



HAL
open science

Touchers pelviens avant et après une suture en salle de naissance : audit clinique auprès de 60 patientes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy en mars et juillet 2018

Léa Renaud

► To cite this version:

Léa Renaud. Touchers pelviens avant et après une suture en salle de naissance : audit clinique auprès de 60 patientes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy en mars et juillet 2018. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870467

HAL Id: hal-03870467

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870467>

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>



Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

RENAUD Léa

**Touchers pelviens avant et après une suture en salle de
naissance**

*Audit clinique auprès de 60 patientes ayant accouché à la maternité du
CHRU de Nancy en mars et juillet 2018*

Soutenu le 12 juin 2020

Directeur de mémoire : MACQUET Christine

Coordonnateur en maïeutique à la maternité du CHRU de Nancy



Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

RENAUD Léa

**Touchers pelviens avant et après une suture en salle de
naissance**

*Audit clinique auprès de 60 patientes ayant accouché à la maternité du
CHRU de Nancy en mars et juillet 2018*

Soutenu le 12 juin 2020

Directeur de mémoire : MACQUET Christine

Coordonnateur en maïeutique à la maternité du CHRU de Nancy

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements sont adressés à Mme Macquet, ma directrice de mémoire, pour le temps passé à concevoir ce projet et pour ses précieux conseils.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes, tout particulièrement Mme Bogusz, ma référente au sein de l'école pour son accompagnement durant ces années à l'école de sages-femmes.

Je tiens à remercier tous les professionnels de santé que j'ai eu l'occasion de rencontrer au cours de mes différents stages qui m'ont permis de me construire comme une future professionnelle. Je remercie en particulier Mme Gegout, sage-femme libérale qui m'a transmis l'amour du métier en milieu rural.

Je remercie mes amies de promotion pour ces années de formation partagées.

Je remercie également Antoine, ma famille ainsi que mes amis pour leur soutien constant et leurs encouragements.

GLOSSAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter de l'Anus

NHS : National Health Service

TV : Toucher Vaginal

TR : Toucher Rectal

SDN : Salle De Naissance

RCOG : Royal College of Obstreticians and Gynaecologists

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

NPSA : National Patient Safety Agency

CCAM : Classification commune des actes médicaux

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	1
GLOSSAIRE	2
SOMMAIRE.....	3
1. INTRODUCTION	4
2. MATERIEL ET METHODE	11
3. RESULTATS	14
4. DISCUSSION.....	25
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	34

1. INTRODUCTION

1.1. Lésions obstétricales périnéales

1.1.1. Epidémiologie

En 2016, selon le rapport de l'enquête nationale périnatale, incluant les femmes majeures ayant donné naissance à un enfant vivant en France, nous supposons un taux de suture périnéale d'environ 72,2%. En effet, le taux d'épisiotomie est de 20,1%, et celui des déchirures périnéales de 52,1% [1]. Le taux de suture est approximativement une addition des déchirures et des épisiotomies. Cependant le chiffre réel au niveau national n'existe pas car la suture des déchirures du premier degré n'est pas recommandée systématiquement [2]. A la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) du Nancy, nous notons pour l'année 2019 un taux d'épisiotomie à 1,17% et un taux de déchirure de 69,20%.

1.1.2. Classification

Les lésions obstétricales sont classées en fonction du type de tissu lésé. La classification retenue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est celle du Royal College of Obstreticians and Gynaecologists (RCOG) (Tableau 1) [2].

Tableau 1 : Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscleuse rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Tiré des recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), 2018

LOSA : Lésions obstétricales du sphincter de l'anus

Les recommandations pour la pratique clinique concernant la prévention périnéale en obstétrique ont pour but de limiter le nombre de lésions obstétricales du sphincter de l'anus [2].

L'épisiotomie est définie comme étant « une incision du pourtour de la vulve de manière à en agrandir l'orifice ayant pour but d'empêcher la rupture traumatique du périnée au cours de l'accouchement [3]. Elle peut être classée comme une déchirure du second degré car elle intéresse les muscles du périnée, sans atteinte du sphincter anal. Longtemps pratiquée quasi systématiquement, l'épisiotomie est en nette diminution aujourd'hui en France. C'est en 2005, les premières recommandations pour la pratique clinique émanent du collège national des gynécologues obstétriciens français [2] Nous notons qu'en 1998 le taux d'épisiotomie était de 55% toute parité confondue, contre seulement 20% en 2016 [1,4].

1.1.3. Lésions obstétricales du sphincter de l'anus

La prévalence des LOSA était de 0,8% en France en 2016 selon l'enquête nationale périnatale [1]. Nous avons relevé un taux de 1,1% à la maternité du CHRU de Nancy en 2019.

Le diagnostic des LOSA est à la fois primordial et compliqué. Il est recommandé juste après l'accouchement d'examiner le périnée à la recherche de LOSA (grade B). Il est également précisé qu'en cas de doute diagnostique, un second avis est nécessaire (grade C). Le diagnostic passe par l'examen clinique comprenant un toucher rectal. Il existe également la possibilité de réaliser une échographie endo anale. Selon le CNGOF, l'utilisation de l'échographie en salle de naissances améliore le diagnostic de LOSA lorsqu'il y a une déchirure de type 2 [2]. En pratique, il semble cependant compliqué d'utiliser après chaque accouchement l'échographie endo anale [5].

Le diagnostic des LOSA reste quelque chose d'assez peu courant et complexe pour les professionnels. La détection des LOSA est donc corrélée à leur formation (NP2), et l'expérience professionnelle permet d'améliorer le diagnostic (NP3). Le

CNGOF encourage la formation continue dans ce domaine. [2]. Par ailleurs, le diagnostic des LOSA serait différent en fonction du praticien selon Thubert et al. D'après cette étude française, la part de sages-femmes occultant ce diagnostic serait plus importante par rapport aux obstétriciens [5].

1.2. Place et pertinence du toucher vaginal de vacuité :

1.2.1. Les compresses oubliées

D'après le National Health Service (NHS England), l'oubli d'une compresse après un accouchement par voie basse est considéré comme un événement indésirable qui ne devrait pas exister. Il est classé comme un événement grave évitable [6]. Les conséquences citées par le NHS England sont les lochies modifiées, l'infection, l'hémorragie secondaire et les potentielles répercussions psychologiques sur la patiente. Dans le rapport national annuel concernant les incidents graves pouvant être entièrement évités, le NHS England affirmait qu'entre avril 2014 et mars 2015, sur 306 incidents, un tiers était la rétention d'un corps étranger. Les compresses oubliées après un accouchement par voie basse représentaient au total 12% des incidents graves évitables. Cela représentait 36 patientes en un an [6].

Suite à ces résultats, la National Patient Safety Agency (NPSA) a mis en place un plan d'action constitué de sept points afin de minimiser ces risques [7]. Nous y avons retrouvé la nécessité d'une procédure écrite pour le comptage des compresses ou écouvillons après chaque naissance, l'utilité de procéder à des audits de pratiques de comptages des compresses dans les maternités. L'éducation et la conscience des professionnels de leur responsabilité dans le compte du matériel utilisé étaient également cités. Enfin, les trois autres items correspondaient au signalement des incidents, à la diffusion de la procédure écrite ainsi que l'éventualité d'utiliser des compresses ou tampons détectables aux rayons X [7].

D'après une seconde étude américaine portant sur les facteurs de risque de rétention de corps étrangers après une chirurgie d'Atul et Al., 22% étaient retenus dans

le vagin après une suture périnéale [8]. Ils ont mis en évidence la chirurgie d'urgence comme étant un facteur de risque d'instruments et de compresses retenus. Ils ont considéré la suture d'une déchirure vaginale ou rectale après un accouchement être de la chirurgie d'urgence. La date médiane de détection était de 21 jours par l'examen clinique ou l'auto-examen [8].

Il s'agit donc d'un problème mondialement connu car nous retrouvons des statistiques dans différents pays et tous semblent connaître cette problématique qui a des conséquences négatives sur les patientes.

1.2.2. Toucher vaginal de vacuité

Le toucher vaginal (TV) de vacuité a pour but de vérifier l'absence de tout corps étranger au niveau du vagin, comme des compresses par exemple.

