



HAL
open science

Le vécu du toucher vaginal durant le travail : étude qualitative par entretiens semi-directifs à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022

Lucille Houth

► **To cite this version:**

Lucille Houth. Le vécu du toucher vaginal durant le travail : étude qualitative par entretiens semi-directifs à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04323410

HAL Id: hal-04323410

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04323410v1>

Submitted on 5 Dec 2023

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 METZ

Le vécu du toucher vaginal durant le travail
Etude qualitative par entretiens semi-directifs
à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022

Mémoire présenté et soutenu par
Lucille HOUTH
Née le 15 Février 1999

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 – 2022

Université de Lorraine
École de Sages-Femmes de METZ

Le vécu du toucher vaginal durant le travail
Etude qualitative par entretiens semi-directifs
à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022

Mémoire présenté et soutenu par
Lucille HOUTH
Née le 15 Février 1999

Directeur de mémoire : Laure Bernard
Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 – 2022

REMERCIEMENTS

Merci à ma famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements.

Merci à Laure Bernard pour ses précieux conseils et son aide durant ces deux années.

Merci à mon expert, Axel Cordovado, pour son aide et son intérêt à l'égard de mon étude.

ABREVIATION :

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

TV : Toucher Vaginal

NICE : National Institute for Health and Clinical Excellence

SOMMAIRE

ABREVIATION	5
INTRODUCTION, CONTEXTE	7
1. INTRODUCTION	7
1.1. TOUCHER VAGINAL : DEFINITION ET CONDITIONS DE REALISATION	7
1.2. RECOMMANDATIONS	8
2. LE CONSENTEMENT	9
2.1. DEFINITION	9
2.2. LA FORME DU CONSENTEMENT	10
2.3. TOUCHER VAGINAL ET CONSENTEMENT	11
3. LA PSYCHOLOGIE	11
3.1. L'ETAT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES FACE A LA NAISSANCE	11
3.2. L'INFLUENCE DES ANTECEDENTS SUR LE VECU DE L'EXAMEN	12
4. LE TOUCHER VAGINAL FACE AUX COMPETENCES SAGE-FEMME :	12
METHODOLOGIE	14
RESULTATS	16
1. LE VECU DU TOUCHER VAGINAL	16
2. LES CONNAISSANCES DES PARTURIENTES SUR L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL..	18
3. LES PREJUGES DES FEMMES QUANT A L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL.....	19
4. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE	20
5. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL SUR LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT	21
6. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL A DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT	22
DISCUSSION	24
1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	24
1.1. POINTS FORTS DE L'ETUDE	24
1.2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	24
2. LE VECU DU TOUCHER VAGINAL	24
3. LES CONNAISSANCES DES PARTURIENTES SUR L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL..	25
4. LES PREJUGES DES FEMMES QUANT A L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL.....	26
5. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE	27
6. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL SUR LE VECU DE L'ACCOUCHEMENT	28
7. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL A DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT	29
8. LA SAGE-FEMME FACE AU TV	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXE	35

INTRODUCTION, CONTEXTE

1. INTRODUCTION

1.1. TOUCHER VAGINAL : DEFINITION ET CONDITIONS DE REALISATION

Le toucher vaginal est un examen médical à visée diagnostic pratiqué exclusivement par les sages-femmes et les médecins. Il consiste à introduire un ou deux doigts d'une main dans le vagin afin d'examiner l'appareil génital féminin, après un lavage soigneux des mains et utilisation d'un doigtier ou de gants stériles. Il s'agit d'un examen en principe indolore. [1]

Lors d'un accouchement, il permet d'établir la progression du travail chez les parturientes. [2]

Cet examen permet également aux professionnels de santé de surveiller les modifications physiologiques du col de l'utérus de la femme durant le travail, comme sa position et sa consistance, ainsi que l'orientation et le degré d'engagement de la tête fœtale dans le bassin maternel. Le toucher vaginal durant le travail permet d'apprécier le délai de la naissance afin de prendre des décisions appropriées. [2] Il s'agit d'un examen peu coûteux et facile d'accès, d'où son utilisation très fréquente en France.

1.1.1. Indications

En obstétrique, le toucher vaginal est indiqué afin d'évaluer l'état du col de l'utérus : [3]

- Position, longueur, consistance, dilatation : éléments du score de Bishop
- Entrée en travail

Durant le travail, cet examen est essentiel : [3]

- Au dépistage d'une procidence du cordon ou d'un membre
- A l'évaluation de la dilatation cervicale et de la progression de la présentation
- Au dépistage de la variété de présentation

Le toucher vaginal permet également de faire un examen minutieux de l'état du bassin (promontoire, ligne innominée, arc pubien, épines) et de dépister une éventuelle malformation vaginale ou cervicale. [3]

1.1.2. Bénéfices, risques

Le toucher vaginal est un examen peu coûteux et facile d'accès.

Même si le toucher vaginal reste un examen indispensable, sa réalisation peut induire certains risques.

En effet, cet examen est contre-indiqué dans les situations suivantes : [3]

- Rupture prématurée des membranes, avant 34 semaines d'aménorrhées afin d'éviter un risque infectieux
- Métrorragies
- Placenta recouvrant afin d'éviter le risque hémorragique

1.1.3. Réalisation du geste

Certaines précautions doivent être prises avant la réalisation de cet examen :

- Informer la patiente et respecter ses désirs, son intimité
- Effectuer cet examen uniquement lorsqu'il est nécessaire afin de limiter au maximum les risques potentiels
- Respecter les normes d'hygiène, notamment le lavage soigneux des mains et le port d'un doigtier ou de gants stériles

En cas de rupture des membranes entre 34 et 37 semaines, cet examen doit être précédé d'un examen au spéculum afin d'effectuer des prélèvements du col de l'utérus à la recherche d'un syndrome infectieux.

Pour les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles, mutilations génitales (infibulation, excision) ou vaginisme, il est impératif d'agir avec discernement et de s'adapter à la situation.

1.2. RECOMMANDATIONS

D'un point de vue clinique, les recommandations évoluent. Une question persiste : à quelle fréquence cet examen doit-il être réalisé durant le travail ?

1.2.1. Rappels : les différents stades du travail

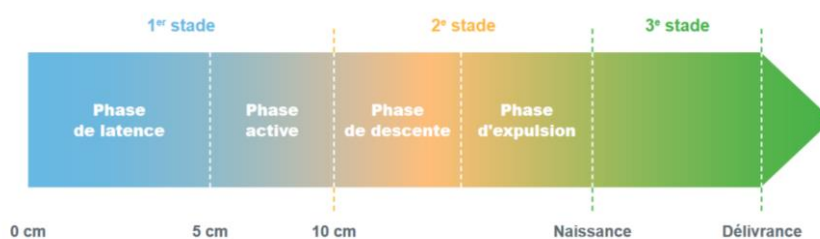


Figure 1 : Les différents stades du travail [4]

Le travail se compose de trois stades. Le premier stade s'étend de l'entrée en travail à la dilatation complète. Il est lui-même divisé en deux phases : la phase de latence allant de l'entrée en travail à cinq centimètres de dilatation, ainsi que la phase active qui s'étend de cinq centimètres à dilatation complète.

Le deuxième stade s'étend de la dilatation complète à la naissance de l'enfant. Il est également composé de deux phases : la phase de descente et la phase d'expulsion.

Enfin, le troisième stade s'étend de la naissance de l'enfant à la délivrance.

1.2.2. Dans le monde

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un toucher vaginal toutes les quatre heures pour la surveillance du premier stade du travail. [5] Il n'est pas nécessaire d'intervenir cliniquement si le travail progresse physiologiquement.

Certains professionnels rapportent notamment qu'un toucher vaginal toutes les deux heures permettrait de nombreux avantages :

- Diminution du risque infectieux, diminution du nombre de césarienne
- Diminution du stress pour la patiente
- Allègement de la charge de travail pour les professionnels. [6]

Examinons la situation dans d'autres pays. En Nouvelle Zélande, la sage-femme prend en charge entièrement une femme du début du travail à la fin de l'accouchement, les professionnels ne se relèvent pas. La sage-femme identifie lorsqu'il y a nécessité d'examiner la patiente et en discutent avec la femme selon la progression du travail et ses observations. Les soins sont individualisés et adaptées à chaque patiente. [7]

Au Royaume-Uni, la continuité des soins durant le travail est parfois amenée à être interrompue. En effet, ce n'est pas forcément la même sage-femme qui accueillera la patiente et qui l'accompagnera lors de son accouchement.

C'est pourquoi, il est recommandé de réaliser un toucher vaginal régulièrement, environ toutes les quatre heures, car plusieurs professionnels interagissent auprès de la patiente. [7]

1.2.3. En France

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de proposer un toucher vaginal à la femme toutes les deux à quatre heures lors du premier stade du travail. Il peut être réalisé avant à la demande de la patiente ou en cas de signes d'appels. [4]

Cependant, un grand nombre de sages-femmes pratique cet examen par habitude. [8] La plupart du temps, la surcharge de travail en salle de naissance ne leur permet pas de laisser plusieurs heures entre chaque examen. En effet, suivre le travail de cinq parturientes à la fois rend l'organisation du travail essentielle. De plus, certaines sages-femmes sont contraintes de devoir s'adapter aux protocoles de service mis en place. Il est aussi souvent effectué pour rassurer les parturientes qui sont demandeuses de connaître l'avancée du travail.

