



HAL
open science

Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie de suites de naissances à la maternité du CHRU de NANCY : entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Margot Burgaud

► **To cite this version:**

Margot Burgaud. Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie de suites de naissances à la maternité du CHRU de NANCY : entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870329

HAL Id: hal-03870329

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870329v1>

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

*Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie
de suites de naissances à la maternité du CHRU de NANCY*

Entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes

de la maternité du CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par
BURGAUD Margot

Directeur de mémoire : Nadjafizadeh Marjan
Sage-femme enseignante

Promotion 2017

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de NANCY

Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie

de suites de naissances à la maternité du CHRU de NANCY

Entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes

de la maternité du CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par

BURGAUD Margot

Directeur de mémoire : NADJAFIZADEH Marjane

Sage-femme enseignante

Promotion 2017

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Mme NADJAFIZADEH, sage-femme enseignante, pour m'avoir guidée tout au long de mon mémoire et m'avoir soutenue.

Je remercie également les sages-femmes des services de suites de naissances de la maternité du CHRU de Nancy qui ont accepté de répondre à mes entretiens, sans qui mon mémoire n'aurait pas vu le jour.

Merci à mes collègues de promotion et amis pour ces merveilleuses années passées ensemble.

Merci à ma famille et mes proches, pour leur soutien durant toutes ces années d'études.

GLOSSAIRE

Tv = toucher vaginal

DIM = Département d'Information Médicale

Sdc = Suites de couches

Sdn = Salle de naissances

Sf = Sage-femme

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODES.....	9
1. TYPE D'ETUDE	9
2. POPULATION ETUDIEE	9
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	9
4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES.....	10
5. EXPLOITATION DU CORPUS :.....	10
RESULTATS ET DISCUSSION	11
1. SAGES-FEMMES PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL DE MANIERE OCCASIONNELLE	11
2. SAGE-FEMME PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL SYSTEMATIQUE.....	22
3. SAGE-FEMME NE PRATIQUANT PAS DE TOUCHER VAGINAL	24
4. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	26
5. PERSPECTIVES.....	27
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES.....	34

INTRODUCTION

La sage-femme, en tant que professionnel médical est habilitée à pratiquer le toucher vaginal, un examen particulier qui s'effectue lors du suivi de grossesse, en consultation gynécologique mais également en post-partum.

Dans le cadre d'une grossesse, celui-ci est pratiqué en période prénatale, lors du travail ainsi qu'en post-partum, avec des indications différentes.

Tout au long de la grossesse lors des consultations régulières de suivi, il serait utilisé afin de diagnostiquer une éventuelle menace d'accouchement prématuré, et de pronostiquer l'accouchement ^[1]. Cependant, la dernière publication de la HAS concernant le suivi de grossesse ne recommande pas d'effectuer le TV en systématique et en l'absence de signes cliniques inquiétants ^[2].

Cet examen médical a également un rôle dans le pronostic de l'avancement du travail obstétrical en évaluant la cinétique de dilatation du col et la progression de la présentation ^[1].

La période du postpartum correspond à la période entre la délivrance et le retour des règles. Deux phases sont à distinguer : les suites de couches immédiates correspondant aux dix premiers jours après l'accouchement, et les suites de couches tardives. Cette période s'accompagne de nombreuses modifications physiologiques : plus particulièrement un col utérin flasque et béant en post-partum immédiat, avec son orifice interne perméable jusqu'au 7^{ème} jour, se fermant vers le 10^{ème} jour ; les muscles du périnée sont mous, souvent peu toniques. Elle comporte de nombreux risques (hémorragiques, infectieux, thromboemboliques...) nécessitant une surveillance clinique quotidienne : surveillance de l'état général avec les constantes, les signes d'anémie, et de l'état clinique de la patiente^[3]. Cette dernière regroupe l'inspection des seins, de l'involution utérine, des lochies, du périnée, ainsi que des membres inférieurs^{[4][5]}.

La pathologie infectieuse la plus retrouvée dans la période du post-partum semble être l'endométrite. Selon le CNGOF, le diagnostic est fait à l'aide de plusieurs critères : majeurs et additifs ^[6]. Les critères majeurs, dont l'absence tend à éliminer le diagnostic, sont les douleurs pelviennes et douleurs à la mobilisation utérine. Les critères additifs étant, en ce qui nous concerne, un contexte de post-partum, une température supérieure à 38°C et des leucorrhées purulentes. La place du toucher

vaginal n'est pas exposée dans les critères diagnostics et amène à nous poser la question de son intérêt clinique dans cette période ^[6]. D'autres sources expriment le diagnostic d'endométrite avec l'ajout de critères supplémentaires tels qu'un col ramolli, largement ouvert et des culs-de-sacs vaginaux libres et indolores.

Il n'existe aucune recommandation concernant les touchers vaginaux dans le post partum immédiat lorsqu'il n'existe aucun signe clinique associé. Cet acte n'est pas un examen quelconque. En effet, celui-ci n'est pas apprécié par les patientes car il est douloureux et inconfortable, la région pelvienne restant une zone sensible dans les jours suivant l'accouchement.

De plus, le toucher vaginal est soumis à une législation spécifique ^[7] : l'article 16-3 du Code Civil explique qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement en dehors du cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » ^[8] ; la charte de la personne hospitalisée s'exprime sur le consentement éclairé du patient et du respect de son intimité ^[9]. Ces textes relèvent de nombreuses questions notamment concernant la notion de nécessité médicale du tv lors du séjour en secteur mère-enfant.

Dans d'autres pays, tels que le Royaume-Uni ou le Canada, les temps de séjour sont réduits comparativement à la France. Les anglo-saxons mettent donc un accent particulier sur l'information des patientes concernant les symptômes d'infections en décrivant l'apparition d'une fièvre, des douleurs abdominales et des lochies anormales. De plus, une étude américaine de 2014 montre que le recours au toucher vaginal chez une femme non enceinte asymptomatique n'est pas recommandé dans le diagnostic de pathologies ^[10]. En effet, du fait du nombre élevé de faux positifs qui ressort de cette pratique, cela entraîne une inquiétude inutile des patientes. Cette étude discute également du caractère anxiogène, inconfortable et douloureux du toucher vaginal. De plus, une autre étude, de Harvard Pilgrim Health Care Foundation, montre que la plupart des infections surviennent après la sortie de maternité, et que la majorité des causes d'endométrites dans la population étudiée concerne les patientes ayant accouché par césarienne ^[11]. Ces études affirment que l'absence de tv à la sortie des maternités anglo-saxonnes n'augmente pas le risque d'infections dans ces pays.

En France, une femme reste en moyenne trois à quatre jours en hospitalisation après un accouchement par voie basse.

Une étude de 2014 menée par la HAS a traité des réhospitalisations de femmes après leur sortie de la maternité ^[12]. Il en ressort que le sepsis puerpéral (incluant l'endométrite) est le deuxième motif de réhospitalisation après les hémorragies du postpartum secondaires et tardives. Cependant, ce nombre est plus élevé chez les femmes ayant subi une césarienne que les femmes ayant accouché par voie basse. De même que celles qui auraient déjà eu des complications lors de leur séjour, sans préciser quel genre de complications. Le NCCPC (National Collaborating Centre For Primary Care) désigne également la césarienne comme plus à risque d'endométrite et autre infection du tractus génital que l'accouchement voie basse ^[13].

A la maternité du CHRU de Nancy, la veille de la sortie prévue ou le jour même, la sage-femme procède à un « examen de sortie » afin d'autoriser un retour à domicile. Il consiste en un examen gynéco-obstétrical complet de la patiente ainsi qu'une discussion et information sur la contraception, et les différentes formalités de sortie. C'est lors de cette consultation précisément que le toucher vaginal est pratiqué. Il permettrait de s'assurer de l'involution utérine, de l'intégrité du col, de l'intégrité des annexes, de l'absence d'irritation péritonéale et de la souplesse du périnée ^[4]. Une dernière consultation post-natale est effectuée à distance, 6 à 8 semaines après l'accouchement où le toucher vaginal serait à nouveau pratiqué.

