modification du col sans symptômes (pas de contractions), chez une femme qui n'a pas d'antécédents (MAP ou accouchement prématuré ou fausse couche tardive), peut induire la découverte de signes (col ouvert, déhiscent), conduisant à des prises en charge coûteuses (arrêt de travail, hospitalisation, examens complémentaires inutiles...), alors qu'elle n'aurait peut-être jamais eu de signes menaçant le bon déroulement de sa grossesse.(23)(24)

De nombreuses études montrent que l'échographie de col est meilleure que le TV (25) (26) (27) (28). Le CNGOF d'ailleurs le marque dans ses recommandations (29).

Ainsi l'ANAES en 2005 expliquait qu'il n'y avait pas d'argument pour la réalisation d'un TV de routine chez la femme asymptomatique car cela ne diminue pas l'incidence de la prématurité (30) (23).

En 2011, l'examen clinique et obstétrical ne comporte toujours pas de TV (31).

Les études sur lesquelles sont basées les recommandations pointent le fait que les TV répétés seraient délétères pour la patiente (17). Or dans notre étude, ce n'est pas ce risque qui est mis en avant par les praticiens (tableau VI) pour ne pas réaliser le TV systématiquement, c'est plutôt pour le fait qu'il soit jugé inutile car pas dans les recommandations HAS.

2.3. Pratique du geste

En France, cet examen est quasiment réalisé de façon systématique à chaque visite prénatale, avec ou sans symptômes. De nombreux mémoires et thèses l'attestent (14) (32) (13) (33)... Les raisons invoquées sont plus pour satisfaire/rassurer les patientes que pour réellement dépister une anomalie. C'est une sorte de rituel, mais l'évolution de nos connaissances techniques nous fait devenir moins bons en clinique pure. Les examinateurs sont moins entraînés, les doigts sont moins sensibles pour reconnaître les signes sémiologiques. On va plus facilement vers les dosages biologiques et les examens d'imagerie, auxquels on fait plus confiance, et ce malgré l'augmentation de coût de prise en charge que cela occasionne.

Dans d'autres pays (anglo-saxons pour la plupart), le TV ne se pratique pas, il est même potentiellement reconnu comme facteur de risque d'accouchement prématuré (34)(23). Sa pratique régulière (1 fois par semaine dans cette étude (34)) augmente très

significativement la survenue de rupture prématurée des membranes et donc un accouchement prématuré.

Il y a actuellement une polémique dans l'opinion française, sur la pertinence de cet examen. En février 2015, un article parlant de la formation des médecins à ce geste, sur patientes endormies, a mis le feu aux poudres (6). Un document de formation des étudiants en médecine de Lyon expliquait qu'il fallait s'entraîner au TV sur des patientes dont on n'avait pas recueilli le consentement. Les réseaux sociaux sur internet ont commencé un débat sur le consentement et la toute-puissance des médecins. Un tumblr circule : « je n'ai pas consenti ». Il existe aussi une discussion #payetonuterus, depuis novembre 2014, dans laquelle les femmes racontent leurs expériences traumatisantes en gynéco-obstétrique. Suite à cela, une émission de radio « sur les docks » a traité de la maltraitance gynécologique, qui va beaucoup plus loin que le TV sur patientes non consentantes. Diverses personnes étaient interviewées : des experts et des patientes. Il s'avère que la gynécologie-obstétrique s'occupe d'organes qui ont un poids symbolique particulier, touchant à la sphère intime. Il faut plus de tact pour obtenir le consentement de la patiente et réaliser le geste. Néanmoins dans de nombreuses études, il apparaît que les femmes trouvent ce geste important dans le suivi de grossesse, elles sont rassurées par la réalisation. Elles se disent non gênées par le geste (à 62% en 2010 dans l'étude à Angers de Lorioux) (13). Les médias et les réseaux sociaux ont un biais de mise en exergue : ils ne réalisent pas une enquête d'opinion valable. Cependant, ils font réfléchir à un sujet, voire peuvent induire des changements en valorisant certaines opinions.

2.4. Autres solutions

On a par ailleurs des scores (par exemple le CRAP, voir Annexe 4) pour définir des groupes de patientes plus ou moins à risque d'accouchement prématuré (AP). Néanmoins ce score

n'est plus utilisé actuellement. Un autre score, le score de Bishop, est toujours utilisé : il s'agit d'évaluer le col par le TV, pour prédire le début du travail.

