



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude BERNARD LYON I  
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux  
SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL  
LORS DES CONSULTATIONS  
PRENATALES AU SEIN D'UNE  
POPULATION DE GROSSESSES  
A BAS RISQUE

---

*Evaluation des pratiques professionnelles au  
Centre Hospitalier de Bourg en Bresse*

Mémoire présenté et soutenu par  
Tiphaine MONTEUX  
née le 23 Février 1991  
en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

Promotion 2010-2014



Université Claude BERNARD LYON I  
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux  
SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL  
LORS DES CONSULTATIONS  
PRENATALES AU SEIN D'UNE  
POPULATION DE GROSSESSES  
A BAS RISQUE

---

*Evaluation des pratiques professionnelles au  
Centre Hospitalier de Bourg en Bresse*

Mémoire présenté et soutenu par  
Tiphaine MONTEUX  
née le 23 Février 1991  
en vue de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme

Promotion 2010-2014

## REMERCIEMENTS

Pour leur participation à la réalisation de ce mémoire, je voudrais remercier :

**Mme MICHEL Myriam**, Sage-femme enseignante du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse, pour sa guidance, ses nombreux conseils et ses précieuses corrections, ainsi que ses nombreuses idées d'améliorations ;

**Mme FRAPPAZ Camille**, Sage-femme au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, pour ses nombreux encouragements, ses conseils avisés, ses idées constructives sans oublier ses cours de français ;

**Mme le docteur LAISSUS**, responsable du Département d'Information Médicale du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, et **Mr le docteur LAMBERT**, médecin directeur technique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse, pour m'avoir permis de réaliser mon enquête ;

**L'ensemble de l'équipe du service des archives médicales** du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse pour leur accueil et leur gentillesse ;

**Benoît**, pour sa patience, ses nombreuses relectures, ses nombreux encouragements et son soutien ;

Pour finir, je remercie mes parents et l'ensemble de **ma famille et de mes amis** de m'avoir soutenu depuis le début.

# Sommaire

INTRODUCTION .....	1
PREMIERE PARTIE	
I. Le toucher vaginal dans le suivi de grossesse.....	2
1.1 Indications.....	2
1.1.1 Diagnostic de grossesse.....	2
1.1.2 Diagnostic de menace d'accouchement prématuré.....	3
1.1.3 Examen clinique du bassin .....	4
1.1.4 Pour choisir un mode de déclenchement.....	5
1.2. Contre-indications et risques.....	5
1.3 Les alternatives au TV .....	6
1.3.1 Echographie endovaginale (EEV).....	6
1.3.2 La fibronectine foetale.....	7
1.3.3 La radiopelvimétrie.....	7
II. La variabilité du TV entre observateurs.....	8
III. Les différentes recommandations concernant la pratique du toucher vaginal .....	9
3.1 Haute Autorité de Santé .....	9
3.2 Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.....	9
3.3 Le réseau aurore .....	10
IV. Attitude de nos voisins européens.....	10
V. Les enjeux psychologiques du toucher vaginal.....	11
DEUXIEME PARTIE	
I. Problématique et objectifs de l'étude.....	13
1.1 Problématique.....	13
1.2 Objectifs et hypothèses de l'enquête.....	13
II. Les caractéristiques de l'étude.....	14
2.1 Population, matériels et méthodes.....	14
2.2 Description des données recueillies.....	16
III. Les résultats de l'étude.....	17
3.1 Les caractéristiques socio-démographiques.....	17
3.2 Les caractéristiques des données générales et obstétricales .....	18
3.3 Le TV lors des consultations programmées .....	20
3.3.1 Le nombre de touchers vaginaux durant la grossesse.....	20
3.4 Les indications du TV.....	21
3.4.1 Prévention de la prématurité.....	21
La parité.....	21
Le score de CRAP .....	22
Diabète gestationnel .....	22
Le tabac .....	24
L'interrogatoire.....	24
3.4.2 Etablir un pronostic d'accouchement.....	25
L'examen du bassin .....	25
3.5 L'identification des critères cliniques induisant une prise en charge dans la prévention de la prématurité.....	27
3.5.1 Les différents types de prise en charge .....	27
3.5.2 Le score de Bishop .....	28
3.5.3 L'échographie endovaginale.....	31
3.5.4 L'hospitalisation.....	31

3.6 Analyse des sept accouchements prématurés. ....	32
TROISIEME PARTIE	
I. A propos de l'étude .....	35
1.1 Le choix de la méthode.....	35
1.2 Les forces de l'étude .....	35
1.3 Les limites de l'étude .....	35
1.3.1 L'exhaustivité des données.....	35
1.3.2 L'exploitation des données.....	35
1.4 Les biais liés à la méthode.....	36
1.4.1 Le biais de sélection .....	36
1.4.2 Le biais de classification .....	36
II. La pratique du toucher vaginal .....	37
2.1 Le dépistage de la menace d'accouchement prématuré .....	37
2.1.1 La parité .....	38
2.1.2 Le tabac .....	39
2.1.3 Le diabète gestationnel (DG).....	40
2.2 L'examen clinique du bassin et la confrontation cephalo-pelvienne.....	41
2.3 L'interprétation du TV pendant la grossesse.....	42
2.4 L'influence de facteurs non médicaux sur la pratique du TV.....	44
2.4.1 Les facteurs psychologiques.....	44
2.4.2 Les aspects médico-légaux. ....	45
III. L'amélioration des pratiques professionnelles .....	46
3.1 Le CRAP.....	46
3.2 Le toucher vaginal sur indications ciblées.....	46
3.3 L'échographie endovaginale pour remplacer le toucher vaginal .....	48
CONCLUSION .....	49

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES/ BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

## **LISTE D'ABRÉVIATIONS :**

- CHB : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France
- CRAP : Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro
- CPN : Consultation prénatale
- CU : Contractions utérines
- DIM : Département d'informations médicales
- DG : Diabète gestationnel
- EEV : Echographie EndoVaginale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTA : Hyper Tension Artérielle
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
- OI : Orifice Interne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEC : Prise En Charge
- RPM : Rupture prématurée des membranes
- SA : Semaine d'Aménorrhée
- SF : Sage-Femme
- SFU : Signes Fonctionnels Urinaires
- TV : Toucher Vaginal
- VPN : Valeur prédictive négative
- VPP : Valeur prédictive positive



# INTRODUCTION

---

En France, une patiente bénéficie de sept consultations de suivi de grossesse obligatoires. Depuis des années le toucher vaginal est inscrit dans l'examen clinique de référence. Ce dernier a été promu au cours des années 70 dans le but de diminuer le taux de naissances prématurées. Or la prématurité est un des principaux facteurs de morbidité et mortalité néonatale. Cet examen clinique aurait alors pour but de dépister des menaces d'accouchements prématurés et par ce fait, d'influer de manière positive sur le taux de naissances prématurées.

Ces raisons peuvent justifier de manière compréhensible la pratique systématique et la promotion du toucher vaginal au cours du suivi de grossesse. Cependant, des arguments opposés peuvent nuancer l'intérêt de ce dernier. C'est pourquoi la pratique du toucher vaginal est remise en cause depuis quelques années.

Certains de nos voisins européens aux conditions socio-économiques comparables aux nôtres ne réalisent pas de toucher vaginal systématique, voire même n'en réalisent quasiment aucun. Pour autant leurs résultats périnataux sont similaires à ceux de la France, voire meilleurs pour certains.

Le dépistage de la menace d'accouchement prématuré ne semble pas être la seule indication du toucher vaginal, d'autres raisons obstétricales peuvent influencer notre pratique. Par exemple, cet examen peut nous servir à dépister une incompetence cervicale ou à effectuer un examen clinique du bassin.

L'objectif de ce mémoire est de vérifier l'intérêt de cet examen afin de ne pas le faire subir aux patientes si cela n'est pas justifié par des arguments scientifiques.

A partir de ce constat, nous étudierons dans un premier temps la place du toucher vaginal dans les consultations prénatales et nous rechercherons ses différentes indications retenues en France. Puis, dans un deuxième temps, nous exposerons les résultats retrouvés lors de notre étude concernant l'évaluation des pratiques professionnelles. Enfin, dans un dernier temps nous discuterons ces pratiques et proposerons des pistes d'amélioration de ces dernières.

# PREMIÈRE PARTIE

---

## GÉNÉRALITÉS

# I. Le toucher vaginal dans le suivi de grossesse

Le toucher vaginal (TV) fait partie pour une grande majorité des sages-femmes de la pratique quotidienne. Le TV prend une part considérable des études de sage-femme, son apprentissage est long et fastidieux. Nous retrouvons des traces du TV dans l'histoire cinq siècles avant JC, cet examen est associé aux femmes qui suivent les patientes. Un médecin grec, Soranos d'Ephèse, au cours du deuxième siècle après JC faisait référence à cet examen en parlant des doigts des sages-femmes. Et puis, plus tardivement au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle Angélique Boursier de Coudray, sage femme, enseigna l'art de la mécanique obstétricale dans toute la France et promut de la sorte le toucher vaginal. En 1971, c'est la naissance du premier plan de périnatalité par Papiernik qui rend cet examen systématique au cours de la grossesse comme prévention des naissances prématurées (1). Le TV est donc inscrit depuis longtemps dans l'histoire de l'obstétrique, c'est pourquoi il est considéré comme incontournable.

Aujourd'hui où en sommes-nous ? Cet examen a-t-il toujours une si grande place au cours de la grossesse ?

## *1.1 Indications*

Au cours de la grossesse, le toucher vaginal a des indications différentes. En effet, les objectifs de l'examen diffèrent de façon spécifique selon le terme de la grossesse. Nous allons donc distinguer quatre indications.

### *1.1.1 Diagnostic de grossesse*

Dans un premier temps, observons le toucher vaginal comme outil de diagnostic de grossesse. Cet examen doit s'effectuer, pour de meilleures conditions de réalisation, vessie et rectum vides, et la patiente doit être allongée sur une table gynécologique. La main dominante effectuera le toucher vaginal et l'autre main sera placée sur la paroi abdominale. Le but est d'estimer le volume, la forme et la consistance de l'utérus. Les doigts vaginaux vont permettre de soulever l'utérus pour qu'il rencontre la main située sur la paroi abdominale. Le volume de l'utérus est référencé par la taille de certains fruits.

Le signe de Noble est également un élément de diagnostic de grossesse lors de ce toucher, il permet d'évaluer la forme de l'utérus qui est sphérique si il est gravide. Le signe

de Hégar, quant à lui, nous informe sur la consistance de l'utérus qui se ramollit durant la grossesse.

En France, le diagnostic de la grossesse est maintenant quasiment toujours effectué par des moyens paracliniques tels que le dosage qualitatif ou quantitatif de l'hormone  $\beta$ -HCG ou encore l'échographie. Cependant le TV reste un outil diagnostique peu coûteux et facilement accessible dans les zones isolées des pays en voie de développement démunis de techniques paracliniques.

### *1.1.2 Diagnostic de menace d'accouchement prématuré*

Maintenant, nous allons étudier l'indication du toucher vaginal dans le diagnostic de la menace d'accouchement prématuré (MAP). C'est une de ses principales indications au cours de la grossesse, dans la logique où le col subira forcément des modifications avant un accouchement et que celles-ci pourront être décelées lors d'un examen mensuel. Un raccourcissement, un ramollissement, une ouverture prématurée du col ainsi qu'une sollicitation de celui-ci entraîneront alors une menace d'accouchement prématuré et une prise en charge adéquate.

En France, la prématurité représentait en 2011, 7,4% des naissances d'après l'INSERM (2). Elle est associée à une morbidité et une mortalité importantes. Au vu de tels enjeux, il paraît indispensable de renforcer la prévention de telles situations.

Buekens et Alexander (3) en 1994 étudient l'incidence du taux de prématurité entre deux groupes distincts : un groupe où les patientes sont examinées à chaque visite (groupe expérimental) et un groupe où les patientes ne sont examinées que sur signes d'appel (groupe contrôle).

Cet essai clinique randomisé a inclus 5836 patientes également réparties en deux groupes. Leur objectif de base était de montrer que grâce au toucher vaginal le taux d'accouchements prématurés diminuait de 20%. Or, les deux groupes ont présenté des taux de naissances prématurées approchant les 6,5% (respectivement 6,4% et 6,7% pour le groupe expérimental et le groupe contrôle). Cette étude fait référence dans le domaine du suivi de grossesse et de l'indication du toucher vaginal au cours de la grossesse. En France, cet examen est encore largement répandu lors des consultations prénatales.

### *1.1.3 Examen clinique du bassin*

Lors du neuvième mois, le TV a pour but d'établir un pronostic d'accouchement. Plusieurs éléments sont alors évalués :

- une vérification de la présentation fœtale qui est un élément fondamental pour la décision du mode d'accouchement. Il complète la palpation abdominale et est souvent plus informatif lorsque les conditions d'examen sont difficiles (obésité). Cet examen peut être complété par l'échographie abdominale en cas de doute sur une présentation haute et mobile afin d'affirmer une présentation céphalique, podalique ou transverse ;
- l'examen clinique du bassin : à l'aide de l'index et du majeur, l'examineur apprécie le diamètre antéro-postérieur en recherchant le promontoire sacré pour étudier le détroit supérieur. Le détroit moyen est évalué par la recherche des épines sciatiques et une appréciation du diamètre bi-épineux. Enfin, l'arc symphysaire est exploré. Cet examen a pour objectif de dépister d'éventuelles anomalies du bassin osseux pouvant occasionner la prescription d'examens radiographiques complémentaires. Certains bassins dits « chirurgicaux » contre-indiquent un accouchement par voie basse. On retrouve également des bassins « rétrécis » ou « aplatis » pour lesquels la voie d'accouchement est discutée selon le contexte (poids fœtal estimé, présentation fœtale... etc.) ;
- le palper introducteur : il permet d'effectuer une confrontation céphalo-pelvienne. Seul le TV permet d'avoir cette impression clinique même si son objectivité est discutée ;
- L'examen du segment inférieur : son ampliation témoigne de la pénétration de la présentation fœtale dans le segment isthmique de l'utérus.

Grâce à ces éléments cliniques associés à l'anamnèse personnelle de la patiente (antécédents personnels, médicaux, gynécologiques, chirurgicaux, obstétricaux) le praticien pose un pronostic d'accouchement favorable ou non à la voie basse. Cependant le TV ne présente-t-il pas certaines limites d'exploitation ? Par exemple, pour ce qui est de l'examen clinique du bassin, cette notion est très subjective vu qu'elle dépend de la longueur des doigts de l'examineur. Y a-t-il un intérêt à l'effectuer chez une multipare ayant accouché de façon eutocique précédemment ? Pour les nullipares, un examen sera effectué lors de la

mise en travail pour évaluer les conditions locales.

#### *1.1.4 Pour choisir un mode de déclenchement*

Lorsqu'il y a une décision de déclenchement de l'accouchement, un TV est effectué pour apprécier les conditions locales de la patiente. Le score de Bishop est alors calculé. C'est la valeur de ce dernier, comprise entre 0 et 10, qui oriente sur le mode de déclenchement à adopter. Le TV semble indispensable dans cette indication.

#### *1.2. Contre-indications et risques*

Il existe des contre-indications au toucher vaginal.

- Le placenta praevia est une contre-indication absolue lors du suivi de grossesse. Son diagnostic est tardif car il ne peut être posé qu'au troisième trimestre de grossesse. Effectivement, l'insertion placentaire étant basse ou recouvrant totalement le col, la menace de décollement manuel du placenta, lors de l'examen est importante. L'hémorragie maternelle provoquée aurait alors de lourdes conséquences en terme de morbi-mortalité maternelle et foetale.
- Le refus de la patiente est une autre contre-indication absolue. En effet, si cette dernière refuse que l'on pratique cet examen après avoir été préalablement informée de l'intérêt de ce dernier au moment voulu, nous ne pouvons pas l'effectuer contre son gré. Comme il est précisé dans l'article L111-4 du code de la Santé publique « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...)* ».

Le risque relatif au toucher vaginal est la rupture prématurée des membranes (RPM) mais les différentes études divergent concernant ce risque :

- dans l'étude de Buekens et d'Alexander (3) : il n'y a pas de différence significative entre les deux populations de patientes (examinées à chaque visite ou examinées en moyenne une fois pendant la grossesse) ;
- Une autre étude randomisée menée par Lenihan et al (4), consistant à séparer les populations en deux groupes, les patientes examinées de manière hebdomadaire à partir de 37 SA et celles n'étant pas examinées jusqu'au dépassement de terme, montre un taux de ruptures prématurées augmenté chez les patientes qui sont

examinées de manière hebdomadaire. De plus, quelques années plus tard une étude similaire a été effectuée par Jennings et al (5) ne montrant pas de différences significatives concernant la rupture prématurée entre ces deux groupes.

Enfin, les effectifs de population dans ces études sont bien inférieurs en quantité à l'étude de Buekens et Alexander, donc cette dernière fait également référence sur le sujet. Hormis ce fait, en France il n'est pas de pratique courante d'examiner les patientes de façon hebdomadaire.