En réalité, lors des échanges sur le terrain avec certaines sages-femmes de la maternité de Nancy au cours de notre cursus d'étude, il s'avère que la principale raison qui les inciterait à effectuer un tv est de vérifier l'absence d'une éventuelle compresse oubliée dans les culs de sac vaginaux lors de la réfection du périnée le cas échéant. Par ailleurs, aucune étude n'évoque la réalisation de toucher vaginal pour cette raison et il n'existe pas à ce jour de recommandation professionnelle nationale dans ce sens. De surcroît, aucun protocole local à la maternité de Nancy n'est en vigueur actuellement. Nos recherches auprès du DIM (Département d'Information Médicale) de l'établissement n'ont pas permis de mettre en lien les infections recensées et la présence d'une compresse oubliée. Ce serait ainsi une information manquante dans le dossier médical.

L'objectif principal de cette étude, à travers les échanges avec les sages-femmes, a été de saisir le sens qu'elles donnaient en général à l'examen du tv à la sortie de maternité et de comprendre la pertinence d'une pratique peu voire pas justifiée dans la littérature.

Notre objectif secondaire a été d'étudier la faisabilité d'autres moyens moins contraignants, permettant de diagnostiquer de manière moins intrusive le risque d'infections dues principalement à l'oubli de compresses.

Nous faisons l'hypothèse que certaines sages-femmes conscientes de la gêne ressentie par la patiente provoquée par la pratique du tv à l'examen de sortie, sont persuadées du bienfondé de cet examen même en l'absence de signe clinique préalable.

MATERIEL ET METHODES

1. TYPE D'ÉTUDE

Une enquête auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy a été effectuée.

Une étude qualitative observationnelle a été réalisée à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs permettant de recueillir les différents points de vue des professionnels interrogés.

2. POPULATION ÉTUDIÉE

La population étudiée était composée de neuf sages-femmes du service mère-enfant de la maternité du CHRU de Nancy, sur les treize en poste.

Un seul critère d'inclusion était celui d'être sage-femme des services mère-enfant Vermelin 1 et Richon 2 de la maternité du CHRU de Nancy.

3. MODALITÉS DE RÉALISATION DE L'ÉTUDE

La sage-femme coordinatrice du secteur mère-enfant de la maternité a été contactée par nos soins afin de l'informer de la réalisation de cette étude ainsi que pour obtenir l'autorisation d'effectuer des entretiens auprès des sages-femmes du service.

Nous n'avons besoin que d'un consentement oral des sages-femmes interrogées. Aucun nom ne serait évoqué lors de l'élaboration de l'étude.

La réalisation des entretiens s'est effectuée entre novembre et décembre 2015.

Avant de réaliser les entretiens, nous passions régulièrement dans les services de suites de couches de la maternité en expliquant aux sages-femmes de garde ce jour là les modalités de notre mémoire, et les conditions de l'entretien.

Afin de réaliser l'entretien dans les meilleures conditions, nous nous installions dans une pièce calme, à l'abri du passage. Un enregistrement vocal était nécessaire pour le recueil des données.

Pour les sages-femmes étant peu disposées sur le moment de notre visite à s'entretenir avec nous par manque de temps par exemple, nous prenions rendez-vous quelques heures après notre premier passage ou parfois sur une garde suivante.

4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNÉES

La grille d'entretien comprenait trois principaux thèmes :

- La première partie était plus centrée sur la sage-femme elle-même, une partie plus personnelle autour de la pratique du toucher vaginal retraçant son vécu, son expérience de la pratique du tv à l'examen de sortie ainsi que ses opinions la concernant, l'intérêt clinique de l'examen en question.

- La deuxième partie invitait la sage-femme à se positionner du côté de la patiente, ce qu'elle pensait du ressenti de celle-ci, les différentes réactions observées, des anecdotes à raconter, partie alliant pratique clinique et côté psychologique.

- Enfin, la dernière partie était plus spécifique à l'élaboration de solutions alternatives au toucher vaginal laissant libre cours aux idées de chaque sage-femme.

Chaque entretien a duré environ vingt minutes durant lesquelles les questions ont été abordées dans un ordre variable selon le déroulement de l'entretien.

Nous avons retranscrits systématiquement chaque entretien à l'aide du logiciel Microsoft Word.

5. EXPLOITATION DU CORPUS :

Dans le cadre de ce travail nous avons opté pour une analyse thématique de discours.

Après la retranscription, en fonction des thèmes et des sous-thèmes nous avons rédigé sur des feuilles A3 pour chaque sage-femme, une liste de tous les mots-clés prononcés pour chaque question de la grille d'étude et avons procédé au repérage des unités de découpage identique d'un entretien à l'autre afin de pouvoir les mettre en évidence et de les analyser ensuite.

Afin de garder l'anonymat des sages-femmes interrogées, chaque entretien comportait un numéro selon l'ordre de passage. La retranscription des entretiens s'est donc faite suivant les numéros inscrits et non le nom de la sage-femme. Le report des témoignages sont donc ici retranscrits avec le numéro de passage de la sage-femme qui correspond aussi au numéro de l'entretien : SF1 était la première interrogée, SF2 la deuxième, etc...

Résultats et discussion

Suite aux 9 entretiens menés auprès des sages-femmes, deux groupes se sont distingués sur un critère unique concernant la fréquence de la pratique du toucher vaginal. Nous présenterons dans un premier temps le groupe majoritaire puis les cas marginaux.

Tableau I : Habitudes et justifications des SF interrogées concernant la pratique du toucher vaginal

Raison évoquée	Pratique du TV en systématique (n ₁ =1)	Pratique occasionnelle du TV (n ₂ =7)	Absence de pratique de TV (n ₃ =1)	Effectif total (N=9)
Recherche compresses oubliées	1	7	1	9
Autres raisons	1	2	0	3

1. SAGES-FEMMES PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL DE MANIÈRE OCCASIONNELLE

Il s'agit de la majorité de notre population soit 7 sages-femmes sur 9 enquêtées : SF1, SF2, SF4, SF5, SF6, SF8 et SF 9.

Fondements du toucher vaginal selon les sages-femmes interrogées

Pour la totalité des sages-femmes de ce groupe, le toucher vaginal (tv) à l'examen de sortie était réalisé afin de vérifier l'absence de compresse dans le vagin qui pourrait avoir été oubliée en salle de naissances lors de la réfection d'une déchirure périnéale. Pour chacune, cette réponse a été la première amenée au cours de l'entretien. Nous pouvons lier cette réponse au fait que la majorité des sages-femmes de ce groupe avouait ne pas être totalement sûre de retrouver une compresse au fond du vagin si une s'y trouvait réellement. Plus de la moitié estimait que leur toucher n'était pas assez complet pour atteindre une compresse qui pouvait se trouver plus postérieure : « *Je pense qu'une compresse qui est dans le cul de sac postérieur, je ne l'ai pas.* » (SF5) ; « *A J2, on ne va pas forcément jusqu'aux culs-de-sac vu qu'elles ont mal.* » (SF6) ; « *Je le fais à un doigt, et je ne vais pas chercher le col.* » (SF9). Les difficultés d'un examen

au deuxième jour après l'accouchement ont été largement mises en cause. La majorité des sages-femmes n'a jamais retrouvé de compresses au cours de sa carrière. Elle s'estimait donc incapable de savoir si retrouver une compresse était facilement reconnaissable lors du tv ou non, ce qui peut expliquer ces derniers chiffres.

Une des sages-femmes estimait qu'il aurait fallu faire un examen plus approfondi afin d'avoir la certitude qu'il n'y avait pas de compresses dans le vagin : « *Il faudrait utiliser un spéculum, ce que je trouve complètement mal traitant à J2.* » (SF5) Selon une partie des sages-femmes de l'enquête, le tv en suites de couches avait une mauvaise valeur de dépistage et de diagnostic dans l'oubli de compresses : « *Le tv ne va pas nous permettre de vraiment dépister toutes les compresses oubliées.* » (SF2) ; « *c'est bien beau de dire qu'on va faire un protocole qui va nous faire faire des tv en systématique en sdc mais si on est même pas sûrs que ça va marcher...* » (SF9) ; « *tout ce qui est procédurier chez des patients fait que l'on cloisonne tout de bout en bout.* » (SF4).