D'autres examens, qui semblent plus fiables pour dépister et diagnostiquer les MAP sont à notre disposition : l'échographie de col et /ou le dosage de fibronectine. C'est ce qu'il ressort comme application des recherches actuelles. L'échographie a plusieurs avantages sur le TV : elle est moins opérateur-dépendant, donc plus reproductible (35), il y a moins de risque de rompre les membranes et d'infecter l'oeuf (36). Elle peut être réalisée par voie endovaginale ou transpérinéale. C'est aussi une technique qui est médiée par une sonde, un dispositif qui met une distance entre l'examineur et sa patiente, c'est probablement moins intrusif que les doigts du praticien. Toutefois, l'appareil n'est pas forcément disponible, le TV reste une alternative rapide à mettre en œuvre et moins chère. Dans une étude de 2006, l'échographie endovaginale et le TV (par le calcul du score de Bishop) sont comparés (10), il ressort que l'échographie est meilleure que le TV pour prédire un accouchement prématuré. Dans une étude de 2012 (37), qui reprend plusieurs études entre 1994 et 2010, il ne ressort aucune supériorité de l'un sur l'autre, plutôt une complémentarité : TV suivi d'une échographie, c'est ce qui permettrait de réduire les « faux positifs », c'est-à-dire de redresser un diagnostic de col modifié donné par le TV alors qu'il n'existe pas à l'échographie.

Certaines équipes réalisent un dosage de fibronectine fœtale. Il s'agit d'une glycoprotéine placentaire, qui permet l'adhésion de l'oeuf à l'endomètre. On la retrouve dans les sécrétions vaginales jusqu'à 20 SA, puis elle est indétectable jusqu'à 38SA, sauf dans les cas de MAP, car les membranes se décollent. Le taux retenu de positivité est de 50ng/mL (38) (39). Son intérêt tient surtout à sa haute VPN de 98%. L'utilité est limitée par son coût, le fait que tous les laboratoires ne sont pas équipés et que les résultats peuvent être modifiés par certains facteurs comme le TV, un rapport sexuel, des métrorragies ou une vaginose bactérienne. En couplant l'échographie du col et le taux de FnF, on calcule le score CLEOPATRA (40).

Il y a d'autres marqueurs qui sont à l'étude, mais qui ne sont pas encore disponibles en clinique (41) (42) : la CRH (corticotropin releasing hormone), l'estriol (salivaire et plasmatique), métalloprotéases matricielles, relaxine, G-CSF, AFP, endocannabinoïdes, PAPP-A, Ph-IGFBP-1, polymorphisme génétique... Les causes et les cascades de réactions biochimiques à l'origine du déclenchement de l'accouchement ne sont toujours pas élucidées chez l'Homme.

Les plus étudiés sont la CRH, l'estriol et le Ph-IGFBP-1. La CRH augmente la synthèse de prostaglandines, qui participent au déclenchement de l'accouchement en entraînant des contractions, elle stimule aussi la synthèse d'estriol. Son dosage se fait dans le sang. Mais les études sont peu contributives vis-à-vis de l'intérêt de son dosage en pratique clinique.

L'estriol (une forme d'œstrogène) est sécrété à partir de précurseurs fœtaux, il augmente tout au long de la grossesse. Sa concentration plasmatique est proportionnelle à sa concentration salivaire, ce qui rend facile son dosage. Il augmente la sensibilité à l'ocytocine des cellules myométriales et module leur excitabilité. Il se produit un pic 3 à 5 semaines avant l'accouchement. Sa VPP est faible à 20% et sa VPN forte à 98%. Il y a beaucoup de faux positifs et son coût est élevé.

Le Ph-IGFBP-1 augmente aussi à l'approche de l'accouchement, dans les sécrétions vaginales (43). Il est sécrété par l'endomètre et se retrouve dans les sécrétions vaginales lorsque les membranes de l'œuf commencent à se détacher. Il est moins influencé que la FnF par le liquide séminal ou les urines. Sa VPN est très forte.

À noter que la PAPP-A est dosée en début de grossesse comme marqueur de trisomie 21. Elle est aussi liée à un risque d'AP si son taux est trop faible. C'est une protéine synthétisée par le placenta.

Tous ces marqueurs peuvent être couplés pour augmenter la fiabilité de la prédiction, aucun ne possède une VPP importante à lui seul.

Mais malgré tout, les études statistiques ne sont en faveur d'aucun de ces examens exclusivement ; quoi qu'on fasse pour dépister et traiter, le pronostic des accouchements prématurés n'est que peu impacté. Une majorité des patientes hospitalisées pour MAP accoucheront à terme (44). On ne sait pas prévoir celles qui accoucheront trop tôt, ni empêcher totalement un AP. On peut parfois, avec les tocolytiques, prolonger suffisamment la grossesse pour permettre des thérapeutiques aidant le fœtus à s'adapter à la vie extra-utérine (par exemple, la corticothérapie pour mûrir les poumons du fœtus et diminuer les risques d'une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine). On peut chercher la cause responsable de la mise en travail prématuré. Certaines sont curables (infections) mais on ne sait pas encore faire diminuer significativement les AP et leurs conséquences, en amont, c'est-à-dire traiter les facteurs qui vont mener à un AP. Par contre, les progrès de la prise en charge des naissances prématurées ont fait diminuer la morbi-mortalité.