Lors d'une rupture prématurée des membranes, deux situations sont alors à distinguer :

- la rupture prématurée des membranes avant 34 SA : les recommandations du réseau Aurore (6) conseillent d'attendre 34 SA pour envisager la naissance. Il est donc souhaitable de limiter le nombre de TV une fois la poche rompue car ceux-ci réduisent le temps de latence entre la rupture et l'accouchement (7). De plus, ce geste ramène des germes de la filière vaginale vers le col et la cavité amniotique, induisant alors un risque infectieux important pouvant aller jusqu'à la chorioamniotite entravant de façon conséquente le pronostic maternel et fœtal (8) ;
- la rupture prématurée des membranes après 34 SA : la naissance de l'enfant est souhaitable dans les 48h donc il n'y a pas lieu de vouloir éviter de réduire ce temps de latence, mais les risques infectieux sont quant à eux toujours présents (6). La membrane protégeant le fœtus étant rompue et laissant passer les germes, il faut rester vigilant quant à la survenue éventuelle d'une infection materno-fœtale favorisée par des TV répétés, un travail long, une poche des eaux rompue depuis plus de 12 heures...

### *1.3 Les alternatives au TV*

Il existe d'autres examens permettant de diagnostiquer une MAP (EEV et fibronectine) ou encore d'évaluer un bassin (pelvimétrie).

#### *1.3.1 Echographie endovaginale (EEV)*

L'EEV permet une mesure de la longueur du col de l'utérus dans sa totalité. En effet, la partie intra-utérine du col de l'utérus n'est souvent pas ressentie sur le plan clinique. De plus, la variabilité inter et intra examineurs semble être meilleure que pour le



TV (9). L'apprentissage de cette technique est également moins longue (10). En France, elle n'est pas utilisée de manière systématique chez les patientes à bas risque. Elle est pratiquée, le plus souvent lors d'un TV présentant un col modifié, pour avoir une mesure objective de la longueur du col. Cela permet de voir également si il n'y a pas de formation d'entonnoir au niveau de l'orifice interne (OI).

Le réseau Aurore recommande d'utiliser cet examen pour classifier les MAP (11). Cela permet d'éviter des hospitalisations parfois abusives et des tocolyses excessives car l'EEV a une très bonne valeur prédictive négative (12).

### *1.3.2 La fibronectine foetale*

La fibronectine foetale est une glycoprotéine de l'interface chorio-déciduale qui est sécrétée par le trophoblaste. Cette glycoprotéine est physiologiquement sécrétée jusqu'à 22 SA puis sa sécrétion s'arrête jusqu'à 35 SA. La présence de fibronectine foetale entre 24 et 35 SA est le fait de contractions utérines. C'est pour cela que le test de la fibronectine foetale est utilisé comme élément diagnostique de MAP.

Ce test ne peut être utilisé en cas de RPM car la fibronectine est présente de manière importante dans le liquide amniotique. Il faut également l'effectuer à distance (environ 24h) des examens vaginaux (échographie vaginale et TV), des rapports sexuels ou de métrorragies pour éviter d'autres faux-positifs.

Ce test semble prédire les accouchements prématurés dans les 7 à 14 jours avec une bonne spécificité (13). Il a aussi une excellente valeur prédictive négative (VPN), en effet, l'absence d'accouchement prématuré dans les 15 jours suivants la réalisation du test est retrouvée dans 95 à 99% des tests interprétés comme étant négatifs, le but étant d'empêcher des hospitalisations tout en évitant des conséquences délétères sur la santé périnatale (14). Ce test ne peut être utilisé seul dans le diagnostic de MAP du fait de sa mauvaise valeur prédictive positive (VPP). Le réseau Aurore recommande de coupler ces résultats avec les résultats de l'échographie de col (11).

### *1.3.3 La radiopelvimétrie*

La radiopelvimétrie est de moins en moins utilisée en obstétrique de nos jours. Il reste des rares indications : un bassin cliniquement rétréci, une présentation du siège pour accorder la voie basse. Cette dernière permet également d'apprécier le bassin de manière plus objective que l'examen clinique, même si des études ont montré que cet examen est

médiocre pour la prédiction de l'issue de l'accouchement et qu'il tend à augmenter le taux de césariennes (8). C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il n'est plus indiqué de le faire pour les utérus cicatriciels.

## II. La variabilité du TV entre observateurs

Nous savons combien il est difficile d'acquérir un toucher précis et sûr. En effet dans le cursus de formation des sages-femmes, il est sûrement un des gestes techniques reproduit le plus souvent pour parvenir à le maîtriser. Une fois que ce geste est considéré comme acquis, il est compliqué de le remettre en question. En effet, deux opérateurs peuvent trouver un résultat différent après avoir examiné successivement la même patiente, signant alors la subjectivité de l'interprétation de l'examen. C'est pourquoi il est intéressant de s'interroger sur la précision des résultats donnés par ce geste ainsi que sa reproductibilité.

Une étude observationnelle (15) de 43 femmes en Caroline du nord a été effectuée par Goldeberg J. et al. Ces 43 femmes étaient examinées par deux opérateurs différents au cours de la même consultation sans que le deuxième opérateur ne connaisse le résultat trouvé par son prédécesseur. Un toucher vaginal et une échographie endovaginale étaient effectués. Le but était de comparer la variabilité d'interprétation de ces deux examens par les différents observateurs. La longueur du col est la principale variable évaluée. Les résultats retrouvés entre les deux examinateurs n'ont pas montré de différence significative et la fiabilité inter-examinateurs a été décrite comme « excellente » lorsque l'accord entre les deux professionnels était de plus ou moins 1cm. Ainsi les auteurs déduisent qu'il est difficile pour un examinateur de voir une différence si celle-ci est inférieure à 1cm. Il est clair que ces résultats sont à pondérer vu le faible échantillon que l'étude a présenté mais sont à considérer au vu du faible nombre d'étude sur le sujet.

Une autre étude menée par Phelps et al. (16) portant, elle, sur la dilatation du col de l'utérus au cours du travail a été réalisée pour observer les différences possibles entre plusieurs praticiens au cours d'un accouchement. Pour cela, ils ont reproduit les cols artificiellement, à l'aide d'un tuyau de chlorure de polyvinyle caché dans un carton afin de se rapprocher au maximum des conditions d'examen. Les tuyaux n'avaient pas tous le même diamètre pour reproduire les différents stades de la dilatation. Des sages-femmes,

des obstétriciens et des étudiants ont participé à cette étude. L'exactitude des résultats retrouvés est de 56 % et est augmentée à 89% s'il y a un centimètre de différence avec la dilatation exacte. Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les différents intervenants. En conclusion, dans la mesure où une erreur de 1 cm est acceptée, les résultats du toucher vaginal sont exacts et il y a une bonne variabilité inter-examineurs.

Pour conclure sur la variabilité du toucher entre deux praticiens, il est important de comprendre que c'est un examen clinique dépendant des doigts de l'examineur et de la représentation de ces derniers dans l'espace. Ne peut-on pas supposer que des éléments non physiques peuvent intervenir dans l'objectivité du TV comme l'anamnèse de la patiente, la propre expérience ou encore le vécu de l'examineur ? En clair, cet examen a une dimension humaine non négligeable, à la différence des instruments de mesure étalonnés. Donc si la précision souhaitée n'est pas au millimètre près, le TV a de manière générale une bonne reproductibilité entre les différents acteurs.

### III. Les différentes recommandations concernant la pratique du toucher vaginal

#### *3.1 Haute Autorité de Santé*

Dans les recommandations sur le « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » en 2007 (17) qui regroupe tous les examens obligatoires et indispensables au cours de la grossesse, il n'est mentionné à aucun moment la pratique du toucher vaginal contrairement à d'autres éléments cliniques (palpation abdominale, hauteur utérine...).

Un autre document sur les recommandations professionnelles datant d'avril 2005 pour savoir « Comment mieux informer les femmes enceintes ? »(18) indique même que **le toucher vaginal n'a pas d'intérêt en pratique de routine dans le suivi de grossesse.**

*« En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la réalisation en routine du toucher vaginal. Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré . »*

### *3.2 Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français*

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français statue que la valeur diagnostic du toucher vaginal est bonne dans les cas extrêmes quand le col est très modifié ou très peu modifié mais médiocre pour le dépistage des menaces d'accouchement prématuré. En effet, des recommandations ont été éditées en 2002 à la suite d'un rapport sur « La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes » (19) et à aucun moment le toucher vaginal n'est recommandé de manière systématique dans le dépistage pour les raisons invoquées ci dessus.

### *3.3 Le réseau Aurore*

Le réseau Aurore, dans son protocole « Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes » (11), inclut le TV comme élément clinique de diagnostic de première intention associé à d'autres critères.

## IV. Attitude de nos voisins européens.

Pour une remise en question permanente de nos pratiques nous pouvons nous aider des attitudes d'autres pays européens en terme de soins prénataux reçus. Il existe deux attitudes concernant la pratique du TV en Europe (20).

En effet certains pays comme la France, l'Italie ou le Luxembourg pratiquent de manière quasiment systématique, c'est-à-dire à chaque consultation, le toucher vaginal durant la grossesse. Tandis que d'autres n'examinent qu'occasionnellement les femmes pendant leur grossesse comme au Royaume-Uni, en Finlande, en Suède, au Portugal, aux Pays bas et en Grèce. En regardant les indicateurs périnataux de chacun de ces pays, nous nous rendons compte que les taux de prématurité entre ces deux groupes de pratiques différentes sont comparables, voire même inférieurs dans le groupe où le TV est réalisé de manière occasionnelle (3) (20) .

Ces résultats nous amènent, certes, à réfléchir sur nos habitudes cliniques, même s'il faut relativiser ces dernières car la prévention de la menace d'accouchement prématuré dépend évidemment d'autres facteurs comme le mode de vie, la profession, la surveillance prénatale, le temps de congé maternité et bien d'autres. Même si le niveau socio-économique entre les différents pays est relativement homogène et que nous sommes tous attentifs aux recommandations de l'OMS, cela serait trop simpliste de mener des

conclusions trop hâtives.

## V. Les enjeux psychologiques du toucher vaginal

Peu de gestes médicaux font appel à tant d'intimité et sont aussi intrusifs que le toucher vaginal. N'est-il pas nécessaire de se demander dès lors quel est le ressenti des femmes face au TV au cours de la grossesse ?

Ce geste peut être mal vécu pour certaines patientes, cela renvoie à l'éducation, au vécu, à l'expérience, à la religion de chaque personne qui s'y soumet. Il peut être douloureux du fait de plusieurs facteurs : de la taille des doigts, de l'habileté du praticien, de la position du col et de la compliance de la patiente. Mais n'est-il pas rentré dans les mœurs, les patientes voient-elles cet examen comme un examen obligatoire, voire même rassurant ?

Un étudiant sage-femme d'Angers en 2010 (21) a interrogé 138 femmes en suites de couches au CHU d'Angers sur le vécu de ce dernier et l'intérêt qu'elles y portaient. Les résultats sont les suivants :

- 82,5% des patientes interrogées se disent rassurées de connaître l'état de leur col utérin mais 38% se sentent gênées au niveau de la pudeur par cet examen ;
- 93,4% des patientes pensent que le TV est sans doute un examen important ;
- parmi les patientes qui n'étaient pas examinées systématiquement (27% de la population totale) seules 33 % des patientes étaient rassurées alors que 50% étaient indifférentes à ce geste.

Nous pouvons donc constater que pour la majorité des femmes enceintes, le TV est rassurant et important à leurs yeux. Les praticiens ne se sentiraient-ils pas poussés à effectuer ce geste à la demande pressante des patientes, donnant alors une dimension médico-légale au TV ? En effet, le praticien peut-il refuser d'effectuer cet examen si celui-ci est expressément exigé par la patiente ? Celle-ci peut-elle d'ailleurs l'exiger ? Nous reviendrons plus en détails sur cette question lors de la troisième partie de ce mémoire.

Chez certaines patientes, le TV est quasiment impossible voire même impensable. On parle de vaginisme. Le vaginisme est une contraction prolongée ou répétée des muscles du plancher pelvien sous formes de spasmes, ce qui peut rendre douloureux voire

impossible la pénétration. Il peut être total, rendant impossible toute tentative de pénétration même désirée, ou partiel, ne se produisant que dans certaines situations. La source de ce problème est la plupart du temps psychologique pour les vaginismes primaires mais il peut être secondaire à une pathologie ou un traumatisme dans d'autre cas (22). Nous comprenons bien que chez ces patientes, il est très difficile de se faire examiner par une personne qui est totalement étrangère à leur problème même dans un but médical.

Avant la réalisation du TV, le praticien doit obtenir obligatoirement le consentement de la patiente.

# DEUXIEME PARTIE

---

## ETUDE

# I. Problématique et objectifs de l'étude

## *1.1 Problématique*

Le but de cette présente étude est d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes en consultations prénatales (CPN). Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à la pratique du toucher vaginal lors de ces dernières. Nous avons pu voir précédemment qu'il y a quelques années de cela, la pratique du toucher vaginal était systématique en France, c'est-à-dire effectué à chaque consultation. Mais qu'en est-il aujourd'hui ? La pratique du TV est-elle toujours systématique au cours des CPN malgré bon nombre d'études publiées ces dernières années discutant de son utilité ?

## *1.2 Objectifs et hypothèses de l'enquête*

Nous avons créé un recueil de données permettant de répondre aux différentes hypothèses :

- Objectif 1 :

*Déterminer le nombre de TV dans une grossesse à bas risque.*

- Hypothèses

- Les patientes sont examinées au minimum 5 fois durant leur suivi.
- Jusqu'au sixième mois la moitié des patientes ne sont pas examinées.

- Objectif 2 :

*Identifier les indications.*

- Hypothèses

- Les nullipares sont plus examinées que les multipares.
- Devant un interrogatoire signalant des contractions utérines, le TV est systématique.
- En principe, les sages-femmes tiennent compte des critères du CRAP (Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuro de Papiernik) même si



celui-ci n'est pas calculé.

- Les patientes ayant développé un diabète gestationnel sont plus à risque donc plus examinées.
- Les patientes fumeuses sont plus examinées que les non fumeuses.
- L'examen obstétrical du bassin est la principale indication du TV du neuvième mois.

○ Objectif 3 :

*Identifier les critères cliniques qui induisent une prise en charge, et si oui préciser cette prise en charge.*

• Hypothèses

- La description de contractions utérines à l'interrogatoire et un score de Bishop égal à 2 au sixième mois induisent une prise en charge.
- Si le score de Bishop est égal à 0 et que la patiente ne présente pas de contractions utérines : il n'y aura pas de prise en charge.
- Si le score de Bishop est supérieur à 3 au sixième mois même sans contractions : une prise en charge sera mise en place.
- Même si le score de Bishop est supérieur à 5 au huitième mois la prise en charge n'est pas systématique.
- La prise en charge la plus utilisée est l'arrêt de travail de la patiente.
- L'hospitalisation est systématique lorsque le col est ouvert à l'OI.
- Un col raccourci au TV entraîne une EEV de contrôle par un professionnel compétent.

## II. Les caractéristiques de l'étude

### *2.1 Population, matériels et méthodes*

Nous avons mené une étude rétrospective et descriptive sur dossiers papier sur une

période de quatre mois à la maternité de Bourg-en-Bresse. La population concernée par cette étude sont les patientes qui ont accouché entre le mois d'avril 2013 et le mois de juillet 2013, et ayant bénéficié d'un suivi quasi intégral par une sage-femme du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB). Notre population comprend ainsi 157 patientes.

Le recrutement des patientes a été réalisé grâce au système informatique du CHB. Le département d'information médicale (DIM) du CHB a pu nous fournir la liste de toutes les patientes ayant accouché au CHB durant la période définie, ainsi que le nombre de consultations réalisées par une sage-femme dont chacune d'elles avait pu bénéficier. Chaque dossier a été étudié pour vérifier qu'un faible nombre de consultations ne soit pas dû à un accouchement prématuré.

Pour affiner cette liste, nous avons également défini une catégorie de patientes : les patientes à bas risques obstétricaux. Même si il est impossible de prévoir les complications possibles lors des grossesses, nous avons défini les patientes à bas risques conformément au tableau de l'HAS sur le « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (17). Ce document définit, selon le type de pathologies ou d'antécédents que présente la patiente, le professionnel devant effectuer le suivi de grossesse.

Il existe donc différents types de suivis recommandés :

- « Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
  - 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 : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien. »

Les patientes nécessitant un suivi B sont donc exclues de notre étude. Ces recommandations nous ont amené à cibler des patientes suivies uniquement par des sages-femmes (SF). Il est nécessaire de préciser à ce stade que parmi les pathologies gravidiques, le diabète gestationnel et l'hypertension gravidique simple ont été inclus dans notre étude.

D'après l'HAS, le diabète gestationnel nécessite un suivi A2 mais au CHB les sages-femmes suivent les patientes ayant déclaré ce dernier en collaboration avec les endocrinologues.

Les données ont été consultées au sein du service des archives médicales du CHB et retranscrites informatiquement sur une grille de recueil via le logiciel Numbers. Afin de garantir l'anonymat des patientes aucun nom n'apparaît sur ce tableau, les patientes étant identifiées par des numéros.

## *2.2 Description des données recueillies*

Pour notre population de patientes qui ont bénéficié d'un suivi intégral par une sage-femme du CHB, nous avons collecté de multiples informations.