2. LE CONSENTEMENT

2.1. DEFINITION

D'après le Larousse, le consentement désigne l'action de donner son accord face à une action, à un projet. Le consentement doit être "*libre et éclairé*". « Libre » signifie qu'il ne doit pas être obtenu sous

la contrainte. L'adjectif « éclairé » signifie que le patient doit également donner son consentement après avoir reçu préalablement, du médecin ou de la sage-femme, une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation. [9]

L'Article 36 du code de déontologie (article R.4127-36 du code de la santé publique et article R.2131-1 Alinéas V du code de déontologie des Sages-Femmes) précise :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenue et informée, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection juridique sont définies à l'article R. 4127-42. » [10, 11]

2.2. LA FORME DU CONSENTEMENT

Le consentement du patient doit être donné de façon manifeste et claire, par oral. Il n'y a pas de formalisme en matière de recueil du consentement : l'expression du consentement du patient n'est pas subordonnée à l'établissement d'un écrit. [9]

Le patient peut, même en mettant sa vie en danger, refuser des soins ou retirer à tout moment son consentement. Ce droit au refus est prévu par la loi (article L.1111-4 du code de la santé publique).

2.2.1. Le refus de soins de la part du patient

Si le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse ce qui lui est proposé au risque de sa vie, le professionnel ne doit pas se satisfaire d'un seul refus. Il doit s'efforcer de le convaincre en lui apportant à nouveau toutes les précisions nécessaires, en s'assurant qu'elles sont correctement comprises. Le patient peut solliciter l'avis d'un autre professionnel.

Il peut être indiqué parfois, en cas de refus du patient, de lui faire consigner ce refus par écrit, ne serait-ce que pour lui signifier d'une autre manière la gravité de sa décision. Un tel document qui doit figurer au dossier ne décharge pas le professionnel de ses responsabilités mais peut attester que le patient a bien été informé.

La sage-femme ou le médecin réalisant l'acte doit respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de sa décision et de sa gravité. Dans tous les cas, le patient doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable, laquelle sera inscrite dans son dossier médical.

En cas de refus de soins de la part des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, susceptible d'avoir des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le professionnel

(médecin ou sage-femme) est autorisé à passer outre ce refus et à donner les soins indispensables. [9]

Sauf urgence ou impossibilité, la sage-femme, ou le médecin, doit alors consulter la personne de confiance ou la famille ou à défaut un des proches du patient avant d'intervenir.

2.2.2. Patient hors d'état d'exprimer son consentement

Dans le cas où tout retard serait préjudiciable au patient (urgence ou impossibilité de joindre qui que ce soit), le professionnel, médecin ou sage-femme, est autorisé à prodiguer les soins nécessaires à la survie du patient sans avoir obtenu le consentement requis habituellement. [9]

2.3. TOUCHER VAGINAL ET CONSENTEMENT

Pratiqué avec le consentement de la patiente, dans un contexte de soins avec des gants et par un professionnel de santé, il s'agit d'un acte médical. [1] Cependant, certains auteurs rapportent qu'il est parfois pratiqué « *à l'insu de la patiente* » [1]. « *C'est un fait qui pourrait être qualifié de viol* » [1], c'est pourquoi cet examen constitue un paradoxe. Beaucoup de femmes associent l'organe sexuel qu'est le vagin à une fonction sexuelle et de plaisir. Or, durant le travail et l'accouchement, il devient associé à la naissance. [7]

Multiplés sont les parturientes trouvant cet examen invasif avec parfois un manque de communication et d'explication [12]. En effet, pour les femmes, il s'agit d'un examen médical intime et intrusif. Certaines études montrent que le sentiment d'inconfort de cet examen pourrait être influencé par le genre de l'examineur, féminin ou masculin. [2]

Elles ont, de plus, peu de connaissances et d'informations précises sur cet examen et leur consentement est demandé parfois implicitement. [13] Or, ce dernier doit être systématiquement recherché car aucun geste, examen clinique, acte diagnostic ou de traitement ne peut être réalisé sans consentement libre et éclairé. [14,15]

Une information quant à l'examen doit être délivrée par le professionnel afin de recueillir le consentement libre et éclairé de la patiente. L'examen est ensuite réalisé en respectant la dignité et de l'intimité de la patiente. [2]

3. LA PSYCHOLOGIE

3.1. L'ETAT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES FACE A LA NAISSANCE

Pour la majorité des femmes, la naissance est un temps de transitions. Donner naissance est un événement majeur dans la vie des femmes et peut créer des émotions positives comme négatives. En effet, la naissance est un processus physiologique pouvant être influencé par la société, la culture ainsi que les émotions. Il s'agit rarement « *juste d'un acte biologique* ». [7]

3.2. L'INFLUENCE DES ANTECEDENTS SUR LE VECU DE L'EXAMEN

Pour certaines femmes vulnérables, ayant été victimes de violences sexuelles par exemple, le toucher vaginal peut être plus que simplement embarrassant, il peut causer un sentiment de perte de contrôle et avoir des conséquences psychologiques majeures. [7]

Lors d'un toucher vaginal, les femmes peuvent également se sentir impuissantes. Elles ont un sentiment de perte de confiance, « *le professionnel croie la science plutôt que sa propre connaissance de son corps* ». [7] Cependant, il est encore vrai qu'une grande partie des femmes ont une connaissance imparfaite de leur anatomie et plus précisément de leur anatomie sexuelle. [16]

4. LE TOUCHER VAGINAL FACE AUX COMPETENCES SAGE-FEMME :

Les sages-femmes ont un ensemble de connaissances propre à leur pratique. Il s'agit d'une combinaison de savoir, d'expérience et de jugement qui leur permet de surveiller le travail physiologique. [7] En effet, les sages-femmes utilisent les informations données par les femmes comme l'intensité, la fréquence et la régularité des contractions, afin de diagnostiquer l'entrée en travail. Cependant, elles considèrent que le toucher vaginal est également un examen médical à visée diagnostic permettant d'évaluer l'entrée en travail. C'est pourquoi le toucher vaginal durant le travail peut être considéré comme une intervention physique invasive du travail physiologique mais aussi comme un outil d'évaluation essentiel permettant de rassurer la femme et la sage-femme. [7]

D'après le code de déontologie de la profession sage-femme, aucun paragraphe n'est dédié au toucher vaginal.

Le toucher vaginal est réalisé de manière tant systématique qu'il ne figure même pas dans le référentiel des compétences sages-femmes, examen médical qui pourtant est au cœur du suivi du travail.

En France, un toucher vaginal est pratiqué chaque heure dans le suivi d'une parturiente en travail. Or, ceci n'est pas en accord avec les recommandations actuelles. Ainsi, il serait intéressant de recueillir les connaissances des parturientes quant au toucher vaginal :

- Utilité
- Fréquence
- Bénéfices
- Risques
- Recommandations, etc.

et de définir les blocages, préjugés des femmes face à cet examen. En effet, certaines femmes connaissant l'utilité et les recommandations propres à cet examen, pourraient en avoir un vécu positif. Il se pourrait que d'autres, n'ayant pas ces connaissances, souhaiteraient en avoir un plus régulièrement durant le travail afin d'être rassurées.

Allier les connaissances des parturientes ainsi que leur ressenti permettrait donc d'améliorer la pratique professionnelle, afin de permettre aux femmes d'avoir une information plus riche pour un vécu positif de leur accouchement. Entendre et recueillir le vécu des femmes quant à cet examen permettrait d'adapter l'examen du toucher vaginal à l'histoire de chaque femme afin qu'elle puisse vivre pleinement leur accouchement.

METHODOLOGIE

1. PROBLEMATIQUE

Comment est vécu l'examen du toucher vaginal par les parturientes ?

2. OBJECTIFS

2.1. BENEFICE DE L'ETUDE

Le bénéfice attendu de cette étude serait de proposer des axes d'amélioration afin de pratiquer l'examen du toucher vaginal adapté au vécu de chaque femme.

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL

Décrire le vécu du toucher vaginal par les parturientes.

2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

- Recueillir les connaissances des femmes quant à l'examen du toucher vaginal
- Définir les limites, blocages des femmes face à cet examen

3. HYPOTHESES

H1 : Les femmes ont un vécu positif du toucher vaginal

H2 : Les femmes ont des connaissances sur l'examen diagnostique qu'est le toucher vaginal

H3 : Les femmes ont des préjugés quant à l'examen du toucher vaginal

H4 : Les parturientes donnent leur consentement libre et éclairé à chaque examen

H5 : Le toucher vaginal influence le vécu de l'accouchement des femmes

4. MATERIEL ET METHODE

4.1. TYPE D'ETUDE

Etude épidémiologique qualitative multicentrique, par entretiens semi-directifs.

4.2. POPULATION D'ETUDE

4.2.1. Critères d'inclusion

Les primipares et multipares, accouchées ayant été examinées par toucher vaginal durant le travail ont été interrogées. L'accouchement était physiologique, à terme. Le suivi du travail et l'accouchement était entièrement supervisé par une sage-femme, aucun médecin n'est intervenu.

4.2.2. Critères de non inclusion

Les parturientes ayant eu un accouchement inopiné, les patientes ayant accouchées par césarienne programmée, les gestantes, les patientes ayant eu une déchirure complète et/ou compliquée ainsi que les patientes ayant eu des complications durant le post-partum immédiat n'ont pas été inclus dans l'étude.