La meilleure solution pour l'instant est de faire naître les fœtus dans les maternités de niveau adapté à leur prématurité. Mais pour ce faire, il faut pouvoir porter le diagnostic de MAP le plus tôt possible. Il faut poursuivre les recherches pour mieux maîtriser les causes de prématurité et découvrir des traitements plus ciblés.

Conclusion :

Le toucher vaginal dans l'examen de la femme est un geste de plus en plus controversé. Il fait partie de l'examen depuis les origines de l'Homme mais actuellement, il ne serait plus si obligatoire et nécessaire. Sa pratique est même remise en cause par les patientes elles-mêmes depuis une vingtaine d'années, même si la plupart le réclame pour être rassurée. Et le dernier « scandale » médiatique sur son apprentissage par les étudiants sur patientes endormies ne va pas permettre de clore le débat... Les praticiens n'appliquent d'ailleurs pas encore les recommandations, il y a toujours les « pour » et les « contre ».

Il apparaît, à force d'étude, que le toucher vaginal dans le suivi de grossesse n'est pas nécessaire lors d'une grossesse de déroulement normal. Il est plus utile en première ligne dès qu'il y a des symptômes car peu cher (le prix d'un doigtier) et analyse le col mieux que l'examen au spéculum ou l'échographie. Il permet lors des dernières consultations d'évaluer le bassin obstétrical et d'éviter parfois à certaines femmes une épreuve du travail inutile lorsqu'il dépiste des anomalies (qui seront confirmées ou non par des examens d'imagerie). C'est un examen qui peut néanmoins être iatrogène : provoquer une rupture prématurée des membranes, une infection ou déclencher des saignements (placenta praevia).

Il reste utile pour suivre le travail, évaluer les conditions locales pour un déclenchement, réaliser certaines manipulations obstétricales.

Pour dépister des MAP, d'autres possibilités existent mais sont plutôt complémentaires (échographie) ou accessoire (fibronectine fœtale) du fait de l'accessibilité plus ou moins difficile de ces examens. De plus elles sont probablement tout autant iatrogènes et pénibles pour la patiente (sonde d'échographie plus ou moins bien stérilisée, spéculum...). Et le coût n'est pas anodin. Il faut poursuivre les recherches pour mieux maîtriser les causes de prématurité et découvrir des examens dotés d'une meilleure spécificité et sensibilité.

Malgré les évolutions de la science (plus de technique) et des mentalités (respect de l'individu), Le toucher vaginal reste un bon outil en gynéco-obstétrique. Il doit être utilisé à bon escient, bien expliqué pour être mieux toléré.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leroy F. Histoire de naître : De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé - Fernand Leroy 2001.
2. Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXème siècle. Vol. 2. Les Editions Roger Dacosta; 1981.
3. Mauriceau F. Des Maladies des femmes grosses et accouchées, avec la véritable et bonne méthode de les bien aider dans leurs accouchements naturels, et les moyens de remédier à tous ceux qui sont contre nature, et aux indispositions des enfans nouveau-nés; ensemble une très-exacte description de toutes les parties de la femme qui sont destinées à la génération. Le tout accompagné de plusieurs figures en taille-douce, nouvellement et fort correctement gravées... composé par François Mauriceau. 1668.
4. Du Toucher considéré sous le rapport des accouchements, par P. Maigne. 1839
5. Deplagne C, Maurice-Tison S, Coatleven F, Vandebossche F, Horovitz J. Utilisation séquentielle de la longueur échographique du col utérin puis de la détection de la fibronectine fœtale pour prédire une prématurité spontanée en cas de menace d'accouchement prématuré. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2010;39(7):575-83.
6. LORRIAUX A. Touchers vaginaux sur patientes endormies: un tabou à l'hôpital? metronews. fevrier 2015;
7. Briex M. Rituel - Cairn.info [Internet]. [cité 29 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/cent-mots-pour-les-bebes-d-aujourd-hui--9782749210575-page-289.htm>
8. Gynécologie | Polycopié national du collège des enseignants
 Cours de Médecine en Ligne [Internet]. [cité 27 août 2015]. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/polycopies-gynecologie-6.html>
9. Lacoste C-R, Seffert P, Chauleur C. Rétention aiguë d'urine et grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 avr 2013;41(4):265-268.
10. Matijevic R, Grgic O, Vasilj O. Is sonographic assessment of cervical length better than digital examination in screening for preterm delivery in a low-risk population? Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(11):1342-7.
11. Suivi des femmes enceintes - Recommandations - suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
12. Goldenberg RL, Rouse DJ. Prevention of premature birth. N Engl J Med. 30 juill 1998;339(5):313-20.

