



HAL
open science

Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique : enquête auprès de 69 sages-femmes lorraines en 2015

Justine Perry

► To cite this version:

Justine Perry. Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique : enquête auprès de 69 sages-femmes lorraines en 2015. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870312

HAL Id: hal-03870312

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870312>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Intérêt du toucher vaginal en systématique
lors d'une consultation de gynécologie
chez une femme à bas risque et asymptomatique*

Enquête auprès de 69 sages-femmes
lorraines en 2015

Mémoire présenté et soutenu par
PERRY Justine

Directrice de mémoire : GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante

Promotion 2016

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Intérêt du toucher vaginal en systématique
lors d'une consultation de gynécologie
chez une femme à bas risque et asymptomatique*

Enquête auprès de 69 sages-femmes
lorraines en 2015

Mémoire présenté et soutenu par
PERRY Justine

Directrice de mémoire : GALLIOT Laurence

Sage-femme enseignante

Promotion 2016

REMERCIEMENTS

Merci à Madame Laurence GALLIOT, sage-femme enseignante, pour son accompagnement, ses précieux conseils et sa patience tout au long de ce travail.

Merci au Docteur Fabienne DONNER, médecin, pour son aide et ses relectures attentives.

Merci à ma famille, notamment mes parents et ma petite sœur pour m'avoir toujours soutenue et cru en moi.

Merci à mes collègues de promotion pour avoir enrichi ces quatre années de formation ainsi qu'à mes amis et plus particulièrement Elodie.

Merci à mon conjoint, Steve, pour son soutien, sa patience et sa compréhension.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1 : MATERIEL ET METHODE - RESULTATS	12
1. MATERIEL ET METHODE	13
1.1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES	13
1.2. TYPE D'ETUDE	13
1.3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	14
1.4. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	14
1.5. ASPECTS MEDICO-LEGAUX ET REGLEMENTAIRES	15
1.6. POPULATION ETUDIEE – ÉCHANTILLONNAGE.....	15
1.7. METHODES D'ANALYSE STATISTIQUE	16
2. RESULTATS	17
2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	17
2.2. LEURS PRATIQUES DU TOUCHER VAGINAL SYSTEMATIQUE	18
2.3. LEURS REPRESENTATIONS DU TOUCHER VAGINAL	20
2.4. EN PRATIQUE	26
PARTIE 2 : ANALYSE ET DISCUSSION	27
1. LIMITES DE L'ETUDE	28
2. FORCES DE L'ETUDE	29
3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	29
3.1. DES PRATIQUES DIFFERENTES	29
3.2. UNE MULTITUDE DE REPRESENTATIONS AUTOUR DE CE GESTE	30
3.3. UN MANQUE DE DIRECTIVES ET DE GUIDE	34
3.4. DES AVIS PARTAGES LORS DE LA PRATIQUE CLINIQUE	35
3.5. UNE PRATIQUE EN EVOLUTION.....	36
4. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
TABLE DES MATIERES	44
ANNEXES	46

GLOSSAIRE

ACOG : American Congress of Obstetricians and Gynecologists

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SF : Sages-femmes

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

TV : Toucher vaginal

USPSTF : United-States Preventive Services Task Force

INTRODUCTION

L'examen pelvien fait partie intégrante de la consultation gynécologique. Il est considéré par beaucoup comme indispensable au maintien de la santé génésique des femmes en tant que test de dépistage. Il regroupe l'inspection des organes génitaux externes, l'examen au spéculum, le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale et éventuellement un examen recto-vaginal [1]. Pourtant largement utilisé lors de consultation de routine, celui-ci ne fait pas partie des recommandations en vigueur, que ce soit en France, comme à l'étranger. On entend par « consultation de routine » une visite de contrôle chez une femme adulte, asymptomatique et à bas risque.

A l'étranger, beaucoup d'études ont été menées dans un même but : celui de trouver une raison valable à l'usage plus que fréquent de cet examen. Toutefois, toutes s'accordent sur l'absence d'aspects favorables à cette pratique. Une revue de la littérature initiée par l'American College of Physicians (ACP) ne le recommande pas chez les femmes asymptomatiques et à bas risque [2]. Qaseem et al. ont démontré que, contrairement aux pensées collectives, la capacité du toucher vaginal à dépister des pathologies était faible. D'autre part, ils affirment que la découverte d'une anomalie peut être à l'origine de plusieurs mesures diagnostiques et de traitements, sources d'effets secondaires. En effet, la découverte d'anomalie au toucher vaginal devra être explorée, induisant ainsi des coûts personnels et sociétaux. La chirurgie n'est donc pas toujours nécessaire et expose la patiente à des risques opératoires inutiles [3]. Les femmes de moins de 30 ans sont les plus exposées, puisque les dysplasies non progressives ont une forte prévalence avant cet âge. Pourtant ces pathologies, rarement symptomatiques avant 30 ans, nécessiteront des investigations agressives. Il faut également ajouter à cela toutes les émotions négatives telles que la peur, l'anxiété, l'inconfort ainsi qu'une fausse réassurance que peut induire un examen pelvien.

C'est un sujet régulièrement traité à travers le Monde, mais tous les pays n'ont pas les mêmes pratiques. Dans les pays scandinaves et au Royaume-Uni, le toucher vaginal est uniquement réalisé chez des patientes symptomatiques et n'est pas d'emblée associé au frottis. En Australie comme aux Etats-Unis, on note un usage important de

cet examen, quelque soit le motif de consultation en gynécologie. L'utilisation plus que massive du toucher vaginal et des frottis aux Etats-Unis en dehors des recommandations induit un coût de plus de 850 millions de dollars. Cela représente un tiers des dépenses de santé pour les examens préventifs en gynécologie. Ces dépenses ne sont pas pour autant compensées par l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité par un tel dépistage [3]. Pour exemple, on y retrouve les plus forts taux d'hystérectomie et de kystectomie. Il n'y a pourtant aucune différence de diagnostic de cancer ovarien de type I par rapport au Royaume-Uni. Le toucher vaginal y est pourtant, uniquement réalisé sur signe d'appel [4][5]. En France, aucune étude n'a été menée sur les pratiques des professionnels de santé.

Les équipes dirigées par Stewart et Henderson se sont tournées du côté des professionnels de santé afin de connaître leurs croyances sur la valeur de dépistage de cet examen [6][7][8]. 521 gynécologues-obstétriciens américains et 27 médecins généralistes australiens ont participé à ces études. La majorité des professionnels interrogés avoue avoir recours à l'examen pelvien presque systématiquement. Les auteurs retrouvent beaucoup de fausses idées, voire une déconsidération des études réalisées sur sa capacité de dépistage. Pour être approprié, un test de dépistage doit détecter une maladie ayant une grande fréquence et un fort taux de mortalité. La maladie doit avoir une phase préclinique qui laisserait la possibilité de mettre en place une thérapeutique.

Identifier une pathologie est la raison la plus citée chez les praticiens interrogés pour justifier la pratique répandue du toucher vaginal. Selon Henderson et al., la majorité considère le dépistage du cancer ovarien comme une des raisons principales de son usage [7]. Mondialement, c'est le septième cancer le plus répandu chez les femmes. En France, sa prévalence est de 9/100 000. Pourtant, la valeur prédictive positive du toucher vaginal à la détection de ce cancer est estimée entre 0 et 3.6%. Cela signifie que 96.4 à 100% des examens anormaux n'identifient pas de cancer ovarien [2]. L'United-States Preventive Services Task Forces (USPSTF) a donc conclu que les effets secondaires dépassent de loin les bénéfices d'un toucher vaginal systématique [9]. La mortalité par cancer ovarien est élevée. Malgré tout, du fait de sa faible prévalence, des mauvaises sensibilités et spécificités du toucher vaginal, son utilisation en routine n'est

pas justifiée pour un dépistage [10]. Une étude du National Cancer Institute affirme qu'avec une sensibilité supposée à 100%, le dépistage par toucher vaginal réduirait de moins de 0.001% la mortalité à 5 ans par cancer ovarien [11]. Il a été estimé que 10 000 examens sont nécessaires pour détecter un seul cancer ovarien, si tant est qu'il soit déjà à un stade avancé [10]. Aucune étude n'a souligné une amélioration des taux de morbi-mortalité due au dépistage par toucher vaginal. Malgré tout, la Cancer Society American continue de conseiller des examens pelviens annuels.

Padilla et al. ont également démontré l'inexactitude du toucher vaginal dans la détection de masses annexielles et utérines, même dans les meilleures conditions requises (patientes anesthésiées) [12][13]. Si la spécificité du toucher vaginal est acceptable pour l'exclusion des masses annexielles, sa sensibilité reste insuffisante pour le justifier comme test de dépistage. De plus, la plupart sont bénignes et leur détection n'est chirurgicalement confirmée que dans 8% des cas [10][11]. Il est tout de même reconnu que la détection précoce de kystes ovariens et leurs excisions diminueraient la survenue d'urgences chirurgicales. Beaucoup de patientes subiront l'excision de leurs kystes alors que la plupart seraient restés bénins. D'autre part, la détection de fibromes avant la symptomatologie n'a pas fait preuve de bénéfices cliniques. Nous savons cependant qu'ils peuvent être sources d'algies pelviennes et d'infertilité.

Le toucher vaginal peut être utile au dépistage des infections sévères à Chlamydiae ou Gonocoque. Le dépistage est également possible par auto-prélèvement vaginal ou échantillon d'urine chez les femmes asymptomatiques. Qui plus est, les antécédents, les facteurs de risques ou la présence de symptômes impliqueront la nécessité d'un dépistage. Les vaginoses bactériennes quant à elles, s'accompagnent la plupart du temps de symptômes [14].

Dans toutes les recommandations en vigueur, l'examen pelvien n'est pas un pré-requis au démarrage d'une contraception. En effet, le résultat de l'examen n'affecterait pas le choix de l'initier ou non. De plus, la contraception hormonale peut avoir des effets bénéfiques sur certaines pathologies, telles que les fibromes ou les kystes. Les grossesses fortuites et le fort taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) sont des raisons incitant un accès rapide à la contraception. D'autant plus que, la peur de

l'examen pourrait retarder la consultation, notamment chez les jeunes femmes [15]. Pourtant, seulement 21% des 1020 gynécologues américains interrogés par Yu et al. considèrent qu'un examen gynécologique n'est pas nécessaire à l'accès d'une contraception [16]. Pourtant, selon les recommandations, seules une anamnèse complète et la prise de tension artérielle sont nécessaires à son initiation [17][18][19].

Selon les gynécologues étrangers, le toucher vaginal est l'occasion de dépister des troubles de la statique pelvienne, d'évaluer la tonicité du plancher pelvien et d'éliminer un prolapsus débutant. Il permet également de se rendre compte d'une atrophie vaginale ou de dyspareunies d'intromission [3].

Les praticiens justifient aussi un toucher vaginal par des raisons autres que médicales. Rassurer la patiente sur son état de santé est une des motivations pour la moitié des médecins généralistes interrogés par Stewart et al. [6]. On note également un besoin d'acquérir de l'expérience sur l'anatomie dite « normale ». Certains déclarent le faire « par perfection », « car ils ont appris à faire ainsi » ou encore pour « se couvrir légalement ». D'autres le considèrent comme un rapport particulier avec leur patiente. Ce serait l'opportunité d'obtenir de nouvelles informations sur des sujets dits « sensibles » [3]. On entend par « sujets sensibles », l'incontinence urinaire ou les troubles de la sexualité. Enfin, certains déclarent adhérer à « des pratiques médicales standard » et faire selon les normes et les apprentissages.