Il n'y a pas de recommandations pour la pratique professionnelle à ce propos. Cependant, nous retrouvons la mention d'un TV afin de vérifier qu'aucune compresse n'a été oubliée dans l'ouvrage des protocoles en gynécologie obstétrique du CNGOF [9].

Lors de nos observations durant les différents stages en milieu professionnel, nous avons observé une pratique commune, la réalisation d'un toucher vaginal en suites de couches, généralement lors de l'examen de sortie de maternité. Le but de ce toucher vaginal semblait assez vaste d'après les professionnels.

Dans le cadre d'un précédent mémoire d'une étudiante en maïeutique, des entretiens avec des sages-femmes de suite de couches au CHRU de Nancy en 2016 avaient montré que le but principal de cet examen était la recherche d'une éventuelle compresse oubliée dans un cul de sac vaginal après réfection du périnée dans le post partum immédiat [10].

Le toucher vaginal est un examen médical, qui de ce fait nécessite le consentement du patient avant d'être réalisé. D'après la loi Kouchner de 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé, le patient doit émettre son consentement après une information éclairée concernant la réalisation de l'acte en question [11-12]. Par ailleurs, nous savons qu'après un accouchement par voie basse 95 à 100% des patientes présentent des douleurs périnéales dans les 24 heures et entre 60 à 91% dans les 7 jours suivants [13-14]. D'après un tel constat, nous nous demandons comment un consentement éclairé peut être obtenu par la patiente pour la réalisation d'un examen dans le but de retrouver une compresse oubliée potentiellement plusieurs jours avant. La question du moment de la réalisation du toucher vaginal de vacuité était également au cœur du mémoire précédent réalisé à Nancy [10].

1.3. Protocole mis en place à la maternité du CHRU

En 2017, un protocole a été mis en place à la maternité du CHRU de Nancy suite au constat réalisé par une étudiante sage-femme dans son mémoire portant sur l'intérêt du toucher vaginal en sortie de suites de couches. [Annexe I] L'analyse d'un événement indésirable concernant une patiente revenue plusieurs jours après sa sortie de maternité aux urgences pour une infection suite à la perte d'une compresse à domicile a également motivé ce protocole [Annexe II].

Ce protocole est intitulé « les examens systématiques après une suture en salle de naissance ». Il stipule la réalisation d'un toucher rectal (TR) avant chaque suture afin de vérifier l'intégrité du sphincter de l'anus ; ainsi que sa réalisation après la suture pour s'assurer de l'absence de points transfixiants le rectum. Le toucher vaginal de vacuité doit être réalisé immédiatement après réfection de la suture à la recherche de compresses potentiellement oubliées dans un cul de sac vaginal. Il est précisé que le toucher vaginal de vacuité doit être réalisé en sortie de maternité s'il n'est pas mentionné dans le dossier sa réalisation en salle de naissance (SDN). Le but est de réduire le nombre de patientes avec un corps étranger dans le vagin suite à la suture, tout en diminuant le nombre de touchers vaginaux dans le service de suites de couches.

L'ensemble des touchers pelviens réalisés doivent être mentionnés dans le dossier médical de la patiente.

1.4. Objectifs et hypothèses de notre étude

1.4.1. Objectifs

L'objectif principal de notre étude était l'évaluation du protocole mis en place à la maternité du CHRU de Nancy portant sur les touchers pelviens avant et après une suture en salle de naissance.

Nos objectifs secondaires se concentraient principalement sur les éléments pouvant expliquer la non-réalisation de ces touchers pelviens. Nous nous sommes demandé s'il y avait des facteurs en lien avec la patiente, l'état de santé du nouveau-né, le professionnel réalisant l'accouchement et/ou la suture ainsi que l'organisation globale qui pouvait impacter la pratique des touchers vaginaux et rectaux. Nous nous sommes également interrogés à propos de la recherche de la vacuité vaginale, si elle n'est pas recherchée après la suture en salle de naissance est-elle recherchée pendant le séjour en maternité et à quel moment ?

1.4.2. Hypothèses

Au vu des pratiques observées au cours des différents stages constituant les études de maïeutique et de la littérature nous avons émis des hypothèses concernant nos objectifs. La recherche de la vacuité vaginale est effectuée de manière systématique en SDN. Cependant, comme précédemment cité, nous pensions que le diagnostic de LOSA n'est pas recherché après chaque accouchement et dépend du praticien ayant pratiqué l'accouchement. Selon la littérature, les sages-femmes font moins de diagnostic de LOSA que les médecins. Nous pensions également que la recherche d'une LOSA était liée au type de suture selon la classification internationale. En effet, il nous paraissait plus probable qu'un TR soit plus réalisé en cas de déchirure de type 2 par rapport à une déchirure de type 1.

La localisation de la déchirure semblerait également jouer un rôle compte tenu de l'objectif de l'examen réalisé ; nous pensons retrouver plus de TR si la déchirure se rapproche du sphincter de l'anus visuellement.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, rétrospective unilatérale centrée à la maternité du CHRU de Nancy sous forme d'un audit clinique.

Il s'agissait d'une analyse des pratiques concernant une note de service s'intitulant « les examens systématiques après une suture en salle de naissance » [Annexe I].

2.2. Population étudiée

Notre population comprenait les patientes ayant accouché à la maternité du CHRU de Nancy par voie basse et ayant bénéficié d'une suture périnéale.

Les critères d'exclusion étaient la césarienne ou l'absence de suture périnéale des patientes ayant accouché voie basse.

Les patientes incluses dans cette étude ont accouché en mars 2018, mois où l'on a comptabilisé le moins d'accouchements durant l'année 2018 ou en juillet 2018, mois où le nombre d'accouchements était le plus important.

2.3. Modalités de réalisation de l'étude

Nous avons formulé une demande d'exploitation des données du PMSI auprès du chef du pôle de gynécologie obstétrique de la maternité du CHRU de Nancy, Mr le Professeur Morel.

Nous avons ensuite pris contact avec le département des informations médicales du CHRU de Nancy afin d'obtenir la liste des patientes ayant bénéficié d'une suture périnéale. Nous nous sommes servis des codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) afin de formuler cette demande [15]. Nous avons retenu les codes suivants ; JMPA006 pour l'épisiotomie, JMCA001 pour la suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du rectum, JMCA002 concernant la suture immédiate de déchirure obstétricale du vagin, de la vulve et/ou du périnée, ainsi que

JMCA003 qui fait référence à la suture immédiate de déchirure obstétricale du périnée avec lésion du muscle sphincter externe de l'anus.

Nous avons obtenu une liste de 261 patientes, dont 110 pour le mois de mars et 151 pour le mois de juillet.

Afin d'obtenir des résultats significatifs il fallait inclure au minimum 30 patientes. Nous avons donc tiré au sort avec le logiciel Excel 30 patientes pour chaque période afin de les inclure dans notre étude. Après la communication au service des archives des 60 patientes incluses dans l'étude, nous avons pu aller consulter les dossiers sous forme papier pour recueillir les données nécessaires.

2.4. Outil de recueil des données

Le recueil de données s'est effectué à l'aide d'une grille préalablement construite [Annexe III].

La première partie portait sur le critère de jugement principal de cette étude. Il s'agit d'un critère composite contenant l'ensemble des touchers pelviens recommandés en salle de naissance à la maternité du CHRU de Nancy, soit un toucher rectal avant la suture ainsi qu'un toucher vaginal et rectal après sa réalisation.

Dans un second temps la grille nous a permis de relever les critères de jugements secondaires contenant parmi eux la réalisation du toucher vaginal réalisé en service de suites de couches, recommandé à Nancy si ce dernier n'a pas été réalisé en salle de naissance. Nous avons également relevé des critères relatifs à la mère, comme le terme au moment de l'accouchement, le mode d'accouchement, le type, localisation de la déchirure ainsi que la qualification de la personne l'ayant suturé, l'existence de complications immédiates au décours de l'accouchement comme l'hémorragie du post partum immédiat. Concernant le nouveau-né, l'Apgar à cinq minutes de vie a été retenu. L'heure des différents événements, l'activité globale du service ainsi que le changement d'équipe soignante ont été reliés à l'organisation du service.