4.2.3. Critères d'exclusion

Les patientes ne souhaitant pas répondre à l'enquête, les accouchées mineures ainsi que les parturientes présentant une barrière linguistique ont été exclus de l'étude.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal a été le verbatim des patientes à propos de :

- La description du vécu du toucher vaginal
- Leurs ressentis
- Leurs connaissances
- Leurs préjugés
- Leurs consentements
- L'influence du toucher vaginal sur l'accouchement

4.4. MODALITES DE RECRUTEMENT ET RECUEIL DES DONNEES

Treize entretiens ont été réalisés. Environ deux primipares et trois multipares ont été interrogées par lieu dans la première semaine du post-partum. Elles ont été sélectionnées aléatoirement le jour de l'entretien.

Chacun des 13 entretiens a duré en moyenne 15 minutes, accompagné d'un enregistrement audio avec accord préalable. Le guide d'entretien, en annexe I, a permis d'orienter l'interviewée grâce à des questions de bases et des questions de relances, tout en la laissant librement s'exprimer.

A l'issue de l'entretien, un rendez-vous a été proposé aux patientes environ 6 semaines après, afin de les réinterroger à distance de l'accouchement.

Les dialogues ont été retranscrits intégralement sous formes écrites et l'aspect comportemental a été énoncé (hésitations, mimiques, ...). Le recueil a été anonymisé.

4.5. GESTION DES DONNEES

Les données ont été codées en lien avec les critères de jugement.

4.6. PERIODE ET LIEU DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée de septembre 2021 à février 2022 dans trois centres en Lorraine :

- Une maternité de type I
- Une maternité de type IIB
- Une maison de naissances

5. OBLIGATION REGLEMENTAIRE / ETHIQUE

Les données ont été recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de la retranscription et du codage des entretiens.

Les données recueillies seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

RESULTATS

La population d'étude était composée de 13 femmes majeures âgées de 28 à 36 ans, avec une moyenne d'âge de 32 ans. L'ensemble des femmes interrogées ont accouché physiologiquement. Le post partum était également physiologique pour toute la population. Cinq femmes ont accouché dans une maternité de type I, cinq en maternité de type IIB et trois en maison de naissances. La population comptait six primipares, cinq deuxième pares et deux troisième pares. Sept accouchées ont été interrogées au deuxième jour du post-partum, deux ont été interrogées au premier jour et une femme a été interrogée au troisième jour. Les femmes ayant accouchées en maison de naissances ont été interrogées au cours de la première semaine du post-partum. Parmi population d'étude, trois femmes ont accouché sans péridurale.

Le niveau d'étude s'étendait du niveau bac au niveau d'études supérieures. Concernant l'orientation religieuse, six femmes n'avaient pas d'orientation religieuse, trois étaient musulmanes et quatre étaient catholiques. Trois femmes, parmi la population, ont subi des violences morales durant l'enfance, aucune n'ayant subi de violence sexuelle.

1. LE VECU DU TOUCHER VAGINAL

1.1. MATERNITE DE TYPE I

Deux des cinq femmes interrogées ont trouvé cet examen « *rassurant* » : « *j'étais contente de savoir que mon col de l'utérus avait mûri ou au contraire si ça stagnait j'étais un peu déçue* », « *j'avais peur qu'il soit trop tard pour la péridurale* » et le vivait comme un « *soulagement* » : « *maintenant je vais savoir où ça en est* ».

Pour l'ensemble des cinq parturientes, l'attitude de la sage-femme était « *professionnelle* », une des cinq femmes cite : « *elles m'ont vraiment bien aiguillé* ».

Concernant la douleur, pour deux des cinq interviewées, la douleur était « *supportable* » : « *c'est plus une gêne que vraiment une douleur* », « *c'est rien comparé aux contractions de l'accouchement* », « *j'aurais préféré qu'on me fasse un toucher vaginal pendant des heures plutôt qu'avoir quelques contractions parce que c'est rien* ». Tandis que pour une des cinq femmes, l'examen était « *douloureux* » avec une évaluation de la douleur via l'échelle numérique à cinq, six. Pour les deux autres parturientes, l'examen n'était pas douloureux.

Pour l'ensemble des cinq femmes, les règles d'hygiène étaient respectées. Concernant la fréquence des examens, la totalité des cinq femmes ont été examinées régulièrement avec une moyenne de cinq touchers vaginaux sur la durée du travail.

Pour une seule des cinq patientes, le vécu de l'examen a été comparé à celui lors de son premier accouchement. Son vécu n'est « *ni positif ni négatif* » car elle stipule : « *maintenant je sais comment ça marche* ».

1.2. MATERNITE DE TYPE IIB

Deux des cinq femmes ont trouvé cet examen rassurant : « *j'avais envie qu'elle me dise si je suis dilaté pour finir* », « *pas agréable mais rassurant* ». Une des cinq parturientes décrit un « *mauvais vécu* » de l'examen pour son premier accouchement : « *il y avait trop de monde, trop d'examens* » et décrit son vécu pour celui-ci en citant : « *toute façon y avait pas le choix* », « *elles ont beaucoup tendance à dire « décontractez-vous » mais ça n'aide pas* ». Une des cinq femmes décrit les examens comme « *un endroit qu'on ne préfère pas toucher* ». Une des cinq interviewées a comparé les examens avec celui du 9^{ème} mois qu'elle trouvait « *violent* » alors qu'en salle de naissances elle n'a pas trouvé celui-ci « *intrusif* ». Pour l'ensemble des femmes interrogées, l'attitude de la sage-femme était « *professionnelle* », certaines la décrivaient comme « *délicate* », « *valorisante, très communicante* ».

Concernant la douleur de l'examen, deux des cinq patientes l'ont trouvé non douloureux. Pour une femme sur les cinq, le toucher vaginal était « *assez douloureux* » avec une évaluation numérique de la douleur à cinq, six. Pour les deux dernières parturientes, la douleur était « *supportable* ».

Pour l'ensemble des cinq patientes, l'intimité et les règles d'hygiène ont été respectées et toutes les femmes étaient examinées régulièrement, « *environ toutes les 45 minutes* ».

1.3. MAISON DE NAISSANCES

Deux des trois parturientes ont un « *vécu positif* » de l'examen : « *c'était comme il fallait au bon moment* », « *ça me donnait une indication sur où est-ce que j'en étais* ». La dernière femme a présenté une hypertonie utérine durant son travail et a donc moins bien vécu l'examen : « *c'était infernal, autant pour elle que pour moi d'ailleurs* », « *un corps étranger n'était pas du tout le bienvenu* ».

Pour l'ensemble des trois patientes interrogées, une « *relation de confiance* » était instaurée entre elles et les sages-femmes et elles ont considéré leur attitude comme « *professionnelle* » : « *elle s'est toujours adaptée* », « *on y allait quand elle considérait qu'il fallait vérifier* », « *c'était totalement en adéquation avec la situation* », « *j'étais en sécurité émotionnellement* ».

Deux des trois femmes ont trouvé les touchers vaginaux indolores, contrairement à la dernière patiente l'ayant trouvé « *douloureux* » de par sa contractilité utérine intense : « *ça m'a pas traumatisé, je savais que c'était plus la douleur de mon corps que le toucher en lui-même* ».

Pour l'ensemble des trois mères, l'intimité et les règles d'hygiène ont été respectées. Enfin, toutes les interviewées ont eu des touchers vaginaux espacés : « *j'ai dû avoir deux à trois TV en dix heures de travail* », « *les TV étaient très espacés, j'en ai eu quatre en 18 heures* », « *je n'ai eu qu'un seul toucher à l'admission mais j'étais déjà à huit centimètres* ».

2. LES CONNAISSANCES DES PARTURIENTES SUR L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL

2.1. MATERNITE DE TYPE I

Quatre femmes sur cinq ont mentionné le col de l'utérus dans leur description de l'examen : « *c'est pour voir l'avancée du col* », « *ça sert à évaluer l'ouverture du col* », « *c'est pour voir comment le col se comporte de manière qualitative* », « *il sert à vérifier la maturation du col de l'utérus* ». Seules deux des cinq patientes ont fait référence à la progression du mobile fœtal : « *c'est aussi pour voir si le bébé est engagé dans le bassin* », « *voir comment le bébé arrive* », « *c'est pour aider à faire sortir le bébé* ». Une des cinq parturientes l'a défini de manière globale comme : « *le seul moyen de savoir où est ce qu'on en est* ». Seules deux femmes sur cinq ont défini le toucher vaginal comme un « *examen médical* » ou encore « *un acte médical* ».

Trois patientes sur cinq ont entendu ce terme pour la première fois en « *consultation de suivi gynécologique* », et l'une d'entre elles considère qu' « *on connaît ça depuis toujours finalement* ». Enfin, une des cinq interviewée en avait entendu parler à l'adolescence et une lors de sa première grossesse. Concernant les informations reçues durant la grossesse, deux femmes sur cinq n'en ont pas eu, tandis que trois en ont reçu en quantité « *brève* » : « *c'était une information brève mais que j'ai eu quand même, je savais que j'en aurais, [...] je n'ai pas été surprise* ». L'une d'entre elle considère que cela est « *normal* » car « *c'est quelque chose de banal, normal* ».