13. Lориoux 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/fr/>
14. Bon-Mardion D. Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales : enquête auprès de 229 professionnels haut-normands. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00669008>
15. Monteux T. La pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales au sein d'une population de grossesses à bas risque: évaluation des pratiques professionnelles au Centre Hospitalier de Bourg en Bresse. Bourg-en-Bresse, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
16. Lindgren L. The influence of uterine motility upon cervical dilatation in labor. *Am J Obstet Gynecol.* 15 oct 1973;117(4):530-6.
17. Lenihan JP. Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol.* janv 1984;63(1):33-7.
18. National Institute for Clinical Excellence. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. London: NICE; 2003.
19. Antenatal care | appendix-d-antenatal-appointments-schedule-and-content | Guidance and guidelines | NICE 2014 [Internet]. [cité 29 août 2015]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/Appendix-D-Antenatal-appointments-schedule-and-content>
20. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews.* John Wiley & Sons, Ltd; 1999
21. O'Donovan P, Gupta JK, Savage J, Thornton JG, Lilford RJ. Is routine antenatal booking vaginal examination necessary for reasons other than cervical cytology if ultrasound examination is planned? *Br J Obstet Gynaecol.* juin 1988;95(6):556-9.
22. Goffinet F. [Ovarian cysts and pregnancy]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2001;30(1 Suppl):S100-108.
23. Buekens P. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *The Lancet.* sept 1994;344(8926):841-4.
24. Echographie endovaginale du col utérin dans les populations asymptomatiques haut risque et bas risque d'accouchement prématur : faire ou ne pas faire? Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/147/article/echographie-endovaginale-du-col-utrin-dans-les-pop>
25. Échographie endovaginale du col utérin avant déclenchement artificiel du travail : R. Gabriel et al., *Gynécol Obstét Fertil* 2001;29:919-23.
26. Meijer-Hoogeveen M, Roos C, Arabin B, Stoutenbeek P, Visser GHA. Transvaginal ultrasound measurement of cervical length in the supine and upright positions versus Bishop score in predicting successful induction of labor at term. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1 févr 2009;33(2):213-20.

27. Roman H, Verspyck E, Vercoustre L, Degre S, Col JY, Firmin JM, et al. Does ultrasound examination when the cervix is unfavorable improve the prediction of failed labor induction? *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* avr 2004;23(4):357-62.
28. Shiono PH, Klebanoff MA. A review of risk scoring for preterm birth. *Clin Perinatol.* mars 1993;20(1):107-25.
29. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE: La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (2002)
30. Microsoft Word - Texteversion finale avril 05.doc - infos_femmes_enceintes_rap.pdf. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
31. HAS Suivi grossesse bas risque- version finale-mai.2011.doc - Suivi grossesse bas risque- version finale-mai 2011.pdf. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/Rapports%20et%20recommandations/Suivi%20grossesse%20bas%20risque-%20version%20finale-mai%202011.pdf>
32. Linard C. TV or not TV: la place du toucher vaginal dans le suivi de grossesse en Bourgogne. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/>
33. UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY - SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf
34. Lenihan J. Relationship of Antepartum Pelvic Examinations to Premature... : *Obstetrics & Gynecology.* 1984. Disponible sur: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1984/01000/Relationship_of_Antepartum_Pelvic_Examinations_to.7.aspx
35. Goldberg J, Newman RB, Rust PF. Interobserver reliability of digital and endovaginal ultrasonographic cervical length measurements. *Am J Obstet Gynecol.* oct 1997;177(4):853-8.
36. Jenniges K, Evans L. PREmature rupture of the membranes with routine cervical exams. *J Nurse Midwifery.* 1 janv 1990;35(1):46-9.
37. Reiter E, Nielsen KA, Fedder J. Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? *Acta Obstet Gynecol Scand.* avr 2012;91(4):428-38.
38. Marqueurs biochimiques de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'infection). </data/revues/03682315/0031SUP7/35/>. 9 mars 2008; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/114616>
39. Bon C, Roubille M, Maillivin A, Pichoty J. La détection de la fibronectine fœtale dans l'évaluation du risque d'accouchement prématuré. *Immuno-Anal Biol Spéc.* mars 2000;15(2):96-108.

