



HAL
open science

Le toucher vaginal, ce geste...

Marie Chevallier

► **To cite this version:**

| Marie Chevallier. Le toucher vaginal, ce geste.... Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00742596

HAL Id: dumas-00742596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742596>

Submitted on 16 Oct 2012

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**LE TOUCHER VAGINAL,
CE GESTE**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Marie CHEVALLIER

Née le 31 Mars 1987

PROMOTION 2012

REMERCIEMENTS

... au Docteur Manon Bestaux pour avoir dirigé ce mémoire ainsi que pour sa disponibilité, son soutien, son efficacité, ses nombreux conseils et encouragements.

... à Madame Blandin, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire, pour son aide et son soutien.

... aux sages-femmes interrogées sans lesquelles la réalisation de ce mémoire n'aurait été possible.

... à Guillaume pour son amour et son soutien.

... à Sébastien qui m'a aidé pour l'impression ce mémoire.

... à mes parents et ma grand-mère pour leurs encouragements et leur présence.

... à papi, quelque part...

... à mes amis pour leur présence réconfortante.

Table des matières

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
1. Quelques rappels anatomiques	2
1.1 Les ovaires	2
1.2 Le ligament large.....	2
1.3 L'utérus	3
1.4 Le col utérin	3
1.5 Le vagin.....	4
1.6 Le péritoine	4
1.7 La vulve.....	5
2. Un peu d'histoire	7
3. Définition du toucher vaginal	9
3.1 La technique	9
3.2 Indications en obstétrique.....	10
3.2.1. <i>En début de grossesse</i>	10
3.2.2. <i>Au cours du 2ème et du 3ème trimestre</i>	10
3.2.3. <i>Dans le cadre du déclenchement du travail</i>	11
3.2.4. <i>Au cours du travail de l'accouchement</i> :	11
3.3 Contre-indications	12
4. Encadrement médico-légal du toucher vaginal	12
4.1 Consentement éclairé du patient.....	13
4.1.1 <i>Code civil : Article 16-3</i>	13
4.1.2 <i>Code de déontologie des Sages-Femmes : Article R4127-308</i>	13
4.1.3 <i>Code de la santé publique : Article L1111-2</i>	14
4.2 Charte du patient hospitalisé	14
4.3 Recommandations des pratiques	14
5. Versant psychologique du toucher vaginal.....	15
5.1 La pudeur	15
5.1.1 <i>Définition</i>	15
5.1.2 <i>Le respect de la pudeur : un droit du patient, une obligation professionnelle</i>	15
5.2 Cas particulier : Les crimes sexuels	16
5.3 Cas particulier : le vaginisme	17
5.4 Vécu du toucher vaginal par les patientes	20

6. Approche sexologique du toucher vaginal.....	21
6.1 Définition du mot coït	21
6.2 Notion d’empreinte	23
6.3 Apprentissage	24
6.4 Le rapport sexuel, une pénétration vaginale particulière.....	24
6.5 Dimension sociale	26
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE	28
1. Hypothèses préalables	28
2. Objectifs de l’enquête	28
3. Matériel et méthodes	28
3.1 Outils.....	29
3.2 Population cible.....	29
3.3 Lieux	29
3.4 Modalités de réalisation	30
4. Résultats.....	30
4.1 Taux de réponses et questionnaires exploitables.....	30
4.2 Description de la population	30
4.3 Pratiques professionnelles.....	32
4.4 Représentation de TV chez les sages-femmes	39
4.5 Conscience de la difficulté du vécu des patientes	46
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	50
1. Rappels sur la description de l’échantillon.....	50
2. Pratiques professionnelles.....	50
2.1 Hypothèse 1 :.....	50
2.2 Hypothèse 2.....	52
2.3 Hypothèse 3.....	53
3. Représentation du toucher vaginal	53
3.1 Hypothèse 4 :.....	54
3.2 Hypothèse 5.....	56
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	61
ANNEXES	64

INTRODUCTION

Le périnée, cette partie du corps, avec laquelle les sages-femmes travaillent au quotidien, représente l'intimité de la patiente, du couple mais également une spécificité féminine avec ses appréhensions, ses angoisses et pour certaines femmes ses traumatismes.