2.2. MATERNITE DE TYPE IIB

Quatre patientes sur cinq ont mentionné la dilatation cervicale dans leur définition du toucher vaginal : « *c'est pour connaître l'avancement de la dilatation et savoir si on est bientôt au bout* », « *voir si tout va bien* », « *si le col est bien ouvert, si le travail a commencé* », « *voir la dilatation* », « *vérifier et contrôler le col* ». Seules deux des cinq femmes ont évoqué le mobile fœtal : « *sert à faire arriver le bébé* », « *à sentir la tête du bébé, s'il est bien situé* ». Pour deux patientes sur cinq, il s'agissait d'un examen à visée informative : « *ça sert à savoir comment le travail avance car on n'arrive pas à s'en rendre compte* », « *c'est important car c'est le seul moyen de savoir, dans tous les cas il faut le faire, sinon on ne peut pas savoir* », « *on doit le faire, c'est pour nous, pour le bébé et on est rassuré après* ». Une seule parmi les cinq interviewées a cité le caractère médical de l'examen : « *examen médical de base pour voir si tout va bien* ». La même patiente dit ne s'y être « *jamais spécialement intéressé* » et mentionne le critère « *obligatoire* » de l'examen : « *c'est un examen obligatoire donc on s'y plie* ».

Deux des cinq parturientes ont entendu parler de cet examen pour la première fois au cours de leur suivi gynécologique. Pour les autres, se fut lors de leur première grossesse. Aucune des cinq femmes n'a reçu d'information quant à cet examen durant la grossesse.

2.3. MAISON DE NAISSANCES

Deux femmes sur trois ont mentionné le col utérin et l'avancé du travail dans leur description du toucher vaginal : « *vérifier le col, c'est la seule utilité pour les sages-femmes* », « *voir où en est le col [...] au moment où on arrive à l'endroit où on va accoucher* », « *constater l'avancée du travail* ». Aucune patiente n'a mentionné la progression du mobile fœtal.

Une des trois parturientes en avait entendu parler pour la première fois lors de sa première grossesse, pour une autre ce fut via les réseaux sociaux et les grossesses de son entourage. Concernant les informations délivrées durant la grossesse, une femme sur trois en a reçu via les séances de PNP, pour une autre il s'agissait d'une discussion rapide avec la sage-femme. Enfin, la dernière patiente n'en a pas reçu durant sa grossesse.

3. LES PREJUGES DES FEMMES QUANT A L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL

3.1. MATERNITE DE TYPE I

Trois femmes sur cinq le décrivaient comme « *pas très agréable* », « *pas toujours très agréable* », « *pas super agréable* ». Deux des cinq patientes le trouvaient invasif : « *on pénètre quand même à l'intérieur de soi* », voire agressif : « *ça peut être un geste agressif [...] il y a l'art et la manière de le réaliser* ». Une parturiente sur cinq ne le considérait pas comme une agression : « *c'est pas non plus la mort [...] je trouve pas ça tabou, c'est normal en fait* », « *on a pas le choix faut y passer de toute façon* », « *je vois ça comme quelque chose de nécessaire [...] de routinier* », « *c'est comme aller chez le dentiste* », « *c'est quelque chose de banal, normal* ».

Une des cinq femmes parlait de sa nature pudique : « *je suis assez pudique mais je sais pourquoi on le fait* ». Une des cinq mères décrivait cet examen comme « *nécessaire* » : « *voilà il faut faire l'examen donc on le fait et puis voilà [...] c'est déjà des actes qu'on a l'habitude de recevoir alors c'est pour mon bien, le bien du petit* ». Enfin, une seule parmi les cinq patientes a mentionné la « *prise en charge globale du couple* ».

3.2. MATERNITE DE TYPE IIB

Trois femmes sur cinq mentionnaient le fait qu'il s'agisse d'un examen obligatoire : « *quand il faut, il faut, pour que tout se passe au mieux pour bébé* », « *ça devient normal, je suis une femme* », « *il n'y a pas le choix* ». Trois des cinq patientes le décrivaient comme « *un moment pas très agréable qu'on ne fait pas par plaisir* » ou encore « *une pratique intrusive* ».

Deux parturientes sur cinq ont mentionné un blocage de leur part. Pour l'une, il s'agissait du sexe du professionnel : « *dans mon pays [...] y a beaucoup d'hommes et là on est un peu embêtées [...] mais entre femmes ça va* ». Pour une autre, il s'agissait de son rapport à l'intimité : « *j'ai un peu du mal [...], je suis de nature pudique [...] c'est peut-être aussi parce que ma vie est dirigée par ses convictions religieuses, [...] je n'ai pas trop d'ouverture sur le sujet, [...] il y a pas de préparation durant la grossesse et je n'ai pas vraiment eu d'éducation sexuelle dans l'enfance* ».

Enfin, une seule des cinq femmes était contre la réalisation de touchers vaginaux réguliers durant le travail puis a changé d'avis une fois sous péridurale : « *j'étais plutôt contre au début, puis une fois sous péridurale ça ne m'a pas dérangé* ».

3.3. MAISON DE NAISSANCES

Deux patientes sur trois ont évoqué la notion d'intimité : « *c'est entrer dans l'intimité* », « *ce n'est jamais très agréable, ça dépend de qui l'amène, c'est quand même quelqu'un d'inconnu qui entre dans l'intimité* ». Une seule parmi les trois femmes décrivait le caractère « *possiblement douloureux* » de l'examen : « *ça peut être douloureux, enfin pas douloureux mais désagréable* ». Une des trois interviewées voyait l'examen comme un acte médical : « *l'acte en lui-même peut relever toute sorte de chose [...] mais je vois ça plutôt médicalement* ».

Deux femmes sur les trois ne décrivaient pas de blocages quant à la réalisation de cet examen : « *il y a le cadre médical, s'il faut, il faut j'ai envie de dire* », « *c'était clair, il fallait le faire* », « *moi je me suis laissé faire et tout s'est bien passé* », « *je suis assez détendue sur le sujet alors ça me dérangeait pas* ». Enfin, une seule patiente sur les trois a parlé du côté informatif de l'examen.

4. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

4.1. MATERNITE DE TYPE I

Concernant la définition du consentement, pour deux des cinq patientes il s'agissait de « *prévenir et expliquer l'acte* » allant être réalisé. Pour les trois autres femmes, il s'agissait simplement de donner leur accord. Trois parturientes sur cinq étaient prévenues avant chaque examen mais leur consentement n'a jamais été clairement exprimé. Une seule femme parmi les cinq a donné son consentement à chaque examen tandis qu'une autre n'a jamais été prévenue ni concerté avant l'examen : « *je savais ce qui allait se passer mais on ne m'a jamais demandé* ».

4.2. MATERNITE DE TYPE IIB

Concernant la définition du consentement, pour quatre patientes sur cinq il s'agissait d' « *autoriser le professionnel à réaliser un toucher vaginal* ». La dernière patiente ne s'avait pas ce que cela signifiait. Quatre des cinq femmes ont donné leur consentement libre et éclairé à chaque examen. Une patiente sur cinq ne se souvenait plus s'il lui avait été demandé : « *je ne me souviens plus si on me l'a demandé ou pas* » et rapporte que pour elle « *ça coule de source, c'est dans le cadre du suivi* ».

4.3. MAISON DE NAISSANCES

Concernant la définition du consentement, pour les trois patientes, il s'agissait d' « *autoriser le professionnel à réaliser un examen* ». De plus, deux des trois femmes ont mentionné la notion de deux étapes bien distinctes : « *les explications et la demande* ». Pour une patiente sur trois, les touchers vaginaux étaient « *proposés et non imposés* ». L'ensemble des trois femmes interrogées ont donné leur consentement libre et éclairé à chaque examen.

5. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL SUR LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

5.1. MATERNITE DE TYPE I

La totalité des cinq patientes interrogées ne rapportait « *pas d'impact négatif* » sur le vécu de leur accouchement. Une seule des cinq accouchées a comparé l'influence de l'examen avec son premier accouchement. En effet, elle rapportait un « *mauvais vécu de son accouchement dû au conditions des examens* ».

Concernant les conditions idéales de réalisation de l'examen, deux femmes sur cinq ont mentionné la notion de « *consentement* », de « *respect de la pudeur* » ainsi que le « *professionnalisme* » de la part du professionnel de santé réalisant l'acte : « *doux* », « *soucieux* ». Une seule des cinq femmes a mentionné le respect des règles d'hygiène. Pour une femme sur cinq, il s'agissait d'intégrer « *une meilleure préparation durant la grossesse, une meilleure éducation à la sexualité ainsi qu'une prise en charge de la personne accompagnante durant l'examen* ». Enfin, une des cinq patientes souhaitait « *une meilleure installation avec un siège adapté* » ainsi qu'un « *antalgique avant l'examen* ».

5.2. MATERNITE DE TYPE IIB

L'ensemble des cinq patientes interrogées ne rapportaient pas d'impact négatif sur le vécu de leur accouchement.

Concernant la réalisation de l'examen adapté au vécu de chaque femme, quatre patientes sur cinq ont cité la notion de consentement libre et éclairé. Deux des cinq patientes ont mentionné le « *professionnalisme* » de la part du professionnel réalisant l'acte : « *sincère* », « *doux* », « *à l'écoute* », « *répondant aux besoins des patientes* » et « *prenant conscience qu'il ne s'agit pas d'un acte anodin* ». Une seule femme sur les cinq a mentionné le respect des règles d'hygiène. Une des cinq interviewées a cité le « *respect de la pudeur de par la configuration de la salle d'accouchement* ».

De plus, pour une patiente sur les cinq, il s'agissait d' « *améliorer la position durant l'examen* » ainsi que la « *rapidité du geste* ». Enfin, pour une des cinq femmes, il n'y avait « *pas de conditions idéales* » de réalisation d'un toucher vaginal. D'après elle, ces conditions étaient « *difficilement améliorables* » car « *chaque femme a un ressenti différent, de la douleur notamment et je pense que c'est très compliqué de s'adapter à chaque femme* »

5.3. MAISON DE NAISSANCES

Deux patientes sur trois ont noté un « *impact positif* » du toucher vaginal sur le vécu de leur accouchement. Elles rapportaient : « *ça a rendu la chose concrète pour moi et ça m'a aidé à me donner la force nécessaire pour la fin* », « *quand elle l'a réalisé [...] elle m'a dit que c'était bien avancé donc là ça a eu un impact positif dans le sens où ça m'a mise en confiance* ». Pour la dernière patiente, le toucher vaginal n'a eu ni d'impact positif ni négatif sur le vécu de son accouchement car « *il n'y a que les choses nécessaires qui ont été faites* ».