Malgré les études discriminant le toucher vaginal, les praticiens continuent de croire en sa capacité de dépistage. Henderson et al. ont montré que beaucoup de praticiens considèrent l'examen pelvien comme très important. Alors que la majorité déclare être septique quant à sa valeur de dépistage, ils reconnaissent le réaliser de façon routinière. Seulement 3 gynécologues sur 22 interrogés seraient prêts à changer leur pratique si on leur apportait la preuve de son inutilité [6][7]. Bloomfield et al. ont également montré que l'adhérence des médecins américains aux recommandations en vigueur était pauvre. L'impact sur leurs pratiques est faible et est distancé par leurs expériences personnelles [3][20]. L'enquête menée par Henderson et al. a relevé les craintes des praticiens si l'intervalle des touchers vaginaux venait à être allongé. Selon eux, il y aurait des répercussions sur la santé des patientes ainsi que sur la pratique

gynécologique. 78% estiment que la satisfaction des patientes diminuerait ainsi que leur fréquentation des cabinets médicaux [21].

Beaucoup d'études se sont tournées du côté des praticiens, mais très peu du côté des patientes. A l'étranger les résultats des études sont très ambivalents. Il a été démontré que les patientes avaient beaucoup d'avis négatifs sur cet examen. La peur, l'embarras, l'inconfort et l'anxiété sont des termes redondants pour caractériser le toucher vaginal [2]. Pourtant, nous pourrions penser que les patientes ont des attentes vis-à-vis de l'examen pour pouvoir être rassurées sur leur bon état de santé. Plus encore, son absence pourrait les inquiéter. Les cliniciens auraient plutôt tendance à être de cet avis. Selon eux, l'examen pelvien est vu par les femmes comme faisant partie d'une consultation gynécologique et nécessaire au maintien de leur santé [4]. Il serait donc largement toléré, voire attendu par les patientes. Ils affirment que les femmes auraient un avis plutôt positif envers l'examen et que la plupart ne le trouve pas déplaisant. Siwe et al. ont mené une étude auprès de patientes suédoises. Leur objectif était de déterminer une différence de ressenti entre celles ayant reçu une séance d'information par rapport à celles n'en ayant pas bénéficié. Les praticiens affirment que c'est le manque d'information sur l'examen qui serait source d'émotions négatives [22]. Le manque de connaissance est, selon eux, la source principale de contrariété. Les patientes ayant reçu une information détaillée de leur anatomie, des buts et moyens de l'examen, atteindraient « un sentiment de sécurité intérieure, mentale et physique et un gain de confiance en elles ». Ils concluent donc que l'apprentissage induit une participation active à la consultation. Dans les conclusions de sa thèse, le Dr Gauthier a mis en évidence ce constat. Les mêmes connotations négatives étaient citées avant un premier examen gynécologique chez 74% des femmes. Pourtant, ces idées s'améliorent après dialogue avec leur praticien. A l'issue de celui-ci, 81% des femmes auraient une bonne vision de l'examen gynécologique et seraient persuadées de son intérêt [23].

Le Dr Paganelli, secrétaire générale du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF), affirme qu'en France, les femmes sont plutôt demandeuses. Elle ajoute même que l'inconfort et la gêne évoqués dans les études étrangères ne sont pas partagés par les françaises. Selon le Dr Paganelli, « la tendance serait plutôt de reprocher aux gynécologues d'en faire trop peu ». Elle reconnaît qu'un

toucher vaginal chez une femme asymptomatique apporte rarement quelque chose et qu'il est inutile d'y avoir recours tous les 6 mois [24].

Malgré les arguments en défaveur du toucher vaginal, les médecins semblent ne pas en tenir compte. Toutefois, la culture et les modes de vie sont très différents à travers le monde. Il est alors difficile de savoir réellement l'avis des patientes françaises ainsi que leurs attentes.

La littérature est pauvre concernant la fréquence recommandée pour effectuer un toucher vaginal chez une femme asymptomatique. En France, aucune étude n'a été menée sur les pratiques des professionnels de santé. Nous pouvons supposer que les pratiques en France ne sont pas aussi extrémistes et qu'elles dépendent beaucoup des praticiens. Les professionnels français se trouvent devant un dilemme. D'une part, aucune recommandation n'impose un toucher vaginal à chaque examen et aucune preuve de son inutilité n'a été faite. D'autre part, ce geste continue d'être enseigné et pratiqué de façon routinière. Les autorités compétentes telles que le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ou l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ne statuent pas sur l'utilité de réaliser un toucher vaginal lors d'une consultation de contrôle. Seule l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), considérant qu'aucune preuve scientifique n'a été établie, continue de le recommander aux Etats-Unis [25][26]. Selon eux, des preuves basées sur l'expérience placent le toucher vaginal comme partie intégrante de la consultation au même titre que la palpation mammaire. En France, seule la Haute Autorité de Santé (HAS) statue sur le caractère facultatif du toucher vaginal à l'initiation d'une contraception lors d'une première consultation [17]. De plus, le toucher vaginal reste le geste le plus enseigné et fait partie intégrante d'une formation en gynécologie [27].

Nous remarquons l'absence de recommandation sur le contenu de base et la fréquence minimale de suivi lors d'une consultation gynécologique. Un frottis cervico-utérin (FCU) est recommandé tous les 3 ans après deux frottis annuels normaux. Hormis ces directives, nous ne savons pas à quelle fréquence une femme doit faire un check-up gynécologique. Dans un article paru en 2013, Crochet et al. déclarent que les cancers cervicaux sont souvent asymptomatiques. Selon une enquête réalisée en 2006, 27% des

tumeurs sont dites « d'intervalle », c'est à dire apparaissant dans les 3 ans suivant un FCU normal [28]. Suite à ces résultats inquiétants, ils préconisent alors un examen au spéculum annuel. Aucune notion sur l'intérêt d'y associer un toucher vaginal n'est faite.

Ces recommandations sont grandement soumises à controverse et de nombreux praticiens ne s'y tiennent pas pour diverses raisons ou convictions personnelles. Patients et soignants pensent que le toucher vaginal fait partie intégrante d'une consultation de routine annuelle. C'est en effet plus une tradition qu'une pratique basée sur des preuves. Mettre un point final au caractère systématique de cette pratique relève du challenge.

Nous pouvons nous demander pourquoi, malgré l'absence de recommandations en faveur du toucher vaginal, les praticiens continuent de le réaliser en masse. Nous avons compris grâce à l'étude de Stewart et al. que les praticiens avaient des représentations erronées du toucher vaginal [6]. Malgré les nombreuses études étrangères qui concluent de façon similaire, les praticiens français font-ils de la résistance ?

En France, les études manquent sur le toucher vaginal en gynécologie, alors qu'en obstétrique elles ont abouti à une pratique beaucoup moins systématisée. Pour quelles raisons aucune étude n'a été menée en France ? Qu'en pensent les organismes référents en gynécologie (CNGOF, HAS) ?

Depuis quelques années, la pratique et les compétences de la sage-femme s'étendent aux consultations gynécologiques de prévention. Le toucher vaginal est, par excellence, l'examen de référence des sages-femmes, tant en obstétrique qu'en gynécologie. Son intérêt obstétrical a lui aussi été discuté. Plusieurs enquêtes auprès de sages-femmes françaises ont été menées sur les raisons qui les amenaient à le réaliser systématiquement. Nous pouvons nous demander ce qu'il en est en gynécologie. Les sages-femmes connaissent-elles et suivent-elles les recommandations ? Quelles représentations ont-elles du toucher vaginal comme test de dépistage ? Et comment ces représentations à l'égard du toucher vaginal vont-elles impacter sur leur pratique ? Apporter des réponses à ces questions était à l'origine de notre travail.

Partie 1 : Matériel et Méthode - Résultats

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude a été de faire un état des lieux sur les pratiques professionnelles des sages-femmes lorraines concernant le toucher vaginal en consultation de gynécologie.

Secondairement, nous souhaitons évaluer l'impact des représentations de ces dernières sur le toucher vaginal dans leur pratique professionnelle. Nous avons également pour but de savoir comment elles percevaient le toucher vaginal comme outil de dépistage.

A l'origine de ce travail, voici les différentes hypothèses que nous avons formulées :

- Toutes les sages-femmes réalisent un toucher vaginal à chaque consultation de contrôle de gynécologie
- Les croyances des sages-femmes sur la capacité de dépistage du toucher vaginal sont fausses
- Les représentations qu'elles en ont affectent leur pratique professionnelle
- Ces représentations sont les mêmes que les gynécologues étrangers
- Il demeure un manque d'information envers les études menées à l'étranger et sur l'absence de recommandation en France
- Les pratiques évoluent grâce à l'expérience professionnelle
- L'accès récent des sages-femmes à la gynécologie influence leurs pratiques

1.2. Type d'étude

Afin d'établir un état des lieux des pratiques du toucher vaginal en gynécologie, nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale et monocentrique.

Il s'agissait donc d'une enquête auprès des sages-femmes de Lorraine qui réalisaient des consultations de gynécologie en secteurs hospitalier et libéral. Pour se faire, nous avons élaboré un questionnaire afin de recueillir leurs représentations et pratiques.

1.3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était composé de trois parties distinctes [Annexe 1] :

- Une première partie intitulée « vos pratiques » regroupant :
 - Des informations d'ordre général : secteur d'activité, ancienneté, nombre d'années d'exercice et pourcentage d'activité en gynécologie
 - Des informations concernant la pratique : fréquence, association à d'autres examens ...
- Une seconde partie intitulée « vos représentations » : motifs, évolution des pratiques, attentes des patientes, connaissances des recommandations et des études ...
- Une dernière intitulée « en pratique » mettant en scène 4 cas cliniques

Afin de faciliter l'exploitation des données et d'obtenir une meilleure participation des sages-femmes, nous avons choisi une majorité de questions à choix multiples. Au total, le questionnaire était composé de 31 questions fermées, de 4 questions à réponse libre et d'une zone de commentaire pour clôturer.

Le questionnaire a été testé par une sage femme libérale ainsi que plusieurs personnes externes à la profession afin de juger de sa clarté et du temps nécessaire à y consacrer. En moyenne, ce temps a été estimé entre 5 et 7 minutes. Il a secondairement été relu par l'expert et la directrice de ce mémoire pour aval.

1.4. Modalités de réalisation de l'étude

La diffusion du questionnaire a débuté le 25 Juillet 2015 et a pris fin le 25 Octobre 2015. Deux relances ont été effectuées en Septembre et en Octobre.

Dans un premier temps, nous avons obtenu la liste des sages-femmes libérales exerçant en Lorraine sur le site du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Toutes ont été contactées afin d'établir la liste de celles pratiquant la gynécologie. Deux modes de diffusion leur ont alors été proposés : un premier par informatique via Google Docs ® et un second par courrier. Au total, 100 sages-femmes sur 157 pratiquaient la gynécologie soit 63% des sages-femmes lorraines. Soixante-dix d'entre elles ont opté pour la version informatique et trente pour la version papier. Dix sages-femmes n'ont

pas répondu à l'appel initial, nous ne savons donc pas si elles réalisent ce type de consultations. Elles ont donc été exclues de l'étude.

Dans un second temps, les cadres des services de consultations des maternités de Lorraine ont été contactés afin d'établir la liste des établissements où les consultations de gynécologie étaient effectuées par des sages-femmes. Ce fut le cas dans 7 maternités sur 21 contactées, ce qui correspondait à 25 sages-femmes. Par l'intermédiaire des cadres, une diffusion par informatique du questionnaire a été choisie.

1.5. Aspects médico-légaux et réglementaires

Comme dans toute analyse de pratiques professionnelles, il est primordial de respecter l'anonymat des participants. Nous nous sommes donc attachés au cours de cette étude à respecter la confidentialité des données récoltées. Pour les questionnaires informatisés, les réponses ont directement été transférées dans le logiciel Google Sheets® de manière anonyme. Les enveloppes affranchies n'étaient pas nominatives. Au préalable du questionnaire, une note d'information a rappelé son caractère confidentiel ainsi que l'explication de l'étude et de l'exploitation des données.