En revanche pour une des professionnelles, la présence d'une compresse était facilement identifiable. « *Le tv est inhabituel* » (SF1). Cette dernière avait effectivement retrouvé une compresse au cours de sa carrière. La patiente n'avait aucun signe clinique particulier, aucune douleur, des constantes physiologiques, un utérus tonique et bien involué, des lochies qui n'étaient pas malodorantes. Elle-même ne ressentait pas de gêne particulière. « *Les lochies étaient physiologiques sauf quand j'ai enlevé la compresse.* » (SF1).

Cette expérience nous a donc fait nous poser la question des limites de la clinique seule à ce moment de l'examen, où la compresse deux jours après l'accouchement ne provoque pas de gêne ni de syndrome infectieux. « *Enfin les patientes sortent relativement tôt donc cet aspect-là maintenant [la recherche d'une infection] pour le tv, l'intérêt est un peu effacé.* » (SF1). La recherche d'une infection par le toucher vaginal a d'ailleurs largement été évoquée. « *Si la patiente a des signes cliniques, dans ce cas effectivement réaliser un tv.* » (SF6) Pour trois d'entre elles, la recherche d'une infection par le tv n'avait pas sa place. « *Le col n'est pas fermé, je ne vais jamais vers le col et j'y vais à un doigt.* » (SF2) ; « *je ne vois pas d'intérêt de regarder le col puisqu'on sait qu'il est encore déhiscent après l'accouchement* » (SF9). Le diagnostic d'une infection telle qu'une endométrite par le tv montre un col béant, des

culs-de-sacs indolores : mais dans ce cas, le tv sera-t-il le premier facteur influençant le diagnostic ou cela sera-t-il plutôt l'hyperthermie, les pertes nauséabondes, les douleurs utérines qui sont associées et qui généralement poussent le soignant à effectuer des examens approfondis ? En pratique, le tv est plutôt un acte effectué en deuxième intention quand le doute sur un diagnostic d'infection utérine comme l'endométrite apparaît : la clinique est évocatrice de l'infection, et les examens annexes comme des hémocultures et le tv font partie des examens complémentaires pour le diagnostic. Dans ce cas, le tv n'a pas sa place s'il est effectué seul sans aucun signe clinique associé évoquant une infection. « *C'est juste une vérification* » (SF4).

D'ailleurs pour la majorité des enquêtées, le tv n'avait aucun intérêt clinique en absence de signes infectieux. Sur les sept professionnelles, deux ont accusé le fait que les sorties étaient trop précoces pour déceler le moindre signe infectieux rendant le tv inutile : « *Il aurait fallu peut être un peu plus de temps pour dépister une infection, ça aurait été dépisté plus tard.* » (SF2). « *Il faudrait faire un tv, mais pas à J2-J3. A l'époque, quand on gardait les patientes 10 jours on pouvait le faire, mais ce n'est pas la même chose.* » (SF6). Certaines sages-femmes ont affirmé que le toucher vaginal aujourd'hui n'a plus du tout la même signification en termes de clinique qu'il y a quelques années. Les patientes restaient une dizaine de jours dans les services après l'accouchement. Le plus gros risque d'infection génitale de cette période, l'endométrite, pouvait se déclarer au moment du séjour et ainsi le tv pouvait être réalisé afin d'en faire le diagnostic. De nos jours, ne restant que deux à trois jours à la maternité, les signes infectieux d'endométrite sont souvent absents avant la sortie. De plus selon une étude anglo-saxonne, les infections du postpartum concernaient 5.5% de la population de femmes ayant accouché voie basse contre 7.4% pour les césariennes. Les mastites et les infections urinaires représentaient plus de 80% de ces infections (soit 5% des infections totales suite aux accouchements voie basse). La proportion d'infections dues au site d'épisiotomie était de 0,3%. Enfin, 74% de ces patientes étaient traitées en dehors de l'hôpital sans besoin d'hospitalisation montrant la moindre gravité de ces infections. ^[13]

Enfin, à l'époque les patientes retrouvaient des sensations, leurs douleurs périnéales étaient atténuées du fait de la cicatrisation avancée, ce qui rendait le tv moins angoissant. Aujourd'hui, les douleurs dues à la cicatrice et à l'accouchement sont encore présentes. Cela montre que sur le plan chronologique, le tv a persisté et a été avancé aux premiers jours pour être en corrélation avec les sorties de plus en plus précoces, mais il en a perdu sa pertinence.

Mais dans ce cas, pourquoi continuent-elles à le pratiquer, même de manière occasionnelle ? tout en sachant qu'elles n'y voient que peu d'intérêt excepté celui de chercher une compresse oubliée et que quand bien même une compresse s'y trouverait, elles ne seraient pas sûre de la trouver.

Certaines sages-femmes interrogées ont rapporté le fait qu'une certaine pression des obstétriciens de la maternité était exercée concernant la pratique systématique d'un tv à l'examen de sortie. Une d'entre elles aborde même le fait que le tv est pratiqué pour se couvrir. En effet, peu de temps avant le début de l'élaboration de nos entretiens auprès des sages-femmes, deux cas de compresses oubliées chez des femmes ayant eu une suture périnéale ont été relatés. Une patiente était rentrée chez elle sans avoir eu de toucher vaginal, l'autre patiente était celle évoquée plus tôt. Après en avoir discuté plus longuement avec une des professionnelles, il se trouve que la décision de faire pratiquer le tv en systématique a été prise du fait du manque de transmission entre le service de salle de naissances et de suites de naissance. « *Si nous ne sommes pas sûrs que cela a été vérifié, il faut refaire le tv car on ne sait pas ce qui a été fait en bas [en sdn].* » (SF9). Nous pouvons déduire de ce fait que si une vérification formelle de l'oubli de compresses était effectuée systématiquement en salle de naissances, le toucher vaginal à l'examen de sortie de suites de naissances perdrait son utilité. Ce manque de transmissions entre les services peut s'expliquer par un plus grand nombre de patientes à gérer en même temps, en comparaison à une maternité où le nombre d'accouchements est réduit. Le fait que le tv n'était notifié à aucun endroit sur la feuille d'accouchement au moment de l'élaboration des entretiens est également à prendre en compte. Cette feuille faisait office de transmission finale, tous les soins effectués sur la patiente lors de la remise au propre tels que le retrait du cathéter ou la miction y sont inscrits.

Un autre intérêt du tv a été rapporté par quelques sages-femmes : la vérification de l'intégrité de la suture. « *Une femme qui a un périnée intact je n'en fais pas.* » (SF4). En effet, le fait de faire des tv sur des femmes ayant eu une déchirure peut également être justifié par la vérification d'une bonne cicatrisation de celle-ci. Les points sur la peau pouvant être vus assez facilement à l'œil nu, ceux se trouvant dans la muqueuse vaginale peuvent effectivement nécessiter un toucher vaginal. Une idée du nombre de cicatrices en postpartum aurait été intéressante à connaître afin d'argumenter ce point.

Une seule sage-femme a ajouté le fait que le tv avait un intérêt pour la rééducation périnéale : « *Ca peut être intéressant pour les femmes qui se plaignent de fuites urinaires.* » (SF8). Or les dernières recommandations du CNGOF nous exposent le fait qu'une rééducation périnéale est recommandée à partir de 6 à 8 semaines après l'accouchement, et seulement chez les personnes se plaignant encore à ce stade de troubles périnéaux ^[15]. Donc, un examen périnéal pour vérifier la résistance périnéale est inutile deux ou trois jours après l'accouchement.

A aucun moment de nos entretiens, le thrombus génital n'a été abordé. Selon le CNGOF, l'hématome puerpéral correspond à un clivage tissulaire, le plus souvent paravaginal ou vulvaire. C'est une pathologie rare mais extrêmement dangereuse nécessitant une prise en charge immédiate. Le diagnostic est tout d'abord symptomatique : une douleur exacerbée avec agitation. Le tv permet la confirmation du diagnostic. D'autres symptômes autres que la douleur qui peut être absente sont présent : souvent une fièvre, une anémie, des œdèmes des membres inférieurs, apparus plus tard dans le post-partum. Tous ces critères feront rechercher une masse pelvienne. Un contexte d'altération de l'état général a été soulevé par cette étude du CNGOF ^[6]. Le fait que cette pathologie n'ait pas été abordée peut s'expliquer par sa rareté, mais aussi par le fait que les symptômes apparaissent plus précocément après l'accouchement et qu'au moment de l'examen de sortie. Dans tous les cas, comme pour l'endométrite, le tv reste un élément diagnostique de la pathologie faisant suite aux différents signes cliniques cités précédemment.