Concernant les conditions idéales de réalisation de cet examen, deux des trois femmes ont cité le « *respect du consentement* ». Pour la dernière interviewée, il s'agissait simplement d' « *avertir la personne* ». Une patiente sur trois a mentionné la « *tenue d'une position agréable durant l'examen* », une autre d'un « *endroit calme* » afin de le réaliser. Deux des trois parturientes ont cité le professionnalisme de la part du professionnel de santé : « *professionnel empathique allant au rythme de la patiente* », « *communiquant* ». Enfin, une des trois patientes a parlé de la présence uniquement de « *personnes de confiance* ».

6. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL A DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Pour conclure, un entretien a été réalisé afin de recueillir le vécu des patientes à distance de leurs accouchements. Une note de 0 à 10 a été attribuée par les femmes concernant l'examen du toucher vaginal ; 0 correspondait à un vécu positif du toucher vaginal et 10 à un vécu « *traumatisant* ». 12 patientes sur 13 ont répondu à l'entretien.

6.1. MATERNITE DE TYPE I

La totalité des cinq patientes ayant accouché en maternité de type I a répondu à l'entretien.

Pour deux des cinq patientes, la note de zéro a été attribué à l'examen : « *pour quelqu'un qui n'a pas vécu de viol c'est de la routine* », « *on attend qu'une chose c'est d'être aidé donc [...] si les choses sont dites clairement, je pense qu'on ne peut qu'accepter l'aide qu'on nous offre* ». Deux autres des cinq patientes ont donné la note d'un à deux à cet examen : « *du moment qu'on prévient la personne, c'est que pour notre bien* », « *après un accouchement on oublie tout, mais pour le premier je mettrais cinq, six car j'ai eu un mauvais vécu du travail et de l'accouchement* ». Enfin, pour la dernière patiente, la note de deux a été attribuée car « *il y a eu peut-être les douleurs au début [...] mais ça m'a beaucoup rassuré* ».

6.2. MATERNITE DE TYPE IIB

Seules quatre patientes ont répondu à l'entretien.

Deux femmes sur quatre ont donné la note d'un à l'examen du toucher vaginal durant le travail : « *je n'ai pas eu de perturbation par rapport à ça* », l'autre n'ayant pas argumenté sa réponse. Une autre des quatre patientes a attribué la note de deux car « *il n'y a pas eu d'examen à tout vas, après ça reste un examen intrusif mais toute façon y a pas le choix* ». Enfin, une des quatre parturientes a donné la note de huit car « *c'est un endroit sensible quand même, on n'aime pas qu'on nous examine ici* ».

6.3. MAISON DE NAISSANCES

La totalité des femmes ont répondu à l'entretien.

Une patiente sur trois a attribué la note de deux à cet examen car « *le premier était peut-être un peu dérangent parce que [...] c'était juste pour vérifier que c'était le début* ». La deuxième des trois

interviewées a donné la note d'un à deux due à la douleur des contractions utérines. Enfin, la dernière femme a attribué la note d'un mais n'a pas argumenté sa réponse.

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1. POINTS FORTS DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude était de décrire le vécu du toucher vaginal à propos de 13 patientes Lorraines. 13 patientes ont répondu à l'entretien ce qui a permis d'avoir une population d'étude assez large.

Les femmes ont été interrogées dans la première semaine du post partum, limitant ainsi le biais de mémorisation.

De plus, un entretien à distance de l'accouchement a été proposé aux femmes, 12 d'entre elles ont répondu à celui-ci ce qui a permis de minimiser les pertues de vue. Cet entretien a été réalisé six semaines après l'accouchement afin de permettre aux femmes d'avoir une vision de l'examen à distance de l'accouchement tout en minimisant le biais de mémoire.

Toutes les femmes interrogées dans l'étude ont répondu aux questions de façon précise et ont détaillé leur réponse de manière à avoir un champ important de verbatim.

Les accouchées ont été interrogées dans trois maternités différentes. En effet, cela a permis de recenser le vécu des femmes en fonction de la maternité de naissance où les pratiques diffèrent.

1.2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Seules les accouchées ayant eu un travail et un accouchement physiologiques ont été interrogées. En effet, inclure des femmes ayant eu un travail et/ou un accouchement pathologique aurait permis d'avoir des vécus et ressentis différents en fonction du mode d'accouchement.

L'ensemble des patientes interrogées ont été examinées par des femmes. Il aurait été intéressant de recueillir l'avis des femmes ayant été examinées par un homme afin de voir si le genre de l'examineur influence le vécu des femmes.

Seules des femmes n'ayant pas vécu de violences sexuelles ont été interrogées. Discuter du toucher vaginal avec des femmes ayant subi des violences de cette nature aurait sans doute eu un impact sur leur vécu de l'examen.

Seules des patientes Lorraines ont été interrogées. Il aurait été intéressant d'inclure des patientes sur l'ensemble du territoire national afin d'avoir des vécus différents selon les régions.

2. LE VECU DU TOUCHER VAGINAL

L'ensemble des patientes ont trouvé l'attitude de la sage-femme « *professionnelle* ». De cela s'en a suivi un caractère « *rassurant* » de l'examen pour certaines femmes. En effet, Manaouil C dans « *La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ?* » dit : « *L'information ne peut se concevoir que comme un échange qui commence par l'écoute de l'autre. [...] C'est seulement par une écoute*

longue, attentive, bienveillante que pourra s'instaurer une information véritable et un partenariat pour les décisions à prendre ». [1]

Seules, trois femmes sur les 13 interrogées ont trouvé cet examen douloureux. Or, « *le TV génère douleur et inconfort. Ainsi, pas moins de 85% des patientes déclarent vivre le TV comme une expérience négative* ». [17, 18] Par ailleurs, la loi du 4 mars 2002 rappelle que « *toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ; celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée* ». [19]

De plus, une femme a comparé la douleur de l'examen avec celle des contractions utérines en disant « *j'aurais préféré qu'on me fasse un toucher vaginal pendant des heures plutôt qu'avoir quelques contractions parce que c'est rien* ». Cependant, le TV peut parfois être mal vécu pour certaines femmes dû au caractère intime de cet examen en causant gêne et anxiété. [6] En effet, une femme sur les 13 a décrit cet examen comme « *un endroit qu'on ne préfère pas toucher* ». De plus, pour certaines femmes plus vulnérables, notamment celles ayant été victimes de violences sexuelles, « *il peut causer un sentiment de perte de contrôle voire provoquer des séquelles psychologiques* ». [6]

Pour l'ensemble des femmes, la pudeur et l'intimité ont été respectées. Or, selon l'étude de Garcia A, « *le non-respect de la pudeur des femmes constitue un thème récurrent dans les témoignages* ». [20] D'après les quatre principes fondamentaux d'Hippocrate, « *Primum nil nocere* » signifiant « *ne pas nuire* » s'agirait avant tout de respecter l'autre, sa pudeur et son intimité. [21]

Concernant la fréquence de réalisation des touchers vaginaux, 10 patientes sur 13 ont été examinées régulièrement. Or, d'après Schantz C, durant le premier stade du travail, « *le NICE recommande de ne pas intervenir cliniquement si le travail progresse normalement et si la mère et le fœtus ne présentent pas de complications* » [4, 22] tandis que l'HAS recommande un toucher vaginal toute les deux à quatre heures. [4] Selon Guidez M, la première justification du recours horaire systématique du toucher vaginal est le dépistage d'une dystocie cervicale. Elle rapportait également que « *les SF connaissent les recommandations actuelles de l'OMS sur la pratique du TV mais il existe des freins à leur application* », notamment celui de « *l'organisation des salles de naissance françaises* » avec la surcharge de travail ainsi que la « *pression médico-légale* ». [6] Seules les patientes ayant accouché en maison de naissances ont bénéficié de touchers vaginaux espacés voire très espacés. En effet, d'après les auteurs du « *Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France* », plus de 54% des patientes n'ont eu qu'un seul ou aucun toucher vaginal au total. [23]

3. LES CONNAISSANCES DES PARTURIENTES SUR L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL

Dans l'ensemble, 10 femmes sur 13 ont mentionné la dilatation cervicale, tandis que seules quatre patientes ont parlé de la progression du mobile fœtal dans leur définition du toucher vaginal. Aucune étude n'a été retrouvée concernant la connaissance des femmes quant au toucher vaginal. Cependant, une faible connaissance de la sphère gynécologique pourrait expliquer cela. En effet, selon Zwang C, « *La censure systématique, en Occident, de la représentation véridique des organes*

génitaux féminins externes, dans les arts figuratifs, dans l'enseignement [...] s'est opposée à l'établissement d'un modèle culturel, d'un canon esthétique de la morphologie vulvaire adulte ». [24] Donc « *le manque de modèle et de moyen de comparaison, ne permet pas d'accéder à une connaissance des bases anatomiques de son propre sexe* ». [16] Selon une étude recensant les connaissances des femmes à propos de l'anatomie de leurs organes génitaux, 39% de femmes avaient un score de connaissance non satisfaisant. Cependant, 93% des femmes connaissaient l'organe de la grossesse. [16]