Les informations liées au service de la salle de naissance ont été extraites des dossiers papiers que nous avons consulté au service des archives du CHRU. Le logiciel

informatique Dx Care nous a permis de recueillir les données concernant le service de suites de couches.

Les éléments obtenus ont été inscrits sur la grille informatisée. Nous avons utilisé le logiciel EPI Info 7 pour la construction de la grille ainsi que la saisie des données. Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente pour la transcription des données afin d'assurer la confidentialité.

2.5. Analyse statistique des données

Le logiciel EPI Info 7 a été utilisé pour l'analyse des données. Le test du Chi2 et le test de Fisher étaient les tests de comparaisons utilisés pour analyser les variables qualitatives. Un seuil à 5% comme seuil de signification ($p \leq 0,05$) a été choisi.

3. RESULTATS

3.1. Description de la population étudiée :

Nous avons totalisé 199 accouchements en mars et 258 en juillet 2018, en incluant les césariennes.

Notre population cible était constituée de 60 patientes, 30 ayant accouché au mois de mars 2018 et 30 au mois de juillet 2018. Elles ont toutes bénéficié d'une suture périnéale à la suite d'un accouchement par voie basse.

Le terme moyen au moment de l'accouchement était de 38SA et 4j (écart type = 2,68) ; ils se répartissaient entre 24 SA au minimum et 42 SA au maximum. Quarante-huit patientes ont accouché par voie basse non instrumentale soit 80%, les 12 autres ont eu un accouchement instrumental exclusivement par ventouse. Quarante-neuf patientes ont eu une délivrance dirigée complète, 10 une délivrance dirigée incomplète suivie d'une révision utérine et une patiente a eu une délivrance artificielle pour non-décollement placentaire.

Les pertes sanguines étaient en moyennes de 250 ml. Au total, 56 patientes ont eu des pertes sanguines totales inférieures à 500 ml, 4 patientes une hémorragie du post partum dont deux sévères avec des saignements supérieurs à un litre.

Concernant les sutures périnéales, 80% était du premier degré selon la classification retenue par le CNGOF [2], 11 sutures type 2 et une de type 3a avec atteinte du sphincter externe de l'anus (Graphique 1). Nous avons relevé également le type de tissu lésé puis suturé. La figure 1 représente la répartition des sutures en fonction de la classification du CNGOF ainsi que du type de tissu suturé. Pour 10 patientes, la nature du tissu n'était pas mentionnée dans le dossier ; elles sont représentées par la légende « localisation inconnue ». Les sutures comprenant de la peau et/ou des grandes et/ou petites lèvres sont représentées par « peau lèvres » dans le graphique. Si la suture intéresse plusieurs localisations différentes, elle apparaît dans le graphique pour l'ensemble des tissus.

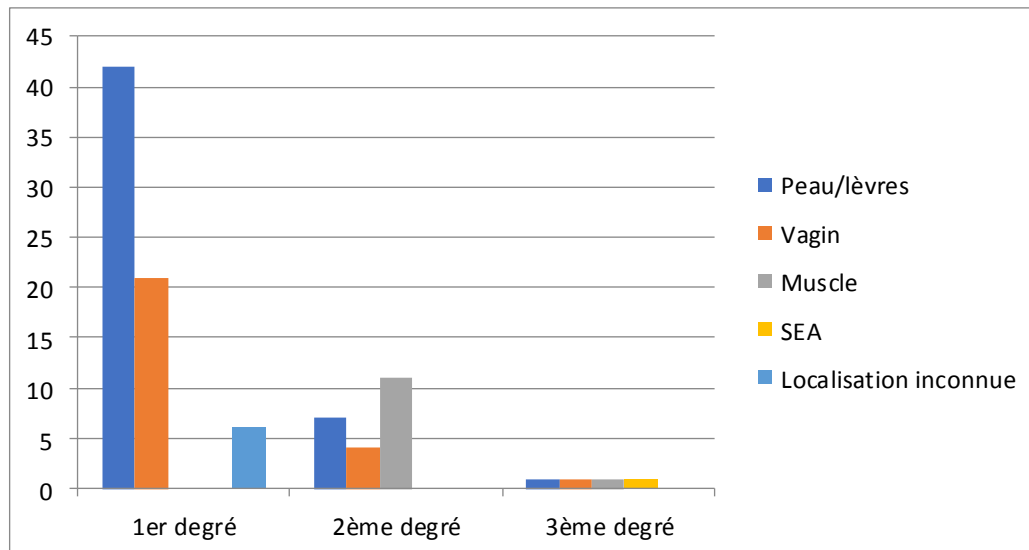


Figure 1 : Répartition des sutures en fonction de leur classification et du type de tissu lésé (n=60)

Nous avons constaté que 42 sutures ont été réalisées par une sage-femme, 15 par un interne et 3 par un sénior obstétricien.

L'Apgar de l'enfant à la naissance était en moyenne de 9,5 (écart type = 1,61) à cinq minutes de vie. Les scores retenus se trouvaient entre zéro et dix. Nous avons noté que l'Apgar coté à 0 correspondait à un enfant mort-né dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse.

Nous avons noté que 11 patientes ont eu un changement d'équipe soignante durant la période du post partum immédiat en salle de naissance.

3.2. Résultats principaux

Dans notre population cible (n=60), 48 patientes ont bénéficié d'un toucher vaginal de vacuité en salle de naissance. Ce taux est représenté dans la figure 2.

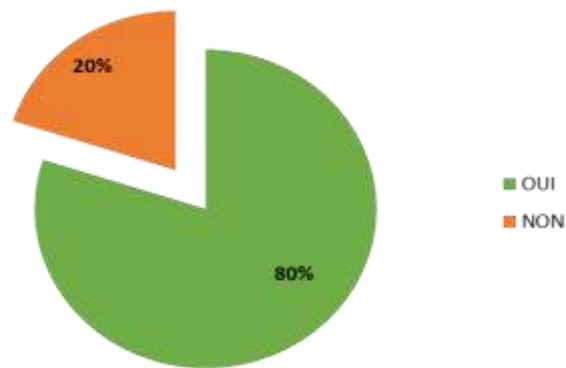


Figure 2 : Prévalence du toucher vaginal de vacuité en salle de naissance (n=60)

Treize patientes ont eu au moins un toucher rectal en salle de naissance sur l'ensemble de notre population cible. La prévalence du toucher rectal ainsi que le moment de sa réalisation par rapport à la suture des lésions sont représentées ci-dessous (Figure 3).

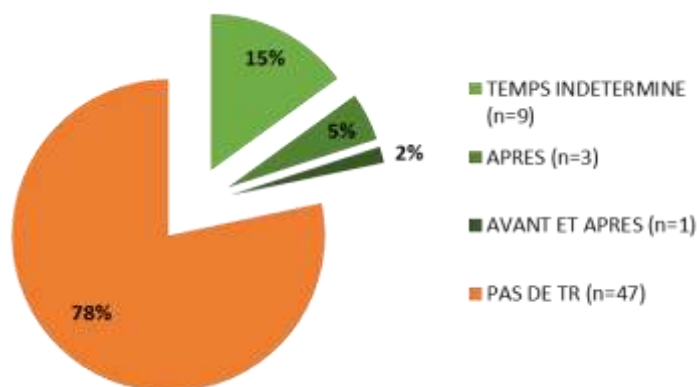


Figure 3 : Prévalence du toucher rectal en salle de naissance et moment de réalisation par rapport à la suture (n=60)

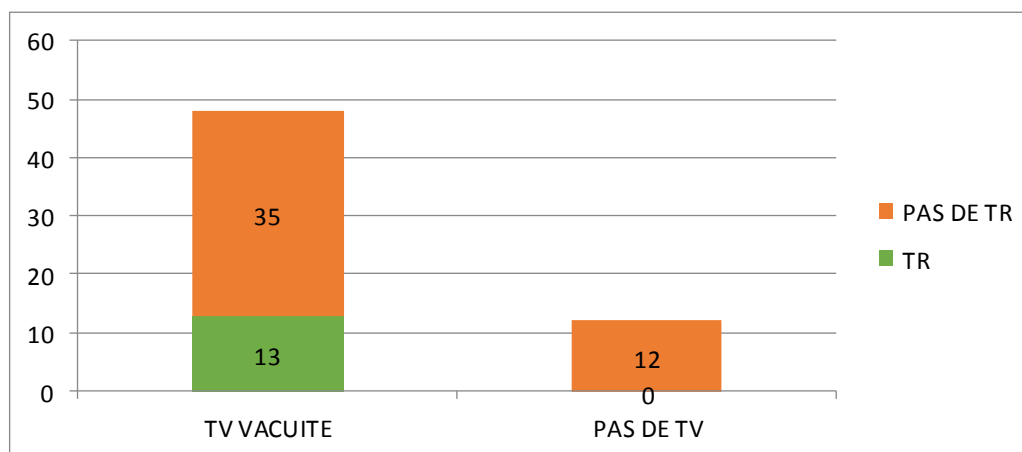


Figure 4 : Prévalence du TR en fonction de la réalisation du TV de vacuité en salle de naissance (n=60)

Au total, 13 patientes ont eu un TV de vacuité et un TR en salle de naissance. Nous avons noté qu'une seule patiente a bénéficié d'un TV ainsi que de deux TR, avant et après la suture en salle de naissance.