En tant que sages-femmes, le toucher vaginal est un geste évaluateur, professionnel, utile et nécessaire à la prise en charge d'une femme enceinte. Ce geste sans connotation autre que l'obstétrique pour les professionnels médicaux est pourtant une réelle intrusion dans l'intimité des femmes. Lors des examens obstétricaux, les sages-femmes doivent se montrer particulièrement attentives et prudentes pour ne pas risquer un mal-être chez leurs patientes ni la réactivation brutale de souvenirs traumatiques. Dans ce vécu des reviviscences inhérent à la grossesse, il semble important que les suivis gynécologique et obstétrical ne résonnent pas, en écho, avec les abus du passé ni les appréhensions de chacune. L'expérience a d'ailleurs parfois confronté des professionnels médicaux à des manifestations corporelles de refus et d'oppositions.

De plus, les consultations prénatales étant de courte durée, il nous est souvent difficile de dépister ces situations traumatiques. L'instauration d'un climat de confiance avec la patiente et le couple est pourtant primordiale, fait partie intégrante de notre métier et participe à instaurer l'alliance thérapeutique.

Bien qu'utile et nécessaire à la pratique de l'obstétrique, le toucher vaginal laisse-t-il la place à une prise en charge de la patiente dans sa globalité de par la manière dont il est introduit, expliqué et réalisé ?

Pour tenter de trouver des réponses à cette problématique, nous avons mené une enquête auprès des sages-femmes en activité afin de permettre une analyse des pratiques professionnelles autour de ce geste si particulier qu'est le toucher vaginal.

Aussi, dans une première partie, nous verrons les aspects historiques, législatifs et symboliques de cet examen. Nous exposerons dans une deuxième partie la méthodologie de l'enquête menée ainsi que les résultats obtenus. Enfin, dans une troisième et dernière partie, nous mènerons une discussion sur cette problématique en nous appuyant sur la littérature ainsi que nos résultats.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. Quelques rappels anatomiques

Chez la femme, l'appareil de la reproduction est essentiellement contenu dans la cavité pelvienne et le périnée, bien que, pendant la grossesse, l'utérus se développe dans l'abdomen. Les principaux éléments de l'appareil sont :

- Un ovaire de chaque côté
- Un utérus, un vagin et un clitoris sur la ligne médiane

De plus, une paire de glandes accessoires, les glandes vestibulaires majeures, est associée à cet appareil (Annexe n°II). (46)

1.1 Les ovaires

Les ovaires se développent haut sur la paroi postérieure de l'abdomen puis descendent avant la naissance, entraînant avec eux leurs vaisseaux, lymphatiques et nerfs. Leur migration s'arrête rapidement et les ovaires prennent position sur la paroi latérale de la cavité pelvienne. Ils sont le lieu de production des œufs (oogenèse). Les œufs à maturité sont ovulés dans la cavité péritonéale et dirigés vers les orifices voisins des trompes utérines par les cils présents à leurs extrémités. Chacun des deux ovaires en forme d'amande est long d'environ trois centimètres et est suspendu par un mésentère (le mésovarium) à la face postérieure du ligament large. (46)

1.2 Le ligament large (Annexe I) :

Le ligament large est un repli de péritoine orienté dans un plan coronal qui s'étend de la paroi latérale du pelvis jusqu'à l'utérus. Il revêt à son bord supérieur la trompe utérine. La partie du ligament large située entre l'origine du mésovarium et la trompe utérine est le mésosalpinx.

Le péritoine du mésovarium est solidement fixé à l'ovaire au niveau de son revêtement épithélial. Les ovaires sont positionnés avec leur grand axe dans un plan vertical. Les vaisseaux, les nerfs et les lymphatiques ovariens arrivent de dehors en dedans au pôle supérieur de l'ovaire et sont recouverts par un autre pli de péritoine qu'ils soulèvent. Ce pli avec les éléments qu'il contient forme le ligament suspenseur de l'ovaire.