Seule trois femmes sur 13 ont cité le caractère médical de cet examen et une patiente pensait qu'il s'agissait d'un examen. Cela est lié à l'information délivrée par les professionnels quant à l'examen, qui est insuffisante, puisque seules quatre patientes sur les 13 interrogées en ont reçu durant leur grossesse. Selon Manouil C, l'information aux patientes est une obligation morale et légale leur permettant d'exprimer leur consentement libre et éclairé. En effet, selon lui « *l'information [...] est l'occasion de percevoir ce que les patientes ont déjà entendu, ce qu'elles savent, ce qu'elles croient savoir et de pressentir ce qu'elles veulent savoir ou ne pas savoir* ». [1] De plus, « *l'une des solutions [...] serait d'augmenter le temps de consultation pour mieux répondre aux besoins des patients* ». [25]

Concernant l'information reçu sur l'examen, la plupart des femmes en ont entendu parler pour la première fois au cours de leurs consultations de suivi gynécologique ou lors de leurs premières grossesses. L'information aux femmes devrait être délivrée bien plus tôt dans leur vie notamment grâce aux séances d'éducation sexuelle. Selon Jugnon-Formentin L, seules 52% des femmes déclaraient avoir bénéficié d'éducation sexuelle au cours de leur scolarité. [16]

Enfin, d'après une étude concernant le consentement et le vécu du toucher vaginal en consultation prénatale, les patientes n'osaient pas demander plus d'informations ou se renseigner car la sphère génitale représente pour elles une zone trop intime. [13]

Rappelons que depuis 2018, les étudiants en santé participent à des actions de prévention dans le cadre du service sanitaire. Elles se déroulent dans les collèges et lycées et s'articulent autour de l'anatomie et de la sexualité en particulier. Cela permet aux jeunes d'avoir davantage de connaissances qui ne leur seraient pas forcément apportées par leur environnement familial. Elles ont pour but de « *promouvoir les comportements favorables à la santé* ».

4. LES PREJUGES DES FEMMES QUANT A L'EXAMEN DU TOUCHER VAGINAL

Neuf patientes sur 13 trouvaient cet examen désagréable et cinq le considéraient comme invasif. En effet, d'après la littérature « *le TV est réputé pour un être un examen souvent douloureux ou désagréable* ». [26] De plus, quatre patientes ont cité le rapport à l'intimité. En effet, selon l'étude de Justeau C et Vuillermet S : « *le TV était vécu comme une exposition à la nudité et le caractère sexuel du geste était marqué* ». [27] Les auteurs soulignent également que « *l'intimité des patientes, exposée lors du TV, crée une relation médecin-patient parfois déséquilibrée* ». [27]

Quatre femmes pensaient qu'il s'agissait d'un examen obligatoire et déclaraient : « *on n'a pas le choix* », « *ça devient normal, je suis une femme* ». Cette notion est également retrouvée dans la littérature.

En effet, d'après Galissard C, certaines patientes pensaient que le geste était obligatoire. [13] Néanmoins, dès le début de la grossesse, l'HAS recommande d'« *informer clairement la femme de son droit d'accepter ou de refuser un examen de dépistage (qu'il soit obligatoire, ou non obligatoire mais proposé systématiquement) après lui avoir expliqué, avant sa réalisation, l'utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients et conséquences de cet examen* ». [28] Il s'agit donc d'un manque d'informations de la part des professionnels. Or, d'après la littérature, « *l'absence d'information satisfaisante systématique* » était déclarée par les patientes comme une violence au bloc obstétrical. [12]

Enfin, une patiente rapportait que le genre masculin du professionnel lui conférait un blocage quant à la réalisation du TV. En effet, une étude rapporte que « *le genre du médecin n'était pas mis de côté et il était un élément central dans le vécu de l'examen* ». [27]

5. LE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Concernant la définition du consentement, seules quatre patientes ont mentionné les explications à donner sur l'acte avant sa réalisation. Or, selon Malet S et al. « *l'absence d'information satisfaisante systématique* » est considérée comme une violence pour les femmes. [12] De plus, les auteurs soulignent également que « *14,4% des patientes ont considéré que les soignants ne leur ont pas donné systématiquement une information satisfaisante [...] et 5,9% ont déclaré n'avoir pas pu discuter du geste obstétrical effectué avec le professionnel concerné alors qu'elles l'auraient souhaité* ». [12] D'après l'étude de Manaouil C, « *Le simple fait d'expliquer permet à la patiente d'accepter ce qu'elle aurait vécu comme une violence face à un médecin muet* ». [1] L'information doit être considérée comme une part intégrante du soin. « *Il est possible, tout en débutant ces gestes, d'expliquer à la parturiente ce qui est en train de se dérouler. La sage-femme a ici toute sa place en particulier pour expliquer ce que le gynécologue obstétricien est en train de réaliser.* » [1] Rappelons que la femme est consciente lors de son accouchement, les informations et explications pouvant donc être entendues.

Seules huit patientes sur les 13 interrogées ont donné leur consentement libre et éclairé avant chaque examen. En effet, d'après la même étude citée ci-dessus « *20,5% des patientes ont considéré que leur consentement n'a pas été recherché pour au moins un geste [...] et 0,9% ont considéré que leur consentement pour réaliser un geste n'a pas été respecté* ». [12] Selon cette étude, « *l'absence de recherche et/ou de respect du consentement* » est considérée comme une violence obstétricale par les femmes. [12] Cela est confirmé par Manaouil C : « *Réaliser un acte médical sans le consentement de la patiente est en soi une violence* ». [1]

D'après Garcia A dans « *Violences obstétricales, le point de vue des usagères* », « *les actes pratiqués sans consentement et sans explication donnent aux parturientes un sentiment de dépossession de leur corps, alors qu'elles ont extrêmement besoin d'informations [...]. L'absence de recueil du consentement avant la réalisation d'un examen du col de l'utérus peut être vécu violemment* ». [20] En effet, d'après Kitzinger S, certaines femmes décrivent leur accouchement avec le même verbatim que celles ayant vécu des agressions sexuelles. [29] Ce sentiment pourrait même être exacerbé en cas d'agressions ou de violences sexuelles.

De plus, les professionnels peuvent parfois oublier que ce qui est « habituel » pour eux, ne l'est pas forcément pour les patientes, comme cela pourrait être le cas du toucher vaginal. [1]

6. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL SUR LE VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT

Dans cette étude, 11 femmes n'ont pas noté d'impact négatif du toucher vaginal sur le vécu de leur accouchement. Seules deux patientes ont rapporté que le toucher vaginal a eu un impact positif pour elles. Cependant, nous l'avons vu ci-dessus, le manquement au consentement libre et éclairé avant chaque examen était considéré comme une violence obstétricale. Or, d'après la littérature, la présence de violences obstétricales influencerait négativement le vécu de l'accouchement. [12]

La plupart des femmes interrogées dans cette étude pensait que le TV était un examen médical obligatoire. Elles n'imaginaient donc sans doute ne pas pouvoir dire non lorsque leur consentement leur a été demandé. Pour certaines femmes il s'agissait même d'un acte « normal ». Ne connaissant donc pas toute l'entière définition, et s'agissant d'un acte « normal » pour certaines, elles ne pouvaient donc pas imaginer en avoir un mauvais vécu.

Concernant l'amélioration des conditions de réalisation de l'examen, seules huit femmes ont cité le respect du consentement. Cela montre un manque de connaissances des femmes quant à la réalisation des gestes médicaux. Or, d'après l'article 36 du code de la santé publique « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* ». [9]

Pour certaines femmes il s'agissait également d'améliorer la préparation durant la grossesse. En effet, durant les séances de préparation à la naissance, peu de patientes reçoivent des informations quant à cet examen. Or, « *la particularité de l'obstétrique (la grossesse n'est pas une maladie et l'accouchement peut être « naturel » et non médicalisé), n'exonère pas le professionnel de santé de son devoir d'information* ». [1]

Six femmes ont cité le professionnalisme de la part de la Sage-femme durant l'examen. En effet, selon Manaouil C, les soignants doivent rester neutres sans faire part aux patients de leurs jugements de valeur : « *Il est possible de donner des conseils à une patiente obèse, d'inciter une femme enceinte à arrêter de fumer, d'expliquer l'intérêt de l'allaitement maternel, sans pour autant humilier la*

patiente ». Le discours des sages-femmes doit être scientifique et objectif. [1] De plus, le nombre d'examineurs d'une parturiente doit être limité au maximum : « du danger inhumain du changement d'équipe à dilatation complète pour [...] répondre aux normes de sécurité ». [30]

La majorité des femmes interrogées ont mentionné le respect de la pudeur et de l'intimité. Une patiente cite « *la configuration de la salle d'accouchement peut aider à cela* ». En effet, le simple fait de ne pas installer la table d'examen face à la porte, laisser un drap sur les jambes de la patiente le temps de l'examen permettrait de respecter au mieux l'intimité des femmes. D'après l'étude « *La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ?* », l'organisation et l'aménagement des salles peuvent participer à un meilleur respect de la patiente. [1]

Deux patientes souhaiteraient également une position adaptée lors de cet examen. Cependant, il est difficile d'imaginer une position autre que la position gynécologique lors d'un examen vaginal. Cette position favorise notamment la bascule du bassin.