- Données générales

Nous avons retranscrit l'interrogatoire qui est effectué lors de l'ouverture du dossier. Dans le but de recueillir des informations qui pourraient être considérées comme des facteurs de risque de MAP et qui pourraient expliquer des TV plus fréquents. Nous avons donc pris en compte : l'âge de la patiente, son IMC, sa parité, sa gestité, ses antécédents obstétricaux et généraux, la régularité de son suivi prénatal, la profession de la patiente, la consommation de tabac ou d'autres substances toxiques, la survenue de pathologies gravidiques n'étant pas exclue par notre étude (diabète gestationnel, HTA gravidique « simple ») . Nous avons considéré comme situation professionnelle à risque :

- les professions qui étaient considérées comme profession fatigante par la sage femme (case prévue à cet effet) ;
- toute profession nécessitant une station debout prolongée et/ou le port de charges lourdes.

Nous avons bien conscience que ce facteur présente une part de subjectivité.

- Le recueil de données à chaque consultation

A chaque consultation prénatale programmée, nous avons retranscrit toutes les données de l'interrogatoire : pertes vaginales, métrorragies, contractions utérines, présence

de signes fonctionnels urinaires ou digestifs. Nous avons également recueilli la prise de poids durant la grossesse. Puis nous avons noté la présence ou non du TV dans l'examen clinique de la patiente ainsi que son détail sous forme de code numérique (masque de données détaillées en annexe I). Enfin si il y avait une prise en charge suite au TV ou à l'examen clinique nous l'avons notée, plusieurs types de prise en charge ont été enregistrés : la demande d'un avis par un médecin, l'échographie endovaginale du col, conseiller le repos à la patiente, l'arrêt de l'activité professionnelle de la patiente, l'hospitalisation de la patiente, la prescription de médicaments tels que des anti-spasmodiques.

- Le terme de l'accouchement

Enfin pour finir, nous avons retranscrit l'âge gestationnel en semaine d'aménorrhée au moment de l'accouchement de chaque patiente.

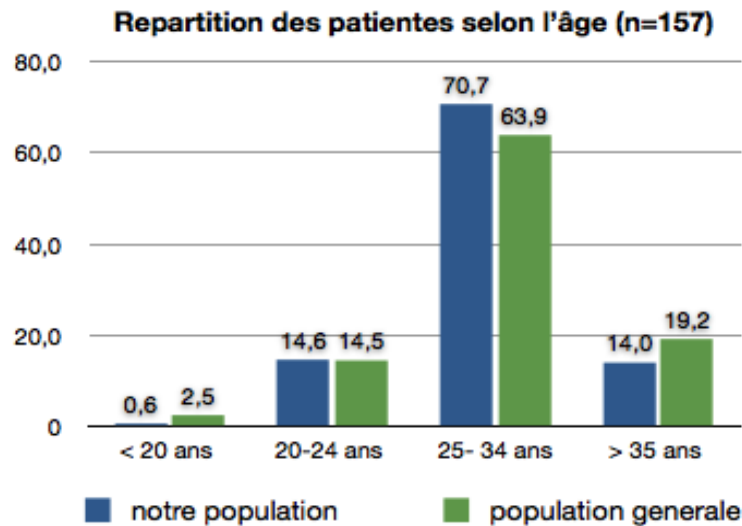
Nous avons reparti les âges gestationnels en cinq catégories :

- accouchement à terme entre 37 SA et 40 SA + 6 jours ;
- accouchement à terme dépassé supérieur ou égal à 41 SA ;
- accouchement prématuré entre 36 SA + 6 jours et 34 SA : prématurité moyenne ;
- accouchement prématuré entre 28 et 33 SA + 6 jours : grande prématurité ;
- accouchement prématuré avant 27 SA + 6 jours: seuil de la très grande prématurité.

### III. Les résultats de l'étude

#### *3.1 Les caractéristiques socio-démographiques*

Pour une meilleure analyse de nos données, nous avons comparé notre population à la population générale grâce à l'enquête nationale périnatale effectuée en 2010 (2). Sur notre population de 157 patientes, l'âge moyen est de 29,1 ans contre 29,9 ans dans la population générale. Notre population comprend des patientes âgées de 19 à 43 ans. La répartition des âges est représentée dans le graphique ci-dessous en comparaison à la population générale des femmes enceintes de ladite enquête.



Nous pouvons constater sur ce graphique que la population des 25-34 ans est plus représentée dans notre échantillon que dans la population générale (cet écart n'est pas significatif  $\chi^2 = 3,15$  ;  $p = 0,075$ ) alors que les plus de 35 ans sont moins représentées mais cette différence n'est pas significative.

L'IMC moyen des patientes avant leur grossesse est de  $24 \text{ kg/m}^2$  il s'agit donc d'un IMC normal. L'IMC de notre population est compris entre deux bornes limites 16 et 40. Les patientes présentant un IMC inférieur à  $18,5 \text{ kg/m}^2$  représentent 7,6 % de notre population contre 8,3% de la population générale. Mais cette différence n'est pas significative.

Notre population témoin est un échantillon comparable à la population générale en terme d'âge et d'IMC.

### *3.2 Les caractéristiques des données générales et obstétricales*

Notre population est composée de manière quasi égale de multipares et de nullipares. Or, dans la population générale les nullipares ne représentent que 43,4 % de la population mais cette différence n'apparaît pas significative d'après le test de  $\chi^2$  ( $p = 0,39$ ).

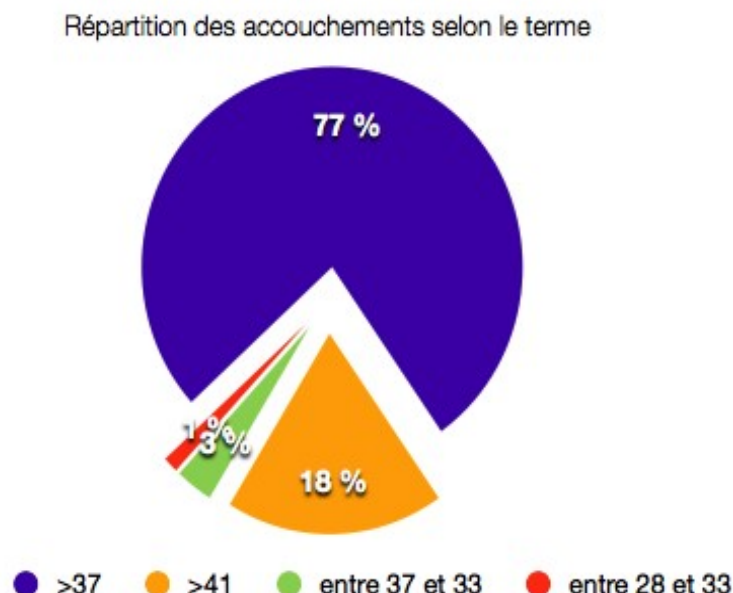
En moyenne, la prise de poids au cours de la grossesse dans notre population est de 12,3 kg. La prise de poids maximale est de 25 kilos et la prise de poids minimale est de

zéro kilo. 5% des patientes ont pris moins de 5 kg, ce pourcentage est équivalent à celui de la population générale.

Nous avons également pris en compte les habitudes toxiques des patientes de notre population. Il s'est avéré que 21,7% des patientes étaient fumeuses au cours de leurs grossesses alors que dans la population générale le pourcentage est de 30,7%. Cet écart est significatif selon le test de chi-deux avec un  $p = 0,017$ . Nous avons également répertorié les patientes fumeuses de cannabis, ces dernières représentent 1,9% de notre population tandis qu'au niveau de la population générale elles représentent 1,2%, mais cet écart n'est pas significatif.

Le diabète gestationnel est une des seules pathologies gravidiques qui n'est pas exclue de notre étude. En 2011, 7,2% des femmes enceintes présentaient un diabète gestationnel contre 13,4% dans notre population.

Nous avons vu lors de la première partie que la principale indication du TV durant la grossesse est la prévention du risque d'accouchement prématuré. Il est donc intéressant de voir quel est le pourcentage de naissances prématurées sur notre échantillon. Grâce à une répartition des patientes en 5 catégories, nous obtenons le graphique suivant :



Sur ce graphique, nous remarquons que le pourcentage d'accouchements prématurés

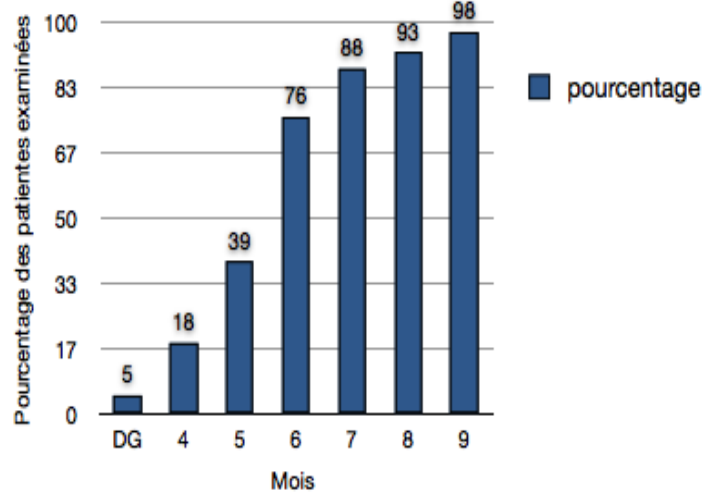
(< 37 SA) est de 4%. Il n'y a pas d'accouchements en dessous de 28 SA.

Par la suite, nous allons évaluer la plupart des facteurs pouvant influencer la pratique du toucher vaginal et la proportion de ces derniers dans la population générale.

### *3.3 Le TV lors des consultations programmées*

Nous allons tout d'abord observer la répartition des TV lors des consultations mensuelles. Pour cela, nous avons créé un graphique représentant le pourcentage de femmes examinées selon le terme de la consultation, en mois dans le graphique.

**Pourcentage de patientes examinées au cours du suivi de grossesse (n=157)**



Nous pouvons constater que c'est lors du neuvième mois que cet examen est le plus pratiqué. Pour les sages-femmes l'examen obstétrical du dernier mois semble donc indispensable et important.

#### *3.3.1 Le nombre de touchers vaginaux durant la grossesse*

Nous avons effectué une moyenne du nombre de TV par patiente. Les femmes sont examinées en moyenne 3,9 fois durant leur grossesse, sachant que le nombre moyen de consultations prénatales est environ de 6. Certaines patientes n'ont été examinées qu'une seule fois tandis qu'au maximum 6 TV ont été réalisés. Nous pouvons constater sur le graphique précédent qu'il y a un écart notable entre le cinquième et le sixième mois. Avant le sixième mois, seules 21% des patientes sont examinées alors qu'après 89% d'entre elles

le sont. Ce qui infirme donc la première hypothèse et confirme la deuxième.

### 3.4 Les indications du TV

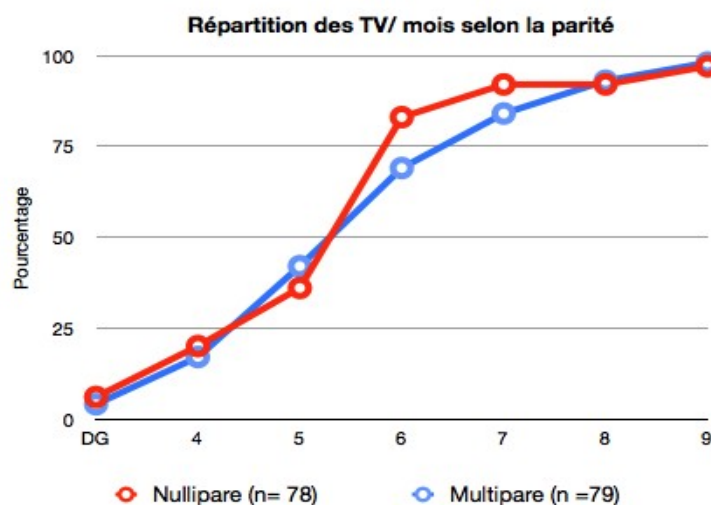
#### 3.4.1 Prévention de la prématurité

Une des indications du toucher vaginal est la prévention de la prématurité. Nous pouvons donc supposer que les facteurs de risques de prématurité influencent la pratique du TV pendant la grossesse. Nous avons essayé d'évaluer ces facteurs.

- La parité

Nous avons effectué une moyenne du nombre d'exams chez les nullipares et chez les multipares, tout en sachant que dans notre échantillon le taux de primipares est comparable au taux de multipares car nous avons 78 nullipares contre 79 multipares. Celle-ci est de 3,90 fois pour les multipares et 3,85 fois pour les nullipares.

Pour compléter ces données, nous avons étudié la répartition de ces TV au cours de la grossesse. Les résultats se trouvent dans le graphique ci-dessous.

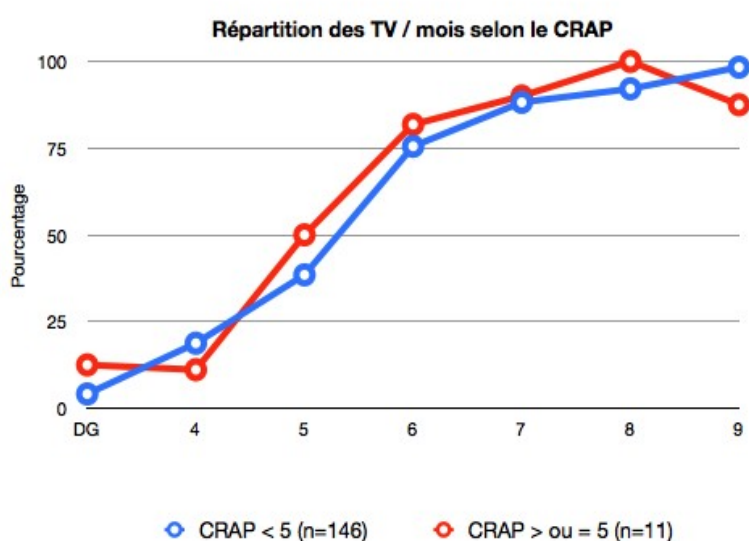


Nous pouvons constater sur ce graphique que seuls le sixième et le septième mois montrent une différence en terme de pratique du TV. En effet, les multipares paraissent moins examinées que les nullipares lors de ces mois. Au sixième mois, l'écart entre ces deux groupes est significatif. Ces résultats infirment donc notre hypothèse que les nullipares sont plus examinées que les multipares. La parité se distingue au niveau de la réalisation du TV de façon importante au sixième mois.



- **Le score de CRAP**

Le score de CRAP (Annexe II) donne une évaluation de risque d'accouchement prématuré selon les facteurs de risques de chaque patiente. Il faut alors distinguer deux catégories de patientes dans notre population, celles qui ont un score inférieur à 5 (pas de risque de prématurité) et celles qui ont score entre 5 et 10 (risque potentiel de prématurité). En moyenne les patientes avec un CRAP supérieur ou égal à 5 étaient examinées 3,81 fois au cours de leur grossesse contre 3,87 pour les scores inférieurs à 5. La différence entre ces deux moyennes n'est pas significative. Nous avons également étudié la répartition des TV selon les mois pour ces deux groupes, voici les résultats obtenus :



Le graphique semble montrer que le groupe de patientes présentant un score de CRAP supérieur ou égal à 5 est plus examiné que le groupe avec un score inférieur 5 au cours du cinquième et du sixième mois. Seule la différence lors de la déclaration de grossesse est significative entre les deux groupes. Ces résultats infirment donc notre hypothèse concernant le score de CRAP.

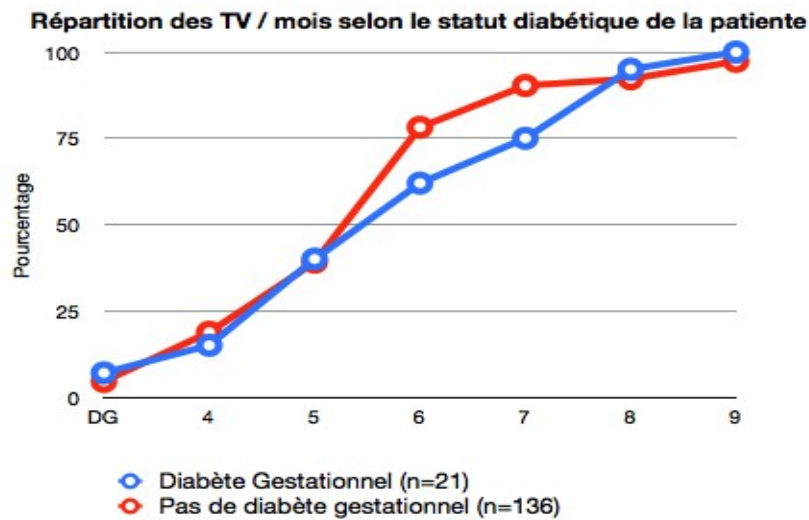
- **Diabète gestationnel**

Le diabète gestationnel est un facteur de risque de menace d'accouchement prématuré. Cependant, ce risque est réduit si ce dernier reste bien équilibré.

Pour rappel cet échantillon de patientes représente 13% des patientes de notre population. En moyenne, une patiente qui a déclaré un diabète gestationnel durant sa

grossesse est examinée 3,6 fois ce qui est moins que la moyenne générale (3,9).