1.6. Population étudiée – Echantillonnage

Etant donné que notre étude ciblait l'ensemble des sages-femmes de Lorraine, un nombre minimum de sujets n'a pas été requis. Cependant, nous avons veillé à obtenir un taux de réponse supérieur à 20% afin que notre population source reste la plus représentative possible de la population cible.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- être sage-femme diplômée
- effectuer des consultations gynécologiques de prévention
- exercer en Lorraine.

Nous avons pensé exclure secondairement les personnes effectuant trop peu de consultations ou depuis trop peu de temps pour pouvoir être évaluées. Après réflexion

nous avons jugé que comparer ce sous-groupe avec le reste de l'échantillon semblait digne d'intérêt. Nous n'avons donc pas eu d'autres critères d'exclusion.

1.7. Méthodes d'analyse statistique

Il s'agissait d'une étude quantitative. Les variables étaient pour la plupart qualitatives.

La saisie des données et leur exploitation ont été effectuées via le logiciel Epidata Setup® et par saisie manuelle pour les réponses à expression libre. Les analyses statistiques ont été réalisées par Epidata Analysis®. Le seuil de significativité a été fixé à 0.05.

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques de la population

Au total, 157 sages-femmes libérales avaient été contactées. Parmi elles, 100 réalisaient des consultations gynécologiques. 25 sages-femmes hospitalières en effectuaient également. Au total, 125 sages-femmes ont été interrogées. 69 ont répondu à l'étude, correspondant à un taux de réponse de 55%. Plus précisément, chez les sages-femmes libérales, le taux de réponse était de 59% et de 40% chez les hospitalières.

Tableau 1 : Caractéristiques et activités des sages-femmes interrogées

Caractéristiques	Effectif (N=69)	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Secteur d'activité					
Libéral	59				
Hospitalier	10				
Obtention du diplôme (années)					
< 2005	35	2002	2004	1972	2014
[2005-2010[12				
≥ 2010	22				
Expérience en gynécologie (années)					
< 2 ans	17	2.87	2.0	0.33	11
[2 – 5 ans[39				
≥ 5 ans	12				
Nr*	1				
Pourcentage d'activité en gynécologie					
Chez moins d'une patiente sur 10	22		1-3 patiente(s)/sem	1 patiente /2 mois	1 patiente /2 jours
Entre 1 à 3 patientes sur 10	30				
Entre 3 à 5 patientes sur 10	11				
Entre 5 à 8 patientes sur 10	5				
Chez plus de 8 patientes sur 10	1				

* Nr : Non renseigné

2.2. Leurs pratiques du toucher vaginal systématique

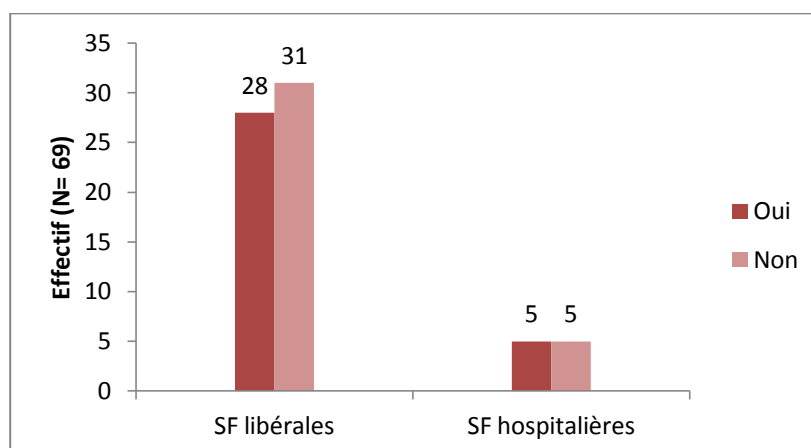


Figure 1 : Répartition des sages-femmes effectuant un toucher vaginal systématique ou non en fonction de leur secteur d'activité

Nous n'avons pas noté de différence significative sur la pratique du toucher vaginal systématique entre les deux populations ($p=0.88$ selon le test de χ^2).

2.2.1. Fréquences et motifs de réalisation du toucher vaginal

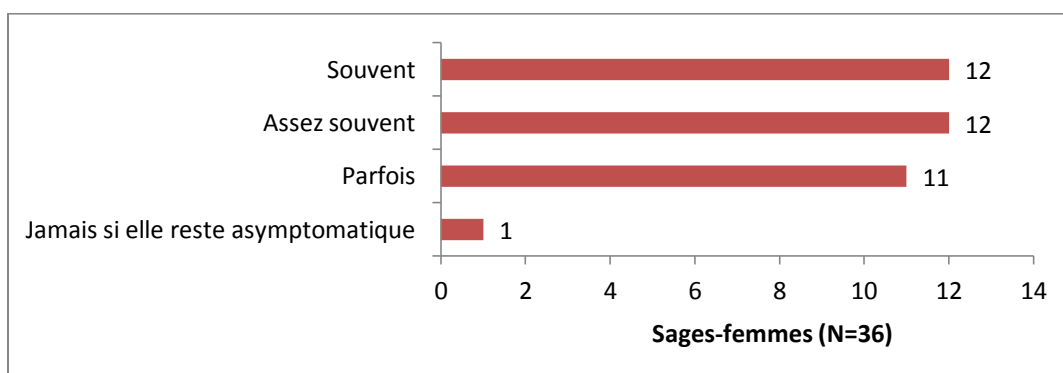


Figure 2 : Fréquence de réalisation du toucher vaginal chez les sages-femmes ne le réalisant pas de manière systématique¹

¹ Fréquences non précisées dans le questionnaire initial

Il n'y avait pas de différence significative parmi les sages-femmes effectuant plus ou moins régulièrement un toucher vaginal en fonction de leur ancienneté en gynécologie ($p=0.1587$ selon le test de Fisher).

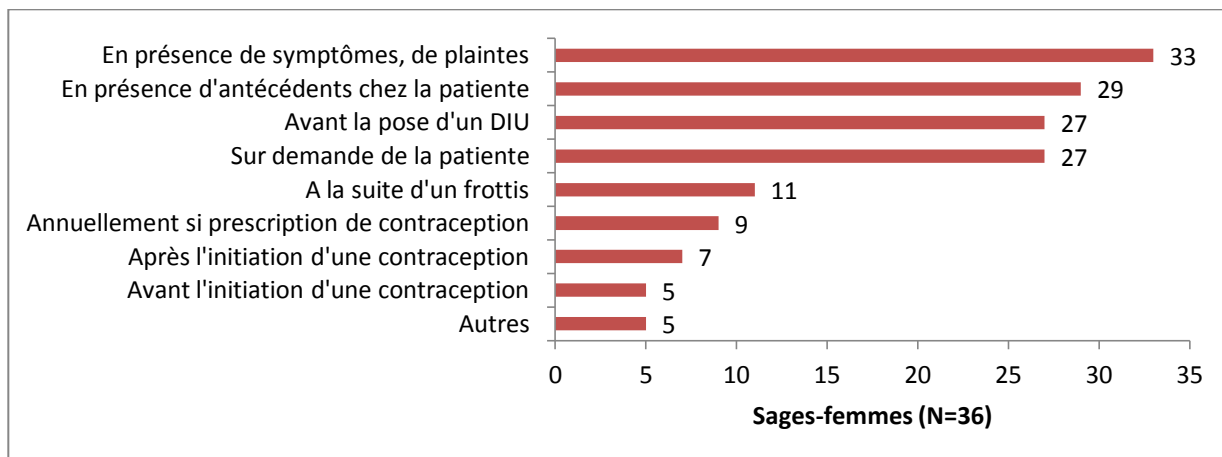


Figure 3 : Motifs de réalisation du toucher vaginal pour les sages-femmes ne le réalisant pas de manière systématique

Les réponses « autres » ont été précisées par 3 sages-femmes sur les 5. Deux le faisaient dans le cadre du suivi de prévention après 25 ans et la troisième pour le contrôle des fils de stérilet.

2.2.2. Intervalles conseillés

85% des sages-femmes conseillaient à leurs patientes un intervalle d'un an entre deux consultations. Parmi elles, 70% conseillaient également un intervalle d'un an entre deux touchers vaginaux. 22% des sages-femmes recommandant un an entre deux consultations, n'imposaient pas d'intervalle entre deux touchers vaginaux si la patiente restait asymptomatique. 10% des sages-femmes recommandaient des intervalles de 2 ans entre deux consultations et deux touchers vaginaux.

2.2.3. Première consultation

62% ($n=42$) des professionnels déclaraient ne pas faire de toucher vaginal systématique lors d'une première consultation. Les sages-femmes libérales étaient plus mitigées que les sages-femmes hospitalières avec respectivement 57% ($n=33$) et 90% ($n=9$). 70% l'associaient toujours à un examen sous spéculum.

2.3. Leurs représentations du toucher vaginal

2.3.1. Objectifs du toucher vaginal

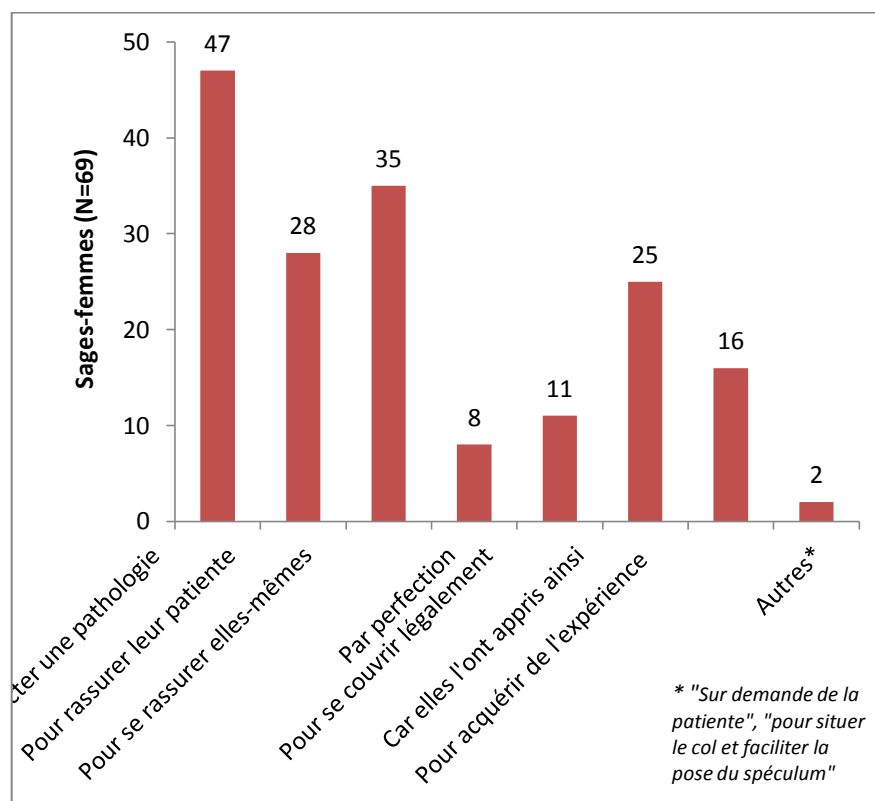


Figure 4 : Raisons motivant les sages-femmes pour effectuer un toucher vaginal chez une patiente asymptomatique