Enfin, une seule patiente a mentionné la prise en charge globale du couple lors de ces examens et notamment de l'accouchement. En effet, avant la réalisation d'un examen, rares sont les professionnels interrogeant sur la présence ou non de la personne accompagnante. D'après la littérature, « *en obstétrique, il faut tenir compte de l'avis de la mère mais aussi du père de l'enfant à naître* ». [1] On note également, selon une étude, que la présence de la personne accompagnante souhaitée par les femmes a été refusée par l'équipe médicale pour 1,6% des interrogées. [12]

Enfin, on constate que la prise en charge des femmes accouchant en maison de naissances, notamment pour la réalisation des touchers vaginaux, est plus adaptée à leur besoins et ressentis. Cela est également soutenu par la littérature. En effet, d'après une étude récente, les femmes ont noté que la surcharge de travail des professionnels de santé en maternité ne leur avait pas permis de bénéficier d'un accompagnement optimal. « *La tendance actuelle à la fermeture des maternités périphériques en faveur des maternités centrales à grande capacité expose les soignants à une multiplication des tâches et des responsabilités, sans pour autant qu'une augmentation proportionnelle de moyens humains et matériels soit effective* ». L'accompagnement des femmes est donc rejeté au second plan. [20]

7. L'INFLUENCE DU TOUCHER VAGINAL A DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Un court entretien à distance a été proposé aux femmes afin d'évaluer leur vécu de l'accouchement.

Une seule note négative a été attribuée. Il s'agissait du caractère douloureux de l'examen. D'après une étude que les violences obstétricales, on retrouve que 7,1% des femmes était insatisfaites voire très insatisfaites quant à l'aide de l'équipe pour la gestion de la douleur. [12]

Deux patientes ont donné la note de zéro à l'influence du TV sur le vécu de l'accouchement. Selon elles, « *pour quelqu'un qui n'a pas vécu de viol c'est la routine* ». Or, d'après la littérature, il a été

retrouvé qu'une association entre la présence de violences au bloc obstétrical et le mauvais vécu de l'accouchement existait. [12]

Pour l'ensemble des autres femmes, il s'agissait d'une note d'un à deux. Les notions positives prédominantes étaient le consentement, l'information, le caractère rassurant de l'examen. Cela soulève que les efforts des soignants devraient être concentré en priorité sur deux notions : l'information et le consentement, déjà renforcées dans le droit français par la loi Kouchner de 2002. [12, 19] En effet, comme cité précédemment, « *L'information ne peut se concevoir que comme un échange qui commence par l'écoute de l'autre* ». [1] Elle permet de savoir ce que les patientes ont déjà entendu, ce qu'elles savent et ce qu'elles veulent savoir ou ne pas savoir. [1]

Les points négatifs soulevés étaient la douleur et le caractère intrusif de l'examen. En effet, des travaux mettent en évidence que l'appréhension de l'accouchement par les femmes est principalement lié à la crainte de la douleur. [12, 31] De plus, le toucher vaginal, comme l'examen gynécologique, est une intrusion en soi pouvant être vécu violemment s'il n'est pas accompagné par des explications. [1]

8. LA SAGE-FEMME FACE AU TV

La sage-femme occupe une place primordiale en salle de naissances. En effet, elle a un rôle médical mais également d'accompagnement de la femme en travail. « *Des études descriptives ont indiqué que le soutien qu'une femme désire en cours de travail, se situe sur quatre niveaux : émotionnel, physique, besoin d'information, et soutien de sa cause (ses désirs)* ». [32]

« *Le projet de naissance pourrait être un outil intéressant dans l'amélioration de nos pratiques. [...] Ainsi, la rédaction d'un projet de naissance pourrait être encouragée afin d'ouvrir le dialogue entre l'équipe et la patiente, mettre en évidence les priorités, tout en évitant l'écueil de la contractualisation de la relation soignant-soignée pour garantir permettre un échange constructif et dynamique dans le temps* ». [12, 33] La sage-femme est l'un des premiers acteurs dans ce projet. C'est elle qui propose à la femme son élaboration lors du suivi de grossesse et lui permet de l'orienter en fonction de ses désirs.

La surcharge de travail est parfois mise en avant pour justifier le non-respect des choix des femmes. Or, ce non-respect peut être assimilé à une violence et peut être source de propos parfois humiliants. [1] Manaouil C cite d'ailleurs : « *On voudrait que la relation soignant-patiente soit une relation d'égal à égal, aboutissant à une codécision concernant les soins mais pourtant cette relation reste asymétrique puisque l'un dispose du savoir et de son expérience professionnelle, alors que la patiente même si elle est bien informée, est impliquée dans son intimité et sa santé* ». [1]

CONCLUSION

En France, le toucher vaginal est un examen incontournable de la surveillance du travail et de l'accouchement. Sa pratique reste néanmoins codifiée, notamment par le respect des règles d'hygiène mais également par le respect de l'intimité et du rythme de la patiente.

Dans cette étude, les femmes ont rapporté un vécu positif du toucher vaginal. Aucune patiente n'a décrit le TV comme un examen traumatisant. Cependant, il s'avère que leur vécu est implicitement positif. En effet, en confrontant les résultats à la littérature, un manque d'informations et de connaissances a été mis en évidence. Ainsi, le jugement des patientes est biaisé.

Cette étude pourrait ainsi permettre aux professionnels de s'appuyer sur le vécu des femmes quant au toucher vaginal afin d'améliorer leur pratique, notamment dans l'accompagnement des femmes à la gestion de la douleur mais également à l'acceptation de l'examen, en se rapprochant au mieux des attentes de chaque patiente.

« Le TV demeure encore un geste indispensable à l'obstétrique actuelle » [30]. Cependant, approcher la pratique de cet examen, par les sages-femmes, au plus proche des attentes des patientes permettrait, à ces dernières, d'accepter le TV de façon à ce qu'il n'influe pas sur le vécu de leur accouchement. Les femmes pourraient ainsi s'en décentrer durant leur accouchement afin de vivre pleinement ce dernier.

« La libération de la parole des femmes doit être considérée comme une avancée et doit inciter les soignants à toujours plus réfléchir à leurs pratiques. [...] Il ne suffit pas d'être un bon technicien pour être un bon professionnel de santé, il faut aussi accompagner la patiente avec empathie et prendre en considération ses demandes. » [1]

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Malaouil C. La relation sage-femme/ patiente peut-elle être violente ?. La Revue Sage-Femme. Elsevier Masson. 2018 ; 17 : 261-71.
- [2] Bonilla-Escobar F, Ortega-Lenis D, Ortega-Loubon C. Panamanian women's experience of vaginal examination in labour : A questionnaire validation. Midwifery. Elsevier Masson. 2016 ; 36 : 8-13.
- [3] Hôpitaux Universitaires Genève. Toucher vaginal chez la femme enceinte. Juin 2020. [En ligne]. (Consulté le 29/07/2021) ; Disponible sur : <https://www.hug.ch/procedures-de-soins/toucher-vaginal-chez-la-femme-enceinte>
- [4] Schantz C. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français et du Collège National des Sages-Femmes de France – Accueil, suivi et prise en charge non médicamenteuse de la douleur de la femme pendant le travail. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Elsevier Masson. Dec 2020 ; 48(12) : 873-82.
- [5] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être. 2021; 238p.
- [6] Guidez M. Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes Beaudelocque. Université Paris Descartes. 2016 ; 70p.
- [7] Dixon L, Foureur M. The vaginal examination during labour : Is it of benefit or harm ?. New Zeland College of Midwives Journal. 2010 ; 42 : 21-6.
- [8] Perry J, Galliot L, Donner F. Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique : enquête en 2015 auprès de 69 sages-femmes lorraines. La Revue Sage-Femme. Elsevier Masson. 2017 ; 16 : 291-5.
- [9] Conseil national de l'Ordre des médecins. Recueillir le consentement de mon patient. Mai 2019. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2021) ; Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
- [10] Code de la Santé Publique. Article R.4127-36. Juillet 2021. [En ligne]. (Consulté le 26/01/2022) ; Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/search/all?tab_selection=all&searchField=ALL&query=article+R.4127-36&page=1&init=true

- [11] Conseil National de l'Ordre Sages-Femmes. Code de déontologie des Sages-Femmes. Sep 2012 ; 144p.
- [12] Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Elsevier Masson. Nov 2020 ; 48(11) : 790-9.
- [13] Galissard C. Consentement et vécu du toucher vaginal par les femmes primigestes en consultation prénatale. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Lyon. Université Charles Mérieux. 2016 ; 42p.
- [14] Balez R. Apprentissage des touchers pelviens, questionnements éthiques et perspectives pratiques. Vocation Sage-femme. Elsevier Masson. 2018 ; 131 : 36-8.
- [15] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Toucher vaginal : les bonnes pratiques. [Communiqué] ; 2015.
- [16] Jugnon Formentin L. Anatomie du sexe féminin : évaluation du niveau de connaissance des femmes majeures consultant en médecine générale en région Rhône-Alpes. [Thèse]. Faculté de médecine de Lyon. Université Claude Bernard Lyon 1. 2015 ; 75p.
- [17] Broadmore J, Carr-Gregg J, Hutton JD. Vaginal examinations : women's experiences and preferences. The New Zealand Medical Journal. Jan 1986 ; 99 : 8-10.
- [18] Weiss L, Meadow R. Women's attitudes towards gynaecologic practices. Obstetrics and Gynecology. 1979 ; 54 : 110-4.
- [19] Loi no 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 04 mars 2002. [En ligne]. (Consulté le 17/04/2022) ; Disponible sur : <https://beta.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015>
- [20] Garcia A. Violences obstétricales, le point de vue des usagères. Sages-femmes. Elsevier Masson. Fev 2020 ; 1 : 33-6.
- [21] Dufresne J. Les quatre principes fondamentaux d'Hippocrate. Encyclopédie de L'Agora. 2014. [En ligne]. (Consulté le 17/04/2022) ; Disponible sur : <http://agora.qc.ca/documents/hippocrate--les-quatre-principes-fondamentaux-dhippocrate-par-jacques-dufresne>
- [22] National Institute for Health Care and Excellence. Intrapartum Care of healthy women and their babies during childbirth. Dec 2014 ; 92p.
- [23] Chantri A, Sauvergrain P, Roelens I et al. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. [Rapport]. Nov 2019 ; 26-7.