Réactions des patientes à l'annonce du toucher vaginal

La première émotion ressentie par les patientes lors de l'annonce du toucher vaginal était l'appréhension selon toutes les sages-femmes interrogées de ce groupe. « *Quand tout est fini, elles ne s'imaginent pas forcément qu'elles vont encore avoir à subir un toucher avec les douleurs qui vont avec.* » (SF2).

Le stress est abordé en deuxième position.

En troisième position, les avis divergeaient. Certaines sages-femmes ont amené le fait que les patientes n'étaient pas forcément d'accord, qu'elles n'étaient pas enthousiastes lors de cette annonce, qu'elles éprouvaient même de l'angoisse, de l'anxiété, et au final certaines après l'examen se retrouvaient rassurées. Pour d'autres,

les patientes étaient soulagées à la fin de l'examen. « *Elles pensaient que ça ferait plus mal.* » (SF2).

Une petite partie des sages-femmes du groupe a relaté le fait de n'avoir jamais reçu de refus de la patiente dans l'évocation du toucher vaginal : « *Je leur explique pourquoi je le fais, que je le fais qu'à un seul doigt doucement, et c'est bien reçu.* » (SF4). « *Elles n'ont jamais refusé. Elles ont toujours accepté, elles pensent qu'il vaut mieux rentrer à la maison et s'assurer que tout va bien.* » (SF2).

Sur les sept sages-femmes de ce groupe, seulement trois expliquaient aux patientes que l'acte était fait pour vérifier l'absence de compresse dans le vagin. Elles se justifiaient par le fait que « *c'est une erreur d'oublier une compresse mais il faut l'admettre je pense* » (SF4). Les mêmes sages-femmes annonçaient aux patientes qu'elles vérifiaient la suture également.

Une des professionnelles dissimulait aux patientes la vraie raison de son acte : « *Je me sens mal à l'aise de leur dire ça.* » (SF6). Une autre expliquait surtout la manière dont elle allait effectuer le tv, expliquant également qu'elle vérifie le col. « *Si une douleur apparaît dans les culs-de-sac, c'est un signe d'infection* » (SF2). Cela montre que ce sujet est assez tabou.

Pour la majorité des sages-femmes, si la patiente était peu disposée à accepter le tv, elles s'abstiendraient de le faire. De manière générale, les patientes ne discutent pas un acte médical même quand elles y sont réticentes. Dans l'imaginaire de la population, nous pouvons dire que la relation soignant-soigné est encore à un stade de savant-ignorant et que le patient se remet entièrement aux décisions du soignant. Même si de nos jours, toutes les décisions doivent être prises en accord avec la patiente, les explications données pour pratiquer tout acte médical vont encore souvent dans le sens du soignant. Cependant, les témoignages montrent que certaines décisions médicales sont malgré tout de plus en plus remises en question par les patients. En effet, une des sages-femmes nous a relaté qu'elle avait eu plusieurs fois des refus suite à l'annonce du toucher vaginal.

La moitié des répondantes de ce groupe trouvaient important de notifier le refus dans le dossier médical de la patiente.

La majorité des sages-femmes interrogées n'avait jamais rencontré de patientes demandeuses d'un toucher vaginal. « *Elles se disent qu'elles ont accouché, qu'on ne les examinera plus.* » (SF4).

Deux sages-femmes ont quant à elles rencontré des patientes en attente d'un toucher vaginal : l'une des sf a mentionné le fait que lorsqu'elle proposait l'auto-surveillance plutôt que le tv, certaines patientes préféraient ce dernier. Pour la deuxième, une de ses patientes avait demandé un tv car celle-ci ressentait une pesanteur dans le vagin. « *Elle ne voulait pas regarder, mais elle avait une compresse en bas du vagin qui allait bientôt tomber.* » (SF9).

Parfois les patientes n'étaient pas en demande d'un tv particulièrement, mais d'un examen plus approfondi : « *est-ce que c'est parce que pendant deux jours elles ont été examinées et que le troisième jour on ne le fait pas, je n'en sais rien.* » (SF5).

Pour la totalité des répondantes, le tv n'était pas déclencheur d'interrogation supplémentaire. En effet, la plupart estimait que les questions qui auraient pu en ressortir telles que la reprise des rapports, la douleur, ou encore les fils de suture étaient exposées à un autre moment de la consultation, la plupart du temps au moment où la contraception était abordée. « *Je fais souvent l'entretien avant.* » (SF2) ; « *on en parle, mais pas à ce moment-là* » (SF1).

Quelques sages-femmes estimaient que cet acte n'était pas déclencheur de questionnements pour la patiente mais pour elles-mêmes : « *je leur explique mes conseils de sortie à ce moment-là.* » (SF4).

Origines des différences de pratique du toucher vaginal

La moitié des sages-femmes de ce groupe ont eu connaissance de cette pratique du tv systématique en suites de couches par les sages-femmes du service déjà en poste lorsqu'elles sont arrivées. « *On m'a demandé de le faire dans certains cas de figure, mais ne pas refaire de tv sauf si signe d'appel.* » (SF1)

« *Je me suis demandée pourquoi elles faisaient un tv quand je suis arrivée ici parce que c'était un peu flou.* » (SF4)

Pour le reste de la population interviewée, cette pratique leur a été transmise pendant leur formation initiale au moment de leurs stages : « *Mais on ne m'a pas*

enseigné le tv pour vérifier les compresses à l'époque, en tout cas ce n'était pas explicite. » (SF2).

Une sage-femme a soulevé le fait que de nos jours, la pratique du systématique ne devrait plus avoir lieu surtout dans notre profession où la clinique devrait primer. De plus, les tendances actuelles sont à la diminution du caractère invasif de nos pratiques. *« De nos jours, nous avons tendance à être de moins en moins invasif » (SF5).* En effet en 2014, de nouvelles recommandations de l'ACP (American College of Physicians) visaient l'examen gynécologique de routine (incluant le toucher vaginal) lors de la consultation gynécologique annuelle des femmes. Selon de nombreuses études, la précision du diagnostic avec le tv pour détecter notamment les infections était très faible. Ainsi, il ne présentait aucun intérêt pour les femmes ne présentant pas de symptômes ^{[16][17]}. Depuis, en octobre 2016, l'USPSF (US Preventive Services Task Force) s'est intéressé à ce sujet et en a conclu qu'il n'existait pour le moment pas assez de preuves scientifiques pouvant faire pencher la balance bénéfice/risque de cette pratique du toucher vaginal. ^[16] L'ACOG (American College Of Gynecologist) ainsi que le SYNGOF (Syndicat des Gynéco-Obstétriciens de France) se sont donc penchés sur la question. La pratique du toucher vaginal lors de l'examen gynécologique reste toujours en vigueur mais le « cas par cas » est de plus en plus pratiqué dans nos deux pays. Le fait qu'il n'y ait pas de recommandations officielles de la HAS sur le déroulement type d'une consultation gynécologique a été soulevé par le SYNGOF. Néanmoins, les femmes françaises sont plutôt en demande de cet examen de routine contrairement aux femmes américaines ^[16]. Ces études ne concernant que l'examen gynécologique annuel, elles montrent malgré tout que les tendances actuelles sont plus à la diminution des examens invasifs et que l'intérêt du toucher vaginal est de plus en plus discuté.