Pathologies recherchées et déjà détectées par un toucher vaginal

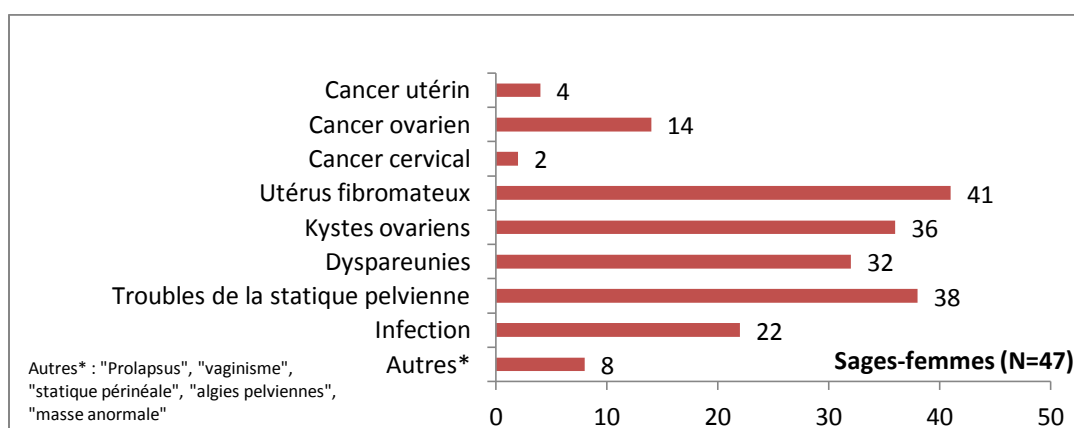


Figure 5 : Pathologies recherchées lors d'un toucher vaginal pour les 47 sages-femmes ayant répondu « pour détecter une pathologie »

Tableau 2 : Pathologies déjà détectées par les sages-femmes lors d'un toucher vaginal au cours de leur expérience (N=69)

Fréquence d'observation Type de pathologies	Jamais	Quelques fois	Plusieurs fois
Cancer utérin	100%	-	-
Cancer ovarien	100%	-	-
Cancer cervical	96% (n=66)	4% (n=3)	-
Fibromes utérins	71% (n=49)	27% (n=19)	1% (n=1)
Kystes ovariens*	69% (n=46)	31% (n=21)	-

* + 2 sans réponses

2.3.2. Avis et craintes

Le toucher vaginal comme partie intégrante d'une consultation

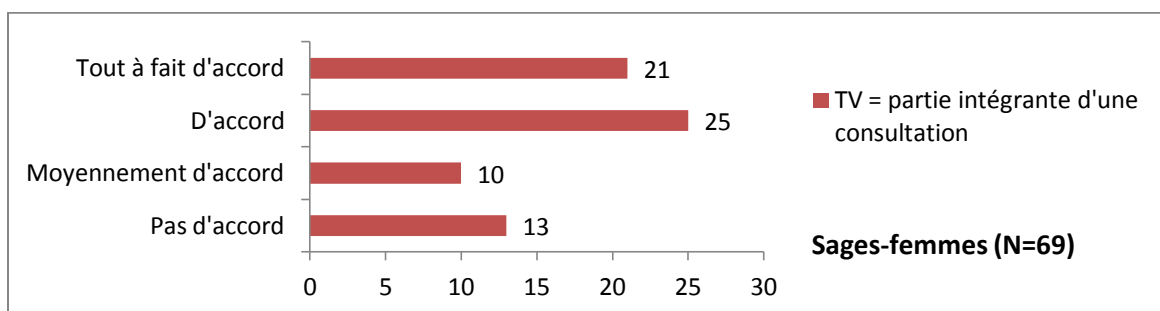


Figure 6 : Degré d'accord des sages-femmes concernant l'affirmation : « le toucher vaginal fait partie intégrante d'une consultation de gynécologie »

Les sages-femmes « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec cette affirmation avaient plus tendance à le réaliser de façon systématique que celles qui n'étaient « pas d'accord » ou « moyennement d'accord ». ($p=0.0022$ selon le test de χ^2).

Abord de sujets sensibles

« Faire un toucher vaginal est un moyen propice pour aborder des sujets difficiles » : 28% des professionnels n'étaient « pas d'accord » ou « partiellement d'accord » avec cette affirmation. 29% étaient « d'accord » et 43% « tout à fait d'accord » avec celle-ci.

Valeur de dépistage

Concernant la valeur de dépistage du toucher vaginal, 45% le pensaient spécifique et 7% sensible à la recherche de pathologie. Pour 26% il n'était ni l'un ni l'autre. Les 22% restant ne savaient pas.

Attentes des patientes

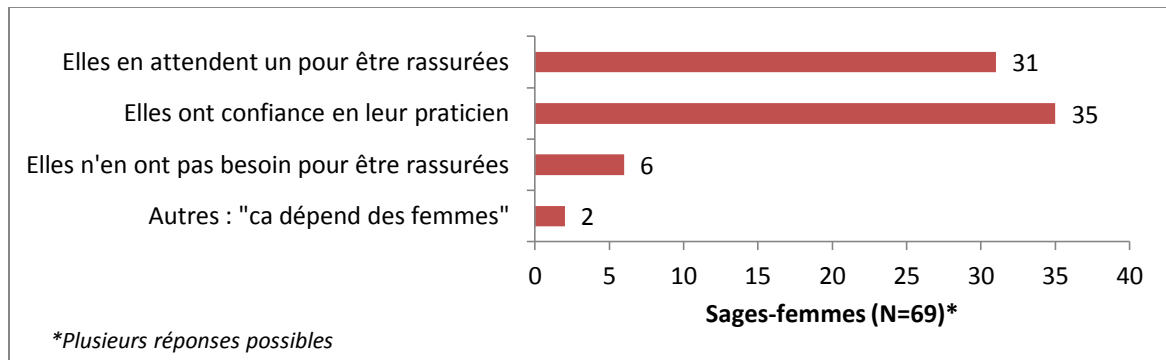


Figure 7 : Avis des sages-femmes concernant les attentes des patientes envers le toucher vaginal

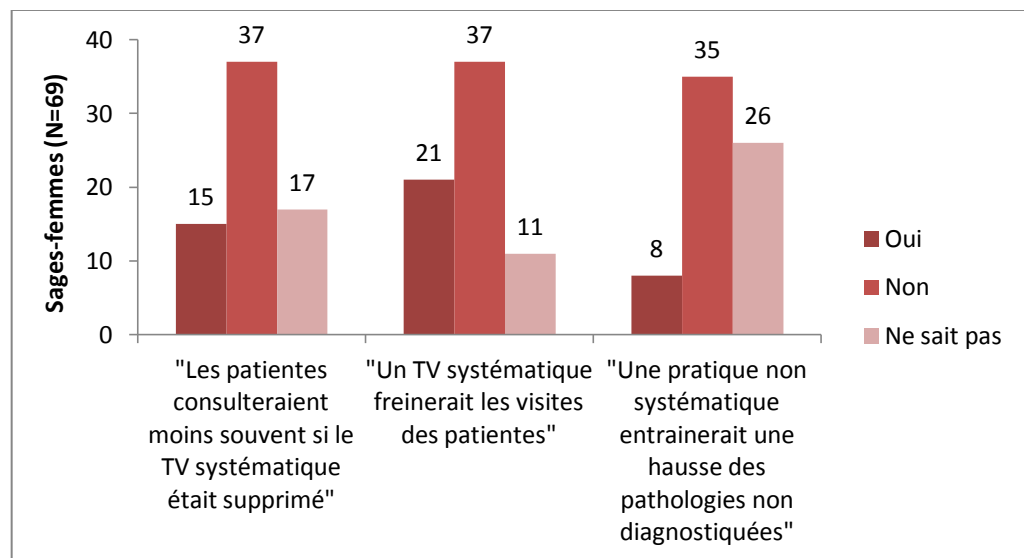


Figure 8 : Avis des sages-femmes vis-à-vis du toucher vaginal face à ces 3 affirmations

2.3.3. Connaissances des recommandations en vigueur

Recommandations françaises

71% des sages-femmes interrogées n'avaient pas connaissance de la position officielle et des recommandations en France concernant le toucher vaginal.

Voici quelques réponses citées :

- « Il n'y a pas de recommandations, ni sur le contenu d'une consultation » (n=8)
- « Il n'est pas obligatoire à chaque consultation » (n=7)
- « Il est à faire en présence de signes d'appels » (n=2)
- « Il doit être systématique après un FCU » (n=2)
- « Il est conseillé pour une consultation classique » (n=1)
- « Il est systématique dans les recommandations » (n=1)
- « Il est souvent pratiqué en systématique » (n=1) ; « C'est en discussion depuis 10 ans » (n=1)
- « En formation, il était recommandé » (n=1)
- « Il n'est pas à réaliser si c'est une consultation de contraception » (n=1)
- « Il est à réaliser systématiquement, dans toutes les circonstances si il y a un dispositif intra-utérin (DIU), sur signes d'appels après 25 ans, après un FCU au-delà de 25 ans, puis plus systématiquement au-delà de 35 ans » (n=1)

Recommandations étrangères

Concernant les recommandations à l'étranger, 80% (n=55) ne les connaissaient pas. Parmi les 14 sages-femmes ayant répondu, 6 d'entre elles avaient connaissance de l'étude de Qaseem et al. qui remettait en cause l'efficacité du toucher vaginal [2]. 6 sages-femmes pensaient que les étrangers étaient moins intrusifs que les praticiens français et qu'ils espaçaient les examens. Enfin, 2 affirmaient qu'il était recommandé d'espacer les touchers vaginaux car ils pouvaient être plus délétères que bénéfiques.

2.3.4. Vers une évolution des pratiques ?

Tableau 3 : Corrélation entre la pratique du toucher vaginal systématique et l'évolution des pratiques professionnelles par les sages-femmes (N=69)

Evolution des pratiques du TV avec l'expérience	Oui	%	Non	%	Total
TV systématique					
Oui	11	(33.3)	22	(66.7)	33
Non	23	(63.9)	13	(36.1)	36
Total	34	(49.3)	35	(50.7)	69

Il y avait une différence significative entre l'évolution des pratiques et la réalisation actuelle du toucher vaginal systématique ($p=0,0112$ selon le test de χ^2).

A l'issue des deux premières années d'expérience en gynécologie, nous observons une différence significative sur l'évolution des pratiques ($p=0.0172$ selon le test de χ^2). La pratique du toucher vaginal était de moins en moins fréquente et moins systématique pour 56% des sages-femmes.

Parmi les autres réponses citées, nous pouvions retrouver :

- « jamais chez les adolescentes »
- « ça dépend de l'âge de la patiente et de la présence de rapports sexuels »
- « je n'ai plus le même motif »
- « perception clinique plus affinée »
- « plus grand respect de la patiente »
- « plus consciencieux »

Pour l'autre moitié n'ayant pas noté d'évolution dans cette pratique, elles le justifiaient la plupart du temps par leur activité trop récente.

Changement de comportement clinique

Plus de 80% des sages-femmes déclaraient pouvoir changer leur comportement clinique si nous leur apportions la preuve que le toucher vaginal était peu performant à

la recherche de pathologie. Parmi elles, 27 sages-femmes le feraient « car il n'existe aucune recommandation indiquant une pratique systématique », 16 sages-femmes « car des études ont prouvé de son inutilité » et 27 sages-femmes « par confort pour la patiente ». Pour les 20% que ne changeraient pas, leurs réponses étaient motivées, d'une part, par la pression médico-légale importante. D'autre part, elles le pensaient essentiel au dépistage de pathologies parfois « sournoises » en gynécologie. 4 sages-femmes étaient ambivalentes et ont répondu à la fois oui et non.

Parmi les expressions libres, nous pouvions y lire :

- « Je ne sais pas car nous avons besoin de nous justifier auprès des gynécologues si on ne le fait pas »
- « Si elle est asymptomatique, il n'est pas indispensable »
- « Non, car il renseigne sur les dyspareunies »
- « La clinique apprend beaucoup avant de passer aux tests paracliniques »

Alternatives possibles

43 sages-femmes pensaient qu'il existait des alternatives au toucher vaginal, 22 pensaient le contraire et 1 ne savait pas.