40. Tekesin I, Eberhart LHJ, Schaefer V, Wallwiener D, Schmidt S. Evaluation and validation of a new risk score (CLEOPATRA score) to predict the probability of premature delivery for patients with threatened preterm labor. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol*. déc 2005;26(7):699-706.
41. Kota SK, Gayatri K, Jammula S, Kota SK, Krishna SVS, Meher LK, et al. Endocrinology of parturition. *Indian J Endocrinol Metab*. 2013;17(1):50-9.
42. Bernal AL. Mechanisms of labour—biochemical aspects. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 avr 2003;110:39-45.
43. Maria Paternoster D, Muresan D, Vitulo A, Serena A, Battagliarin G, Dell'avanzo M, et al. Cervical phIGFBP-1 in the evaluation of the risk of preterm delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1 févr 2007;86(2):151-5.
44. Berthelot-Ricou A, Tur S, Guidicelli B, Capelle M, Gamberre M, Courbiere B. Étude pronostique du risque d'accouchement, des patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, dans une maternité de niveau III. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. oct 2014;43(8):600-9.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Coupe montrant les rapports de l'utérus chez la femme non gravide **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 2 : Bassin osseux montrant les différents diamètres 11

Figure 3 : disposition des muscles du périnée 12

Figure 4 : toucher vaginal bi-manuel 15

Figure 5 : Modification de l'utérus gravide, palpable par le toucher vaginal 19

Figure 6 : Rapports de l'utérus à 3 mois environ 20

Figure 7 : Position normale de l'utérus gravide de 2 mois environ 22

Figure 8 : Positions anormales de l'utérus gravide, différence entre rétroflexion et rétroversion 22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des praticiens (en nombre) en fonction du sexe et du lieu d'exercice	34
Tableau II : Age des praticiens (en année) en fonction de leur profession.....	35
Tableau III : Caractéristiques des professionnels en fonction de l'expérience en obstétrique	36
Tableau IV : Nombre de professionnels pratiquant le TV en fonction des professions	37
Tableau V : Raisons invoquées pour la pratique du TV en fonction du type de professionnel	38
Tableau VI : Raisons invoquées contre la pratique du TV en fonction du type de professionnel	39
Tableau VII : Consultation prénatale où le TV serait le plus utile, en fonction des profession	39
Tableau VIII : Estimation par les professionnels de l'utilité du TV pour dépister des MAP	40
Tableau IX : Evolution de la pratique du TV depuis le début de carrière des professionnels	41
Tableau X : Pratique du TV selon l'âge des praticiens (cut off arbitraire à 40 ans).....	42
Tableau XI : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 40 ans).....	42
Tableau XII : Pratique du TV selon l'âge des praticiens (cut off arbitraire à 35 ans)	43
Tableau XIII : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 35ans)	43
Tableau XIV : Pratique systématique du TV selon l'âge et la profession (cut off arbitraire à 50 ans).....	44
Tableau XV : Modification de la pratique en fonction de l'âge et de la profession	44
Tableau XVI : Pratique du TV selon le sexe des praticiens	45
Tableau XVII : Pratique du TV selon le sexe et la profession des praticiens.....	45
Tableau XVIII : Pratique du TV selon la durée d'exercice des praticiens.....	46
Tableau XIX : Pratique du TV selon le nombre de grossesses suivies (cut off arbitraire à 5 suivis).....	47
Tableau XX : Pratique du TV selon le nombre de grossesses suivies (cut off arbitraire à 10 suivis)	47

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
TOUCHER VAGINAL ET GROSSESSE À BAS RISQUE : HISTORIQUE ET DÉFINITIONS	2
1. Toucher Vaginal	2
1.1. Historique.....	2
1.2. Technique.....	6
1.2.1. Rappels anatomiques	6
1.2.1.1. Utérus.....	7
1.2.1.2. Les ovaires	9
1.2.1.3. Le bassin	9
1.2.1.3.1. Le bassin osseux	9
1.2.1.3.1.1. Le détroit supérieur	10
1.2.1.3.1.2. Le détroit inférieur.....	10
1.2.1.3.1.3. L'excavation pelvienne	11
1.2.1.3.1.4. L'ogive pubienne	12
1.2.1.3.2. Les parties molles du bassin.....	12
1.2.2. Réalisation du geste (8).....	15
1.2.2.1. Technique de l'examen	15
1.2.2.2. Ce qu'il permet d'évaluer	16
1.2.2.3. Apport du TV au suivi de grossesse	17
1.2.2.3.1. Modification du col de l'utérus en fonction de l'âge gestationnel :	17
1.2.2.3.2. Etat des orifices :	18
1.2.2.3.3. Modifications de l'utérus :	19
1.2.2.3.4. Diagnostic de la présentation :	23
1.2.2.3.5. Evaluation du bassin obstétrical.....	23
1.2.2.3. Limites de l'examen	23
1.3. Résumé des apports du TV au suivi des femmes.....	24
1.4. Législation	25
1.4.1. Code de déontologie.....	25
1.4.1.1. Médecin :	25
1.4.1.1.1. Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) - 11/10/2012....	25
1.4.1.1.2. Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique)	26
1.4.1.2. Sage-femme :	26
1.4.2. Code civil.....	27
1.4.3. Code de la Santé Publique.....	27
2. Grossesse à bas risque et prise en charge.....	29
2.1. Définition.....	29
2.2. Description de la prise en charge des grossesses en France	29
PRÉSENTATION ET RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU CHOLETAIS	33
1. Présentation de l'enquête	33
1.1. Description de l'enquête	33
1.2. Le questionnaire (voir annexe 5).....	33
2. Résultats de l'enquête	34
2.1. Profils des professionnels	34
2.2. Caractéristiques des praticiens.....	36