Nous avons également comparé la répartition du TV entre les patientes selon leur « statut » diabétique ou non au cours de la grossesse. Les résultats sont présentés dans le graphique ci-dessous :

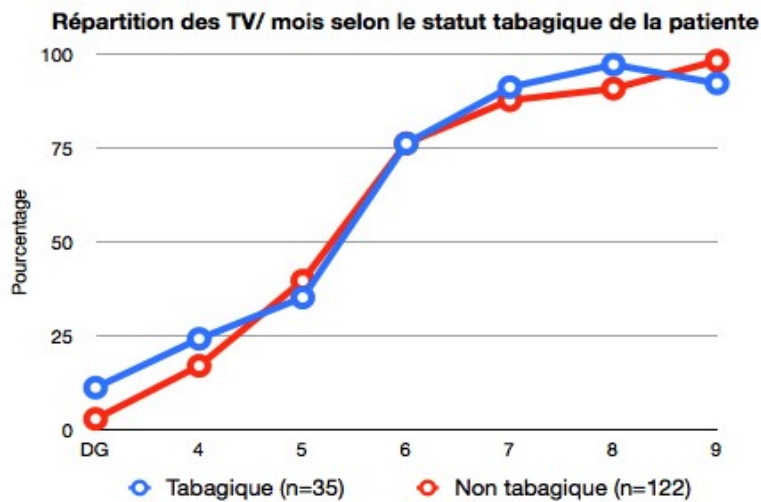


Nous pouvons donc constater qu'hormis au sixième et septième mois la pratique du TV est comparable lors des CPN. L'écart entre les deux populations au sixième et septième mois est significatif. A l'inverse de nos suppositions, les patientes, chez qui un diabète gestationnel a été dépisté, semblent moins examinées que les patientes qui n'ont pas de diabète, lors de certains mois.

- **Le tabac**

Nous ne remarquons pas une augmentation du nombre de TV chez les patientes fumeuses car elles sont examinées en moyenne 3,9 fois pendant la grossesse.

Nous avons étudié la répartition des TV par mois selon le statut tabagique des patientes.

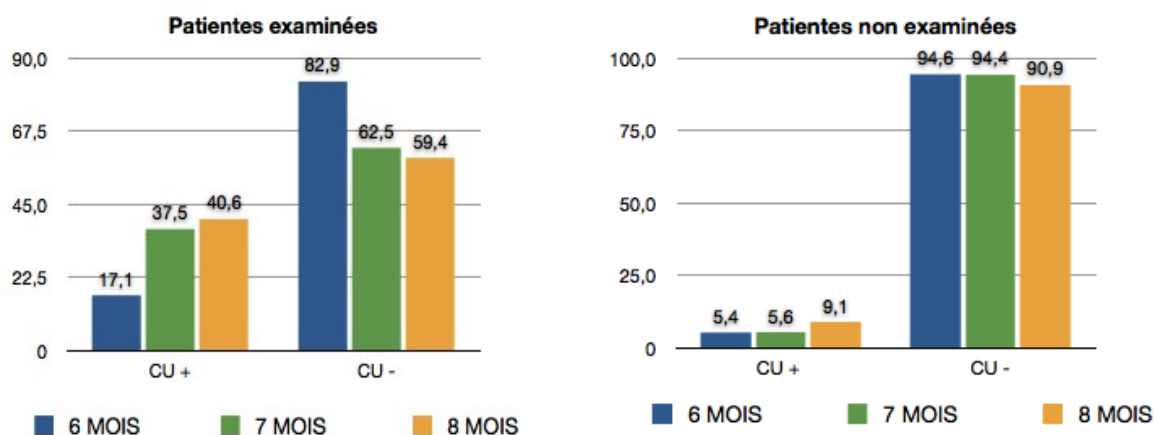


Sur ce graphique, nous pouvons constater que les patientes tabagiques sont souvent plus examinées en début de grossesse que la population non fumeuse. Cette différence de pratique est significative lors de la déclaration de grossesse. Ces résultats infirment en grande partie notre hypothèse, car les patientes tabagiques ne sont pas plus examinées que les non-fumeuses, hormis lors de la déclaration de grossesse.

- **L'interrogatoire**

L'interrogatoire est un des éléments primordiaux de la consultation, plusieurs questions essentielles permettant de déceler d'éventuelles pathologies sont posées. Parmi ces dernières, la présence ou non de contractions utérines est une question primordiale.

Nous avons comparé si le toucher vaginal était effectué ou non lorsque la présence de contractions utérines était signalée à l'interrogatoire (ici CU +), ainsi que la pratique de ce geste en l'absence de contractions utérines signalée (CU -) à l'interrogatoire.



Avec l'aide de ces deux graphiques, nous pouvons constater que la grande majorité des patientes examinées ne signalent pas de contractions utérines à l'interrogatoire. Chez les patientes qui ne sont pas examinées, 9 sur 10 ne présentent pas de contractions utérines. Ce qui confirme en partie notre hypothèse que la présence de contractions utérines à l'interrogatoire induit systématiquement un TV.

D'autres questions sont posées au moment de l'interrogatoire notamment concernant la présence de pertes vaginales anormales (abondance, couleur, odeur, prurit) ou de signes fonctionnels urinaires (SFU) comme des brûlures mictionnelles. Les patientes signalant la présence de ces différents signes cliniques ont toutes été examinées, même si celles-ci ne présentaient pas de CU.

### 3.4.2 Etablir un pronostic d'accouchement

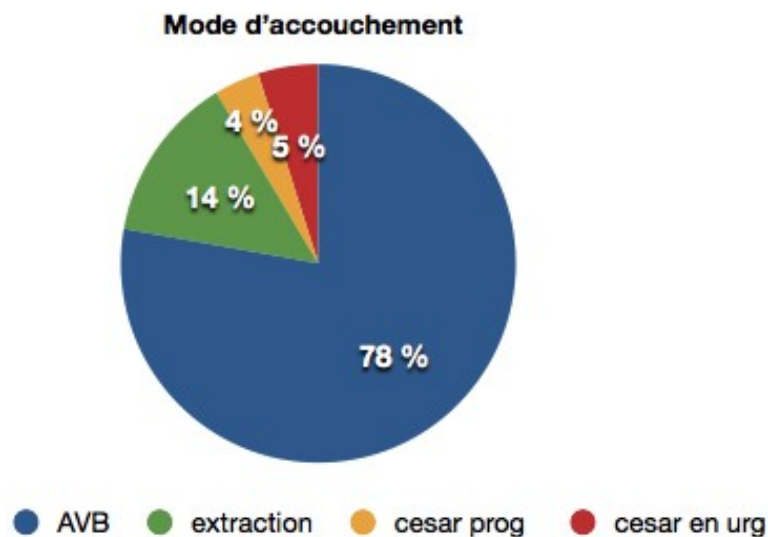
- L'examen du bassin

L'indication principale du TV lors du neuvième mois est l'examen obstétrical du bassin et des conditions locales, dans le but d'établir un pronostic d'accouchement pour le terme. Pour identifier combien de patientes bénéficient de cet examen, nous nous sommes basés sur le bon remplissage des dossiers notamment de la feuille pronostic d'accouchement du dossier Audipog, ou si il était clairement marqué dans la consultation du neuvième mois « bassin cliniquement normal ».

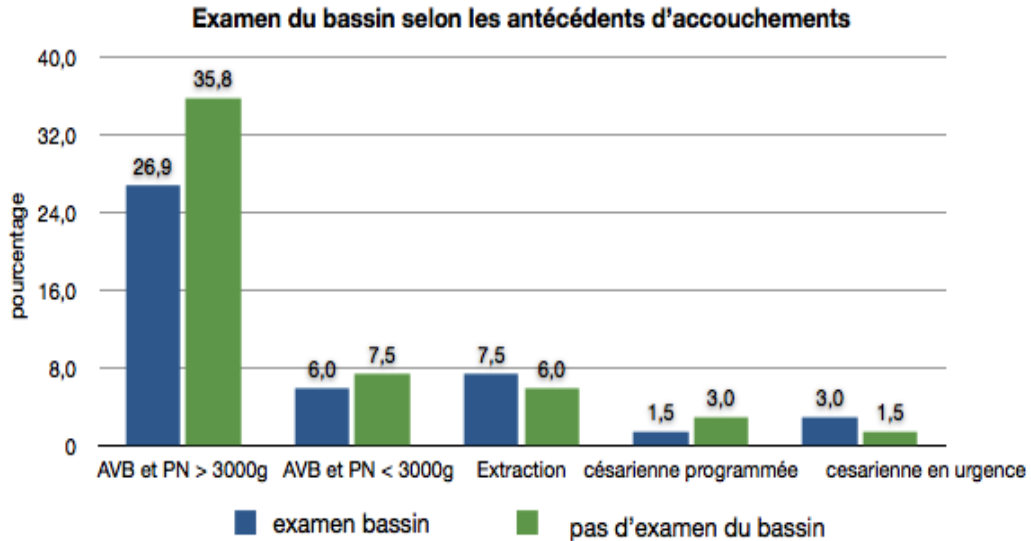
Il serait également légitime de penser qu'une patiente (donc un bassin) qui a déjà fait ses preuves, par un accouchement voie basse sans dystocie d'un enfant de poids

supérieur à 3000 g, pourrait échapper à cet examen.

L'analyse des résultats montre que sur les 127 patientes se présentant à leur consultation du neuvième mois, 124 patientes sont examinées soit environ 98% d'entre elles. Sur ces 124 patientes, 58 examens du bassin sont renseignés. Cela représente 53,2% d'examens du bassin non renseignés dont 23,4 % sont représentés par des nullipares et 29,8% par des multipares. Sur les multipares qui n'ont pas eu d'examen du bassin nous avons voulu étudier s'il y avait une relation avec leurs antécédents obstétricaux. Pour illustrer la population de multipares représentée dans notre étude, voici un graphique montrant les différents modes d'accouchements de ces multipares.



Nous allons désormais comparer le pourcentage de multipares pour lesquelles l'examen clinique du bassin est clairement renseigné dans le dossier selon leurs modes d'accouchements précédents.

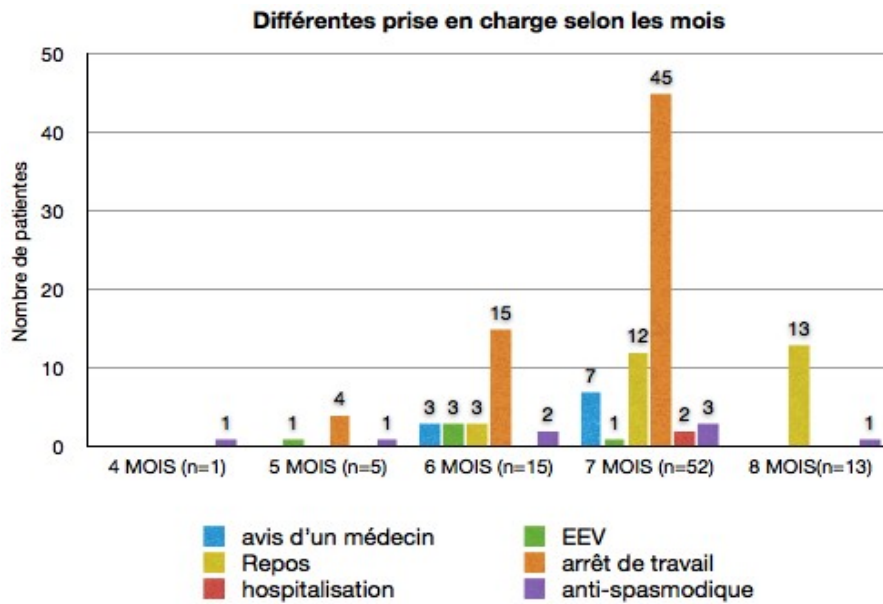


Nous pouvons voir que la différence entre chacune des catégories représentées ci-dessus est peu importante. D'ailleurs, l'écart entre les patientes examinées ou non dans chaque catégorie n'est pas significatif. La réalisation du TV est donc effectuée indépendamment des antécédents obstétricaux des multipares.

### *3.5 L'identification des critères cliniques induisant une prise en charge dans la prévention de la prématurité*

#### *3.5.1 Les différents types de prise en charge*

Nous avons étudié les différents types de prise en charge selon les différents mois dans le but d'évaluer celle qui est majoritairement adoptée. Nous entendons par prise en charge de la prévention de la prématurité : l'avis d'un médecin, une EEV, un arrêt de travail, des consignes de repos, une hospitalisation ou encore la prescription d'antispasmodique. Les résultats se trouvent dans le graphique ci-dessous.

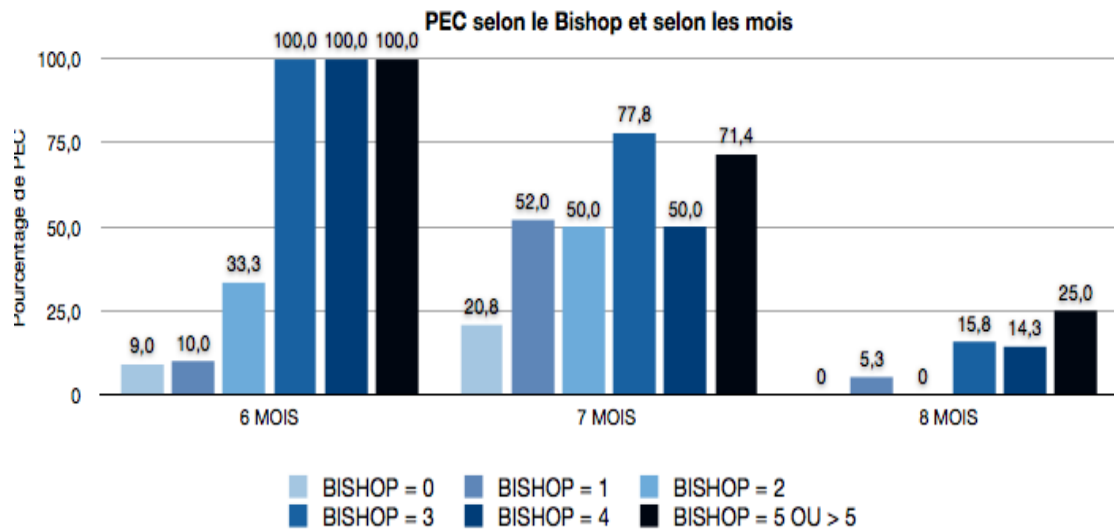


Nous pouvons voir sur ce graphique les différentes prises en charges proposées aux patientes selon les mois. Nous constatons que l'arrêt de travail est la prise en charge principale à partir du cinquième mois jusqu'au septième mois, comme nous l'avions supposé dans nos hypothèses. Un grand nombre d'arrêts de travail a lieu au septième mois car ces arrêts de travail comprennent également les congés pathologiques. Nous remarquons aussi que seules 2 patientes, soit 1,27% de notre population, ont été hospitalisées pendant leur grossesse. L'une d'entre elles a accouché prématurément, l'autre à terme dépassé.

### 3.5.2 Le score de Bishop

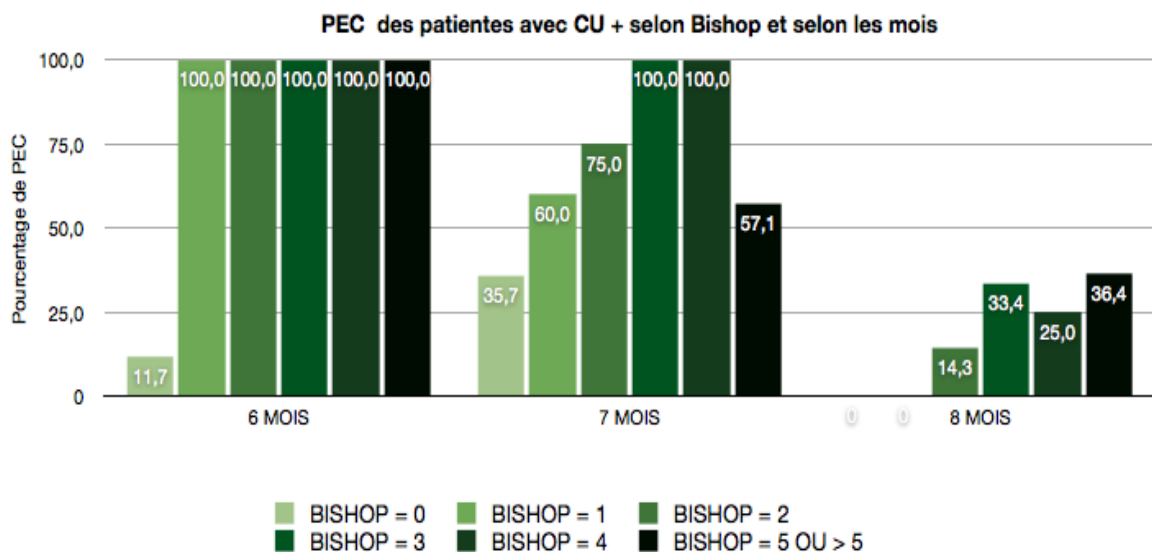
Le score de Bishop (Annexe III) est un score décisionnel généralement utilisé lors des déclenchements pour savoir quel type de déclenchement serait adapté à la patiente selon ses conditions locales. Dans notre étude, nous avons détourné son utilisation principale, mais les caractéristiques de ce dernier sont identiques pour la description du col. Le seul critère que nous n'avons pas pris en compte dans ce score est la parité. De plus, ce score a déjà été exploité lors d'autres études visant à comparer le TV et l'EEV dans la prédiction de l'accouchement prématuré (23).