Parmi celles qui pensaient à des alternatives, les réponses les plus fréquemment citées étaient les suivantes :

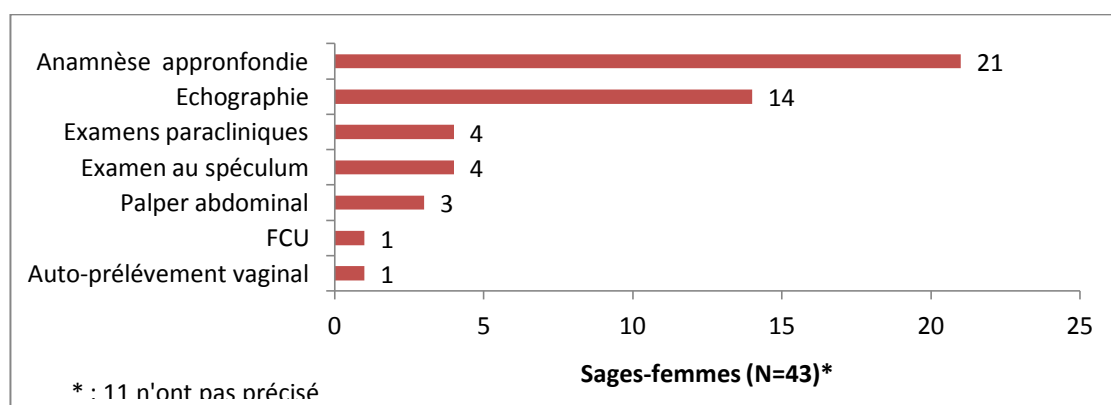


Figure 9 : Alternatives possibles au toucher vaginal selon les sages-femmes

Enfin, 46% des sages-femmes (n=32) estimaient avoir besoin d'une formation complémentaire en gynécologie.

2.4. En pratique

Pour cette dernière partie, les sages-femmes ont été soumises à 4 patientes-types [Annexe 1]. Après explication des cas cliniques, il leur a été demandé si elles auraient effectué un toucher vaginal à chacune de ces patientes. Puis, nous leur avons demandé le degré d'importance accordé à cet examen.

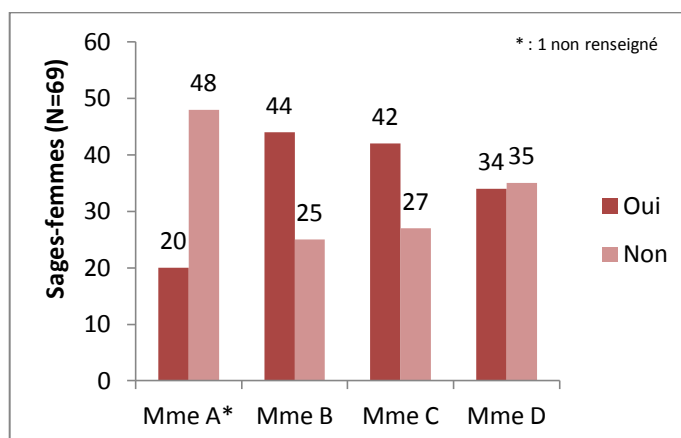


Figure 10 : Réalisation du TV par les sages-femmes pour les quatre patientes-types

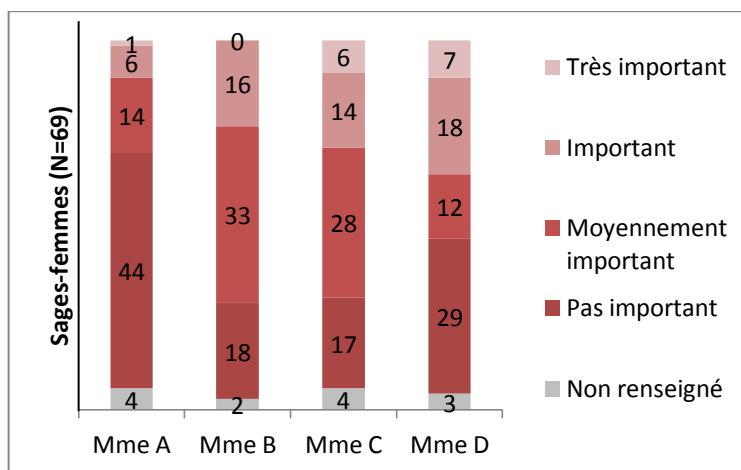


Figure 11 : Degré d'importance accordé au toucher vaginal par les sages-femmes pour les quatre patientes-types

Partie 2 : Analyse et discussion

Notre objectif principal était d'évaluer les pratiques des sages-femmes lorraines concernant le toucher vaginal systématique dans le cadre d'un suivi gynécologique. Cette analyse ne concernait que des femmes adultes, à bas risque et asymptomatiques. Nous souhaitions mettre en évidence les représentations qu'elles pouvaient avoir à son égard et susceptibles d'orienter leurs pratiques.

1. LIMITES DE L'ETUDE

La littérature française est pauvre et les recommandations manquent sur l'intérêt du toucher vaginal systématique en gynécologie. Seules des études anglophones sont à l'origine de notre travail. La culture et les pratiques varient à travers le monde. Des positions différentes sont donc possibles avec notre population cible.

Notre échantillon de base était faible. Lors des questions à choix multiples, nous avons parfois obtenu des effectifs très faibles ne nous permettant pas de mettre en évidence des différences statistiques. Bien que recevable, le taux de réponses des sages-femmes hospitalières était assez faible. Il nous a alors été difficile de généraliser leurs dires à l'ensemble de la population hospitalière. Nous ne pouvons également pas comparer la représentativité de notre échantillon à la population générale en l'absence de comptes-rendus d'activité.

Nous avons regretté de ne pas avoir interrogé un groupe de gynécologues. Nous pensons que cela aurait été judicieux afin de pouvoir comparer nos résultats entre différents acteurs de la gynécologie. Nous aurions pu les comparer sans biais à leurs confrères étrangers.

Notre étude portant en partie sur des avis personnels, des biais de conformisme sont possibles. En effet, nous ne pouvons exclure que des réponses aient été données car considérées comme « plus recevables » que d'autres.

Nous sommes conscients que ce type d'étude induit des limites par le caractère subjectif des réponses. Dans notre questionnaire, nous avons regretté l'imprécision de certaines propositions qui se sont révélées difficiles d'exploitation.

2. FORCES DE L'ETUDE

Le taux de réponses de notre population cible était satisfaisant et nous permet de généraliser nos résultats à la population de sages-femmes lorraines, notamment pour le secteur libéral. Tous les questionnaires ont été considérés comme recevables. Nous pouvons donc dire que notre population source est proche de la population cible.

A ce jour, peu d'études ont été entreprises sur l'intérêt du toucher vaginal en France. De plus, suite à l'accès récent à la gynécologie, peu d'études ont évalué l'avis des sages-femmes sur cet examen.

Notre enquête a suscité l'intérêt des participantes. Plusieurs ont exprimé la volonté de recevoir nos résultats lors de l'expression libre. Nous pouvons suggérer que cette étude aura des répercussions sur les pratiques professionnelles de certaines de nos enquêtées. Une prise de conscience des manques et une remise en question des pratiques pour quelques unes d'entre elles paraissent possibles. Les sages-femmes pourront confronter entre elles leurs opinions et aborder différemment les nouveaux programmes de formation.

3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

3.1. Des pratiques différentes

Notre première hypothèse selon laquelle toutes les sages-femmes effectuent un toucher vaginal de façon systématique est infirmée. En effet, notre population est très hétérogène puisque plus de la moitié ne le réalise pas d'emblée (52%). Les sages-femmes libérales n'y ont pas moins recours que les hospitalières, malgré l'absence de protocole à suivre. Nous observons une pratique différente des gynécologues américains. En effet, 98%² le pensaient indispensable à l'examen annuel [21].

Parmi les sages-femmes qui ne le font pas systématiquement, la majorité estime tout de même le réaliser « souvent » ou « assez souvent ». Cependant, ces termes n'ont

² Parmi 1020 praticiens interrogés

pas été définis dans le questionnaire initial. Une seule sage-femme ne le fait jamais si la patiente reste asymptomatique, signe que l'asymptomatologie entre très peu en compte dans la décision de le réaliser.

Nous avons souhaité confronter les fréquences préconisées pour une visite de contrôle et la réalisation d'un toucher vaginal. La majorité (60%) conseille un intervalle d'un an entre deux consultations et deux examens vaginaux. Ceci induit un toucher vaginal à chaque consultation. Nous avons relevé une incohérence. 20% des sages-femmes considèrent qu'un intervalle maximal entre deux touchers vaginaux n'est pas requis tant que la patiente reste asymptomatique. Malgré tout, elles continuent de le réaliser, sans se soucier de l'absence de symptômes. D'autres freins semblent intervenir dans leur décision.

3.2. Une multitude de représentations autour de ce geste

3.2.1. Un toucher vaginal : dans quel but ?

Les deux tiers des sages-femmes sont « tout à fait d'accord » ou « d'accord » avec le fait qu'un toucher vaginal fasse partie intégrante d'une consultation de gynécologie.

La recherche de pathologie

La raison principalement citée pour justifier le toucher vaginal est la recherche de pathologie pour plus des deux tiers des investiguées (69%). Contrairement aux gynécologues sondés par Stewart et al., les cancers ne sont pas les pathologies les plus fréquemment recherchées. Effectivement, pour 84% des gynécologues américains³, le toucher vaginal était « important » à la recherche de cancer ovarien [7]. C'est le cas pour un tiers des sages-femmes lorraines. Aucune n'en a pourtant fait le diagnostic chez une femme restée asymptomatique. Elles vérifient en majorité l'absence de fibromes utérins (59%) et de kystes ovariens (52%). Pourtant, au cours de leur carrière, plus des

³ Parmi 521 gynécologues américains interrogés

deux tiers déclarent ne jamais en avoir diagnostiqué par un toucher vaginal. Les fibromes peuvent être sources de ménorragies, de dysménorrhées ou d'infertilité. Néanmoins, des investigations dès le début des symptômes sont toujours possibles, sans être tardives.

Le testing périnéal

Le toucher vaginal est reconnu comme l'occasion de réaliser un testing périnéal. C'est en effet une justification pour 80% des sages-femmes interrogées. Il est, effectivement, le meilleur moyen diagnostique d'une faiblesse musculaire ou de prolapsus débutant. Son intérêt à chaque consultation dépend de l'âge de la patiente et de ses antécédents. En effet, effectuer un toucher vaginal annuel chez une patiente de 18 ans sans facteurs de risques, semble superflu. Néanmoins, il est important d'intervenir avant l'apparition de symptômes chez une patiente plus âgée ou à risque. L'intérêt du toucher vaginal dans ce cas est moins discutable.

La recherche d'infection

Un tiers des sages-femmes le réalise à la recherche d'infection. Les infections asymptomatiques les plus fréquentes sont les mycoses vulvo-vaginales. Or, elles apparaissent chez 20% des femmes et ne sont pas à traiter [29]. Les manquer par l'absence de toucher vaginal n'aurait pas de conséquence sur la santé génésique des patientes. Les chlamydioses et les gonococoses peuvent être dépistées par auto-prélèvement. Ce dernier n'est pas nécessaire chaque année chez des patientes sans comportements à risque. Pourtant, une seule sage-femme l'a cité comme alternative possible au toucher vaginal.

Aborder des sujets difficiles

« Faire un toucher vaginal est un moyen propice pour aborder des sujets difficiles » : plus des deux tiers des sages-femmes interrogées sont « d'accord » avec cette affirmation. Stewart et al. avaient déjà mis en évidence cette pensée collective chez des praticiens australiens [6]. Les professionnels parlent de « sujets sensibles » pour caractériser l'incontinence urinaire, le vaginisme ou encore les dyspareunies. Un

toucher vaginal est un examen très intime. L'expérience de certains cliniciens leur a prouvé que cette intrusion dans l'intimité des femmes les amène à se confier sur des informations très personnelles. Certains détails non divulgués ou oubliés jusqu'alors seraient dévoilés suite à ce geste. Pourtant, ôter son caractère systématique au toucher vaginal ne nous dispense pas de réaliser une anamnèse orientée. Elle pourrait révéler des informations qui le justifieraient alors.