L'évolution des pratiques touche chaque individu à plus ou moins grande vitesse, selon les convictions, les priorités de chacun. Pour preuve, la pratique du tv seulement par habitude a été signalée par une sage-femme. L'absence de recommandations et de protocoles spécifiques à la maternité a été évoquée par plusieurs sages-femmes expliquant le fait que chaque professionnelle fait à sa manière. En effet, lors de l'élaboration de nos entretiens, aucun protocole n'était en vigueur dans le service de suites de naissance. *« Il n'y a pas de protocole instauré, pas de chose écrite qui dit qu'il faut qu'on fasse ça. » (SF5).* Nous pouvons nous demander pourquoi. Nous

pensons que, sachant que le tv est principalement effectué pour vérifier l'absence de compresses, il reste un sujet très tabou reflétant l'erreur du professionnel ayant oublié cette compresse. De ce fait, créer un protocole pour la pratique du tv expliciterait et mettrait en lumière le fait qu'une telle erreur pourrait se produire dans cet établissement.

Selon quelques sages-femmes, le fait que chaque professionnelle fasse à sa manière était fonction des expériences qu'elle avait pu vivre au cours de sa carrière, mais également des pratiques du service.

Quelques-unes ont mentionné le fait que chaque sage-femme avait ses propres convictions concernant la pratique du tv. Parmi elles, l'une avait évoqué le fait que chacun pouvait faire comme il souhaitait et avait également mis en avant le peu d'intérêt de ce tv expliquant ces disparités de pratiques.

Les exigences des médecins de l'établissement avec qui une réunion avait eu lieu suite aux récents événements concernant ces oublis de compresses ont été mises en avant : « *Ici, les médecins sont vraiment pour* » (SF9). « *Aujourd'hui je fais des touchers vaginaux parce que les médecins exigent qu'on le fasse, encore plus depuis la semaine dernière.* » (SF6).

La majorité des sages-femmes interrogées nous a fait part de l'intérêt minime du tv dans ce contexte. La deuxième partie de notre hypothèse peut ainsi être infirmée : les sages-femmes pratiquant le tv ne sont pas persuadées du bienfondé de cet examen même en l'absence de signes cliniques.

L'indépendance de l'exercice de la profession est ainsi discutée : le métier de sage-femme est une profession médicale, et cependant certaines s'estiment contraintes de pratiquer le toucher vaginal alors qu'elles n'y voient que peu d'intérêt. La plupart des sages-femmes exerce selon ses propres convictions et connaissances, mais parmi elles certaines se sont fait reprocher de ne pas effectuer de tv. La sage-femme doit prendre les décisions en fonction de son propre jugement sans subordination au médecin en dehors de toute situation pathologique. Un protocole de service s'établit après discussion collégiale des professionnels de santé concernés, en s'appuyant sur des recommandations officielles se basant sur des études récentes et sérieuses. Sans protocole, chaque professionnel peut pratiquer à sa manière et selon ses propres connaissances, comme cela a pu être rapporté à plusieurs reprises lors de nos entretiens.

La controverse autour des méthodes alternatives au toucher vaginal

Pour six sages-femmes du groupe, la première méthode alternative était d'effectuer un toucher vaginal systématique en salle de naissance pour les patientes sous péridurale. « *Ce qui permettrait de supprimer le tv en suites de couches.* » (SF5). « *Je n'en fais pas en systématique quand je suis en salle, mais je vais en faire. Je réalise l'intérêt maintenant.* » (SF5).

La patiente a encore les effets de la péridurale, donc ne ressent pas de douleur, cela permettant à l'examen d'être complet. En effet, le tv réalisé directement après permettrait de diagnostiquer un oubli de compresses tout d'abord, même dans les culs-de-sacs, mais également de vérifier l'intégrité de la suture, la bonne réalisation de celle-ci et la solidité des points. Ainsi, le tv à l'examen de sortie, deux à trois jours après, n'aurait plus aucun intérêt sauf si des signes cliniques inquiétants apparaissent. Il a été précisé que ce tv devait être notifié dans le dossier de transmissions pour la suite de couches, prouvant ainsi qu'il a été fait en salle de naissances et que la patiente remonte sans aucun risque de cette nature.

Celles pour qui le tv devrait être fait en sdn pensaient qu'il aurait fallu pouvoir inscrire dans le dossier que le tv avait été effectué afin de permettre de meilleures transmissions entre les services.

L'auto surveillance a été rapportée par deux sages-femmes comme méthode alternative au tv.

Le compte de compresses au moment de la réfection de la suture a été rapporté par une sf.

Sur les sept sages-femmes, quatre approuvaient le fait d'utiliser uniquement des souris (tampons que l'on insère au fond du vagin afin de ne pas être gêné par des saignements utérins au moment de la réfection de la déchirure) au moment de la suture. « *On ne peut pas oublier une souris.* » (SF9) ; « *Un protocole en amont qui dit de ne plus utiliser de compresses dans la réfection de la suture mais une souris, déjà tu as une partie du toucher en suites de couches qui est obsolète.* » (SF1). Cependant cette méthode avait également ses limites. « *Parfois quand tu satures tu as beau avoir une souris, tu as besoin de compresses pour tamponner. Et c'est celles-là que tu pourrais oublier.* » (SF1).

Une sage-femme pensait que ce n'était pas une bonne idée. « *Ce n'est pas forcément les compresses que l'on met au fond du vagin que l'on retrouve après.* » (SF5).

Parmi les sept sages-femmes, l'une a mentionné le fait qu'une souris insérée au fond du vagin à une patiente qui n'avait pas de péridurale était très douloureux, en comparaison à la douleur moindre qu'aurait provoqué un tv à J2.

Quelques unes ont avoué le fait qu'un tel protocole ne serait pas suivi : « *même si c'est protocolisé, tu n'arriveras jamais à ce que les gens fassent du systématique avec une souris.* » (SF8).

Pour la plupart des sages-femmes, la recherche de signes cliniques tels que la sensation d'une pesanteur dans le vagin ou des lochies modifiées n'était pas adaptée à la situation. « *...il serait plus pertinent à partir de J5* » (SF6).

Les sorties trop précoces influençant les difficultés de sensations, l'absence de signes cliniques évidents était une explication du faible intérêt de ce questionnement : « *c'est efficace, mais à retardement, pas à j2-j3* » (SF2) ; « *les pertes auraient été malodorantes certainement, mais à J2-J3 il n'y a rien qui en ressort, c'est trop tôt.* » (SF1) ; « *on pourrait passer à côté des pertes malodorantes qui pourraient arriver le lendemain ou le surlendemain.* » (SF5).

Les femmes avaient parfois une méconnaissance de leur corps ce qui rendait le questionnement inadapté. « *Je ne suis pas sûre qu'elles le ressentent vraiment.* » (SF8).

Pour la plupart des sages-femmes, le fait de créer un protocole spécifique pour chaque suture (par exemple, tv sur les épisiotomies et pas sur les éraillures ni sur périnée intact) n'était pas adapté au service de suites de couches. « *Ce serait bien, mais je pense qu'au fil des années on retendrait vers une dérive de chacun fait à sa manière.* » (SF5) ; « *Des protocoles j'en ai déjà rédigés des dizaines, et quand je vois comment ça se passe en pratique...* » (SF6).

Le fait de créer un protocole entraînerait de la systématisation dans les gestes qui n'était pas adaptée, laissant encore une fois la clinique de côté : « *le faire de manière systématique chez toutes les femmes, ce n'est pas la solution. Des compresses ont déjà été retrouvées chez une patiente qui avait un périnée intact* » (SF9) ; « *la clinique joue un rôle important aussi.* » (SF9).

La majorité des sages-femmes pensait que le fait de ne pas faire de toucher vaginal à l'examen de sortie était une bonne solution. « *On peut faire une autre surveillance qu'avec le toucher vaginal.* » (SF2) ; Cette solution a été justifiée par le fait qu'il n'existait aucune recommandation officielle concernant ce tv et ainsi qu'il n'était pas pertinent. « *C'est une pratique d'établissement. Ici nous sommes dans un endroit où on devrait le faire de manière systématique, on en a parlé suite aux événements récents avec les médecins, et ils veulent qu'on le fasse de manière systématique.* » (SF6).

Certaines se demandaient tout de même le retour par les sages-femmes libérales qui prennent le relai de ces patientes, pour celles qui n'ont pas été examinées. « *Ce serait intéressant d'avoir un retour sur les patientes.* » (SF1).