Dans un premier graphique, nous avons mis en évidence les patientes qui ont été prises en charge en fonction de leur score de Bishop et selon les différents mois indépendamment de la présence ou non de CU.



Nous pouvons constater qu'au sixième mois, le pourcentage de prises en charge augmente avec le score de Bishop tandis qu'au septième mois celui-ci semble être indépendant du score de Bishop. Au huitième mois, moins d'1 patiente sur 10 bénéficie d'une prise en charge, et un score de Bishop élevé (> ou = 5) n'implique pas forcément une prise en charge selon cette étude. Ces résultats confirment donc notre hypothèse.

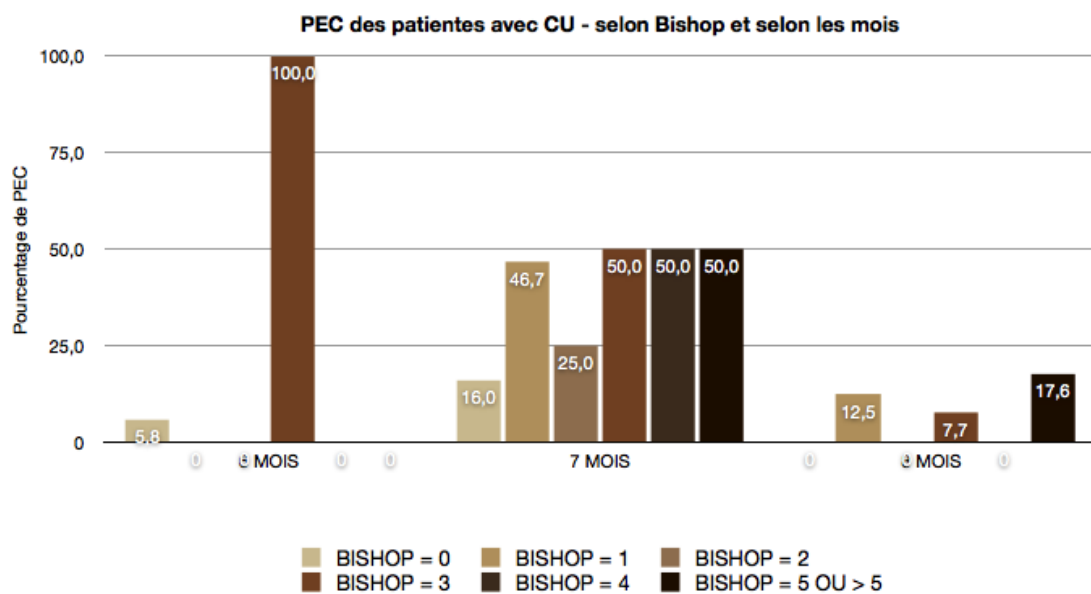
Nous avons effectué le même travail, mais cette fois-ci en tenant compte de la présence de contractions. Nous observons ainsi l'attitude des SF lors de la conjonction de deux facteurs cliniques et en fonction du terme.





Nous pouvons alors constater que la combinaison de ces deux facteurs cliniques augmente considérablement le pourcentage de prises en charge dans les cas où le Bishop est faible ou intermédiaire, sauf au huitième mois où l'incidence des contractions ne semble pas modifier considérablement le taux de prises en charge. Comme nous le supposions, la présence de CU et d'un score de Bishop égal à 2 au sixième mois induit une prise en charge.

Enfin, pour répondre à toutes nos hypothèses, nous avons refait le même graphique mais cette fois avec les patientes ne présentant pas de contractions utérines. Les résultats sont présentés ci-dessous :



Ces résultats nous permettent de constater tout d'abord, que notre population comprend des patientes avec des cols modifiés, voire très modifiés, et qui ne présentent pas de contractions utérines. Dans un second temps, de confirmer notre hypothèse qui est que toute patiente présentant un Bishop supérieur ou égal à 3 a été prise en charge. Il faut savoir qu'aucune patiente de notre population ne répond aux critères suivant : pas de contractions utérines et un Bishop supérieur à 3. Enfin, nous pouvons visualiser que 5,8% des patientes ne présentant pas de contraction et ayant un Bishop égal à 0 au sixième mois, bénéficient d'une prise en charge. Ces résultats infirment donc notre hypothèse.

### 3.5.3 L'échographie endovaginale

L'échographie endovaginale permet d'avoir une mesure objective du col. De plus, elle permet de visualiser toute la partie du col intra utérine, ainsi que la présence ou non d'un entonnoir. Nous avons voulu évaluer dans quelles circonstances celle-ci était utilisée. Sur nos 157 patientes, six d'entre elles ont bénéficié d'une EEV suite à leur consultation prénatale soit 3,82% de notre population. Les sages-femmes ayant demandé une EEV de contrôle signalaient comme indication principale pour la plupart, un col modifié avec dans 67% des cas un Bishop supérieur à 4. Le critère qui les inquiétait le plus étant la longueur du col dans 50% des cas : le col était mi-long ou court. Dans la majorité des cas, si le col était long on retrouvait alors un col ouvert et une présentation sollicitante. Seule une patiente présentant un Bishop égal à 0 a bénéficié d'une EEV au cinquième mois. Aucune de ces six patientes n'a été hospitalisée car l'EEV ne montrait chez aucune une longueur utile de col inférieure à 25 millimètres (valeur limite selon les recommandations du réseau Aurore)(11). Cinq des six patientes ont accouché à terme. La patiente qui a bénéficié de l'EEV au cinquième mois a accouché prématurément entre 34 et 36 SA + 6 jours.

### 3.5.4 L'hospitalisation

Seules deux patientes ont été hospitalisées suite à leur consultation prénatale du septième mois. Seulement une d'entre elles présentait un col ouvert à l'OI de plus d'un centimètre. Tandis que la seconde patiente avait un col intermédiaire, mi long, tonique, fermé à l'OI et une présentation non sollicitante. La seconde patiente a dépassé son terme.

Nous avons voulu savoir si le fait qu'une des patientes présente un col ouvert à l'OI (1 doigt) était synonyme d'hospitalisation systématique. Les résultats sont présentés ci-dessous :

Col ouvert au	Hospitalisation	Pas d'hospitalisation
5ème mois	0	0
6ème mois	0	1
7ème mois	0	2
8ème mois	0	20

Aucune des patientes présentant un col ouvert à 1 doigt à l'OI n'a été hospitalisée. Notre hypothèse est donc infirmée par ces résultats.

### *3.6 Analyse des sept accouchements prématurés.*

Nous avons pensé que, du fait du faible nombre d'accouchements prématurés, il serait intéressant de les reprendre un par un pour voir si la prise en charge de ces patientes n'aurait pas pu être optimisée, cela notamment au vu de leur score de Bishop et de la présence ou non de signes d'appel à l'interrogatoire.

La patiente A était une nullipare âgée de 19 ans sans profession vivant en couple avec son concubin (intérimaire) ne présentant pas d'antécédents particuliers. Madame A a eu son premier examen au sixième mois sur signe d'appel (pertes vaginales anormales), le score de Bishop était de 0. Au septième mois, la même situation se présente et le score de Bishop est toujours égal à 0. La patiente a accouché entre 34 SA et 36 SA + 6 jours.

La patiente B était une deuxième pare, âgée de 41 ans, d'origine asiatique, cuisinière (travail fatigant), vivant en couple avec son concubin (régleur de machine). La patiente a été arrêtée dans ses fonctions à partir du cinquième mois (médecin traitant). Le premier examen a été effectué au septième mois, aucun élément n'est signalé à l'interrogatoire, on retrouve cliniquement un Bishop égal à 0. La patiente a accouché entre 28 SA et 33 SA + 6 jours.

La patiente C, nullipare, âgée de 32 ans, préparatrice en pharmacie, vit en couple avec son conjoint (militaire). La patiente signale des contractions au sixième mois, le Bishop est égal à 0, elle a disposé d'un arrêt de travail. A son dernier examen, au huitième mois, le Bishop était de 1 (col mi long), la sage-femme conseillait à la patiente de se reposer. La patiente a accouché entre 34 et 36 SA + 6 jours.

La patiente D, nullipare, âgée de 23 ans, intérimaire vit avec son concubin qui est employé. Elle fume 3 cigarettes / jour. A noter que la patiente n'a pris que 2 kilos durant cette grossesse (IMC = 23 avant grossesse). La patiente a été examinée systématiquement à partir du sixième mois. Au sixième mois, la prise de poids était nulle. Au septième mois, elle signale des pertes de sang ainsi que des CU. La sage femme trouve alors un col

postérieur, court, tonique, dilaté à l'OI (2cm), avec une présentation sollicitante. (bishop = 5) La patiente a été hospitalisée et a accouché durant son hospitalisation. Le terme de l'accouchement est compris entre 28 et 33 SA + 6 jours.

La patiente E est une nullipare, âgée de 25 ans, aide soignante (travail fatigant), qui vit en couple. Il faut signaler que la patiente a développé un diabète gestationnel au cours de sa grossesse. Un arrêt de son activité professionnelle a été prescrit au cours de son cinquième mois de grossesse. Au sixième mois, elle signale des CU, au TV un col intermédiaire, mi-long, tonique, fermé à l'OI, avec une présentation sollicitante (Bishop = 3). La sage-femme conseille à la patiente de se reposer et lui prescrit ses congés pathologiques. La patiente a accouché entre 34 et 36 SA + 6 jours.

La patiente F est une nullipare âgée de 28 ans qui est auto-entrepreneuse, vivant en couple. Elle ne présente pas d'antécédent particulier. Elle a été examinée tous les mois à partir du cinquième mois, malgré un interrogatoire strictement négatif, Bishop = 0. Au huitième mois, le col était intermédiaire, mi-long, tonique, fermé à l'OI, présentation sollicitante. La patiente a accouché entre 34 et 36 SA + 6 jours.

Et enfin la patiente G, troisième pare âgée de 40 ans, d'origine africaine qui est sans emploi vit en couple. Elle fume 3 cigarettes par jour. La patiente signale à deux reprises des CU lors des différents interrogatoires, elle a été examinée tous les mois à partir du sixième mois, le Bishop a toujours été égal à zéro. La patiente a accouché à 36 SA + 6 jours.

Ce que nous pouvons retenir de ces différents cas cliniques, c'est que les patientes présentant un col réellement inquiétant en fonction de l'âge gestationnel signalent des CU à l'interrogatoire (patientes D et E). Pour les autres patientes, le col n'était soit pas du tout modifié, soit légèrement au huitième mois. Et nous avons vu qu'un col modifié au huitième mois n'entraîne généralement comme prise en charge que du repos.

Pour conclure, au cours de cette étude, nous avons pu remarquer qu'à partir du sixième mois les trois quarts des femmes sont examinés. Nous essayerons de comprendre pourquoi ce seuil des 6 mois semble être important pour les sages-femmes. Nous chercherons également à savoir pourquoi 93% des sages-femmes examinent leurs patientes au huitième mois alors que même en présence d'un col modifié, la seule prise en charge

mise en place est le repos. Nous avons également pu voir que la pratique du TV, lors du sixième et septième mois, varie en fonction des facteurs, mais nous pouvons nous demander pourquoi les patientes diabétiques semblent être moins examinées durant ces deux mois. Par contre, le score de CRAP n'influence pas la pratique du TV pour les sages-femmes. Nous étudierons par la suite, l'intérêt de score dans le pronostic d'accouchement prématuré. Nous avons pu voir que certaines patientes présentaient un Bishop élevé au sixième ou au septième mois mais seule une de ces patientes a accouché prématurément. Donc lors de notre troisième partie, nous discuterons de la valeur diagnostic de ce score. Nous étudierons également l'intérêt de l'échographie endovaginale dans le diagnostic de la MAP.

Nous allons donc désormais discuter des résultats présentés ci-dessus dans le but de mieux comprendre les pratiques et d'améliorer ces dernières.

# TROISIEME PARTIE

---

## DISCUSSION

# I. A propos de l'étude

## *1.1 Le choix de la méthode*

Pour cette évaluation des pratiques professionnelles (EPP), nous avons choisi une étude rétrospective sur dossiers, ce qui nous a permis d'évaluer de manière objective la pratique du toucher vaginal dans les CPN.

## *1.2 Les forces de l'étude*

Nous avons pu étudier l'ensemble des dossiers des patientes qui ont été intégralement suivies par des sages-femmes au CHB, sur une période de quatre mois (d'avril à juillet 2013), grâce aux listes fournies par le DIM. Cela nous a permis d'avoir un nombre de patientes satisfaisant pour notre étude (n=157). Nous avons donc pu réaliser un travail statistique complet, permettant d'atteindre notre objectif : évaluer la pratique du TV en consultation prénatale chez des patientes à bas risques.

## *1.3 Les limites de l'étude*

### *1.3.1 L'exhaustivité des données*

Nous avons effectué cette étude au CHB, maternité de niveau 2. Un service de néonatalogie de niveau 2 ne peut pas accueillir les prématurés en dessous du terme de 30 SA car il ne possède pas de service de réanimation néonatale. Les listes fournies par le DIM pour cette étude ont été conçues à partir des patientes accouchant au CHB (donc avec un terme > 30 SA). C'est une des limites de ce travail, c'est pourquoi nous ne comptabilisons pas de naissance en dessous de 28 SA.

### *1.3.2 L'exploitation des données*

A propos des effectifs, nous pouvons noter que notre population de patientes ayant accouché de façon prématurée (c'est-à-dire avant 37 SA) est faible (n=7). La réalisation de cette même étude dans une maternité de type 3 augmenterait les effectifs et les résultats sur une même période, et permettrait alors une meilleure exploitation des résultats concernant le suivi de grossesse de ces patientes et l'identification de possibles facteurs de risques.

De plus, il est nécessaire de préciser que même si cette étude s'appuie sur des

recommandations nationales, elle reste locale. Les résultats ne pourront donc pas être étendus au niveau de la région Rhône-Alpes car ils concernent la pratique des sages-femmes du CHB. Cela représente également une limite d'exploitation de ces données. Il serait intéressant d'évaluer la pratique du TV entre les différentes régions.

## *1.4 Les biais liés à la méthode*

### *1.4.1 Le biais de sélection*

Nous avons volontairement choisi les patientes ayant un suivi quasi-intégral par des sages-femmes au CHB (avec une moyenne supérieure à 6 CPN pour une grossesse). De ce fait, les patientes qui n'ont pas eu de CPN programmées ont été exclues de l'étude. Certaines de ces patientes présentent des difficultés psycho-sociales importantes, et sont donc peut être sous-représentées dans notre étude, alors que nous savons que le bas niveau socio-économique et la précarité sont des facteurs favorisant de prématurité. Nous ne pouvons donc pas évaluer la pratique du TV face à de telles situations de précarité.

### *1.4.2 Le biais de classification*

Les biais de cette étude sont caractéristiques à ceux d'une étude rétrospective sur dossiers. En effet, dans ce type d'enquête, les données utilisables se limitent à l'exploitation des transmissions écrites. Des données manquantes peuvent fausser les résultats obtenus. Dans l'ensemble, les dossiers obstétricaux étaient relativement complets et il manquait peu d'informations. Seuls deux critères manquaient de précision pour notre étude :

- la profession exercée par la patiente était dans l'ensemble renseignée, mais les précisions sur les conditions de travail fatigantes, quant à elles, n'étaient que très rarement renseignées. Donc, nous avons émis des hypothèses concernant le caractère fatigant de la profession de façon arbitraire ;
- concernant l'examen clinique du bassin, nous nous sommes basés sur la page 24 du dossier Audipog intitulé « Pronostic d'accouchement », nous attendions que la case « bassin cliniquement normal » ou anormal soit cochée, si ce n'était pas le cas, qu'il soit écrit dans la consultation du neuvième mois « bassin cliniquement normal ». La page du pronostic d'accouchement avait un défaut de remplissage. Nous avons émis l'hypothèse que si rien n'était noté, c'était parce que le bassin ne présentait pas de



particularité.

## II. La pratique du toucher vaginal

### *2.1 Le dépistage de la menace d'accouchement prématuré*

Nous avons vu lors de notre première partie que le dépistage de la MAP est la principale indication du TV au cours des CPN.

Nous pouvons nous demander quel est le moment adéquat pour commencer le dépistage de la prématurité. Elle est définie par toute naissance dont le terme est compris entre 22 et 36 SA + 6 jours selon l'OMS. En France, la réanimation néonatale est proposée à partir de 24-25 SA (selon les centres) du fait d'une trop forte morbi-mortalité avant ce terme comme le montrent différentes études (24). Y a-t-il un intérêt à dépister de manière systématique des modifications cervicales avant 22 SA (le seuil de viabilité) ? Nous pensons que si la patiente ne présente pas de signes d'appels (tels que des signes d'infections génitales basses ou urinaires, ou des contractions utérines), il n'est pas nécessaire de l'examiner avant ce terme dans le cadre du dépistage de la prématurité. En effet, une prise en charge active ne serait pas mise en place avant le terme minimum de 24 SA en cas de modification cervicale le nécessitant. Ceci explique peut-être pourquoi seulement 21% des femmes de notre population sont examinées avant le sixième mois de grossesse.