3.3. Résultats secondaires

La prévalence du TV en suite de couches en fonction de sa réalisation en salle de naissance est représentée dans le Tableau 2.

	<i>TV en suite de couches (n=4)</i>	<i>Pas de TV en suite de couches (n=56)</i>	
<i>TV en salle de naissance</i>	1 (2%)	47 (78%)	48 (80%)
<i>Pas de TV en salle de naissance</i>	3 (5%)	9 (15%)	12 (20%)
	4 (7%)	56 (93%)	60

Tableau 2 : Prévalence du TV en SDC en fonction de sa réalisation en SDN (n = 60)

Au total, nous avons observé que 4 patientes ont bénéficié d'un toucher vaginal en secteur de suite de couches.

3.3.1. Facteurs pouvant influencer la réalisation du TV en SDN

Dans un premier temps nous avons étudié des facteurs relatifs à l'organisation du service. Nous nous sommes intéressés à la charge globale du service par le biais du nombre d'accouchement total incluant également les césariennes. Le mois de l'année ou l'activité globale était la plus importante en 2018 était le mois de juillet et en mars l'activité était la moins importante de l'année.

La réalisation du TV en SDN en fonction de la charge globale de travail pour le personnel de SDN est représentée dans le tableau 3.

	TV n= 48	Pas de TV n = 12	Total
<i>Juillet</i>	21 (70%)	9 (30%)	30
<i>Mars</i>	27 (90%)	3 (10%)	30

Tableau 3 : Réalisation du TV en fonction du mois de naissance (n=60)

Nous avons remarqué de manière significative ($p=0,03$) une moindre réalisation du TV lors d'une activité globale du service plus importante.

Le changement d'équipe soignante entre le moment de réalisation de la suture et le moment des transmissions avec le service de suites de couches est représenté dans le tableau ci-dessous (Figure 5).

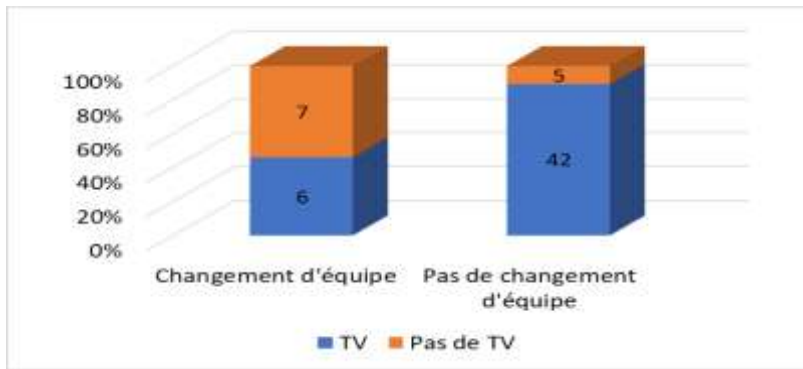


Figure 5 : Prévalence du TV en fonction d'un changement d'équipe entre le moment de la suture et le moment de la sortie de salle de naissance (n=60)

Nous avons souligné une différence significative ($p= 0,005$) de la pratique du TV en fonction d'un éventuel changement d'équipe soignante entre le moment de la suture et le moment de la sortie de la salle de naissance.

Dans un second temps nous avons relevé des facteurs liés à l'accouchement ainsi que la suture. La prévalence du TV en SDN en fonction du mode d'accouchement est représentée dans les figures 6 et 7.

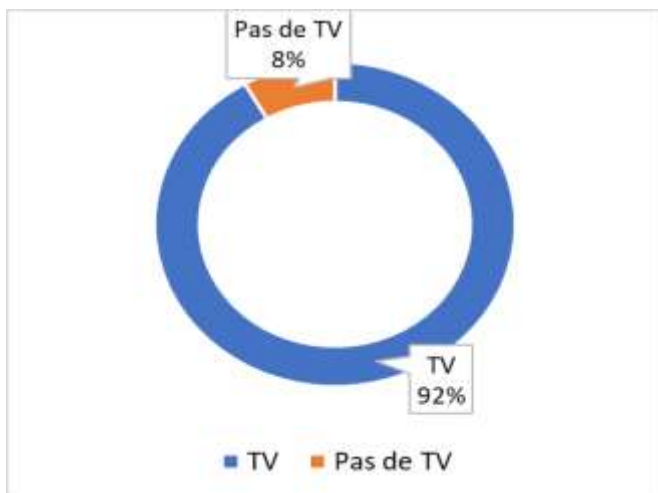


Figure 6 : Prévalence du TV lors d'un accouchement instrumental (n=12)

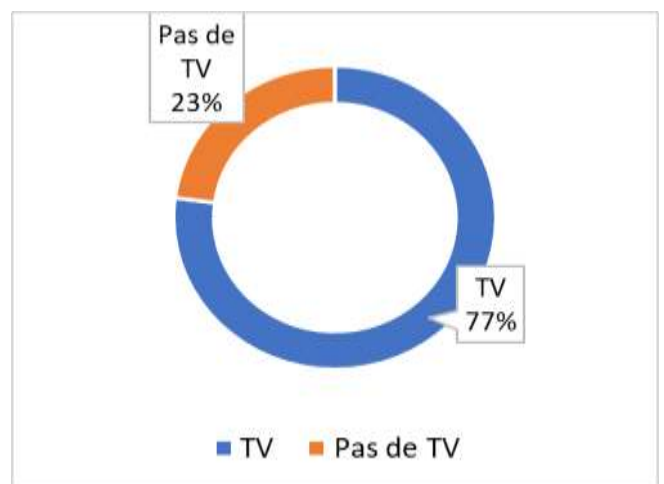


Figure 7 : Prévalence du TV lors d'un accouchement non instrumental (n=48)

Les résultats qui mettaient en relation le mode d'accouchement et la réalisation du TV en salle de naissance n'étaient pas significatifs ($p=0,14$).

Concernant la suture, notre intérêt s'est porté sur la qualification du personnel de santé l'ayant réalisé ainsi que du degré de la déchirure en fonction de la classification du CNGOF. La prévalence du TV en salle de naissance en fonction du type de déchirure était représentée dans la figure 8. Les déchirures des 2èmes et 3èmes degrés ont été regroupées dans ce tableau afin de nous permettre de réaliser des tests statistiques.

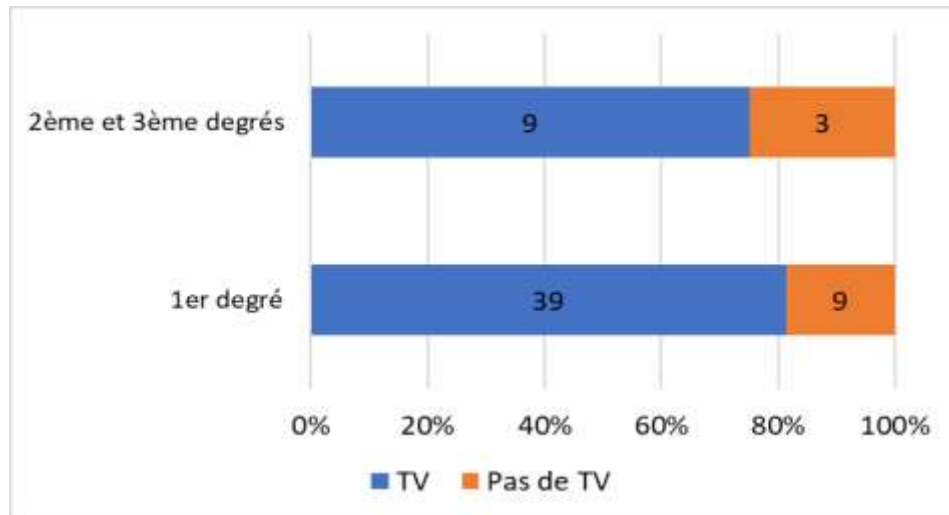


Figure 8 : Prévalence du TV en salle de naissance en fonction du degré de la déchirure selon la classification du CNGOF (n=60)

Les résultats représentés dans la figure 8 ci-dessus n'étaient pas représentatifs (p=0,3).