3.2.2. Un bon test de dépistage ?

Les sages-femmes ont plutôt tendance à penser le toucher vaginal comme un test spécifique. En revanche, seules 10% sont convaincues de sa sensibilité. Si l'on considère les pathologies qu'elles recherchent le plus, leur positionnement semble fondé. En effet, les spécificités du toucher vaginal pour la taille et le contour de l'utérus sont respectivement de 0.80 et de 0.78. Les sensibilités sont elles de 0.64 et de 0.62. Pour les masses annexielles, même si la spécificité est bonne (0.93), sa sensibilité reste très mauvaise (0.28) et ce, même pour des masses de plus de 5 cm [13]. Malgré tout, Padilla et al. affirment que ces sensibilités et spécificités sont encore insuffisantes pour le justifier comme test de dépistage en routine [12].

En tant que clinicien, il semble logique d'attendre d'un test qu'il soit plus spécifique que sensible. Effectivement, plus un test est spécifique et moins nous avons de risque de manquer une pathologie existante. Les sages-femmes qui le pensent spécifique ont donc plus tendance à le réaliser systématiquement. Au contraire, celles qui ne le pensent ni sensible ni spécifique, le réalisent moins. Cependant, la perception clinique s'affine avec l'expérience. Les sensibilités et spécificités risquent de devenir davantage mauvaises si le toucher vaginal n'était plus systématique. Acquérir de l'expérience sur les variantes de l'anatomie motive, en effet, près d'un quart des sages-femmes et gynécologues étrangers.

Plus de la moitié des sages-femmes pensent qu'un espacement des touchers vaginaux n'augmenterait pas le taux de pathologies non diagnostiquées. Pourtant, seules 26% des interrogées le pensent insuffisant au dépistage des pathologies pelviennes. De plus, Stewart et al. avaient mis en évidence les doutes des gynécologues sur les capacités du toucher vaginal [6]. Ils déclaraient toutefois le faire « par perfection ». Observation que nous retrouvons chez 12% des sages-femmes. Ces confusions montrent

que la plupart des sages-femmes qui le réalisent systématiquement semblent dépourvues et très incertaines de son utilité.

3.2.3. Un toucher vaginal pour des raisons personnelles

Le dépistage des pathologies par toucher vaginal est insuffisant. D'autres facteurs semblent encourager cette pratique massive. Effectivement, beaucoup de sages-femmes déclarent réaliser le toucher vaginal pour d'autres raisons plus subjectives.

40% des sages-femmes le font pour rassurer leur patiente sur son état de santé, à l'instar des gynécologues américains [7]. Paradoxalement, la plupart considère que les patientes ont confiance en leur praticien qui juge de son utilité. Plus encore, elles estiment qu'un espacement des examens n'entraînerait pas une baisse des visites. L'éducation des patientes concernant le toucher vaginal suffirait à modifier leurs éventuelles idées reçues. L'absence d'examen gynécologique chez des patientes peu informées pourrait, effectivement, induire un sentiment d'insatisfaction. Un tiers des sages-femmes pensent, au contraire, que c'est l'appréhension d'un toucher vaginal systématique qui induit des suivis irréguliers.

La moitié des sages-femmes réalise un toucher vaginal pour se rassurer elles-mêmes. Les professionnels de santé doivent sans cesse se justifier auprès des patients en cas de problème. La pression médico-légale croissante est à l'origine d'examens plus que nécessaires. Or, l'absence de recommandations claires ne peut aboutir à des sanctions. Aucune condamnation ayant pour motif l'absence de toucher vaginal n'a été retrouvée. Pourtant, 15% des personnes interrogées le réalisent dans ce but. Aussi, même si d'autres preuves scientifiques de son inutilité leur étaient apportées, 13% des sages-femmes continueraient de le réaliser pour cette seule raison. 14% des gynécologues australiens ont fait cette même déclaration⁴ [6]. Nous pouvons ressentir le besoin de recommandations sur lesquelles s'appuyer afin de faciliter leurs décisions.

Les sages-femmes ont les mêmes représentations et les mêmes objectifs que leurs collègues étrangers. Les gynécologues étrangers ont toutefois plus de difficultés à

⁴ 27 gynécologues australiens interviewés par Stewart et al.

admettre les faiblesses du toucher vaginal. Les sages-femmes reconnaissent davantage ses limites et envisagent plus facilement une pratique moins systématisée. Notre hypothèse est donc partiellement validée. Toutefois, ils ne sont pas issus de même culture ni de même profession. Ces deux caractéristiques nous empêchent donc de réaliser une comparaison significative.

3.3. Un manque de directives et de guide

L'absence de recommandations en France crée des confusions dans l'esprit des praticiens français. C'est donc le manque de positionnement clair de la part des autorités compétentes qui est à l'origine de ce large panel de croyances. Plus des deux tiers des sages-femmes (70%) reconnaissent n'avoir aucune idée des directives en vigueur. La méconnaissance de recommandations sur un geste central en gynécologie peut sembler incohérente. Malgré tout, que ce soit dans la formation initiale ou lors de diplômes universitaires, le toucher vaginal y est enseigné comme primordial. Son intérêt n'y est ni évoqué ni remis en cause. Hormis dans le cadre des consultations de contraception, la possibilité de ne pas y avoir recours n'est pas abordée. Un tiers des sages-femmes (36%) reconnaît le pratiquer « car elles ont appris ainsi ». Même si l'actualisation des connaissances est de notre devoir, il ne paraît donc pas si illogique que les sages-femmes méconnaissent les doutes vis-à-vis du toucher vaginal. Ces doutes ne sont pas définis dans les ouvrages français et de surcroît, ne sont pas abordés lors de leurs formations. Toutefois, plusieurs d'entre elles ont reconnu que cette étude a soulevé des questions internes qui remettent en cause leur pratique quotidienne.

Les recommandations outre-Atlantique sont récentes. Ceci pourrait justifier que les sages-femmes lorraines n'en aient pas encore pris connaissance. Il est probable que dans les années à venir, ces interrogations les touchent et induisent des études auprès des référents en gynécologie. L'absence de recommandation est source d'une grande ambivalence auprès des sages-femmes dans leur pratique quotidienne. Notre hypothèse qu'un manque d'information persiste chez les sages-femmes est confirmée.

3.4. Des avis partagés lors de la pratique clinique

Dans la dernière partie de notre questionnaire, nous nous sommes inspirés de l'étude menée par Henderson et al. [7]. Quatre cas présentant des « patientes-types » avaient été soumis aux praticiens interrogés. Les caractéristiques de ces patientes avaient été choisies de telle façon que ces femmes ne nécessitent pas de FCU selon les recommandations.

Dans l'étude américaine, presque la totalité des praticiens réalisait un toucher vaginal à chacune de ces patientes asymptomatiques (entre 87% et 99%). Les sages-femmes lorraines le réalisent moins (entre 29% et 64%). Plus la patiente est âgée et plus l'avis des sages-femmes est partagé. La majorité des sages-femmes n'effectuent pas de toucher vaginal chez les patientes aux âges extrêmes. Effectivement, 70% n'en effectuaient pas chez la patiente de 18 ans. A l'inverse, près de 90% des gynécologues américains ne respectaient pas l'avis de l'ACOG qui recommandait un examen pelvien seulement après 21 ans [25]. De plus, la majorité des sages-femmes déclarent se soucier de la présence de rapports sexuels. Nous suggérons donc une connaissance des recommandations de la HAS [17]. Elles stipulent que cet examen n'est pas toujours utile chez les jeunes femmes, notamment lors de la première consultation et pour l'accès à la contraception. Une minorité (10%) affirme tout de même le faire avant et après son initiation. Malgré l'absence d'ovaire, d'utérus et de col, 61% des sages-femmes estiment qu'un toucher vaginal est nécessaire chez la patiente de 55 ans (en comparaison aux 99% des gynécologues américains). Nous supposons un besoin d'éduquer les praticiens sur les circonstances d'arrêt du toucher vaginal et la nécessité de créer des directives. Un examen au spéculum du vagin n'aurait-il pas plus d'intérêt qu'un toucher vaginal ? En revanche, la vérification de la statique pelvienne peut être justifiée. La patiente de 70 ans crée le plus de confusion chez les sages-femmes. Effectivement, deux groupes se distinguent. Nous pouvons supposer que les raisons motivant un toucher vaginal sont différentes dans ces deux groupes. Les sages-femmes qui le réalisent et le trouvent « important » ont tendance à vérifier la statique pelvienne. Celles qui recherchent l'absence de cancer l'effectuent moins chez cette patiente âgée. En effet, passé un certain âge, le dépistage de certains cancers n'est plus recommandé. Qui plus est, l'âge et la volonté de la patiente ne permettent pas toujours une prise en charge [30].

Nous avons vu précédemment que la moitié des sages-femmes effectuait un toucher vaginal à chaque consultation. Paradoxalement, pour chaque cas, la majorité des sages-femmes l'estime « moyennement important » voire « pas important ». Cette proportion tend toutefois à diminuer lorsque l'âge de la patiente augmente. Cette observation avait également été faite par Henderson dans des mesures plus importantes. En effet, entre 1 à 10% des sages-femmes le trouvent « très important » contre 36% à 69% des gynécologues étrangers. Selon les résultats de Henderson, les gynécologues âgés avaient plus tendance à effectuer un toucher vaginal et à le considérer « important ». Nous n'avons pas retrouvé de différence significative de pratique chez les sages-femmes en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme.

Enfin, nous avons relevé une confusion. Quelques sages-femmes effectuent un toucher vaginal alors qu'elles ne l'estiment « pas important ». Cette incohérence est donc une preuve de l'existence de plusieurs freins qui empêchent l'arrêt du toucher vaginal systématique.

3.5. Une pratique en évolution

Le dictat de l'enseignement semble tout de même être devancé par l'expérience professionnelle. Les années d'expérience paraissent influencer positivement vers une diminution de sa systématisation. Les deux premières années d'exercice de la gynécologie sont un tournant à l'évolution des pratiques. A l'issue de celles-ci, les sages-femmes déclarent avoir en majorité évolué, validant ainsi une de nos hypothèses émises à l'origine de ce travail. Ces changements sont le plus souvent marqués par une pratique moins automatisée avec des touchers vaginaux plus espacés. 13 sages-femmes ne le réalisent pas de façon routinière, mais n'ont toutefois pas observé d'évolution dans leurs gestes. Ce qui nous laisse à penser que certaines d'entre elles ont adopté, dès le début, une pratique différente de leur enseignement.

Penser à des alternatives

Pour passer d'une pratique systématique à une pratique adaptée, il faut réfléchir à ses alternatives. Un tiers des sages-femmes reste persuadé qu'il n'existe aucun moyen de remplacer le toucher vaginal. Les autres pensent le contraire. Pour la majorité, seule

une anamnèse bien conduite, soignée et approfondie, suffirait à le justifier en cas de besoin.

Dans un second temps, les examens paracliniques, dont l'échographie, ont été cités. En effet, c'est un test dont les sensibilités et spécificités sont meilleures que celles du toucher vaginal. Toutefois, elle reste un test de diagnostic et non de dépistage. Faire une échographie a un coût et les services de radiologie sont incapables de recevoir une telle masse de patientes. Son utilisation en routine semble difficile à instaurer et tout à fait inutile.