Hormis le dépistage de la prématurité, d'autres indications sont possibles lors de l'examen du début de grossesse. En effet, un TV peut être effectué afin d'avoir une référence pour cette grossesse. En présence d'un col anatomiquement court au premier trimestre, la prise en charge sera différente au cours de la grossesse. Le but de ces TV est également de dépister une incompetence cervicale même si les patientes présentant des facteurs de risque majeurs pour cette pathologie sont exclues de notre étude. La béance cervicale a une incidence de 0,5% (25). Si la sage-femme dépiste une incompetence cervico-isthmique, la patiente sera alors réorientée vers un gynécologue-obstétricien. Il est possible d'effectuer un cerclage prophylactique ou thérapeutique du col utérin chez certaines de ces patientes à risque. De plus, ce premier examen est opportun pour réaliser un examen gynécologique complet. Il paraît nécessaire de poser un spéculum, afin de visualiser si le col est sain et d'effectuer un frottis cervico-vaginal d'après les

recommandations de l'HAS (26). Cela permet aux patientes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier d'être sensibilisées à l'importance de celui-ci et d'être dépistées à un moment clé de leur vie, la grossesse. La future mère constitue une cible idéale pour le dépistage du cancer du col de l'utérus d'après l'Institut National du Cancer (27).

Pour conclure, un TV avant le sixième mois de grossesse dans le but de dépister une MAP ne semble pas nécessaire. Néanmoins, l'examen du premier trimestre paraît important dans le dépistage et la prévention de certaines pathologies.

A présent, nous allons nous intéresser à la période à partir de laquelle le dépistage n'est plus nécessaire du fait des recommandations actuelles. D'après le protocole « Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes » du réseau Aurore (11), une tocolyse est envisageable entre 24 et 34 SA (éventuellement 23+4 jusqu'à 35 SA). Ce qui revient donc à dire qu'après 35 SA, aucune prise en charge thérapeutique ne sera mise en place pour retarder la mise en travail et, par ce fait, l'accouchement. Nous sommes donc en mesure de nous interroger sur l'intérêt du TV quasi-systématique (93%) au huitième mois surtout si celui-ci a lieu après 34 SA. En pratique, les sages-femmes préconisent du repos ou la prise d'anti-spasmodiques, et cela même si elles retrouvent un col modifié ou très modifié (Bishop supérieur à 5) au toucher. Peut-être serait-il alors intéressant d'examiner uniquement les patientes signalant des contractions utérines ?

Maintenant que nous avons défini les bornes de ce dépistage, nous pouvons voir si certains facteurs de risque peuvent influencer la pratique du TV lors des CPN.

### *2.1.1 La parité*

Nous avons vu lors de notre étude que la pratique du TV semble différente au sixième et au septième mois, en fonction de la parité des patientes. Il apparaît que les multipares sont légèrement moins examinées que les nullipares. Notre hypothèse de départ était que les nullipares étaient dans l'ensemble plus examinées que les multipares lors de leur suivi de grossesse. L'idée principale est le fait qu'une nullipare ne saura peut-être pas objectiver ses contractions, l'interrogatoire sera donc moins informatif, contrairement à une multipare. A l'inverse, nous pouvons également penser qu'une multipare a une surcharge de fatigue due à ses enfants, que n'a pas une nullipare, et donc son temps de repos réel est moins important.

Plusieurs études (28) (29) ont essayé de déterminer quel effet pourrait avoir la parité

sur le terme de l'accouchement. Le problème rencontré est que la population de multipares dans ces études ne correspond pas à notre population de multipares. En effet, les différentes études réalisées n'excluent pas les antécédents tels que l'accouchement prématuré, les fausses couches tardives, classant alors certaines patientes comme étant plus à risque. Une étude a été menée par Schempf et al. sur l'influence de la parité, de l'âge et de l'ethnie des patientes sur la prématurité (29). Cette étude montre que les primipares caucasiennes ont un taux plus élevé de prématurité quand elles ont plus de 30 ans, comparé aux multipares caucasiennes de la même tranche d'âge. Par contre, les jeunes multipares caucasiennes (âge inférieur à 24 ans) ont un taux de naissances prématurées supérieur aux jeunes nullipares caucasiennes. La même cinétique est à distinguer dans toutes les ethnies (noire, hispanique et blanche). En résumé, une vigilance plus étroite serait donc à envisager concernant les jeunes multipares de moins de 24 ans et les primipares de plus de 30 ans. Dans notre étude, les résultats retrouvés sont discordants avec ceux de l'étude de Schempf, ce qui peut s'expliquer par de faibles effectifs dans chaque sous population. En effet notre population de jeunes multipares (moins de 24 ans) comprend 7 patientes et celle des primipares de plus de 30 ans en comprend 8. Nous ne pouvons donc pas conclure au vu de ces éléments. En conclusion, il est intéressant de voir qu'un facteur comme la parité ne peut être isolé.

### *2.1.2 Le tabac*

Chiolero A. et al ont montré dans une étude datant de 2005, les effets néfastes du tabac sur le poids de naissance et la prématurité (30). En effet, nous pouvons voir dans cette étude une augmentation du taux de naissances prématurées croissant en fonction du nombre de cigarettes fumées. Ce taux atteint 12,6% lorsque le nombre de cigarettes par jour est supérieur ou égal à 20, or ce taux est de 5,4% chez les non-fumeuses. D'autres études tendent également à montrer une augmentation significative de la prématurité en fonction de la consommation de tabac (31) (32).

En partant de ces indications, nous avons émis comme hypothèse que les patientes tabagiques étaient plus examinées que les non-tabagiques. Il s'est finalement avéré qu'il n'y avait pas de différence significative entre ces deux échantillons de population, hormis au début de grossesse d'après le test de chi-deux ( $p=0,026$ ). Nous avons déjà discuté précédemment de l'intérêt du TV lors de cette première consultation dans le dépistage de la MAP. **Cependant malgré une forte augmentation de la prématurité imputée au tabac, faut-il pour autant examiner plus fréquemment ces patientes ?** En effet, la diminution

du taux de prématurité ne passe pas seulement par un bon dépistage, mais également et essentiellement par la prévention. Celle-ci comprend une aide à l'arrêt du tabac en proposant un sevrage tabagique à la patiente avec l'aide de tabacologues et/ou de substituts nicotiniques. Il est donc nécessaire de proposer cette aide, dès la première consultation, en expliquant les bénéfices à la patiente de la diminution ou de l'arrêt de sa consommation de tabac. Si celle-ci ne désire pas arrêter de fumer, il ne faut pas hésiter à renouveler cette proposition au cours des CPN suivantes tout en suivant l'évolution de sa consommation.

De plus, le tabagisme maternel augmente également le risque de retard de croissance intra utérin. Ce dernier peut, dans certains cas, créer une prématurité induite pour pathologie foetale nécessitant une extraction. Il paraît important d'examiner cliniquement la patiente de façon mensuelle et mesurer notamment la hauteur utérine, laquelle qui, couplée à l'échographie, nous permet d'apprécier la dynamique de la croissance foetale. La prise de poids maternelle est également un élément important à considérer dans les populations de femmes présentant un IMC normal.

La question de la pratique systématique du TV chez les patientes fumeuses est plutôt remplacée par la question de la prévention du tabagisme chez la femme enceinte et/ou son conjoint et le dépistage d'autres pathologies imputables au tabac. On cherchera d'abord à traiter une cause. Le conseil minimal à chaque consultation est ainsi indispensable.

### *2.1.3 Le diabète gestationnel (DG)*

Le diabète gestationnel est un facteur de risque d'accouchement prématuré. L'étude de cohorte : the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO), publiée en 2002, a analysé une cohorte comprenant 25 000 patientes pour déterminer les complications maternelles et foetales du diabète gestationnel (33). Les résultats retrouvés concernant la prématurité montrent une relation continue et significative entre le risque d'accouchement prématuré et les glycémies réalisées 1h et 2h après la charge sucrée. L'élévation du risque relatif de prématurité chez les patientes diabétiques est modérée comparé à la population générale. Le taux de prématurité chez les patientes présentant un diabète gestationnel ne diminue pas malgré la mise en place d'un traitement (conseils diététiques, régime approprié ou mise en place d'insuline) comme le prouve l'essai randomisé de Landon et al (34).

Grâce à ces constatations, nous avons émis l'hypothèse que les patientes pour

lesquelles un diabète gestationnel était diagnostiqué seraient plus examinées que les autres patientes. Sachant que le dépistage du diabète gestationnel s'effectue dans la majorité des cas au cours du sixième mois, nous nous attendions à voir une hausse du taux de TV chez ces patientes après le diagnostic de la pathologie. Les résultats sont radicalement opposés à notre hypothèse. En effet, non seulement les patientes présentant un DG ne sont pas plus examinées mais elles le sont même moins. Ces résultats sont significatifs, d'après un test de chi-deux au sixième et au septième mois retrouvés respectivement à  $p=0,013$  et  $p=0,005$ . Que penser ? Nos résultats laissent supposer que, pour ces sages-femmes, les patientes présentant un DG ne nécessitent pas la pratique du TV en systématique dans le dépistage des MAP. Il est nécessaire de garder en mémoire que les patientes avec un DG sont plus à risque et il est judicieux d'adapter la pratique du TV en fonction de la présence d'autres facteurs de risques et en fonction du contexte général de la patiente (antécédents, interrogatoire, etc.).

Maintenant que nous avons défini les moments opportuns pour réaliser le dépistage de la MAP grâce au TV ainsi que les facteurs de risques prépondérants, nous allons désormais nous attarder sur une autre indication du TV, qui est l'examen obstétrical lors de la CPN du neuvième mois.

## *2.2 L'examen clinique du bassin et la confrontation cephalo-pelvienne*

Nous avons voulu nous baser sur des études cliniques montrant l'intérêt en fin de grossesse de l'examen clinique du bassin et la confrontation céphalo-pelvienne sur le pronostic d'accouchement. Aucun article scientifique n'a été retrouvé sur le sujet mais ces examens sont décrits dans des références bibliographiques obstétricales (35). Or, c'est la principale indication du TV lors de la CPN du neuvième mois. L'objectif de ces deux données cliniques est, à terme, d'émettre un pronostic d'accouchement. Si le bassin est cliniquement suspect, un examen paraclinique sera indiqué afin de définir une conduite à tenir.

Dans notre population, nous avons remarqué que 53,2% des patientes ne possédaient pas d'examen clinique renseigné. Nous insistons sur le renseignement par écrit de cet examen car nous pensons que les sages-femmes effectuent ces examens mais ne les précisent pas forcément lorsqu'ils ne présentent pas d'anomalie. A l'heure où le médico-

légal prend une part de plus en plus importante dans cette profession, nous pensons qu'il est essentiel de renseigner ces informations. Il est encore plus important de mentionner celles-ci surtout en cas d'antécédents de dystocie au moment de l'accouchement précédent, tels qu'une césarienne en urgence, une extraction instrumentale ou encore une césarienne prophylactique. Rappelons que, d'après les recommandations fixées par l'HAS (36), les utérus cicatriciels nécessitent un suivi de type A2 (l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire). Dans notre étude, les informations concernant l'examen du bassin ne sont pas présentes chez 50 % des patientes qui ont eu un antécédent dystocique. Il est d'autant plus dommage que ces informations ne soient pas mentionnées alors que 98% des patientes sont examinées au neuvième mois. En pratique, une épreuve du travail est le plus souvent mise en place avec l'accord de la patiente.

Le recueil et l'interprétation de ces informations présentent une part importante de subjectivité du fait de la longueur des doigts de l'examineur. L'interprétation est, elle aussi, sujette à controverse dans le sens où elle dépend de l'expérience des examinateurs. Il paraît de meilleur pronostic lorsqu'une multipare présente une présentation haute sans formation de segment inférieur à terme par rapport à une nullipare.

Malgré le manque d'études sur le sujet, un abandon total du TV au neuvième mois ne semble pas envisageable. Il donne une base sur laquelle nous pouvons établir un pronostic obstétrical. Nous pensons que l'examen du bassin pourrait être évitable chez des multipares qui ont accouché de manière eutocique d'un enfant eutrophe à condition que ce fœtus présente des biométries similaires (non macrosome). La confrontation cephalo-pelvienne est un examen clinique supplémentaire (en plus de la hauteur utérine) pour se faire une idée de la descente du mobile foetal dans le bassin.

### *2.3 L'interprétation du TV pendant la grossesse*

L'interprétation du TV est primordiale en CPN. En effet, les patientes subissent un TV dans le but de se voir proposer une prise en charge en cas de col modifié. Mais à partir de quand pouvons-nous considérer un col modifié de manière trop importante et jusqu'à quel terme ? Pour cela, nous avons calculé un score de Bishop pour chaque consultation. Ce score est généralement utilisé pour les inductions de travail mais des études ont déjà montré l'intérêt de ce test dans la prédiction d'accouchement prématuré. Il existe un autre score qui se nomme simplement « score du col » décrit par Houlton en 1982, qui prend seulement en compte la dilatation à l'orifice interne, et la longueur du col (annexe IV) dans

la prédiction de l'accouchement prématuré.

Une étude menée par RB. Newman et al (37) publié en 2008, a évalué ces deux tests, afin de savoir s'ils avaient une bonne valeur prédictive de l'accouchement prématuré. Il est émis comme hypothèse, que le « score du col » est meilleur pour prédire les accouchements prématurés car il ignore des facteurs que les auteurs jugent subjectifs, comme la position et la consistance du col. Plus de 2900 patientes à bas risque ont participé à cette étude, elles ont subi un toucher vaginal entre 22 et 24 SA et entre 26 et 29 SA. Ils ont défini comme col « anormal » un Bishop supérieur ou égal à 4 et un score de col inférieur à 1,5 entre 22-24 SA, puis un Bishop supérieur ou égal à 6 et un score de col inférieur à 1,5 pour le terme entre 26-29 SA. Les résultats ont montré que le score de Bishop était meilleur entre 22 et 24 SA, que le score du col, pour prédire un accouchement prématuré. Néanmoins, au troisième trimestre, le score du col paraît meilleur que le score de Bishop. Enfin Newman et al concluent qu'au vu de leurs données aucun de ces deux tests n'est un test diagnostic efficace et ils ne conseillent pas d'examiner de manière systématique les patientes.

Une autre étude (23) a comparé le score de Bishop et la longueur du col grâce à l'EEV comme prédiction des accouchements prématurés. Cette étude concerne une population de 282 femmes considérées comme étant à bas risque. Un score de Bishop supérieur ou égal à 4, entre 16 et 23 semaines, était considéré comme étant un facteur de risque d'accouchement prématuré. Les résultats montrent une sensibilité faible à 33,3% et une valeur prédictive positive également faible à 17,6%.

Nous constatons que les études divergent sur la valeur seuil du score de Bishop à partir de laquelle il existe un risque d'accouchement prématuré. Pour notre étude, nous avons considéré comme signe de menace d'accouchement prématuré, un score de Bishop supérieur ou égal à 4 au sixième mois et au septième mois comme l'étude exposée ci-dessus (23). Nos résultats sont moins bons en terme de sensibilité car nous obtenons respectivement 0 et 14% pour le sixième et septième mois. La valeur prédictive positive est sensiblement du même ordre car nous obtenons 0 et 11%. Ces résultats pouvant être expliqués à la suite de notre analyse des accouchements prématurés, car trois patientes avaient un Bishop à 0 et seulement une présentait un Bishop supérieur ou égal à 4. Cependant, nous retrouvons une excellente valeur prédictive négative supérieure à 94% au sixième et septième mois. Néanmoins, le but du TV est-il de dépister une menace

d'accouchement prématuré ou d'éliminer temporairement ce risque ? L'interprétation est simple lorsque le col n'est pas modifié, cela est rassurant mais si le col est modifié cela ne signifie pas forcément un accouchement prématuré. Dans ces cas-là l'échographie endovaginale pour la mesure du col utérin permet de confirmer ou d'infirmier le diagnostic de MAP.

## *2.4 L'influence de facteurs non médicaux sur la pratique du TV*

### *2.4.1 Les facteurs psychologiques*

Notre étude, s'effectuant sur dossiers, ne nous a pas permis de prendre en compte l'aspect psychologique. Nous pouvons nous demander si la demande des patientes peut influencer sur la pratique du TV lors des CPN. Cette hypothèse a été émise dans le mémoire de R. Lориoux (étudiant sage-femme) (21). Finalement, il s'est avéré que les patientes qui n'avaient pas eu de TV systématique au cours de leur grossesse ne ressentaient pas la nécessité de connaître l'état actuel de leur col par rapport aux patientes qui avaient eu un TV systématique. Ces constatations sont plus en faveur du fait que le type de pratique influence les patientes sur leur souhait d'être informées que leur col semble cliniquement normal pour le terme. Une explication sur la pratique ou non de cet examen rassurerait la patiente dans tous les cas. Elle saurait les conditions qui justifient le TV ou celles qui permettent de s'en dispenser. Cependant il semble nécessaire de laisser le choix à la patiente par la forme d'une question par exemple « Au vu des éléments en notre connaissance, il ne semble pas nécessaire de vous examiner aujourd'hui, est-ce que cela vous convient ? ».