2. SAGE-FEMME PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL SYSTÉMATIQUE

Une seule sage-femme (SF7) sur les neuf interrogées pratiquait le tv de manière systématique chez toutes les femmes. Nous l'avons mise dans un groupe à part afin de faire ressortir les différences qui peuvent exister entre elle et les sages-femmes qui ne le pratiquent pas de manière systématique. L'intérêt principal de cette pratique, pour elle comme pour les autres sages-femmes interrogées, était de vérifier l'absence de compresses dans le vagin. Il permettait également de dépister selon elle une béance cervicale dans le cas d'une endométrite.

Elle expliquait cette systématisation de pratique par son histoire. « *Pendant que j'étais étudiante, une sage-femme libérale a retrouvé une compresse chez une patiente qui n'avait pas eu de tv à la sortie sur un périnée intact.* » (SF7). Cependant, elle nous a répondu qu'elle ne voyait pas d'intérêt clinique du tv en l'absence de signes évoquant une infection, et qu'ainsi l'intérêt principal était vraiment axé sur la recherche d'une compresse oubliée. « *On le fait juste pour vérifier l'oubli de compresses dans le vagin.* » (SF7). La sage-femme a précisé que lors de sa formation initiale, le tv n'était pas indiqué dans cet objectif. Lors de ses stages, il était pratiqué sauf sur les patientes avec un périnée intact. « *Normalement il n'y a pas eu besoin de suturer s'il y a un périnée intact donc normalement il n'y a pas eu de compresses dans le vagin.* » (SF7). C'est donc son expérience personnelle qui lui fait maintenir sa pratique systématique du

toucher vaginal. Le fait qu'elle pense qu'en soit le tv n'est pas utile pour toutes les patientes ne rentre pas en jeu dans l'exercice de son métier au quotidien.

Par ailleurs, les différences de pratiques entre chaque sage-femme étaient dues selon elle à l'expérience de chaque professionnel et la question de l'habitude a été évoquée. « *Il y a un mois, on m'a appelée parce qu'on pensait avoir trouvé une compresse alors que la patiente allait bien, aucun signe. Et effectivement il y en avait une.* » (SF7). Dans son expérience, elle a donc été deux fois au minimum confrontée à une compresse oubliée.

Pourtant, comme les sages-femmes du premier groupe, elle n'était pas totalement sûre de trouver une compresse oubliée lors de son tv. « *A 100% non je ne pense pas. Parce que si elle est vraiment dans les culs-de-sac et qu'elles ont mal...* » (SF7). Nous pouvons ainsi nous poser la même question que pour le premier groupe : pourquoi continue-t-elle de pratiquer le toucher vaginal, qu'elle effectue pour rechercher une compresse oubliée dans le vagin, alors qu'elle n'est pas sûre d'en trouver une ?

Cette sage-femme n'a jamais été confrontée à un refus vis-à-vis des patientes lors de l'annonce du TV à l'examen de sortie. « *Lorsque je leur annonce, elles sont compréhensives, compliantes.* » ; « *j'essaie de les mettre en confiance avant, je leur explique que si cela leur fait mal ce n'est pas mon but et j'arrêterai.* » (SF7). Elle n'abordait pas la recherche de compresses pour expliquer ce geste avec la patiente. « *Je leur dit que je m'assure que le col reste bien en place, qu'il n'y a pas de soucis de ce côté-là.* » (SF7). Le tabou est également présent chez cette sage-femme.

En ce qui concerne les solutions alternatives au tv à l'examen de sortie, une solution en amont, en salle de naissances, a été évoquée. « *Pour les patientes qui ont une péridurale, pourquoi ne pas faire un toucher après la suture. [...] et noter dans ce cas-là, tv fait.* » (SF7). Cette solution rejoignait celles évoquées par le premier groupe.

L'utilisation de souris n'était pas adaptée selon elle. En effet, parfois les compresses étaient tout de même utilisées pour éponger une déchirure qui saignait, et ainsi pouvaient être oubliées. « *Ce qui serait bien, c'est qu'en salle sur la feuille rose il y ait une case [...] qu'on soit sûr qu'après avoir fait ta suture, tu aies fait le tv et que ce soit notifié.* » ; « *il y a déjà eu des soucis de transmissions, il faudrait que ce soit clair.* » (SF7). Cette solution avait déjà été abordée par une des sages-femmes du

premier groupe : si le tv était fait en salle de naissances, il perdrait son utilité première à l'examen de sortie en suites de naissance.

Selon elle, la recherche de signes cliniques tels qu'une pesanteur dans le vagin ou des lochies modifiées, n'était pas non plus en accord avec le service de suites de naissances. Les patientes pouvaient être gênées par leur transit et ne pas vraiment connaître leur corps, ne pas savoir d'où leur venaient leurs douleurs.

Enfin, l'idée d'un protocole spécifique de la maternité pour chaque suture lui paraissait être adaptée. « *Ca éviterait que chaque sage-femme fasse à sa sauce.* » (SF7).

3. SAGE-FEMME NE PRATIQUANT PAS DE TOUCHER VAGINAL

Une autre sage-femme, la SF3, s'est détachée du groupe d'interrogées. Contrairement à la SF7, elle ne pratiquait pas du tout de tv à l'examen de sortie sauf si un signe clinique infectieux était présent, rendant le tv pertinent. « *Je n'y trouve pas d'intérêt. Alors bon, si jamais une dame a une température élevée, un gros utérus, des lochies un peu modifiées... [pause] Là, je vais les examiner, mais seulement parce que j'ai un doute cliniquement.* » (SF3). Pour elle, le seul intérêt de ce tv à l'examen de sortie était de vérifier l'absence de compresses vaginales. Selon elle l'intérêt était faible car même en faisant cet examen, il n'y avait pas de certitude de trouver une compresse dans le vagin. « *On peut tomber sur une compresse mais pas toujours, car le tv est parfois très difficile elles sont parfois crispées.* » (SF3). « *Tu arrives à peine à rentrer les doigts, qu'est-ce que tu veux trouver, si la compresse avait été au bord du périnée elle l'aurait perdue naturellement. Donc pour moi c'est réglé ça.* » (SF3)

La SF3 qui avait 15ans d'expérience de suites de couches a exprimé son point de vue quant aux différences de pratiques entre chaque sage-femme concernant le toucher vaginal. « *Moi, je me suis rendue compte que ça ne servait pas à grand-chose, que je faisais mal aux dames, alors j'ai du changer ma pratique.* » (SF3). Nous pouvons ainsi remarquer que l'expérience guide la majorité des sages-femmes dans leur pratique du toucher vaginal. Certaines qui faisaient fréquemment des tv ont diminué la

systématisation du geste, d'autres qui n'en faisaient pas ou peu, suite à des événements ont décidé d'en faire plus souvent.

De plus, pour elle les sages-femmes qui font des tv en systématique le font pour se rassurer. « *Je pense qu'elles ont besoin d'en faire comme un protocole.* » (SF3). « *C'est peut-être qu'elles ont l'impression que l'examen n'est pas complet, si le tv n'a pas été fait.* » (SF3).

Cette différence s'explique aussi selon elle par l'absence de recommandations officielles et de protocole instauré au sein de l'établissement, ce qui crée le cas par cas dans le service. « *Si la HAS nous dit un jour, nous avons vu que c'était mieux de le faire à la sortie et bien on le fera.* » (SF3). En Mars 2014, de nouvelles Bonnes Pratiques de la HAS s'intéressaient aux sorties de maternité après l'accouchement. Les paramètres de surveillances instaurés qui nous intéressent concernaient le risque infectieux (endométrite, plaie périnéale) et la cicatrisation du périnée. Quelques critères des patientes considérées comme à bas risque et pouvant ainsi sortir entre 72 et 96h étaient : « l'absence de complications ou pathologies nécessitant une observation, absence d'infection évolutive ou signe d'infection. »^[12]. Or nous avons pu voir que le tv n'avait pas un élément diagnostique d'infection ou autre pathologies du postpartum. Il n'est abordé à aucun moment dans ces recommandations.

Pour cette sage-femme, la clinique prime. Elle ne fait pas de tv de sortie mais met l'accent sur les conseils d'usage. « *Je pense qu'il faut surtout bien avertir les dames.* » (SF3) Notamment sur quand venir consulter, quels signes doivent les inquiéter...