L'examen sous spéculum est lui aussi cité. C'est l'occasion de réaliser un FCU. Il est recommandé tous les 3 ans à partir de 25 ans après deux frottis annuels normaux [30]. L'utilisation du spéculum peut effectivement être l'occasion d'observer le col et le vagin à la recherche d'anomalies macroscopiques. Toutefois, son intérêt annuel peut être discuté comme celui du toucher vaginal. Il est en effet possible que les lésions ne soient pas visibles à l'œil nu. Qui plus est, les dysplasies cervicales sont peu fréquentes suite à un FCU normal de moins de 3 ans. En l'absence de symptômes, proposer un toucher vaginal consécutif au frottis serait-il suffisant ? Les patientes seraient-elles satisfaites ? Consulteraient-elles moins facilement ? De nouvelles études sont nécessaires pour répondre à ces questions.

Un réel besoin de formation

En 2014, dans son mémoire de fin d'études, A. Corne, sage-femme, a demandé aux sages-femmes lorraines leur avis sur leur accès récent à la gynécologie. Un réel besoin de formation était ressenti par près de 80% d'entre elles afin d'améliorer leur pratique. En moyenne, 40% des sages-femmes estimaient ne pas avoir acquis ou avoir besoin de se perfectionner sur les connaissances du suivi gynécologique [31]. Nous observons donc qu'en deux ans, plusieurs sages-femmes semblent s'être formées ou avoir acquis une meilleure pratique grâce à l'expérience. Malgré tout, presque la moitié de notre population exprime toujours le besoin de bénéficier de formation complémentaire en gynécologie. Nous pouvons supposer que les interrogations soulevées par notre étude induisent ce sentiment. On ressent toute l'ambiguïté à laquelle sont confrontés les professionnels dans leur pratique. Une pratique où les référents en gynécologie ne se sont pas positionnés et où les professionnels sont livrés à eux-mêmes.

4. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL

A l'échelle d'un mémoire universitaire, les ressources humaines et le manque de temps restreignent les possibilités d'études. Cependant, d'autres enquêtes semblables à la notre pourraient être menées dans d'autres régions françaises afin de comparer les pratiques et représentations des sages-femmes. Des différences d'enseignements et de formations pourraient éventuellement être mises en évidence.

Des études incluant des gynécologues ainsi que des médecins généralistes semblent également dignes d'intérêt. Interroger tous les acteurs de la consultation gynécologique permettrait d'avoir une vision globale des pratiques françaises concernant le toucher vaginal. Nous pouvons supposer que ces études soulèvent de nouvelles questions des référents en gynécologie. Ces évaluations aboutiraient à des recommandations claires, facilitant ainsi la pratique aux professionnels.

Enfin, il paraît important de recueillir l'avis des patientes afin de cibler quels sont leurs besoins et leurs attentes d'une consultation gynécologique. Aussi, nous pourrions évaluer quelles sont leurs connaissances en gynécologie et adapter notre éducation thérapeutique.

CONCLUSION

Le toucher vaginal est le geste le plus réalisé lors des consultations gynécologiques. Beaucoup, patients comme soignants, le considèrent comme indispensable à la consultation. Pourtant, son intérêt en routine chez une femme asymptomatique a été remis en cause à de nombreuses reprises par des scientifiques étrangers. Peu de praticiens ont adapté leur pratique à ces nouveaux avis. Malgré tout, il reste le geste le plus enseigné lors des formations en gynécologie. Nous pouvons comprendre les praticiens qui réalisent des touchers vaginaux systématiques. En effet, il réunit plusieurs points de vérification sans être chronophage ni couteux. Cependant, ce geste n'est pas dépourvu de conséquences, tant physiques que psychologiques. C'est un geste lourd de sens et de connotations. Les représentations qui résident autour de lui relèvent plus d'une tradition que de preuves scientifiquement établies.

Nous avons souhaité faire un état des lieux de la pratique du toucher vaginal par les sages-femmes exerçant en Lorraine. Contrairement à notre hypothèse initiale, toutes ne le réalisent pas à chaque consultation. Plus encore, il semblerait que les années d'expérience entraînent un espacement des touchers vaginaux. Il demeure une méconnaissance de ses capacités de dépistage. Beaucoup de représentations résident autour de lui et influencent les pratiques des sages-femmes.

Tout au long de cette étude, nous avons relevé de nombreux paradoxes. Alors que plusieurs praticiens doutent de ses capacités de dépistage, ils ne sont toutefois pas prêts à abandonner le toucher vaginal systématique. De nombreux freins empêchent une pratique plus adaptée. Notamment, les professionnels regrettent l'absence de recommandations officielles qui pourraient guider leur prise de décision. Le toucher vaginal engendre une multitude de représentations, parfois erronées et non prouvées.

Nous pourrions proposer l'initiation d'un groupe de travail pour évaluer l'intérêt d'un toucher vaginal tous les trois ans, suite à un frottis, chez une patiente asymptomatique. L'avis des patientes pourrait être évalué pour adapter la consultation à leurs besoins. Différentes perspectives sont donc envisageables et semblent nécessaires afin d'éclaircir les pensées collectives et pour harmoniser la pratique d'un geste central à la consultation de gynécologie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Linet T. L'examen Clinique et la sage-femme, spécificités de l'examen gynécologique. *Vocation sage-femme*. Oct 2009(76):10-14
2. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161:67-72
3. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161:46-53
4. Westhoff CL, Jones HE, Guiahi M. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete? *J Womens Health*. 2011;20(1):5-10
5. Grover S, Quinn MA. Is there any value in bimanual pelvic examination as a screening test [Abstract]. *Med J Austr*. 1995 Apr;162(8):408-10
6. Stewart RA, Thistlethwaite J, Evans R. Pelvic examination of asymptomatic women-attitudes and clinical practice. *Aust Fam Physician*. 2008 Jun;37(6):493-6
7. Henderson JT, Harper CC, Gutin S, Saraiya M, Chapman J, Sawaya GF. Routine bimanual pelvic examinations: practices and beliefs of US obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208:109.e1-7
8. Hine P, Smith H. Attitudes of UK doctors to intimate examinations. *Culture, Health & sexuality: An international Journal for Research, Intervention and Care*. 2014. 16:8, 944-959
9. Calonge C, Allan JD, Berg AO, Frame PS, Garcia J, Gordis L et al. Screening for ovarian cancer : recommandation statement. *Ann Fam Med* 2004 ;2 :260-2
10. Stewart RA, Thistlethwaite J. Routine pelvic examination for asymptomatic women : Exploring the evidence. *Aust Fam Physician*. 2006 Nov;35(11):873-7
11. National Cancer Institute of Health. Consensus Statement Online. Ovarian cancer : screening, treatment and follow up. *NIH*,1994;12:1-30

12. Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Limitations of the pelvic examination for evaluation of the female pelvic organs. *Intern J Gynecol Obstet.* 2005;88:84-88
13. Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Accuracy of the pelvic examination in detecting adnexal masses. *Obstet. Gynecolo.* 2000 Oct;96(4):593-8
14. Schachter J, Shafer MA, Young M, Ott M. Routine pelvic examinations in asymptomatic young women. *N Eng J Med.* 1996;335:1847-1848
15. Millstein SG, Adler NE, Irwin CE Jr. Sources of anxiety about pelvic examination among adolescent females. *J Adolesc Health Care.* 1984;5:105-111
16. Yu JM, Henderson JT, Harper CC, Sawaya GF. Obstetrician-gynecologists' beliefs on the importance of pelvic examinations in assessing hormonal contraception eligibility. *Contraception.* 2014 Dec;90(6):612-4
17. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. [Internet] Juil 2013. [Cité le 10 Déc 2014] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf
18. Henderson JT, Sawaya GF, Blum M, Stratton L, Harper CC. Pelvic examination and access to oral hormonal contraception. *Obstet Gynecolo.* 2010 Dec;116(6):1257-64
19. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussel J. Clinical Breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice vs evidence. *JAMA.* 2001 May;285(17):2232-9
20. MacLaughlin KL, Faubion SS, Long ME, Pruthi S, Casey PM. Should the annual pelvic examination go the way of annual cervical cytology? *Women's Health.* 2014;10(4):373-84
21. Henderson JT, Yu JM, Harper CC, Sawaya GF. U.S. clinicians' perspectives on les frequent routine gynecologic examinations. *Prev Med.* 2014 Feb;62:49-53
22. Siwe K, Berterö C, Wijma B. Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: a win-win concept. *Sex Reprod Healthc.* 2013 Jun;4(2):73-7

23. Gauthier C. Le premier examen gynécologique : une épreuve pour les femmes ? [Thèse]. [Nantes]: Faculté de médecine; 2010. 86 p. [En ligne] <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/ae42348c-ac43-4d12-8357-32175ee1403c>. [Consulté le 02 Fév 2016]
24. Lavaud S. Suivi gynécologique de routine : pour ou contre le toucher vaginal ? [En ligne]. Medscape. 11 Jul 2014 [Cité le 01 Fév 2016]. Disponible sur : <http://francais.medscape.com/voirarticle/3600766>
25. American College of Obstetricians and gynecologists. Well-woman visits. Comitee opinion No. 534. Obstet Gynecol. 2012 Aug;120:421-4
26. American College of Obstetricians and gynecologists. Practice Advisory on annual pelvic examination recommandations. [Internet]. Washington : American College of Obstetricians and Gynecologists ; 2014 Jun 30. [Cité le 14 Nov 2014] Disponible sur: <http://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements-and-Advisories/2014/ACOG-Practice-Advisory-on-Annual-Pelvic-Examination-Recommendations>
27. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. Paris : Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2010-1 [Cité le 01 Fév 2016]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
28. Crochet P, Estrade JP, Colavolpe C, Siles P, Gannerre M, Agostini A. Diagnostic et bilan préthérapeutique du cancer du col de l'utérus évolué ou avancé. EMC – Gynécologie. 2013;9(1):1-9 [Article 605-A-45]
29. Valiton-Crusi A. Mycose vulvo-vaginale [Internet]. Genève : Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales ; 24 Jul 2015 [Cité le 01 Fév 2016]. Disponible sur : http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Mycose_vulvovaginale_valiton.htm
30. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. Juin 2013. [Cité le 12 Jan 2016] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf

31. Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014. 83p. [En ligne]. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_CORNE_ANAELLE.pdf [Consulté le 20 Mars 2016]

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1 : MATERIEL ET METHODE - RESULTATS.....	12
1. MATERIEL ET METHODE.....	13
1.1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES	13
1.2. TYPE D'ETUDE	13
1.3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	14
1.4. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	14
1.5. ASPECTS MEDICO-LEGAUX ET REGLEMENTAIRES	15
1.6. POPULATION ETUDIEE – ECHANTILLONNAGE	15
1.7. METHODES D'ANALYSE STATISTIQUE	16
2. RESULTATS.....	17
2.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	17
2.2. LEURS PRATIQUES DU TOUCHER VAGINAL SYSTEMATIQUE	18
2.2.1. <i>Fréquences et motifs de réalisation du toucher vaginal</i>	18
2.2.2. <i>Intervalles conseillés</i>	19
2.2.3. <i>Première consultation</i>	19
2.3. LEURS REPRESENTATIONS DU TOUCHER VAGINAL.....	20
2.3.1. <i>Objectifs du toucher vaginal</i>	20
Pathologies recherchées et déjà détectées par un toucher vaginal.....	20
2.3.2. <i>Avis et craintes</i>	21
Le toucher vaginal comme partie intégrante d'une consultation.....	21
Abord de sujets sensibles	21
Valeur de dépistage	22
Attentes des patientes	22
2.3.3. <i>Connaissances des recommandations en vigueur</i>	23
Recommandations françaises.....	23
Recommandations étrangères	23
2.3.4. <i>Vers une évolution des pratiques ?</i>	24

Changement de comportement clinique	24
Alternatives possibles.....	25
2.4. EN PRATIQUE	26
PARTIE 2 : ANALYSE ET DISCUSSION.....	27
1. LIMITES DE L'ETUDE	28
2. FORCES DE L'ETUDE.....	29
3. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	29
3.1. DES PRATIQUES DIFFERENTES.....	29
3.2. UNE MULTITUDE DE REPRESENTATIONS AUTOUR DE CE GESTE	30
3.2.1. <i>Un toucher vaginal : dans quel but ?</i>	30
La recherche de pathologie	30
Le testing périnéal	31
La recherche d'infection	31
Aborder des sujets difficiles.....	31
3.2.2. <i>Un bon test de dépistage ?</i>	32
3.2.3. <i>Un toucher vaginal pour des raisons personnelles</i>	33
3.3. UN MANQUE DE DIRECTIVES ET DE GUIDE	34
3.4. DES AVIS PARTAGES LORS DE LA PRATIQUE CLINIQUE	35
3.5. UNE PRATIQUE EN EVOLUTION	36
Penser à des alternatives	36
Un réel besoin de formation.....	37
4. PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES DE TRAVAIL.....	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE.....	40
TABLE DES MATIERES	44
ANNEXES	46

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire envoyé aux sages-femmes libérales et hospitalières

Enquête sur l'utilisation par les sages-femmes du toucher vaginal en consultations gynécologiques de contrôle

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en FASMa1 (4^e année) à l'école de Nancy.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je travaille sur la réalisation de toucher vaginal lors des consultations gynécologiques de routine chez des patientes asymptomatiques. J'ai pour but d'évaluer les pratiques et les représentations des sages-femmes lorraines quant à sa réalisation en routine.