Jusqu'à présent nous avons plutôt axé notre discussion sur les patientes désireuses de cet examen mais certaines au contraire ne souhaitent pas ou peuvent difficilement être examinées. Nous pensons par exemple, aux patientes présentant un vaginisme. Dans notre étude, nous avons une femme diagnostiquée comme souffrant de vaginisme, par la sage-femme. Cette patiente présentait comme seul facteur de risque dans ses antécédents un âge maternel de 36 ans. Elle n'a été examinée que 2 fois au cours de sa grossesse : au huitième et au neuvième mois à partir du moment où elle a signalé des contractions utérines. Cette situation motive notre réflexion sur la nécessité du TV dans le dépistage de la MAP. **En effet, si cet examen peut être évité à ces femmes ne peut-il pas l'être pour davantage de patientes ?**



Pour conclure, nous pensons que l'avis et l'accord de la patiente sont nécessaires dans toutes les situations et que nous ne pouvons pas nous passer de l'un ou de l'autre, dans une relation soignant-soigné qui nous le savons est désormais portée sur l'autonomie du patient après décision éclairée. En effet les grandes Lois de Politique de Santé de 2002 et 2009 placent le patient au cœur du processus de soin et le rendent principal acteur de sa propre santé par ses choix éclairés.

#### *2.4.2 Les aspects médico-légaux.*

Dans la suite logique des facteurs psychologiques viennent se confronter les aspects médico-légaux. En effet, une des craintes que peuvent avoir les sages-femmes est que le fait de ne pas avoir examiné une patiente lors de sa CPN puisse engager leur responsabilité si cette patiente accouchait prématurément. Nous pouvons comprendre cette crainte, d'autant plus qu'en France, la pratique du TV en consultation est souvent systématique. Nous avons également une obligation de moyen et non de résultat. Le moyen pourrait être alors le dépistage grâce au TV. Lors de notre première partie, nous avons évoqué les recommandations des différents organismes : aucune de ces dernières ne place le TV comme un examen clinique obligatoire au cours des CPN. Ces sociétés savantes ont suffisamment de poids pour qu'aucune responsabilité ne soit engagée contre les sages-femmes si aucun signe d'appel ne justifiait la pratique du TV.

### III. L'amélioration des pratiques professionnelles

Pour essayer de faire diminuer le nombre d'accouchements prématurés certains outils ont été mis en place dans le but d'identifier les patientes à risque d'accouchement prématuré. Le CRAP fait partie de ces outils.

#### *3.1 Le CRAP*

Ce coefficient (Annexe II) a pour but de classer les patientes en différentes catégories. Ces catégories sont les suivantes :

- pas de risque d'accouchement prématuré lorsque le score est inférieur à 5 ;
- présence d'un risque potentiel si le score est compris entre 5 et 10 ;
- risque certain d'accouchement prématuré lorsque le score est supérieur à 10.

Au début de notre réflexion, nous avons suggéré que ce score pourrait faire partie des potentielles indications à une pratique plus fréquente du TV. Au cours de notre revue de la littérature scientifique, nous nous sommes aperçus que les scores, qui ont pour but de classer les patientes à haut risque ou à bas risque selon les antécédents, ont une faible valeur prédictive et une sensibilité faible (38). C'est pourquoi nous avons voulu calculer la sensibilité de ce test sur la population de notre étude. La sensibilité est alors de 29%, ce qui est très faible. En effet, dans notre population d'accouchements prématurés (n=7), cinq patientes présentaient un CRAP inférieur à 5. Par ce fait, nous comprenons mieux pourquoi nous n'avons pas retrouvé de différences significatives dans la pratique du TV des patientes avec un score de CRAP supérieur à 5. Même si le CRAP est peu sensible et paraît un peu désuet, l'analyse des différents critères de risque est essentielle au cours de la CPN

#### *3.2 Le toucher vaginal sur indications ciblées*

Trois éléments semblent indispensables au cours d'une consultation prénatale : l'écoute, la palpation, l'analyse.

Tout d'abord l'écoute, cette première faculté apparaît dès les premières minutes de la consultation dès que nous nous informons de l'état général de la patiente. Cette anamnèse nous permet d'avoir une idée globale du ressenti de la patiente à cet instant précis. Cette

qualité est également nécessaire pour l'interrogatoire à visée obstétricale. Aucune question au cours de celui-ci ne doit-êre négligée, il doit être adapté au degré de compréhension de la patiente. Un interrogatoire précis peut nous permettre de nous dispenser de TV.

Deuxièmement, la palpation, elle fait partie des examens cliniques obligatoires. Cette dernière permet de se rendre compte de l'aspect plus ou moins contractile de l'utérus suite à une mobilisation. Il semble logique d'évaluer le col utérin en présence de signes d'appel afin d'écarter une MAP.

Pour finir, il faut analyser toutes ces données ainsi que les potentiels facteurs de risque. Rappelons que les facteurs de risque dans cette population sont le tabac et le diabète gestationnel. Ces derniers éléments peuvent être considérés comme des signes d'appel pour notre pratique. Il ne faut pas s'abstenir de pratiquer le TV en cas d'indication médicale telle que la présence de contractions à l'interrogatoire ou devant des signes cliniques ou biologiques d'infections ou encore une palpation abdominale douteuse. En effet, comme nous avons pu le remarquer, le TV a une excellente valeur prédictive négative, de plus c'est un examen rapide, non couteux, ne nécessitant pas de matériel supplémentaire. Ces nombreux avantages ne doivent pas entrainer une pratique systématique du TV car cela ne présente pas d'intérêt. Le sentiment d'inconfort ou de douleur ressenti par les patientes au cours de l'examen ne doit pas être négligé.

En conclusion, nous conseillons une pratique raisonnée du toucher vaginal en CPN. Deux examens nous semblent difficilement évitables : le premier examen et l'examen du neuvième mois. Le premier examen, permet d'effectuer un examen gynécologique complet ainsi qu'un « toucher vaginal de référence ». Pour l'examen du neuvième mois, il sert à établir un pronostic d'accouchement. Par contre au cours de la période entre ces deux examens, nous pensons que le TV ne doit être pratiqué que sur les indications ciblées que nous venons de voir.

### 3.3 L'échographie endovaginale pour remplacer le toucher vaginal

Nous avons vu que le TV a une faible valeur prédictive des accouchements prématurés chez les patientes à bas risques. Nous pouvons alors nous demander si nous ne pouvons pas mettre en place d'autres outils pour faire diminuer ce taux de naissances prématurées. L'EEV est actuellement utilisée comme outil de diagnostic complémentaire de MAP lorsque le col est modifié au TV (11). Nous nous sommes demandés si l'EEV ne pourrait pas être utilisé dans le dépistage de la MAP et non plus seulement dans le diagnostic, comme cela se fait déjà dans les grossesses gémellaires. Un essai randomisé mené par R. Matijevic et al publié en 2006 a étudié dans une population à bas risque, deux outils : l'EEV et le score de Bishop dans la prédiction des accouchements prématurés (23) . L'EEV était effectuée entre 16 et 23 SA, ce qui peut correspondre à l'échographie du deuxième trimestre, le score de Bishop était calculé dans les mêmes intervalles. Les résultats montrent que l'échographie du col par EEV a une bien meilleure spécificité et valeur prédictive positive que le Bishop. En effet, ces dernières sont respectivement de 57,1% (EEV) et 33,3% (score de Bishop), et la valeur prédictive positive de 66,7% (EEV) contre 17,6% (score de Bishop). Une des limites de cette étude est le faible effectif dans les deux groupes, chaque groupe représente moins de 150 patientes. En conclusion, ces résultats seraient en faveur d'une systématisation de l'EEV par rapport au TV. Mais une méta-analyse de la littérature a été effectuée en 2012 par E. Reiter et al (12) pour savoir si l'EEV et le TV sont complémentaires ou se suffisent à eux-mêmes. La conclusion de cet article est que nous ne pouvons pas au vu des données actuelles, recommander une systématisation de la mesure de la longueur du col par EEV.

*« The evidence for antenatal TVS screening of CL in asymptomatic women at low risk must be regarded as insufficient, and such a practice can at present not be recommended as better than no screening at all. »*

Pour l'instant, nous ne pouvons pas promouvoir un dépistage de la MAP par mesure de la longueur du col lors de l'échographie du deuxième trimestre chez les patientes à bas risque mais il serait intéressant de refaire un essai randomisé avec une population plus importante afin de voir si les résultats tendent toujours vers une meilleure valeur prédictive de l'accouchement prématuré grâce à l'EEV.

# CONCLUSION

---

Grâce à notre étude, nous avons pu objectiver la pratique du toucher vaginal en consultation prénatale. Il apparaît que la pratique de celui-ci est quasiment systématique à partir du sixième mois. Sa pratique ne semble pas être influencée par certains facteurs de risque.

Cependant, nous avons vu que les recommandations actuelles concernant cet examen clinique sont en accord sur le fait que son utilisation ne doit en aucun cas être systématique, car la pratique systématique du TV ne permettrait pas de diminuer la prématurité d'après de nombreuses études.

Grâce à la confrontation de tous ces éléments, nous pouvons supposer que le TV peut être pratiqué de manière raisonnée car rien ne semble s'opposer à un changement des pratiques. La pratique du TV est un fait rassurant pour les professionnels ainsi que pour les patientes. Or nous avons vu qu'il est possible de se dispenser de cet examen sans détériorer le suivi de la grossesse. A l'heure actuelle, il semblerait que la mesure de la longueur du col utérin par EEV ne puisse pas remplacer le toucher vaginal. Il serait souhaitable que la pratique de ces deux examens, clinique et paraclinique, ne soit effectuée que sur signes d'appels dans les situations de grossesse à bas risque. Nous pouvons nous demander si les professionnels de santé se sentent prêts à modifier leur pratique.

REFERENCES  
BIBLIOGRAPHIQUES

---

BIBLIOGRAPHIE

## *REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES*

1. BLONDEL B, COUTOUR X, KAMINSKI M, et al., «Routine antenatal vaginal examinations ». *The Lancet*. 8 oct 1988;332(8615):846-847..
2. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). « Enquête national périnatale de 2010 »  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
3. BUEKENS P., ALEXANDER S., BOUTSEN M. et al., European Community Collaborative Study Group on prenatal screening. « Randomized controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy », *Lancet*, 1994, n°344, p841–4.
4. LENIHAN JP., « Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes . » *Obstetrics & Gynecology*. 1984 Jan;63(1):33–7.
5. JENNIGES K., EVANS L., « Premature rupture of the membranes with routine cervical exams . » *Journal of Nurse Midwifery*. 1990 Feb;35(1):46–9.
6. RPM Version Valid 13 09 2013 - RPM\_Valid\_19092013.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2014]. Disponible sur: [http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/RPM\\_Valid\\_19092013.pdf](http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/RPM_Valid_19092013.pdf)
7. ALEXANDER JM., MERCER BM., MODOVNIK M., et al., « The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000 Oct;183(4):1003–7.
8. VAYSSIÈRE C. « Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 Jan;33(1–2):69–74.
9. GOLDBERG J., NEWMAN RB., RUST PF., « Interobserver reliability of digital and endovaginal ultrasonographic cervical length measurements. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997 Oct;177(4):853–8.
10. VAYSSIÈRE C., MORINIÈRE C., CAMUS E., et al. « Measuring cervical length with ultrasound: evaluation of the procedures and duration of a learning method. » *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2002 Dec;20(6):575–9.
11. Le réseau Aurore « La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes »  
[http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/MAP\\_Validation\\_19092013.pdf](http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/MAP_Validation_19092013.pdf)



12. REITER E., NIELSEN KA., FEDDER J., « Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth? » *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2012 Apr;91(4):428–38.
13. LEITICH H., EGARTER C., KAIDER A., et al., « Cervicovaginal fetal fibronectin as a marker for preterm delivery: a meta-analysis. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. mai 1999;180(5):1169-1176.
14. CLOSSET E., DUFOUR P., COEUGNET C., et al. « Value of fetal fibronectin research for predicting premature delivery ». *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*. 2001 Nov;29(11):808–13.
15. GOLDBERG J., NEWMAN RB., RUST PF., « Interobserver reliability of digital and endovaginal ultrasonographic cervical length measurements. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997 Oct;177(4):853–8.
16. PHELPS JY., HIGBY K., SMYTH MH., et al., « Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995 Sep;173(3, Part 1):942–5.
17. Haute Autorité de Santé. « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonctions des situations à risques identifiés. »  
  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
18. Haute Autorité de Santé (HAS) « Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé », 2005.  
[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)
19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) «La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes, recommandations pour la pratique clinique »  
  
[http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_10.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM)
20. LANGER B., CANEVA MP., SCHLAEDER G. « Routine prenatal care in Europe: comparison of the experience of nine gynecologic-obstetric services in eight different countries ». *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 1997;26(4):358–66.
21. LORIOUX R., « Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? », 65 pages, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de

sage-femme, Angers, 2010

22. GRAFEILLE N., « On ne peut pas me pénétrer »

<http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf>

23. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2006;85(11):1342–7.

24. Société canadienne de pédiatrie. « Les conseils et la prise en charge en prévision d'une très grande prématurité »

<http://www.cps.ca/fr/documents/position/la-prise-en-charge-en-prevision-tres-grande-prematurite>

25. NIZARD J. « Comment informer au premier trimestre de la grossesse une patiente ayant un diagnostic de béance cervico-isthmique ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006 Feb;34(2):137–41.

26. Haute Autorité de Santé (HAS). « Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France »

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)

27. Institut national du cancer. « Prévention et dépistage des cancers du col de l'utérus. »

<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-du-col-de-luterus/espace-professionnels-de-sante>

28. BAI J., WONG FWS., BAUMAN A, et al., « Parity and pregnancy outcomes. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002 Feb;186(2):274–8.

29. SCHEMPF AH., BRANUM AM., LUKACS SL, et al., « Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. » *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2007 Jan;21(1):34–43. 2007;21(1):34-43.

30. CHIOLERO A, BOVET P, PACCAUD F. « Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. » *Swiss Medical Weekly*. 2005 Sep 3;135(35-

36):525–30.

31. KÄLLÉN K. « The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. » *European Journal of Public Health*. 2001 Sep;11(3):329–33.
32. NABET C., ANCEL P-Y., BURGUET A., et al. « Smoking during pregnancy and preterm birth according to obstetric history: French national perinatal surveys.» *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2005 Mar;19(2):88–96.
33. HAPO Study Cooperative Research Group. « The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study.» *International of Journal Gynecology & Obstetrics*. 2002 Jul;78(1):69–77.
34. LANDON MB., SPONG CY., THOM E., et al. « A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes ». *New England Journal of Medicine*. 2009 Oct 1;361(14):1339–48.
35. THOULON J.M, PUECH F, BOOG G, *Obstétrique, ellipses/ aupelf,/ uref*, 1995, 992, p 113, p 114, p 115
36. SAGOT P. « Suivi des grossesses selon la Haute autorité de santé (HAS) : estimation de son impact.» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Feb;37(1):3–4.
37. NEWMAN RB., GOLDENBERG RL., IAMS JD., et al., « Preterm prediction study: comparison of the cervical score and Bishop score for prediction of spontaneous preterm delivery. » *Obstetrics and Gynecology*. 2008 Sep;112(3):508–15.
38. MERCER BM., GOLDENBERG RL., DAS A., et al., « The preterm prediction study: a clinical risk assessment system . » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996 Jun;174(6):1885–1893; discussion 1893–1895.