La réalisation du TV en salle de naissance a également été évaluée en fonction du personnel soignant. Nous avons séparé sages-femmes et internes/gynécologues obstétriciens. Ceci a été représenté à l'aide des figures 9 et 10.

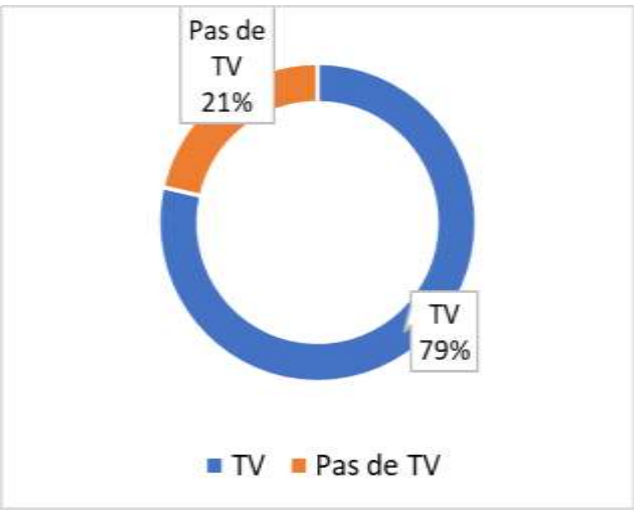


Figure 9 : Prévalence du TV en salle de naissance suite à une suture réalisée par une sage-femme (n=42)

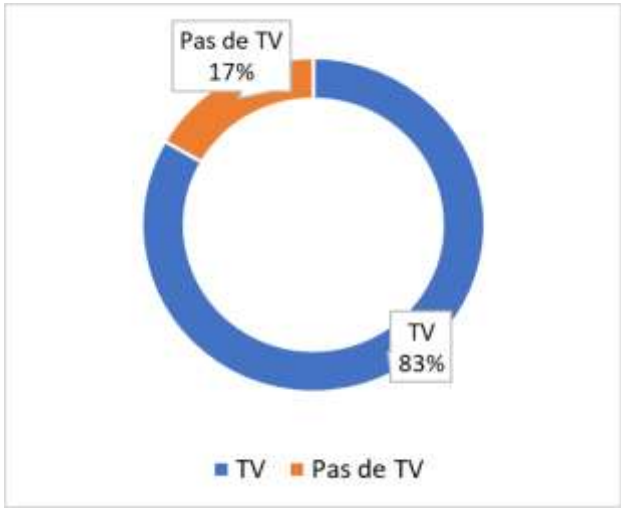


Figure 10 : Prévalence du TV en salle de naissance suite à une suture réalisée par un interne ou gynécologue obstétricien (n=18)

Ces résultats n'ont pas montré une différence significative (p=0,3).

3.3.2. Facteurs pouvant influencer la réalisation du toucher rectal en salle de naissance

Nous avons relevé les mêmes caractéristiques liées à l'organisation du service que pour la réalisation du TV de vacuité, soit l'activité globale de la salle de naissance ainsi que le changement ou non d'équipe soignante dans le post partum immédiat. Les résultats sont présentés dans les figures 11, 12 et 13.

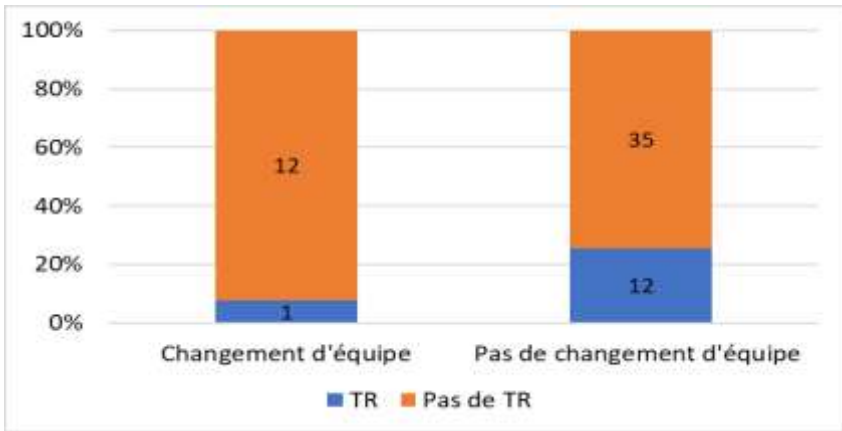


Figure 11 : Prévalence du TR en fonction d'un changement d'équipe soignante dans le post partum immédiat en salle de naissance (n = 60).

La figure1 montrait des résultats de façon non significative ($p = 0,09$).



Figure 12 : Prévalence du TR au mois de juillet 2018 (n =30)



Figure 13 : Prévalence du TR au mois de mars 2018 (n = 30)

La pratique du TR était influencée par la charge globale de travail dans le service, étudiée par rapport au mois de l'accouchement ($p = 0,02$).

Les spécificités liées à la suture sont représentées dans les figures 14 et 15.

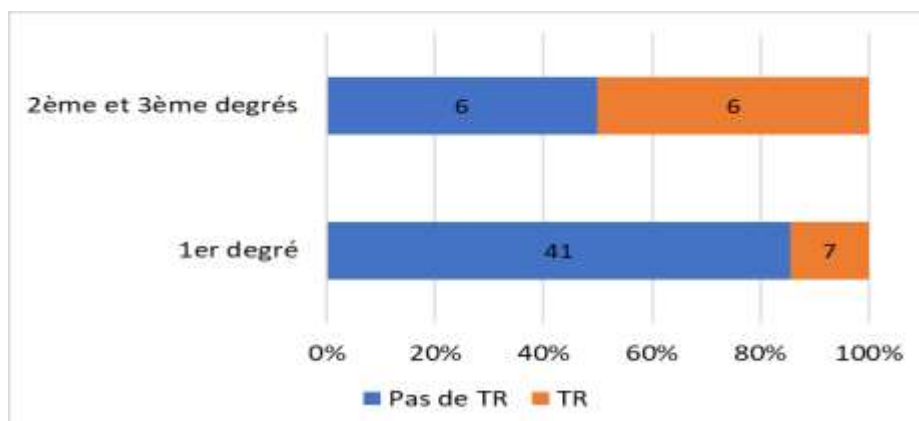


Figure 14 : Prévalence du TR en fonction du type de suture selon la classification du CNGOF 2018 (n=60)

De façon significative ($p= 0,008$) le degré de déchirure jouait un rôle important dans la réalisation d'un TR en salle de naissance (Graphique 13). Nous avons également

étudié l'impact de la localisation de la suture parmi les patientes ayant eu une déchirure du 1^{er} degré (Graphique 14).