Concernant la question de méthodes alternatives au tv, la professionnelle s'est demandé à ce moment si le tv était vraiment problématique. « *Ce n'est pas une pratique si invasive que ça, il faut relativiser ce n'est pas non plus traumatisant. Je ne pense pas que la dame en gardera un souvenir si terrible que ça.* » (SF3). L'idée d'un compte de compresses a été abordée avec cette sage-femme. Il était pour elle difficile de mettre en place un tel protocole dans ce service même si la réfection d'une suture vaginale reste le seul acte chirurgical où les compresses ne sont pas comptées. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le vagin est composé d'un orifice de sortie. « *La compresse peut tomber toute seule.* » (SF3)

La question d'un protocole spécifique en fonction de la suture n'était pas adaptée selon la professionnelle car chaque examen devait être réalisé en fonction de la

clinique. En effet, elle avait récemment effectué un tv à une patiente avec un périnée intact mais pour qui elle avait un doute clinique. Le fait de faire un protocole précis pour chaque suture par exemple n'était pas idéal. D'après elle, pour être exhaustif, il aurait fallu faire dans ce cas un tv à chaque patiente car elles pouvaient toutes potentiellement avoir une compresse oubliée, ce qui n'était pas pertinent.

Lors de l'entretien, la SF3 nous a posé une question à laquelle nous aurions aimé répondre : « *Sur combien de touchers effectués allons-nous trouver une compresse ?* » (SF3). Il aurait été intéressant de savoir la proportion de compresses trouvées par rapport au nombre de tv effectués chaque jour sur les patientes sortantes. Nos recherches auprès du DIM n'ont pas pu aboutir sur une réponse étant donné qu'il n'existe aucune cotation « compresse vaginale retrouvée » lors du classement des dossiers aux archives. Nous pensons que cela est malgré tout retranscrit dans le dossier médical mais aucun codage n'existait pour que nous puissions effectuer des statistiques.

4. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Points forts

La mise en œuvre d'une démarche qualitative par entretien dans cette étude qui avait pour ambition la recherche de sens auprès des enquêtées est pour nous un point fort. En effet, à travers les entretiens semi-dirigés, les questions étaient traitées plus en profondeur.

Limites

La principale limite de notre étude touchait le manque d'expérience concernant la pratique d'entretiens qui auraient pu entraîner des biais tels que des altérations intentionnelles de l'enquêteur, influences dues à l'enquêteur, erreurs du répondant qui n'a parfois pas compris notre question car peut être est-elle mal adaptée au contexte, des influences dues à nos attentes en fonction des réponses préalables, et enfin des erreurs dues à une exploitation insuffisante des résultats de l'exploration^[14]. De plus, le manque de littérature concernant la place et la pertinence du toucher vaginal en suites de naissances nous avait beaucoup freinés dans nos recherches. En effet, ce sujet plutôt tabou à la Maternité du CHRU de Nancy reflétait son manque de popularité au niveau

national et international : cela n'était pas discuté de manière explicite et a constitué une difficulté réelle dans nos recherches.

L'étude effectuée étant mono centrique, elle ne renseigne pas sur les autres pratiques.

5. PERSPECTIVES

Les perspectives de cette étude sont directement liées à notre objectif secondaire montrant qu'il existe des méthodes alternatives à la pratique du toucher vaginal. Nous souhaiterions communiquer les résultats de ce travail aux sages-femmes cliniciennes et coordinatrices des deux services concernés ainsi qu'aux médecins chefs de service. Cela permettrait d'évoquer les différentes méthodes alternatives proposées lors de nos entretiens et de montrer les avis des sages-femmes de ce service sur cette pratique.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de découvrir le sens porté aux touchers vaginaux effectués par les sages-femmes des services de suites de naissance. Lors de la passation de nos entretiens auprès de ces professionnels, la majorité des répondantes ne voyait aucun intérêt clinique et aucune pertinence à la pratique du toucher vaginal si aucun signe clinique inquiétant n'était présent. L'intérêt premier évoqué était la recherche d'une compresse oubliée dans le vagin suite à la réfection d'une suture périnéale après l'accouchement. La plupart des sages-femmes n'était pas certaine de sentir une compresse qui pouvait se trouver au fond du vagin. La difficulté de l'examen à cette période précoce du postpartum était une des causes évoquée.

Cependant en raison des habitudes installées mais aussi d'une demande (informelle) des médecins du service, le tv restait assez fréquent voire systématique il y a quelques mois encore. Malgré cela, la majorité des répondantes était prête à arrêter cette pratique si d'autres mesures moins contraignantes étaient proposées.

Le toucher vaginal a plus une valeur diagnostique et présente moins de pertinence en tant qu'examen de dépistage des infections et pathologies du postpartum. En effet, ces affections s'accompagnent de signes cliniques tels qu'une hyperthermie, des lochies modifiées, ainsi que des douleurs importantes. Les sorties de maternité sont cependant trop précoces pour déceler ces signes d'infections qui peuvent apparaître plus tard après le retour à la maison. Le tv n'est alors pertinent qu'en tant qu'examen complémentaire après détection de signes cliniques inquiétants.

De manière générale, le toucher vaginal a tendance à être de moins en moins pratiqué en obstétrique comme en gynécologie. Les dernières études et recommandations tendent à la diminution du caractère invasif de nos pratiques pour revenir aux éléments cliniques. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le Syndicat des Gynécologues Obstétriciens de France ainsi que quelques études internationales comme celle de l'American College of Physicians vont dans ce sens, malgré son utilité ponctuelle dans certaines situations cliniques.

. Depuis la passation de nos entretiens en décembre 2015, des mesures ont été prises dans ce sens et une note de service a été mise en place recommandant un toucher vaginal et un toucher rectal en salle de naissances après la réfection d'une déchirure

périnéale et précisant de le notifier dans le dossier médical. Le cas échéant, , aucun tv ne devra être effectué lors de l'examen de sortie en suites de naissances en dehors des cas justifiés par des signes cliniques d'infection des plaintes spécifiques de la patiente.

Le sens clinique est le cœur du métier de sage-femme, malgré les nombreux examens para cliniques mis à sa disposition. La sortie après un accouchement physiologique tend à être de plus en plus précoce et la tendance d'avenir est de la rendre ambulatoire. Certains pays d'Europe sont déjà dans cette mouvance, le sens clinique étant leur priorité. Il serait intéressant de nous inspirer de leurs expériences et de nous préparer au mieux aux changements à venir afin d'assurer un suivi de qualité et de sécurité pour nos patientes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lorioux R. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? [Mémoire de sage-femme]. [Angers] : Université d'Angers. Juin 2010. 82p. [en ligne] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331/document>. Consulté le 20 novembre 2014.
2. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet] Paris ; 2007. [Cité en Mai 2007]. Disponible sur <http://www.has-sante.fr>
3. TALAGAS M, LEDUC J. Module 2 : de la conception à la naissance. Cours complet. Coll DCEM, modules en schémas. Paris : ESTEM ; 2006.
4. Encyclopédie médicale. Post-partum. Medix, n.d. [En ligne] 2016. [cité le 15 Décembre 2016] Vol. 10 : [89p]. Disponible : http://www.medix.free.fr/cours/gyneco_c_017.php
5. CNGOF. Item 22 : Accouchement, Délivrance et Suites de Couches Normales. [Internet]. Paris, 2010-2011. [Cité le 2 Avril 2011]. Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_06.HTM#Promoteur
6. CNGOF. Extrait Des Mises À Jour En Gynécologie et Obstétrique. [Internet] Paris, 1998. [Cité le 2.12.1998] Disponible sur http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_06.HTM#Promoteur
7. Chevallier, M. Le toucher vaginal, ce geste... [Mémoire de sage-femme]. [Rouen] : Université de Rouen ; 2012. 95p. [en ligne]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas00742596/document>.
8. Ministère de la justice. Code Civil du respect du corps humain. Chapitre 2. Article 16-3 du 6 Août 2004. [en ligne] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>
9. Ministère de la Santé et Des Solidarités. Charte de la personne hospitalisée. Avril 2006. [en ligne] Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
10. American College of Physicians. Screening Pelvic Examination in Adult Women : A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. Annals of

Internal Medicine [en ligne] July 1, 2014. Volume (161). [environ 73p]. Disponible sur <http://annals.org/>

11. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, Sands KE, Livingston J, Shtatland ES, et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerging Infect Dis.* 2001 Oct;7(5):837–41 [DOI 10.3201/eid0705.010511]

12. Haute Autorité de Santé. Sorties de Maternité Après Accouchement. In *Recommandations Des Bonnes Pratiques Vol. Elements de chiffrage et analyses des données du PMSI*, Mars 2014 : 6-7 ; 21-23. [ISBN 978-2-11-138083-7]

13. NCCPC (The national Collaborating Centre for Primary Care). Post-Natal Care. Presented at the Routine Postnatal care of women and their babies, University of Leicester, 2006 July ; 45(2) :P120-126.