## BIBLIOGRAPHIE

### Livres

- THOULON J.M, PUECH F, BOOG G, Obstétrique, ellipses/ aupelf./ uref, 1995, 992, p 113, p 114, p 115

### Articles de revues scientifiques

- ADHIKARI K ., BAGGA R., SURI V., et al., « Cervical length compared to Bishop's score for prediction of preterm birth in women with pre-term labour ». Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011;31(3):213–6.
- ALEXANDER JM., MERCER BM., MODOVNIK M., et al., « The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. » American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2000 Oct;183(4):1003–7.
- ALEXANDER S., BOULVAIN M., CEYSENS G., et al., « Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. » Obstetric & gynecology. 2010 Sep;116(3):766-7.
- ANDRES RL., DAY MC., « Perinatal complications associated with maternal tobacco use. » Seminar in Neonatology . 2000 Aug;5(3):231–41.
- BAI J., WONG FWS., BAUMAN A, et al., « Parity and pregnancy outcomes. » American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002 Feb;186(2):274–8.
- BENICHOUS S., MAILLARD F., GOFFINET F., et al., « Comparaison du toucher vaginal et de l'échographie du col dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré . » La Revue Sage-Femme. 2008 Nov;7(5):238–42.
- BERGHELLA V., TOLOSA JE., KUHLMAN K., et al., « Cervical ultrasonography compared with manual examination as a predictor of preterm delivery. » American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997 Oct;177(4):723–30.
- BEUCHER G., VIARIS DE LESEGNO B., DREYFUS M. « Complications maternelles du diabète gestationnel. » Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010 Dec;39(8, Supplement 2):S171–S188.
- BLONDEL B., COUTOUR X., KAMINSKI M., et al., « Routine antenatal vaginal examinations. » The Lancet. 1988 Oct 8;332(8615):846–7.
- BOGHOSSIAN NS., YEUNG E., ALBERT PS., et al. « Changes in diabetes status between pregnancies and impact on subsequent newborn outcomes. » American Journal of

Obstetrics and Gynecology. 2013 Dec 19;

- BON C., ROUBILLE M., MAILLIVIN A., et al., « La détection de la fibronectine fœtale dans l'évaluation du risque d'accouchement prématuré. » *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*. 2000 Mar;15(2):96–108.
- BUEKENS P., ALEXANDER S., BOUTSEN M. et al., European Community Collaborative Study Group on prenatal screening. « Randomized controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy », *Lancet*, 1994, n°344, p841–4.
- CABROL D, MAGNIN G. « Diagnostic du travail prématuré . » *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. 2001, 30,
- CHIOLERO A, BOVET P, PACCAUD F. « Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: the EDEN study. » *Swiss Medical Weekly*. 2005 Sep 3;135(35-36):525–30.
- CLOSSET E., DUFOUR P., COEUGNET C., et al. « Value of fetal fibronectin research for predicting premature delivery ». *Gynecologie Obstetrique et Fertilité*. 2001 Nov;29(11):808–13.
- COUSTAN DR., LOWE LP, METZGER BE., et al., « International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups. The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria for gestational diabetes mellitus. » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010 Jun;202(6):654.e1–6.
- DAVEY M-A., WATSON L., RAYNER JA., et al., « Risk scoring systems for predicting preterm birth with the aim of reducing associated adverse outcomes. » *Cochrane Database System Review*. 2011;(11):CD004902.
- DEFRANCO EA., LEWIS DF., ODIBO AO., « Improving the screening accuracy for preterm labor: is the combination of fetal fibronectin and cervical length in symptomatic patients a useful predictor of preterm birth? A systematic review. » *American Journal of Obstetric and Gynecology*. 2013 Mar;208(3):233.e1–6.
- GOLDBERG J., NEWMAN RB., RUST PF., « Interobserver reliability of digital and endovaginal ultrasonographic cervical length measurements.» *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997 Oct;177(4):853–8.
- GOMEZ R., GALASSO M., ROMERO R., et al. « Ultrasonographic examination of the uterine cervix is better than cervical digital examination as a predictor of the likelihood of premature delivery in patients with preterm labor and intact membranes. » *American Journal*

of Obstetric and Gynecology. 1994 Oct;171(4):956–64.

- HAPO Study Cooperative Research Group. « The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study.» International of Journal Gynecology & Obstetrics. 2002 Jul;78(1):69–77.
- IAMS JD., GOLDENBERG RL., MEIS PJ., et al., « The Length of the Cervix and the Risk of Spontaneous Premature Delivery. » New England Journal of Medicine. 1996;334(9):567–73.
- JENNIGES K., EVANS L., « Premature rupture of the membranes with routine cervical exams . » Journal of Nurse Midwifery. 1990 Feb;35(1):46–9.
- KÄLLÉN K. « The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. » European Journal of Public Health. 2001 Sep;11(3):329–33.
- LANDON MB., SPONG CY., THOM E., et al. « A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes ». New England Journal of Medecine. 2009 Oct 1;361(14):1339–48.
- LANGER B., CANEVA MP., SCHLAEDER G. « Routine prenatal care in Europe: comparison of the experience of nine gynecologic-obstetric services in eight different countries». Journal de gynecology obstétrique et biologie de la reproduction. 1997;26(4):358–66.
- LENIHAN JP., « Relationship of antepartum pelvic examinations to premature rupture of the membranes . » Obstetrics & Gynecology. 1984 Jan;63(1):33–7.
- LIM BH., MAHMOOD TA., SMITH NC., et al. « A prospective comparative study of transvaginal ultrasonography and digital examination for cervical assessment in the third trimester of pregnancy. » Journal of Clinical Ultrasound. 1992 Dec;20(9):599–603.
- LIN Y-J. « Low Birth Weight, Preterm Births, and Intrauterine Growth Retardation in Relation to Parental Smoking During Pregnancy. » Pediatrics & Neonatology. 2014 Jan 13;
- MAÎTRE C. « Sport et grossesse : une nécessaire prescription. » Science & Sports. 2013 Apr;28(2):103–8.
- MALAGRIDA L., ROZENBERG P., SIMON G., et al., « Intérêt de la détection de la fibronectine fœtale dans les sécrétions cervico-vaginales pour la prédiction de l'accouchement prématuré. » Immuno-analyse & Biologie Spécialisée. 1995;10(6):355–9.
- 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 Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2006;85(11):1342–7.
- MERCER BM., GOLDENBERG RL., DAS A., et al., « The preterm prediction study: a clinical risk assessment system . » *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1996 Jun;174(6):1885–1893; discussion 1893–1895.
  - MORTENSEN OA., FRANKLIN J., LOFSTRAND T, et al. « Prediction of Preterm Birth. » *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1987 Jan;66(6):507–12.
  - NABET C., ANCEL P-Y., BURGNET A., et al. « Smoking during pregnancy and preterm birth according to obstetric history: French national perinatal surveys. » *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2005 Mar;19(2):88–96.
  - NEWMAN RB., GOLDENBERG RL., IAMS JD., et al., « Preterm prediction study: comparison of the cervical score and Bishop score for prediction of spontaneous preterm delivery. » *Obstetrics and Gynecology*. 2008 Sep;112(3):508–15.
  - NIZARD J. « Comment informer au premier trimestre de la grossesse une patiente ayant un diagnostic de béance cervico-isthmique ? » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006 Feb;34(2):137–41.
  - ONDEROĞLU L. « Digital examination and transperineal ultrasonographic measurement of cervical length to assess risk of preterm delivery . » *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 1997 Dec;59(3):223–8.
  - PATRIOT M., PALLANT-DELAROA A., MATHIAN B. « Étude de la fibronectine comme marqueur de la menace d'accouchement prématuré». *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée*. 1997 May;12(2):81–4.
  - PEULTIER A-S, CAZENAVE N, BOOG G. « Reste-t-il une indication pour la radiopelvimétrie en cas d'utérus cicatriciel ? » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2010 Feb;39(1):50–5.
  - PHELPS JY., HIGBY K., SMYTH MH., et al., « Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements.» *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1995 Sep;173(3, Part 1):942–5.
  - REITER E., NIELSEN KA., FEDDER J., « Digital examination and transvaginal scan - competing or complementary for predicting preterm birth?» *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2012 Apr;91(4):428–38.

- ROSS MG., BEALL MH., « Prediction of Preterm Birth: Nonsonographic Cervical Methods. » *Seminars in Perinatology*. 2009 Oct;33(5):312–6.
- SAGOT P. « Suivi des grossesses selon la Haute autorité de santé (HAS) : estimation de son impact. » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008 Feb;37(1):3–4.
- SCHEMPF AH., BRANUM AM., LUKACS SL, et al., « Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. » *Paediatric Perinatal Epidemiology*. 2007 Jan;21(1):34–43.
- SCHMITZ T., KAYEM G., MAILLARD F., et al., « Selective use of sonographic cervical length measurement for predicting imminent preterm delivery in women with preterm labor and intact membranes. » *Ultrasound Obstetric Gynecology*. 2008 Apr;31(4):421–6.
- SERGENT F., MARPEAU L. « Pour le toucher vaginal en obstétrique. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 Jan;33(1-2):65–8.
- SIBONY O., ALRAN S., OURY J-F. « Vaginal birth after cesarean section: X-ray pelvimetry at term is informative. » *Journal of Perinatal Medicine*. 2006;34(3):212–5.
- SONEK JD, IAMS JD, BLUMENFELD M, et al. « Measurement of cervical length in pregnancy: comparison between vaginal ultrasonography and digital examination.» *Obstetrics & Gynecology*. 1990 Aug;76(2):172–5.
- VAYSSIÈRE C., MORINIÈRE C., CAMUS E., et al. « Measuring cervical length with ultrasound: evaluation of the procedures and duration of a learning method. » *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2002 Dec;20(6):575–9.
- VAYSSIÈRE C. « Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. » *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 Jan;33(1–2):69–74.
- VIS JY., KUIN RA., GROBMAN WA., et al., « Additional effects of the cervical length measurement in women with preterm contractions: a systematic review. » *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2011 Sep;284(3):521–6.
- The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002 Jul;78(1):69–77.



## MEMOIRES

- JEANDIN-LIVET M., «LE DIAGNOSTIC DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ Évaluation de l'application du protocole du réseau AURORE au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse », 81 pages, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2013
- LORIOUX R., « Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? », 65 pages, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Angers, 2010
- BON-MARDION D., « Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales. Enquête auprès de 229 professionnels haut-normands », 60 pages, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Rouen, 2010.
- NICOL C., « Naissance et intimité : Regard des femmes en salle d'accouchement », 83 pages, mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2013.

## INTERNET

- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) «La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes, recommandations pour la pratique clinique » [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/2002\\_GO\\_285\\_RPCcabrol.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/2002_GO_285_RPCcabrol.pdf)
- Haute Autorité de Santé. « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés. » [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)
- Haute Autorité de Santé (HAS). « Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France »  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). « Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France »  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). « Enquête nationale périnatale de 2010 »

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)

- Le réseau Aurore « La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes »  
[http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/MAP\\_Validation\\_19092013.pdf](http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/MAP_Validation_19092013.pdf)
- Le réseau Aurore « La rupture prématurée des membranes » [http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/RPM\\_Valid\\_19092013.pdf](http://www.aurore-perinat.org/doc/protocole/RPM_Valid_19092013.pdf)
- GRAFEILLE N., « On ne peut pas me pénétrer »  
<http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/28-1-Samedi-Lille-2009-Mat/08-VAGINISME%202009%20GRAFEILLE.pdf>
- Société canadienne de pédiatrie. « Les conseils et la prise en charge en prévision d'une très grande prématurité » <http://www.cps.ca/fr/documents/position/la-prise-en-charge-en-prevision-tres-grande-prematurite>

# ANNEXES

---

## ANNEXE I Masque de saisie

- Age : en année
- Taille = valeur en m
- Poids = valeur en kilos
- IMC : calculer par une formule informatique
- Origine =
  - caucasienne : 0 = Non 1= Oui
  - Afrique du nord : 0= non 1= Oui
  - afrique : 0= non 1= oui
  - europe de l'est : 0=non et 1= oui
  - asiatique : 0= non et 1= oui
- situation socio-économique : Ecrire le travail en toute lettre
  - Travail fatiguant : 0 = non et 1= oui
- Parité : valeur
  - nullipare = 0
- grossesses rapprochés < 1 an entre les deux grossesses
  - 0 = non
  - 1 = oui
- antécédents obstétricaux :
  - ATCD de FC : 0= non 1= oui
  - ATCD d'IVG : 0 = non 1= oui
  - ATCD de MAP : 0 = non 1 = oui
  - ATCD de TD : 0 = non 1 = oui
- mode d'accouchement :
  - AVB : 0= non 1= oui
  - extraction instrumentale 0= non 1= oui
  - césarienne 0= non 1= oui
  - poids de naissance : pds maximal
- ATCD gynécologique
  - 0 = aucun
  - Si présence d'un antécédent hors facteur d'exclusion noter en toutes lettres
- ATCD médicaux :
  - 0 = aucun

- Si présence d'un antécédent hors facteur d'exclusion noter en toutes lettres
- Habitude toxique
  - tabagisme actif
    - 0 = non
    - 1 = oui si oui préciser le nombre
  - autres habitudes noté en toute lettre
- Nombre de visite prénatale = valeur
- déroulement de la grossesse
  - diabète gestationnel : 0= non 1= oui
  - RCIU : 0= non 1= oui
- autres pathologies mais HTA gravidique, cholestase = facteurs d'exclusion
- Prise de poids pendant la grossesse en kilos
- Analyse mois par mois
  - Interrogatoire
    - Pertes vaginale : 0= aucune 1= prurit ou pertes anormales
    - métrorragies : 0 = aucune 1=présence
    - Contractions utérines 0 = non signalées 1= signalée
    - Signes fonctionnels urinaires: 0 = non signalés 1= signalés
    - Signes fonctionnels digestifs 0 = non signalés 1= signalés
  - Prise de poids = valeur
  - TV :
    - non = 0
    - oui = 1
  - Description du TV
    - position
      - postérieur = 0
      - centré = 1
      - antérieur = 2
    - longueur
      - long = 0
      - mi long = 1

- court = 2
- effacé = 3
- ouverture
  - fermé à OI = 0
  - 1-2 à OI = 1
  - dilatation > 2 = 2
- consistance
  - tonique = 0
  - intermédiaire = 1
  - mou = 2
- Prise en charge
  - avis d'un médecin ou interne de garde : 0 = non 1 = oui
  - EEV noté la valeur si oui
  - repos 0 = non 1 = oui
  - arrêt 0 = non 1 = oui
  - hospitalisation 0 = non 1 = oui
  - médicament: spasfon 0 = non 1 = oui
- examen clinique du bassin 0 = non 1 = oui
- terme de l'accouchement :
  - > ou = 37 SA 0 = non 1 = oui
  - 33 et 36 +6 SA : prématurité 0 = non 1 = oui
  - 28 et 33 SA : grande prématurité 0 = non 1 = oui
  - < ou = 27 +6 SA : très grande prématurité 0 = non 1 = oui
  - > ou = 41 0 = non 1 = oui

## ANNEXE II : Coefficient de Risque d'Accouchement Prématuré

### Coefficient de risque d'accouchement prématuré

score	CONTEXTE SOCIAL	ANTECEDENT	MODE DE VIE	GROSSESSE
1	Bas niveau socio-économique ; Deux enfants ou plus sans aide	Moins de un an entre dernier accouchement et grossesse actuelle Un curetage	Travail à l'extérieur Plus de trois étages sans ascenseur Plus de dix cigarettes / jour	Fatigue inhabituelle Prise de poids exceptionnelle
2	Absence de suivi de grossesse ; Grossesse illégitime ; Moins de 20 ans ; Plus de 40 ans	Deux curetages	Efforts inhabituels longs trajets quotidiens travail fatiguant voyages	Moins de 5kg de prise de poids albuminurie HTAS > 13
3	Très bas niveau socio-économique < 1,50m < 45kg	Trois curetages et/ou utérus cylindrique		Chute de poids le mois précédent Tête basse Segment inférieur Siège à 7 mois
4	< 18 ans	Pyélonéphrite		Métrorragies du deuxième trimestre Col perméable utérus contractile Col court
5		Malformation utérine Un avortement tardif  Un accouchement prématuré		Grossesse gémellaire Placenta praevia Hydramnios

### ANNEXES III : Score de Bishop

<b>Score de Bishop</b>				
<b>Paramètres</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Dilatation du col de l'utérus</b>	fermé	1-2cm	3-4cm	> 5
<b>Effacement du col utérin</b>	0-30%	40-50%	60-70%	>= 80%
<b>Consistance du col utérin</b>	ferme	moyenne	molle	
<b>Position du col utérin</b>	postérieur	centrale	antérieur	
<b>Positionnement de la présentation foetale</b>	mobile	amorcée	fixée	engagée

### ANNEXE IV : Formule de score du col

Score du col = Longueur du col en centimètre – la dilatation du col à l'orifice interne.



## RESUME

**OBJECTIFS :** Evaluer la pratique du toucher vaginal (TV) au cours des consultations prénatales dans des grossesses considérées à bas risque selon l'Haute Autorité de Santé (HAS) au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB). Etudier les recommandations actuelles sur le sujet. Identifier si le TV est pratiqué de manière systématique ou selon des indications ciblées (parité, tabac, diabète gestationnel, etc.).

**METHODE :** Etude rétrospective des dossiers de patientes qui ont bénéficié d'un suivi de grossesse intégral par des sages-femmes au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse sur une période de 4 mois (n=157).

**RESULTATS :** La pratique du toucher vaginal est quasiment systématique à partir du sixième mois de grossesse. Celle-ci semble peu influencée par des facteurs tels que la parité, le statut tabagique de la patiente ou le diabète gestationnel. Nous constatons également que des examens sont pratiqués sans signe d'appel à l'interrogatoire. Les prises en charge ne semblent pas être corrélées à l'augmentation du score de Bishop selon les mois. Notre population renferme 7 cas d'accouchements prématurés pour lesquels l'étude du résultat des TV se révèle intéressante.

**CONCLUSION :** Les recommandations actuelles sur le sujet s'accordent sur le fait que l'utilisation systématique du TV n'est pas nécessaire dans le suivi des patientes à bas risque. Nous observons que le TV a une place importante actuellement dans le suivi des grossesses. Il serait cependant possible d'en affiner les indications à partir des facteurs de risque. Cependant, rien ne semble s'opposer à une pratique raisonnée du toucher vaginal.

**TITRE :** La pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales au sein d'une population de grossesses à bas risque. Evaluation des pratiques professionnelles au CHB

**MOTS CLÉS :** Toucher vaginal, grossesse, menace d'accouchement prématuré, dépistage, pratique professionnelle

**AUTEUR :**  
Tiphaine MONTEUX  
LE VILLAGE  
26270 CLIIOUSCLAT