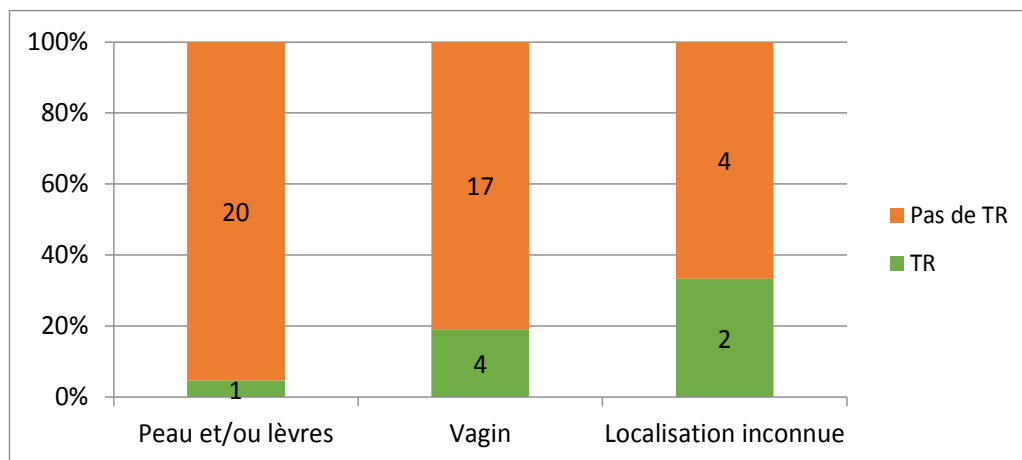


Figure 15: Prévalence du TR en fonction de la localisation de la déchirure de 1^{er} degré (n=48).

Les résultats montraient une différence significative (p= 0,01).

Nous nous sommes également intéressés aux pratiques des différents professionnels pratiquants des sutures obstétricales (Figure 16).

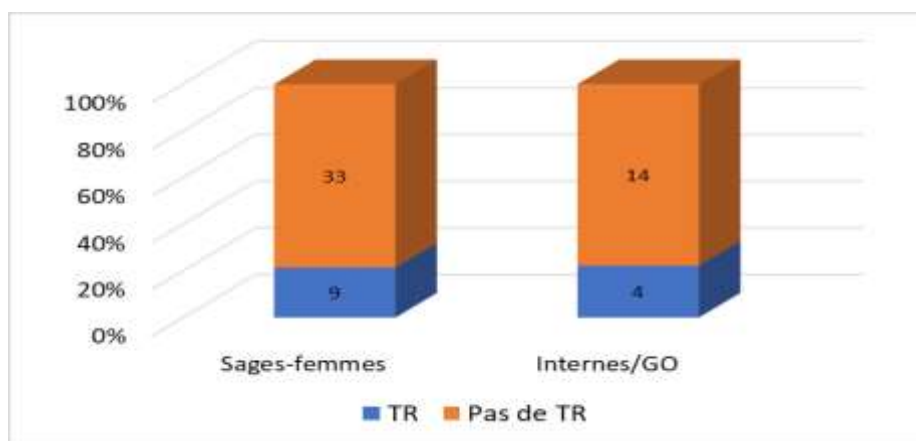


Figure 16 : Prévalence du TR en fonction de la personne ayant réalisé la suture (n=60)

Les résultats présentés dans le graphique ci-dessus n'ont pas révélé une différence significative (p=0,46)

Enfin, le taux de TR en fonction du mode d'accouchement est représenté dans la figure 17.

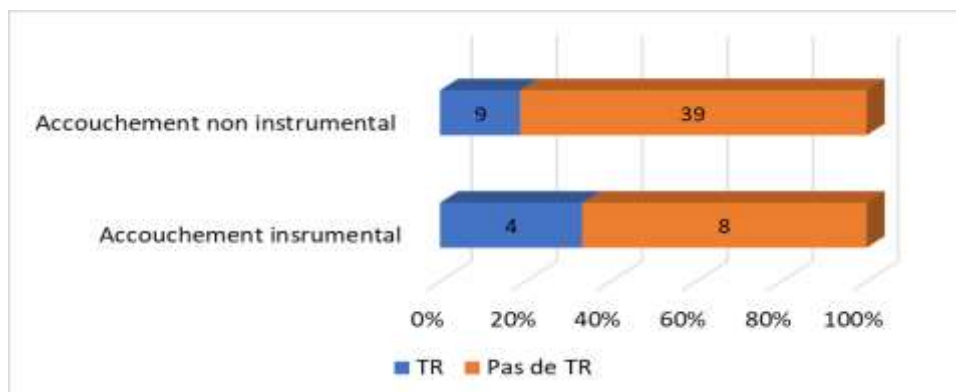


Figure 17 : Prévalence du TR en fonction du mode d'accouchement (n = 60)

Les données concernant la prévalence du TR en fonction du mode d'accouchement ne sont pas significatives. ($p=0,15$).

4. DISCUSSION

4.1. Rappel des objectifs et principaux résultats

Nous rappelons que l'objectif principal de notre mémoire était de définir la prévalence de touchers pelviens réalisés en salle de naissance après une suture périnéale. Les objectifs secondaires comportaient la réalisation du TV en suite de couche, ainsi que les différents facteurs jouant une possible influence sur les pratiques des touchers en salle de naissance. La conformité du protocole en vigueur au CHRU de Nancy était effective si la patiente bénéficiait d'un toucher vaginal de vacuité en salle de naissances ou en suite de couche s'il n'avait pas été réalisé avant, ainsi que deux toucher rectaux, le premier avant la suture et le second après cette dernière.

Dans la population que nous avons étudiée (n=60), une seule patiente a bénéficié du protocole recommandé. Nous avons relevé un taux global de TV de vacuité de 85% au cours du séjour à la maternité ainsi qu'une prévalence des TR de 22%.

4.2. Discussion des résultats

Parmi tous les critères relevés à l'aide de notre grille de recueil informatisée, certains n'apparaissent pas dans l'analyse des résultats. En effet, l'hémorragie de la délivrance concernait 4 de nos patientes soit 6,67%. Cette donnée concorde à la littérature, selon le CNGOF entre 5 à 10% des accouchements seraient suivis par une hémorragie du post partum [16]. L'Apgar de l'enfant à cinq minutes de vie était également non analysable par rapport à la réalisation des touchers pelviens car nous relevons d'après l'enquête périnatale de 2016 1,2% d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie ; rappelons que dans notre étude un seul enfant avait un Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie [1]. Enfin, le mode de délivrance n'a pu être analysé dans les résultats car nous avons relevé une seule délivrance artificielle.

Le TV de vacuité est réalisé en salle de naissance chez 80% des patientes incluses dans notre étude. Cependant, nous avons observé de nombreuses disparités concernant cette prévalence. En effet, plusieurs critères semblent avoir un impact négatif sur la réalisation du TV.

Dans un premier temps nous avons remarqué que toutes les patientes qui ont bénéficié d'un TV ont eu un TR. Il existait d'après le graphique 4 une corrélation entre la réalisation d'un TV de vacuité et d'un TR en salle de naissance ($p=0,01$).

Par ailleurs, le changement de l'équipe soignante constitue le facteur ayant le plus d'influence sur la réalisation du TV de vacuité en salle de naissances ; 46% en cas de changement d'équipe dans le post partum immédiat versus 89% lorsque c'est la même équipe soignante présente au moment de l'accouchement et des transmissions avec le service de suite de couches ($p= 0,005$). Le temps de transmissions est considéré comme une « macro-coupure » dans le processus de soins [17]. D'après Auroy Y, Bordier E, Grasser L *et al.* « Ces brèches ou ruptures peuvent être caractérisées comme des pertes d'information, des « ralentissements » dans la dispensation des soins voire des interruptions de soins, des soins non réalisés ou des soins réalisés à tort » [17]. Cette différence importante de résultats concernant le TV en salle de naissances pourrait de ce fait s'expliquer à la fois par une réalisation moins importante mais également par des transmissions écrite et orale de plus faible qualité de l'acte réalisé. De plus, à Nancy cet acte est tracé de façon informatisée via le logiciel Dx Care sur une fiche intitulée « fiche de liaison SDN » destinée à la sage-femme du service de suite de couche. C'est ainsi la sage-femme de salle de naissances responsable de la sortie de son service de la patiente qui rédige cette fiche et non celle qui a réalisé le toucher vaginal de vacuité.

Le second facteur jouant un rôle important semble être la charge globale de travail. En effet, au mois de mars 2018 90% des patients ont bénéficié d'un TV de vacuité en salle de naissances contre 70% au mois de juillet ($p = n 0,05$). L'activité a été volontairement choisie en incluant les césariennes afin de se rapprocher au mieux de la réalité. Cependant, nous savons que la charge globale d'un service de ce type est difficilement évaluable, et ne peut se limiter au nombre d'accouchements compte tenu de sa diversité des soins et de son caractère d'urgence. Aucun autre facteur ne semble rentrer en compte de façon significative concernant la réalisation du TV de vacuité en

salle. Nous notons tout de même une différence entre les accouchements spontanés et instrumentaux, où la prévalence du TV semble être plus importante lors d'un accouchement instrumental.