2.3.	Pratique du TV.....	37
2.4.	Utilité de l'examen dans la pratique	40
2.5.	Evolution de la pratique	41
2.6.	Analyse sur l'âge du praticien	42
2.7.	Réalisation selon le sexe	45
2.8.	Réalisation selon la durée d'exercice.....	46
2.9.	Selon le nombre de suivi de grossesse par semaine	47
2.10.	Descriptif des explications données lors de la réalisation ou non du TV	48
2.11.	Lorsque la réalisation du TV est impossible, que faites-vous ?	49
2.12.	Remarques libres	50
DISCUSSION		52
1.	Toucher Vaginal et grossesse à bas risque : discussion	52
1.1.	Réalisation en fonction du sexe du praticien.....	52
1.2.	En fonction de l'âge et du nombre de suivi.....	52
1.3.	En fonction de la profession.....	53
1.4.	Sur l'utilité du geste de dépistage	54
2.	Controverses	55
2.1.	Utilité.....	55
2.1.1.	Pronostic obstétrical	55
2.1.2.	Autres pathologies diagnostiquées par le TV	56
2.2.	Inutilité	56
2.3.	Pratique du geste.....	57
2.4.	Autres solutions.....	58
CONCLUSION :		62
BIBLIOGRAPHIE		64
LISTE DES FIGURES		68
LISTE DES TABLEAUX		69
TABLE DES MATIÈRES.....		70
ANNEXES.....		I
ANNEXE 1 : BREVET DE M^{ME} DUCOUDRAY		I
ANNEXE 2 - GRAVURE PRÉSENTANT LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL EN 1850.		III
ANNEXE 3- TYPES DE SUIVI ET STRUCTURE RECOMMANDÉS POUR L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES CHRONOLOGIQUEMENT AU COURS DE LA GROSSESSE (LISTE INDICATIVE NON LIMITATIVE) (ACCORD PROFESSIONNEL).....		IV
ANNEXE 4- CRAP (COEFFICIENT DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ)		IX
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE		X
ANNEXE 6 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE.....		XIV
ANNEXE 7 : SCORE DE BISHOP		XV

ANNEXE 1 : BREVET DE M^{ME} DUCOUDRAY

B R E V E T

Qui autorise la Dame DUCOUDRAY , Maitresse Sage-Femme , à tenir des Cours d'instruction publique dans toutes les Provinces du Royaume.

*A*ujourd'hui , dix-huit Août mil sept cent soixante-sept , le Roi étant à Compiègne ; Sa Majesté , toujours occupée du soin de donner à ses peuples les secours dont ils ont besoin , & principalement pour tout ce qui peut tendre à leur conservation ; & bien informée de la science & de l'expérience que la Dame DUCOUDRAY , Sage-Femme , a acquise dans l'Art des Accouchements ; voulant d'ailleurs la récompenser des soins infinis qu'elle s'est donnés pour pousser cet Art , si utile & si nécessaire , à un haut degré de perfection , Sa Majesté l'a nommée pour enseigner l'Art des Accouchements dans toute l'étendue de son Royaume ; lui permet , à cet effet , d'y tenir des Cours publics & particuliers sur tout ce qui y a rapport , sans que , sous aucun prétexte , elle puisse y être troublée : Mande & ordonne en conséquence Sa Majesté , à tous Gouverneurs , Intendants , & Commissaires départis dans ses Provinces pour l'exécution de ses ordres , & à tous Magistrats & Juges qu'il appartiendra , de la protéger & de lui donner toute l'aide & assistance dont elle aura besoin ; & afin de lui procurer tous les moyens de se transporter dans toutes les Provinces où elle sera utile , Sa Majesté veut

7

& entend que tant qu'elle tiendra des Cours publics d'instructions, dans quelque lieu de son Royaume que ce soit, elle jouisse, par chacun an, de la somme de huit mille livres, qu'Elle lui accorde à titre de gratification annuelle; & lorsque l'âge & les infirmités ne lui permettront plus de tenir lesdits Cours, de trois mille livres seulement, pour lui faciliter les moyens de vivre dans sa retraite; lesquelles sommes lui seront payées, dans les cas susdits, à l'avenir, par chacun an, sa vie durant, par les Gardes de son Trésor Royal, présents & à venir, sur ses simples quittances, à compter, suivant les états & ordonnances qui en seront expédiés en vertu du présent Brevet, que, pour assurance de sa volonté, Sa Majesté a signé de sa main, & fait contre-signer par moi Conseiller-Secrétaire d'Etat & de ses Commandements & Finances. Signé, LOUIS.