En vous remerciant par avance du temps consacré à ce questionnaire (5-10 minutes sont nécessaires).

NOTE : Ce questionnaire ne concerne que les sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques

Nous ne considérons ici que des femmes adultes, à bas risque et asymptomatiques.

Les données sont anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire. Pour tout renseignement, n'hésitez pas à me contacter par mail.

PERRY Justine

Vos pratiques

Vous êtes :

- Sage-femme libérale
 Sage-femme hospitalière

1) En quelle année avez-vous été diplômé ?

2) Depuis combien de temps réalisez-vous des consultations gynécologiques ?

3) De quel ordre représente la gynécologie dans votre activité professionnelle ?

- Chez moins d'une patiente sur 10
 Entre 1 à 3 patientes sur 10
 Entre 3 à 5 patientes sur 10
 Entre 5 à 8 patientes sur 10
 Chez plus de 8 patientes sur 10

A. Si vous avez répondu « chez moins d'une patiente sur 10 », à quelle fréquence estimez-vous faire des consultations gynécologiques ?

4) A quelle fréquence conseillez-vous à vos patientes asymptomatiques de consulter pour un contrôle ?

- ≤ 6 mois
- 1 fois/an
- 1 fois tous les 2 ans
- > tous les 2 ans

5) Effectuez-vous systématiquement un toucher vaginal ?

- Oui
- Non

A. Si vous avez répondu « non » : à quelle fréquence estimez-vous en faire un ?

-
- Souvent

Assez souvent

- Parfois
- Jamais chez une femme asymptomatique

B. Si vous avez répondu « non » : à quelle occasion le réalisez-vous ?

(plusieurs réponses possibles)

- En présence de symptômes, de plaintes par la patiente
- Avant l'initiation à une contraception
- Après l'initiation à une contraception
- Annuellement si prescription de contraception
- A la suite d'un frottis cervico-utérin
- Avant la pose d'un DIU (Dispositif Intra-Utérin)
- En présence d'antécédents chez la patiente
- Sur demande de la patiente
- Autres :

6) Effectuez-vous un toucher vaginal lors de la 1^e consultation d'une patiente ?

- Oui
- Non

7) A quelle fréquence minimale estimez-vous qu'une femme doit bénéficier d'un toucher vaginal de contrôle ?

- Jamais si elle reste asymptomatique
- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans et plus

8) Associez-vous systématiquement un examen sous spéculum à un toucher vaginal ?

- Oui
- Non

Vos représentations

1) Le toucher vaginal fait partie intégrante d'une consultation de routine :

	1	2	3	4	
Pas d'accord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tout à fait d'accord

2) Pour quelle(s) raison(s) effectuez-vous un toucher vaginal chez une femme asymptomatique ?

Plusieurs réponses possibles

- Détecter une pathologie
- Pour rassurer votre patiente sur sa santé génésique
- Pour vous rassurer vous sur l'absence de pathologie potentiellement détectable
- Par perfection
- Pour vous couvrir légalement
- Vous avez appris à faire ainsi
- Par besoin d'acquérir de l'expérience sur l'anatomie « normale »
- Autre raison :

A. Si vous avez coché « pour détecter une pathologie », laquelle/lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles

- Un cancer utérin
- Un cancer ovarien
- Un cancer cervical
- Un utérus fibromateux
- Des kystes ovariens
- Des dyspareunies
- Des troubles de la statique pelvienne
- Une infection
- Autres :

3) Votre pratique du toucher vaginal a-t-elle évoluée dans le temps ? (motifs, fréquence, pratique ...)

- Oui
- Non

Justifiez :

4) Avez-vous, au cours de votre expérience professionnelle, détecté une ou plusieurs de ces pathologies grâce à un toucher vaginal chez une femme asymptomatique ?

Une seule réponse possible par ligne

	Jamais	Quelques fois	Plusieurs fois
Cancer utérin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer ovarien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromes utérins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kystes ovariens

5) Faire un toucher vaginal est un moyen propice pour aborder des sujets difficiles tels que les difficultés de la sexualité (dyspareunies ...), les incontinences urinaires et les prolapsus (entre autres) ?

1

2

3

4

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

6) Pensez-vous que le toucher vaginal soit un bon test de dépistage à la recherche de pathologie ?

Plusieurs réponses possibles

Oui c'est un test sensible (le TV est anormal en présence de pathologie)

Oui c'est un test spécifique (le TV est le plus souvent normal en l'absence de pathologie)

Non

Je ne sais pas

7) Votre comportement clinique pourrait-il être amené à changer si la preuve vous était apportée de la faible performance du toucher vaginal comme test de dépistage ?

Oui, car il n'existe aucune recommandation indiquant une pratique systématique

Oui car des études prouvent de l'inutilité de la pratique systématique

Oui car c'est un confort pour la patiente

Non car la pression médico-légale est importante

Non car le toucher vaginal reste essentiel au dépistage des pathologies parfois sournoises

Autre :

8) Que savez-vous des recommandations françaises concernant le toucher vaginal ?

9) Que savez-vous sur les études étrangères et leurs résultats envers cette pratique ?

10) Selon vous, quelles sont les attentes des patientes françaises envers le toucher vaginal ?

Elles en attendent un pour être rassurées sur leur état de santé

Elles ont confiance en leur praticien qui décide ou non de son utilité

Elles n'en ont pas besoin pour être rassurées

Autre :

11) Peut-on craindre que les femmes consultent moins souvent si l'intervalle recommandé entre 2 touchers vaginaux était allongé ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

12) A l'inverse, pensez-vous que la systématisation du toucher vaginal pourrait freiner la visite annuelle/pluriannuelle d'une patiente ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

13) Pensez-vous que la généralisation d'une pratique non systématique du toucher vaginal en France entrainerait une hausse des pathologies pelviennes non diagnostiquées ?

-
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14) Pensez-vous qu'il existe des alternatives au toucher vaginal systématique ?

- Oui
- Si oui : lesquelles ?
- Non

15) Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire sur le toucher vaginal ?

- Oui
- Non

En pratique

Merci de signaler pour chacun de ces cas cliniques :

- Si vous effectuez un toucher vaginal
- Et l'importance accordée à ce toucher vaginal (pas important, peu important, moyennement important, très important)

1) Mme A a 18 ans. Elle vient pour une visite de routine, ne présente pas d'antécédents de dysplasie, n'est pas enceinte et ne présente pas de symptômes.

a. Faites-vous un toucher vaginal : Oui Non

b. Degré d'importance :

	1	2	3	4	
<hr/>					
Pas important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très important
<hr/>					

2) Mme B a 35 ans. Elle n'a pas de partenaire sexuel depuis 5 ans. Elle vient pour une visite annuelle, ne présente pas d'antécédents de dysplasie ni de symptômes. Elle a eu 3 frottis normaux, dont le dernier il y a un an.

a. Faites-vous un toucher vaginal : Oui Non

b. Degré d'importance :

1 2 3 4

Pas important Très important

3) Mme C a 55 ans. Elle vient pour une visite de routine, a subi une hystérectomie totale et une ablation des annexes pour fibromes utérins symptomatiques. Elle ne présente pas de symptômes.

a. Faites-vous un toucher vaginal : Oui Non

b. Degré d'importance :

1 2 3 4

Pas important Très important

4) Mme D a 70 ans. Elle vient pour une visite de routine, ne présente pas d'antécédent de dysplasie ni de symptômes. Elle a eu des frottis réguliers normaux depuis 30 ans.

a. Faites-vous un toucher vaginal : Oui Non

b. Degré d'importance :

1 2 3 4

Pas important Très important

Commentaires

--

Merci de votre participation

PERRY Justine
Etudiante sage-femme en 4^e année à Nancy

e-mail : perry_justine88@yahoo.fr

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme présenté par PERRY Justine - Année 2016

**Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie
chez une femme à bas risque et asymptomatique**

Enquête auprès de 69 sages-femmes lorraines en 2015

Résumé

Introduction : Le toucher vaginal est un geste central à la consultation gynécologique. Beaucoup le considèrent comme indispensable au maintien de la santé génésique des femmes. Pourtant, de nombreuses études étrangères le discriminent comme outil de dépistage. Les auteurs ne recommandent pas son utilisation en routine chez des femmes asymptomatiques.

Méthode : Nous avons mené une étude descriptive via un questionnaire afin d'établir un état des lieux des pratiques des sages-femmes lorraines sur le toucher vaginal dans le cadre de la consultation de gynécologie. Nous souhaitons mettre en évidence leurs représentations envers le toucher vaginal susceptibles d'orienter leur pratique.

Résultats : La moitié des professionnels n'effectuaient pas de toucher vaginal systématique. La peur de manquer une pathologie et le besoin de rassurer leurs patientes étaient les raisons principales le justifiant pour 69% et 41% des sages-femmes. On note un tournant à 2 ans d'exercice où le toucher vaginal perdait son caractère systématique. Un manque d'information sur son efficacité a été mis en évidence.

Discussion : La pratique du toucher vaginal est impactée par les représentations des professionnels. Les sages-femmes pensent que le toucher vaginal est un bon outil de dépistage pour les pathologies pelviennes. Une multitude de raisons justifient cette pratique massive. Leurs représentations sont amenées à évoluer avec la pratique professionnelle. L'absence de directives officielles en France démunit les professionnels. La pratique du toucher vaginal est plus basée sur une tradition que sur des preuves scientifiquement établies.

Mots clés : toucher vaginal – systématique – consultation gynécologique – sages-femmes – pratique

Abstract

Introduction : Pelvic examination is a common practice in well-woman visits. Many people think that's essential for staying in good gynecological healthy. Nevertheless, few foreign studies discriminate it. They think that this practice isn't a good screening tool to use in routine for asymptomatic women.

Methodology : We have conducted a descriptive study by using a survey to establish a current situation of midwives' practices in Lorraine about pelvic examination during well-women visits. We wanted to show off their representations about the pelvic examination which could influence their practice.

Results : Half of professionals didn't systematically carry out pelvic examination. The fear of missing a pathology and the need to comfort their patients about health were the main reasons to justify it for 69% and 41%. We note a turning point at 2 years of exercise where the pelvic examination was less systematic. Moreover, a lack of information about its efficiency was demonstrated.

Analysis : This practice is impacted by the professionals' beliefs. Midwives think that the pelvic examination is a good screening test for pelvic pathology. Many reasons justify this systematic practice. Their beliefs are forced to evolve with professional practice. Finally, the absence of official directives in France deprives the practitioners. Pelvic examination's practice is more a tradition than a scientific proof.

Keywords : pelvic examination – systematic – well-women visit – midwives – practice