Au total, pour 80% des patientes le protocole concernant le TV de vacuité en salle de naissances a été respecté et pour 5 autres pourcents un TV de vacuité a été fait en rattrapage en secteur de suites de couches. Au total 51 patientes ont eu un TV de vacuité durant leur séjour au sein de la maternité soit 85% et nous notons ainsi que 15% de l'ensemble des patientes de notre population n'ont bénéficié d'aucun contrôle de la vacuité vaginale par TV.

Concernant les seconds touchers pelviens, recommandés selon le protocole du CHRU de Nancy, les touchers rectaux, nous avons relevé 22% de réalisation. Sa présence est corrélée à la réalisation d'un TV de vacuité ($p = 0,01$). En effet, aucune patiente n'a bénéficié d'un TR seul ; ainsi toutes les patientes ayant eu un TR ont eu également un TV. Tout comme pour le TV, les contraintes organisationnelles semblent jouer un rôle important dans la réalisation du TR. En effet nous retrouvons 10% de réalisation au mois de juillet versus 33% de réalisation au mois de mars ($p = 0,02$). Le changement d'équipe semble avoir également un impact non significatif ; 7,7% lors d'un changement d'équipe versus 25,5% lorsqu'il n'y a pas de changement d'équipe ($p = 0,09$).

Le facteur apparaissant comme le plus influenceur au niveau de la réalisation du TR est la classification de la déchirure selon le CNGOF. Nous remarquons 14,6% de TR suite à une déchirure de type 1 contre 50% de TR suite à une déchirure du second ou troisième degré ($p = 0,008$). De plus, si l'on considère uniquement les déchirures du premier degré, la différence de réalisation du TR est corrélée à la localisation de la déchirure ; 19% lorsque le vagin est touché contre 4,8% lorsqu'il s'agit de la peau et/ou des lèvres ($p=0,01$). En revanche, certaines études montraient qu'il y avait une différence de pratique entre sages-femmes et médecin à ce propos [5], nous n'avons pas réussi dans notre étude à obtenir des différences significatives.

Enfin, le taux de TV de rattrapage en suite de couche est seulement de 25% pour les patientes dont le TV n'a pas été réalisé en salle de naissance

4.3. Points forts et biais de l'étude

Nous pouvons relever le caractère rétrospectif de notre étude comme un point fort. Cela a en effet permis de limiter l'influence des pratiques des professionnels de santé en comparaison à une étude prospective. Cette étude sous forme d'audit clinique nous a donné la possibilité également d'avoir un certain nombre de résultats assez puissants pour être définis comme significatifs.

Nous avons cependant dénombré plusieurs biais dans ce travail. Le premier était le biais de traçabilité. En effet, notre recueil s'est effectué sur des dossiers papiers et informatisés. Tous les éléments non tracés ont été considérés comme non réalisés ; un manque de traçabilité engendre donc une moindre considération de la réalisation des actes. Les touchers pelviens sont résumés sur la fiche de liaison entre le service de salle de naissances et de suites de couches. Il s'agit d'un menu déroulant où sont notifiés « toucher vaginal » ainsi que « toucher rectal » où le professionnel de santé doit renseigner l'information suivante « fait » ou « non fait ». Nous n'avons pas trouvé de différenciation temporelle concernant la case « toucher rectal ». En outre, lorsque le moment de réalisation du TR était mentionné dans le dossier, il l'était sur le partogramme ou le résumé d'accouchement. Pour les IMG ou MFIU il n'existe pas de fiche de liaison entre les deux services, le partogramme étant réalisé de façon manuscrite, et la réalisation des touchers non précisée. Nous pensions également avant réalisation de cette étude que le niveau 3 de la maternité du CHRU de Nancy serait pour nous un biais vis-à-vis de la réalisation des TR par les sages-femmes. Effectivement, dans une maternité où internes et séniors d'obstétrique sont sur place, nous nous attendions à avoir plus de TR faits par ces derniers. Cependant notre étude ne nous a pas permis de conclure sur ce point.

4.4. Perspectives et axes d'amélioration

Nous avons réfléchi à des axes d'amélioration concernant ce protocole et sa réalisation en pratique par les professionnels de santé. Dans un premier temps l'objectif principal est d'avoir une meilleure prévalence du TV en salle de naissances. Au vu des éléments mis en évidence qui diminuent le taux de TV, une meilleure traçabilité des actes semble être cohérente. En effet, le protocole stipule de mentionner la réalisation du TV dans le partogramme sous la mention de « TV fait : pas de compresses retrouvées/ compresses retrouvées ». De même pour le TR, nous pouvons indiquer dans le partogramme la réalisation de ce dernier accompagnée de ses buts sous les formes « TR fait avant la suture : pas de LOSA/LOSA » ainsi que « TR fait suite à la suture : pas de points transfixiants/Points transfixiants ». Ceci permet de faciliter la rédaction de la feuille de liaison s'il y a eu un changement d'équipe entre la réalisation des touchers pelviens et la rédaction de la feuille de liaison. Or en pratique, nous avons remarqué que la traçabilité s'effectue pour la majeure partie des dossiers uniquement dans la feuille de liaison. Les résultats ont été transmis à la sage-femme coordinatrice de la salle de naissances du CHRU de Nancy. Un rappel concernant l'importance de la réalisation des touchers pelviens ainsi que leurs mentions dans le dossier des patientes sera effectué par ses soins.

Dans un deuxième temps, l'objectif est d'améliorer le nombre de TV de vacuité en suites de couches uniquement pour les patientes n'en ayant bénéficié en salle de naissances. Notre but étant de réduire le nombre de patientes quittant la maternité sans vérification de la vacuité vaginale. Ce TV fait partie de l'examen de sortie de l'accouchée dans le cas où il n'a pas été réalisé avant et doit être mentionné dans le dossier informatisé comme le reste de l'examen clinique. En collaboration avec la sage-femme coordinatrice du service de suites de couches, nous avons commencé une procédure avec le service informatique afin de changer la fiche de sortie de maternité à remplir sur Dx Care. En effet, aucune mention de TV n'était apparente. Nous avons choisi de faire apparaître les mentions « TV fait en salle » avec une case oui/non correspondante, de même avec « TV fait en suites de couches » oui/non indiqué. Cela va permettre aux sages-femmes faisant la sortie de la patiente une meilleure traçabilité

de l'examen s'il est fait en suite de couches, ainsi qu'un outil mnémotechnique afin de penser à aller vérifier si le TV à été réalisé en salle de naissances.

De plus, l'intérêt du TV de vacuité étant comme son nom l'indique de vérifier la vacuité vaginale en outre l'absence de compresse utilisée lors d'un geste de suture au niveau périnéal. Le but principal étant de limiter au maximum les événements indésirables étant les pertes de compresses en post partum ainsi que toutes les complications associées. Il paraît donc intéressant d'élargir l'utilisation de souris et de tampons possédant une ficelle, dont l'oubli au niveau vaginal semblerait plus anecdotique. Le compte de compresses comme lors d'une chirurgie au bloc opératoire pourrait également être une solution alternative. Cependant, en France il n'existe pas de consensus à ce sujet. En effet, le CNGOF souligne qu'aucune publication n'a mis en évidence la pertinence du TV à la recherche d'une vacuité vaginale. Aucun argument scientifique n'est suffisant pour recommander le compte de compresses (accord professionnel) [18].

Nous notons depuis notre étude, un événement indésirable survenu en janvier 2020 au CHRU de Nancy. L'oubli d'une compresse a généré la ré hospitalisation d'une patiente à J8 pour une endométrite. Un changement d'opérateur entre l'extraction par ventouse et la suture d'une déchirure périnéale explique probablement l'oubli de TV. Les contraintes organisationnelles semblent être vraisemblablement un frein à la conformité de ce protocole.