Et plus bas, PHELYPEAUX.

Brevet qui autorise la dame DUCOUDRAY, maîtresse sage-femme, à tenir des cours d'instruction publique dans toutes les provinces du royaume, 18 août 1767. A.D.I.L., C 355.

**ANNEXE 2 - GRAVURE PRÉSENTANT LA PRATIQUE DU TOUCHER
VAGINAL EN 1850.**



ANNEXE 3- TYPES DE SUIVI ET STRUCTURE RECOMMANDÉS POUR L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES CHRONOLOGIQUEMENT AU COURS DE LA GROSSESSE (LISTE INDICATIVE NON LIMITATIVE) (ACCORD PROFESSIONNEL).

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter
Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	
Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récidence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexplicite	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)

Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse
Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Anniocentèse/ponction des villosités chorales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

ANNEXE 4- CRAP (COEFFICIENT DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ)

1 : 2 enfants ou plus sans aide familiale, conditions socio-économiques médiocres, curetage, court intervalle entre 2 grossesses, travail à l'extérieur, prise de poids excessive, asthénie inhabituelle

2 : grossesse illégitime, moins de 20 ans, plus de 40 ans, 2 curetages, plus de 3 étages sans ascenseur, plus de 10 cigarettes par jour, moins de 5 kg de prise de poids, protéinurie, HTA

3 : mauvaises conditions socio-économiques, moins de 1m50, moins de 45 kg, 3 curetages ou plus, utérus cylindrique, long trajet quotidien, efforts inhabituels, travail fatiguant, grand voyage, chute de poids le mois précédent, tête trop basse loin du terme, segment inférieur déjà formé loin du terme

4 : moins de 18 ans, pyélonéphrite, métrorragies du 2ème trimestre, col court, utérus contractile

5 : malformation utérine; avortement tardif, accouchement prématuré, grossesse gémellaire, placenta praevia, hydramnios

Si **CRAP est inférieur à 5** : pas de danger de prématurité,

si entre 5 et 10 : risque potentiel de prématurité,

au-dessus de 10 : risque certain

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE

Questionnaire

« Pratique du TV dans le suivi de grossesse à bas risque »

Thèse Sophie Choplin Coindre

Chapitre 1 : Profil du professionnel

1- Quelle profession exercez-vous ?

- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin Généraliste
- Gynécologue Médical
- Sage-Femme

2- Vous êtes un homme une femme

3- Quel est votre âge ?

-

4- Lieu d'exercice :

- Maternité publique niveau
- Maternité privée niveau
- Cabinet libéral
- Mixte (ville -hôpital)
- PMI
- Autre

5- Depuis combien de temps suivez-vous des grossesses ?

-

6- Combien de consultation de suivi de grossesse asymptomatique faites-vous par semaine ?

.....

7- Pratiquez-vous des accouchements ?

Oui

non

Chapitre 2 : Pratique du TV lors des visites prénatales

1- Pratiquez-vous le Toucher Vaginal systématiquement lors des visites prénatales ?

Oui

non

2- Si oui, pourquoi ?

Par habitude

C'est indispensable

Crainte médico-légale

Dépister une modification cervicale sans contraction utérine

Dépister une pathologie gynécologique

Respect des habitudes du service

Demande de la patiente

Autre :

3- Si non, pourquoi ?

C'est délétère pour la patiente

C'est inconfortable

- C'est inutile car la prise en charge ultérieure ne serait pas modifiée
- Il n'y a pas de recommandation dans ce sens
- Vous prescrivez d'autres examens (échographie du col, FNF...)

4- A quelle consultation pensez-vous que le TV est indispensable :

- La première
- 4^{ème} mois
- 5^{ème} mois
- 6^{ème} mois
- 7^{ème} mois
- 8^{ème} mois
- 9^{ème} mois
- aucune

Chapitre 3 : Utilité dans la pratique

1- Le TV vous-a-t-il permis de dépister des MAP ?

- Jamais
- Rarement
- parfois
- souvent

2- Quelle note attribuez-vous au TV pour le « service rendu » ?

De 0 (aucun service médical rendu) à 10 (le meilleur examen)

3- Expliquez-vous l'intérêt ou l'inutilité de cet examen à la patiente ?

- Oui
- Non
- Comment ?.....

4- Et quand la réalisation du TV est impossible, que faites-vous ?

5- Avez-vous modifié votre examen clinique vis-à-vis du TV depuis le début de votre exercice ?