- [24] Zwang G. Le remodelage de la vulve. L'exploitation d'une ignorance. *Sexologies*. Avr 2011 ; 20 : 106-18.
- [25] Ballongue L. Violences obstétricales : comment sages-femmes et gynécologues vivent la polémique. Oct 2017. [En ligne]. (Consulté le 15/04/2022) ; Disponible sur : <https://madame.lefigaro.fr/>
- [26] Vayssaière C. Pour ou contre le toucher vaginal en obstétrique. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Elsevier Masson. 2005 ; 33 : 69-74.
- [27] Justeau C, Vuillermet S. Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque. [Thèse]. Faculté de médecine du Maine et Loire. 2019 ; 59p.
- [28] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Avr 2005 ; 33 : 926-48.
- [29] Kitzinger S. Birth as rape : There must be an end to « just in case » obstetrics. *British Journal of Midwifery*. 2006 ; 14 : 544-5.
- [30] Sergent F, Marpeau L. Pour ou contre le toucher vaginal en obstétrique. Pour le toucher vaginal en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Elsevier Masson. 2005 ; 33 : 65-8.
- [31] Gosselin P, Chabot K, Béland M et al. Fear of childbirth among nulliparous women : relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms. *Encephale*. Avr 2016 ; 42 : 191-6.
- [32] Munro J, Spiby H. Evidence-based midwifery : guidelines for midwifery led care in labour. *The Central Sheffield University Hospitals*. Nov 2000 ; 60p.
- [33] Cahill H. An Orwellian Scenario : court ordered caesarean section and women's autonomy. *Nurs Ethics*. 1999 ; 12 : 494-505.

ANNEXE I : guide d'entretien semi-directif

LE VÉCU DU TOUCHER VAGINAL DURANT LE TRAVAIL

Madame,

Je m'appelle Lucille, je suis étudiante en 5^{ème} année à l'école de sage-femme de Metz.

Afin d'obtenir mon diplôme de Sage-femme, je dois réaliser une étude de recherche et conceptualiser un mémoire de fin de cursus. Mon étude est intitulée « Le vécu du toucher vaginal durant le travail ». Il s'agit d'une étude qualitative par entretien semi-directifs.

Le but de mon étude est de proposer des axes d'amélioration afin de pratiquer l'examen du toucher vaginal de façon adaptée au vécu de chaque femme.

Vous avez la liberté de participer ou non sans que cela affecte vos droits ou votre prise en charge habituelle. Votre participation à cette étude ne comporte aucun risque ni contrainte. Aucun frais supplémentaire concernant votre participation à cette étude ne vous sera demandé.

Participer à cet entretien ne vous prendra que 45 minutes.

En fin d'entretien, un rendez-vous vous sera proposé dans 6 semaines, afin de vous réinterroger à distance de votre accouchement.

Les données recueillies par entretien sont anonymes et seront ensuite détruites après l'analyse et la publication des résultats. Les résultats seront publiés après validation par la soutenance devant un jury d'examen.

Les résultats de l'enquête resteront strictement confidentiels, en accord avec les règles de la loi « informatique et Liberté » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004 relative au traitement automatisé des données de santé.

Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude en le spécifiant par écrit à cette adresse mail : lucille.houth15@gmail.com. Néanmoins, dans le cadre d'un retrait de consentement, les données recueillies préalablement ne pourront pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Vous pouvez également avoir un droit d'accès aux résultats globaux sur simple demande aux mêmes coordonnées.

1. PHASE D'INTRODUCTION, PROFIL

- Rappel par l'enquêteur du but de son investigation (thème et objectifs)
- Demande d'informations sur l'interviewé : âge, profession, parité, éducation religieuse, violences subies

2. LE ROLE DU TOUCHER VAGINAL

- Selon vous, quelle est l'utilité du toucher vaginal ?
- Quand avez-vous entendus ce terme pour la première fois ?

Relances : Avez-vous eu des informations quant à cet examen durant votre grossesse ? Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance ? Si oui, avez-vous parlé de cet examen au cours des séances ?

3. LES REPRESENTATIONS AUTOUR DU TOUCHER VAGINAL

- Que représente le toucher vaginal pour vous ? Qu'est-ce que ça évoque pour vous ?

Relances : Quels sont vos préjugés face au toucher vaginal durant le travail ?

- Avez-vous des blocages quant à sa réalisation ?

4. L'ACCOUCHEMENT

- Comment avez-vous vécu/ ressenti cet examen en salle d'accouchement ?

Relances : Votre intimité et pudeur ont-elles été respectées ? Que pouvez-vous me dire à propos de la douleur ?

- Quelle était l'attitude du soignant durant cet examen ?
- Dans quelles conditions les examens ont-ils été pratiqués ? Les règles d'hygiène ont-elles été respectées ? A quel intervalle de temps étiez-vous examinés ?
- Qu'est-ce que le consentement pour vous ?

Relance : L'avez-vous donné à chaque examen ?

5. CONCLUSION

- Cet examen a-t-il eu un impact sur le vécu de votre accouchement ?
- Quelles seraient, pour vous, les conditions parfaites de réalisation de cet examen ?

6. REMERCIEMENTS

7. GUIDE DE LA QUESTION A DISTANCE

- A distance de votre accouchement, le toucher vaginal a-t-il eu un impact sur le vécu de votre accouchement ? Sur une échelle de 1 à 10 ?

Le vécu du toucher vaginal durant le travail

Etude qualitative par entretiens semi-directifs à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022

RESUME

Introduction : Le toucher vaginal est un examen à visée diagnostic pratiqué exclusivement par les sages-femmes et les médecins. Lors d'un accouchement, il permet d'établir la progression du travail chez les parturientes. Il permet d'apprécier le délai de la naissance afin de prendre des décisions appropriées. Pour certaines femmes, il peut causer un sentiment de perte de contrôle et avoir des conséquences psychologiques majeures. Il serait intéressant de recueillir les connaissances des parturientes quant au toucher vaginal et de définir les blocages, préjugés des femmes face à cet examen. Entendre et recueillir le vécu des femmes quant à cet examen permettrait d'améliorer la pratique professionnelle afin d'adapter l'examen du toucher vaginal à l'histoire de chaque femme de façon à ce qu'elles puissent vivre pleinement leur accouchement.

Méthode : Une étude épidémiologie qualitative multicentrique par entretiens semi-directifs a été réalisée à propos de 13 patientes Lorraines en 2021 et 2022.

Résultat : La population d'étude était composée de 13 femmes majeures âgées en moyenne de 32 ans. L'ensemble des femmes interrogées ont accouché physiologiquement. Un faible niveau de connaissances a été mis en avant. Pour la plupart des femmes, le consentement n'a pas été recherché avant l'examen. 11 femmes n'ont pas noté d'impact négatif du toucher vaginal sur le vécu de leur accouchement. Seules deux patientes ont rapporté que le toucher vaginal a eu un impact positif pour elles.

Conclusion : Aucune patiente n'a décrit le toucher vaginal comme un examen traumatisant. Cependant, leur jugement est biaisé suite à un manque d'informations de la part des professionnels. Approcher la pratique de cet examen, par les sages-femmes, au plus proche des attentes des patientes permettrait, à ces dernières, d'accepter le toucher vaginal de façon à ce qu'elles puissent s'en décentrer afin de vivre pleinement leur accouchement.

MOTS CLES : TOUCHER VAGINAL, CONSENTEMENT, ACCOUCHEMENT, RESENTI

ABSTRACT

Introduction : Vaginal examination is a diagnostic examination performed exclusively by midwives and doctors. During childbirth, it makes it possible to establish the progress of labor in parturients. It also allows to appreciate the time of birth in order to make appropriate decisions. For some women, it can cause a feeling of loss of control and have major psychological consequences. It would be interesting to collect the knowledge of the parturients as for the vaginal examination and to define the blockages, prejudices of the women vis-a-vis this examination. Hearing and collecting the experience of women regarding this examination would make it possible to improve professional practice in order to adapt the examination of the vaginal examination to the history of each woman so that they can fully experience their childbirth.

Methods : A multicenter qualitative epidemiology study by semi-structured interviews was carried out on 13 Lorraine patients in 2021 and 2022.

Results : The study population was composed of 13 adult women with an average age of 32 years. All the women questioned gave birth physiologically. A low level of knowledge was highlighted. For most women, consent was not sought before the examination. 11 women did not note any negative impact of vaginal examination on the experience of their childbirth. Only two patients reported that the vaginal examination had a positive impact for them.

Conclusion : No patient described vaginal examination as a traumatic examination. However, their judgment is biased due to a lack of information from professionals. Approaching the practice of this examination, by midwives, as close as possible to the expectations of patients would allow them to accept vaginal examination so that they can decenter themselves in order to fully experience their childbirth.

KEY WORDS : VAGINAL EXAMINATION, CONSENT, CHILDBIRTH, FEELINGS