CONCLUSION

Les touchers pelviens, vaginaux et rectaux pouvant être réalisés par un médecin ou une sage-femme ont de nombreuses indications. Nous nous sommes intéressés dans ce travail à ceux réalisés en post partum immédiat dans le contexte d'une suture périnéale. En effet, lorsqu'il y a une déchirure périnéale, le but du toucher rectal dans un premier temps est de vérifier l'intégrité du sphincter de l'anus, après réfection de la plaie son intérêt se porte alors sur la vérification d'absence de points transfixiants. Le toucher vaginal possède ici un rôle de recherche de vacuité vaginale et de l'absence d'un corps étranger laissé éventuellement pendant un geste technique.

Dans notre population contenant 60 patientes ayant accouché par voie basse et ayant bénéficié d'une suture périnéale à la maternité du CHRU de Nancy en 2018, le taux de TV de vacuité durant le séjour à la maternité était de 85% contre 22% de touchers rectaux. Nous avons mis en évidence différents facteurs jouant un rôle dans la réalisation des différents touchers pelviens. Le principal critère est lié au service de salle de naissances, il s'agit de la charge globale de travail et d'un éventuel changement d'équipe dans le post partum immédiat. Concernant le toucher rectal, l'élément le plus important est la suture ; son degré selon la classification du CNGOF ainsi que sa localisation.

Des mesures sont en cours depuis la réalisation de ce mémoire. En effet, la traçabilité des actes va être facilitée pour les différents professionnels de santé au niveau des logiciels informatiques utilisés au sein de la maternité.


BIBLIOGRAPHI

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	1
GLOSSAIRE	2
SOMMAIRE.....	3
1. INTRODUCTION	4
1.1. LESIONS OBSTETRIQUES PERINEALES	4
1.1.1. <i>Epidémiologie</i>	4
1.1.2. <i>Classification</i>	4
1.1.3. <i>Lésions obstétricales du sphincter de l'anus</i>	5
1.2. PLACE ET PERTINENCE DU TOUCHER VAGINAL DE VACUITE :	6
1.2.1. <i>Les compresses oubliées</i>	6
1.2.2. <i>Toucher vaginal de vacuité</i>	7
1.3. PROTOCOLE MIS EN PLACE A LA MATERNITE DU CHRU.....	8
1.4. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE NOTRE ETUDE	9
1.4.1. <i>Objectifs</i>	9
1.4.2. <i>Hypothèses</i>	9
2. MATERIEL ET METHODE	11
2.1. TYPE D'ETUDE	11
2.2. POPULATION ETUDIEE	11
2.3. MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	11
2.4. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES.....	12
2.5. ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES.....	13
3. RESULTATS	14
3.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :	14
3.2. RESULTATS PRINCIPAUX	15
3.3. RESULTATS SECONDAIRES	17
3.3.1. <i>Facteurs pouvant influencer la réalisation du TV en SDN</i>	18
3.3.2. <i>Facteurs pouvant influencer la réalisation du toucher rectal en salle de naissance</i>	21
4. DISCUSSION.....	25
4.1. RAPPEL DES OBJECTIFS ET PRINCIPAUX RESULTATS	25
4.2. DISCUSSION DES RESULTATS.....	25
4.3. POINTS FORTS ET BIAIS DE L'ETUDE	28
4.4. PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	32
TABLE DES MATIERES	33
ANNEXES.....	34

ANNEXES

ANNEXE I

	Examens systématiques suite à une suture périnéale en salle de naissance	
		Version 1
		Applicable le : mars 2016
Approbateur		
Dr Emilie GAUCHOTTE		

LES EXAMENS A REALISER EN SALLE DE NAISSANCE AVANT UNE SUTURE SONT :

- TR systématique afin de vérifier l'intégrité du sphincter anal externe.

Les examens à réaliser en salle de naissance après une suture sont :

- TV systématique afin de retirer une éventuelle compresse
- TR systématique afin de vérifier l'absence de points transfixiants

Ces gestes sont tracés dans le dossier médical, dans la synthèse d'accouchement (OB trace vue)

A la sortie du service de suites de couches, le médecin ou la sage-femme vérifie en cas de suture périnéale, que la réalisation du TV a été faite en salle de naissance. Dans le cas contraire, le TV fait partie de l'examen clinique de sortie de l'accouchée

ANNEXE II

Présents		Excusée
<ul style="list-style-type: none"> - Emilie GAUCHOTTE (PH responsable salle de naissance) - C. HECTOR (sage-femme SDN) - N. BOGUSZ (sage-femme coordinatrice du service postnatal) - C. MACQUET (Coordinatrice en maïeutique) 		- C. LATARCHE

Points abordés	Commentaires / Décisions
<ul style="list-style-type: none"> • Mme L. K. se présente à 2 reprises au SUGO à J5 et J7 de son accouchement, suite à une suture périnéale et la perte d'une compresse • L'examen clinique est sans particularité, Mme L.K. bénéficie d'une prescription de Colpotrophine, absence d'infection vérifiée à 2 reprises. La patiente signale qu'elle a décrit une sensation de pesanteur au cours du séjour dans le service postnatal • La suture a été réalisée suite à une extraction par ventouse, le séjour en suites de couche a été sans particularité, l'examen clinique de sortie était normal • Une étudiante sage-femme 5^e année effectue un mémoire sur l'intérêt du TV systématique en sortie de suites de couches 	<p>Le dossier est analysé par les personnes présentes, suite à une déclaration d'EI</p> <p>Il est décidé de procéder à la diffusion d'une note de service stipulant les règles de réalisation d'un TV à l'issue d'une suture en salle de naissance, qui sera tracé dans le dossier médical</p> <p>Un rappel sera fait sur la pratique d'un TR suite à la réfection d'une déchirure périnéale.</p> <p>Lors de l'examen de sortie en postnatal, le médecin ou la sage-femme vérifiera la mention du TV dans le dossier. Si le TV n'est pas tracé, il sera alors réalisé lors de cet examen</p>

ANNEXE III

numero	mois	
<input type="text"/>	<input type="radio"/> mars <input type="radio"/> juillet	
TVsdn	TVsdc	qualificationTV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TR	MomentTR	qualification TR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Terme	Mode accouchement	
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Mode de délivrance	REVISIONUTERINE	Pertes sanguines
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Degré suture	localisation suture	Qualification suture
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
changement équipe		
<input type="text"/>		
apgar5min		
<input type="text"/>		

Titre du mémoire : Touchers pelviens avant et après une suture en salle de naissances : *Audit clinique à la maternité du CHRU auprès de 60 patientes ayant accouché au CHRU de Nancy en mars et juillet 2018*

Résumé structuré (environ 250 mots)

Après un accouchement par voie basse, il est fréquent d'avoir recours à la suture périnéale. En effet le taux de déchirures obstétricales était de 52,1% et celui des épisiotomies de 20,1% toutes parités incluses d'après la dernière enquête périnatale française de 2016. Deux enjeux entrent en compte face à ces sutures périnéales, le diagnostic des lésions obstétricales du sphincter de l'anus, estimées à 0,8% en France en 2016 et les complications liées, ainsi que la vacuité vaginale après l'acte médical de suture. Au CHRU de Nancy un protocole a été mis en place en 2017 intitulé « les examens systématiques après une suture en salle de naissances ». Nous avons mené une étude sous forme d'audit clinique auprès de 60 patientes ayant accouché par voie basse au CHRU de Nancy en mars et juillet 2018. L'objectif principal était d'évaluer la prévalence des touchers vaginaux de vacuité et rectaux réalisés suite à un accouchement voie basse ayant nécessité une suture périnéale. Les objectifs secondaires visaient à comprendre des facteurs pouvant faire varier les taux de réalisation des touchers. Au total, dans notre population constituée de 60 patientes, 85% ont bénéficié d'un TV de vacuité au cours du séjour à la maternité. Pour 80% des patientes la vacuité vaginale est vérifiée en salle de naissances contre 5% lors de la sortie de la maternité. Concernant le toucher rectal 22% des patientes en bénéficie en salle de naissances ; Le facteur influençant principalement la réalisation des touchers semble être l'organisation du service par le biais de la charge de travail et d'un changement d'équipe soignante. Des mesures d'amélioration sont en cours afin de faciliter la traçabilité de ces actes aux équipes médicales.

Mots clés (3)

Suture périnéale, toucher rectal, toucher vaginal