- Oui
- Non
- Non fait depuis toujours
- modifié d'après les recommandations
- Modifié d'après l'expérience
- fait depuis toujours

Chapitre 4 : Remarques libres

ANNEXE 6 : COURRIER ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE

Objet : questionnaire de thèse

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale et je prépare une thèse sur la pratique du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque.

Dans ce cadre, je vous adresse un questionnaire qui me permettra d'apprécier les pratiques actuelles chez les professionnels de santé pratiquant l'obstétrique dans le choletais.

En vous remerciant de bien vouloir le remplir et me le renvoyer par retour de mail, je vous prie d'agréer, madame, monsieur, mes sincères salutations.

ANNEXE 7 : SCORE DE BISHOP

Score de bishop				
	0	1	2	3
dilatation	0	1-2	3-4	4
longueur	3	2	1	0
consistance	ferme	souple	molle	/
position	postérieur	centré	antérieur	/
présentation	mobile	appliquée	fixée	engagée

Interprétation :

- Evaluation du travail se déclenchant spontanément :
 - score > 9 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares).
- En cas de déclenchement artificiel du travail :
 - score < 3 : pronostic très défavorable.
 - score entre 4 à 5 : pronostic intermédiaire
 - score entre 6 à 9 : pronostic favorable.
 - score > 9 : pronostic très favorable.

Pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque : évaluation de la pertinence.

RÉSUMÉ

Introduction : La pratique du toucher vaginal dans le suivi de grossesse est très controversée depuis plusieurs années. Son utilité est remise en cause car d'autres techniques existent pour dépister le risque d'accouchement prématuré. Son intérêt compense-t-il son atteinte à l'intimité des femmes ?

Sujets et Méthodes : Nous reprendrons l'historique de l'obstétrique et la place du toucher vaginal dans le suivi de grossesse à bas risque. Pour notre étude, 200 questionnaires ont été envoyés aux praticiens du choletais, 39 ont répondu. Il s'agit de gynécologues-obstétriciens, de gynécologues médicaux, de médecins généralistes et de sages-femmes.

Résultats : Le TV est pratiqué à la même fréquence quelque soit l'âge, le sexe et l'expérience des praticiens. Il y a une tendance pour une moindre pratique chez les sages-femmes. Les praticiens ont rarement diagnostiqué des MAP. Aucun praticien ne rapporte avoir diagnostiqué une pathologie gynéco-obstétricale autre. Lorsque le TV est impossible, une échographie du col est proposée par la majorité des professionnels. Plus de la moitié d'entre eux a modifié sa pratique avec le temps et les recommandations HAS.

Conclusion : En pratique clinique actuelle, l'échographie du col est l'examen complémentaire le plus pertinent, surtout couplé à la mesure de la FnF pour diagnostiquer les MAP. Cependant, le TV reste un examen facile à réaliser, très utile à des moments clé de la grossesse comme le début du 2^{ème} trimestre et la fin du 3^{ème}, respectivement pour dépister des MAP asymptomatiques et examiner le bassin des parturientes. La majeure partie des femmes ne s'oppose pas à la réalisation des examens gynécologiques, surtout si leur consentement a bien été recueilli.

Mots-clés : toucher vaginal, grossesse, échographie, menace d'accouchement prématuré, fibronectine fœtale, controverse.

Vaginal examination in low-risk pregnancy : assessment of the relevance.

ABSTRACT

Introduction : The practice of vaginal examination in monitoring pregnancy has been controversial for several years. Indeed, there are other techniques to detect risk of preterm delivery. So the question arises as to whether the usefulness of vaginal examination really counterbalances the invasion of women's intimacy it implies.

Subjects and Methods: We shall go over the history of obstetrics and peruse the status of vaginal examination in low-risk pregnancy monitoring. For the purpose of this study, we have send 200 questionnaires to practitioners in the Cholet region, including obstetricians, medical gynaecologists, general practitioners and midwives. 39 of them replied.

Results: The vaginal examination is performed at the same frequency regardless of the age, gender or experience of the practitioners, though there is a tendency for a lower frequency among midwives. Practitioners rarely diagnosed threatened preterm labour and did not diagnosed any other kind of gynaecological or obstetrical pathology. Whenever vaginal examination is not possible, an ultrasonographic cervical length measurement is offered by a majority of professionals. More than half of them have changed their practice habits over time and due to the recommendations.

Conclusion: In current medical practice, ultrasonographic cervical examination appears as the most relevant act, furthermore when associated with a fetal fibronectin test in order to diagnose risks of preterm labour. However the vaginal examination remains an easy examination to perform. It is useful at key moments of pregnancy, such as the beginning of the second trimester to detect asymptomatic risks of preterm delivery, and at the end of the third trimester to examine women's pelvis. Most women did not object to gynaecological examinations, especially when their consent was specifically asked for.

Keywords : vaginal examination, pregnancy, ultrasonography, premature birth, fetal fibronectin, controversy