14. Régnier, JC. Méthodes qualitatives. Sciences de l'éducation [Internet]. [cité le 13 Septembre 2010]. Disponible sur : http://jeanclaude.regnier.pagesperso-orange.fr/joao_claudio/4PA16402/Entretien_biais.pdf.

15. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique / Post-partum (texte court) [Internet]. 2016 [Cité le 11 Avril 2016] p. 715–36. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>

16. Medscape. Suivi gynécologique de routine : pour ou contre le toucher vaginal? [internet]. 2014. [Cité le 11 Juillet 2014]. 2p ; Disponible sur : http://français.medscape.com/voirarticle/3600766#vp_1

17. Qaseem, A; Humphrey LL; Harris R et al, Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians . *Ann Intern Med.* 2014;161(1):67-72. [doi:10.7326/M14-0701]

Littératures consultées mais non citées :

- Sukcharoen N, Vasuratna A. Effects of digital cervical examinations on duration of latency period, maternal and neonatal outcome in preterm premature rupture of membranes. *J Med Assoc Thai.* Avril 1993;76(4):203–9.

- Lamy C, Zuily S, Perdriolle E, Gauchotte E, Villeroy-de-Galhau S, Delaporte M-O, et al. Prise en charge des infections du post-partum. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* Décembre 2012 ;41(8):886–903.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION.....	5
MATERIEL ET METHODES.....	9
1. TYPE D'ETUDE	9
2. POPULATION ETUDIEE	9
3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE.....	9
4. OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES	10
5. EXPLOITATION DU CORPUS :.....	10
RESULTATS ET DISCUSSION	11
1. SAGES-FEMMES PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL DE MANIERE OCCASIONNELLE	11
2. SAGE-FEMME PRATIQUANT LE TOUCHER VAGINAL SYSTEMATIQUE.....	22
3. SAGE-FEMME NE PRATIQUANT PAS DE TOUCHER VAGINAL	24
4. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	26
5. PERSPECTIVES.....	27
CONCLUSION.....	28
BIBLIOGRAPHIE.....	30
ANNEXES.....	34

ANNEXES

ANNEXE I

Annexe 1 : grille d'entretien réalisé auprès des sages-femmes

Je suis Margot BURGAUD, en 5^{ème} année à l'école de Sage-femme. Le but de mon mémoire est de récolter l'avis de sages-femmes de secteur mère-enfant sur la pratique du toucher vaginal à l'examen de sortie, afin d'en découvrir ses aspects et d'éventuellement de trouver des solutions alternatives à cette pratique.

- Selon vous, pourquoi sont réalisés les touchers vaginaux à l'examen de sortie ?

Cette pratique, elle vous a uniquement été enseignée ici ou alors lors de vos stages étant élève, à l'école... ?

- En l'absence de signes cliniques tels qu'une hyperthermie, une douleur utérine, des pertes très malodorantes, quel serait l'intérêt clinique de cette pratique ?

- Que pensez-vous des différences de pratique entre chaque sage-femme ?

- Quelles sont les différentes réactions des patientes quand vous leur annoncez l'acte que vous allez effectuer ?

- Et que leur dites-vous pour expliquer cet acte ?

- Lorsqu'une patiente est peu disposée à accepter cet acte, que faites-vous ?

- Avez-vous des anecdotes sur des patientes demandeuses ?

- Après que ce tv ait été fait auprès de la patiente, est-ce que certains ressentiments ressortent de sa part, du soulagement quant à la douleur qui n'était pas si terrible que ça, ou des sentiments plus négatifs ? Cela permet-il de poser d'autres questions qu'elles n'auraient pas posé si le tv n'avait pas été effectué, comme la reprise des rapports par exemple ?

- A chaque fois que vous effectuez un toucher vaginal, êtes-vous sûre de trouver une compresse ?

- Comment pensez-vous que l'on pourrait remédier à cette pratique du tv de manière aussi efficace ?

- Que pensez-vous du fait d'utiliser uniquement des souris au moment de la suture ?

- L'idée d'un questionnaire plus approfondi vous paraît-elle pertinente ? Comme une sensation de gêne au fond du vagin par exemple ?

- Que pensez-vous d'un protocole de la maternité qui serait plus spécifique sur la pratique : par exemple, toutes les épisiotomies faire un tv, toutes les déchirures simples aussi, périnée intact on ne fait rien ?

- Il y a des maternités où le tv n'est pas effectué sauf si des signes cliniques apparaissent, qu'en pensez-vous ? Sachant qu'il n'y a pas de recommandations officielles sur cette pratique.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de BURGAUD Margot - Année 2017

**Place et pertinence du toucher vaginal à l'examen de sortie
de suites de naissances à la maternité du CHRU de Nancy**

Entretiens réalisés auprès de 9 sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy

Introduction : Le toucher vaginal est encore réalisé à la maternité du CHRU de Nancy par la majorité des sages-femmes du secteur mère-enfant lors de l'examen de sortie. Alors que les tendances actuelles sont à la diminution des actes invasifs dans nos examens médicaux, nous avons voulu savoir quelles étaient les raisons et l'intérêt évoqués par les sages-femmes concernant cette pratique.

Matériel et méthodes : Une étude mono centrique avec des entretiens semi-directifs auprès de 9 sages-femmes sur les 13 actuellement en poste a été réalisée de novembre à décembre 2015.

Résultats : Pour la totalité des sages-femmes, le tv était principalement effectué pour rechercher une compresse pouvant avoir été oubliée pendant la réfection d'une déchirure après un accouchement par voie basse. Pourtant la majorité des sages-femmes n'était pas sûre de sentir une compresse si une s'y trouvait. Les signes cliniques évocateurs d'une infection sont typiques et reconnaissables mais sont souvent inexistantes au moment de l'examen de sortie. La pratique était toujours courante du fait des habitudes, des expériences, et d'une absence de protocole. Selon les praticiennes le tv n'avait pas d'intérêt clinique si aucun signe d'infection n'était apparu.

Discussion/Conclusion : Selon les sages-femmes interrogées, le toucher vaginal a un rôle de diagnostic de certaines infections mais pas un rôle de dépistage en l'absence de signes clinique. Il n'a donc pas sa place à l'examen routinier de sortie de suites de naissances. Des méthodes alternatives sont possibles comme la pratique du tv après la réfection de la suture en salle de naissances.

Mots-clés : toucher vaginal, postpartum, compresse, infection

Introduction : The cervical examination is still practiced in the maternity of the Nancy's CHRU, by most of the midwives working in the postnatal sector during the postpartum examination. While the current trends are to evict the invasive deeds in our medical exams, we wanted to know which were the reasons and benefit raised by them concerning this practice.

Materials and Methods : A single-centric study with semi-directive interviews with 9 of the 13 midwives working there was conducted from November to December 2015.

Results : For all midwives, the cervical examination was mainly performed to look for a compress that could have been forgotten during the repair of a tear after a low birth. But the majority of the midwives were not sure of feeling a compress there. The clinical signs suggestive of an infection are typical and recognizable but are often non-existent at the time of the exit examination Practice was still common because of habits, experiences, and lack of protocol. The cervical exam had no clinical benefit to them if no sign of infection appeared.

Discussion/Conclusion: According to the midwives, the cervical examination has a role to diagnose some infections but not the role of screening when there isn't clinical signs. So he has no interest in the postnatal examination. Alternative methods are possible like the practice of cervical exam just after the repair of the tear caused by a low birth.

Keywords : Cervical examination, postpartum, compress, infection