Le pôle inférieur de l'ovaire est attaché à un cordon de tissu fibromusculaire (le ligament propre de l'ovaire), qui se dirige médialement dans le bord du mésovarium

vers l'utérus, puis poursuit son trajet en avant et latéralement, formant le ligament rond de l'utérus. Ce dernier passe au-dessus de l'ouverture supérieure du pelvis pour atteindre l'anneau inguinal profond et, ensuite, parcourir le canal inguinal pour se terminer dans du tissu fibreux associé aux grandes lèvres du périnée. Le ligament propre de l'ovaire et le ligament rond de l'utérus sont des reliques du gubernaculum, qui relie la gonade aux bourrelets labioscrotaux chez l'embryon. (47)

1.3 L'utérus (Annexes II et III)

L'utérus est un organe à parois musculaire épaisse, sur la ligne médiane entre la vessie et le rectum. Il comporte un corps et un col, et s'unit en bas au vagin. En haut, les trompes utérines se projettent latéralement à partir de l'utérus, et s'ouvrent dans la cavité péritonéale immédiatement adjacente aux ovaires.

Le corps de l'utérus est aplati d'avant en arrière et présente, au-dessus du niveau d'origine des trompes utérines, une extrémité arrondie : le fond de l'utérus. La cavité du corps de l'utérus est une fente étroite, en vue latérale, et est en forme de triangle inversé, en vue ventrale. Chacun des angles supérieurs de la cavité est en continuité avec la lumière des trompes utérines ; l'angle inférieur est en continuité avec le canal central du col. (46)

1.4 Le col utérin (Annexe IV)

Le col constitue la partie inférieure de l'utérus et est en forme de gros cylindre court avec un canal étroit au centre. Le corps de l'utérus est normalement courbé en avant (antéfléchi sur le col), au-dessus de la face supérieure de la vessie vide. De plus, le col forme avec le vagin une angulation antérieure (antéversée), de telle façon que l'extrémité inférieure du col s'appuie sur la partie supérieure de la face postérieure du vagin. L'extrémité du col étant en forme de dôme, elle fait saillie à l'intérieur du vagin, et un cul-de-sac, ou fornix, est constitué autour des limites du col utérin, là où il s'unit à la paroi vaginale. Le canal central tubulaire du col s'ouvre, au-dessous, en ostium externe, dans la cavité vaginale et, au-dessus, en ostium interne, dans la cavité utérine. (46)

1.5 Le vagin (Annexes IV et V):

Le vagin est l'organe de la copulation de la femme. C'est un tube fibromusculaire qui s'étend depuis le périnée jusque dans la cavité pelvienne, en passant à travers le plancher pelvien. L'extrémité interne du canal est élargie pour former une région appelée la voûte vaginale. La paroi antérieure du vagin est en rapport avec la base de la vessie et de l'urètre qui est fusionné à cette paroi. En arrière, le vagin est principalement en rapport avec le rectum. En bas, il s'ouvre dans le vestibule du périnée immédiatement en arrière de l'orifice externe de l'urètre. De son orifice externe (l'orifice du vagin), le vagin se dirige en haut et en arrière à travers la membrane du périnée et dans la cavité pelvienne, où il est attaché par sa paroi antérieure à la limite circulaire du col utérin.

Le fornix du vagin est un récessus formé entre la limite du col et la paroi vaginale. Selon la position, il est subdivisé en un fornix postérieur, un fornix antérieur et deux fornix latéraux.

Le canal vaginal est normalement collabé de telle façon que la paroi antérieure est en contact avec la paroi postérieure. En utilisant un spéculum pour ouvrir le canal vaginal, un praticien peut observer l'extrémité inférieure en dôme du col utérin, les fornix vaginaux et l'ostium externe du canal cervical d'une patiente.

Durant les rapports, le sperme est déposé dans la voûte vaginale. Les spermatozoïdes poursuivent leur chemin dans l'ostium externe du canal cervical, traversent le canal cervical vers la cavité utérine, parcourent cette dernière puis pénètrent dans les trompes utérines, où la fécondation s'effectue au niveau de l'ampoule. (45)

1.6 Le péritoine (Annexe VI)

Le péritoine du pelvis est en continuité avec le péritoine de l'abdomen au niveau de l'ouverture supérieure du pelvis. Dans le pelvis, le péritoine repose comme un drap sur les viscères pelviens, formant :

- Des culs-de-sac entre les viscères voisins
- Des replis et ligaments entre les viscères et les parois pelviennes

L'utérus est situé entre la vessie et le rectum, et les trompes utérines s'étendent de la partie supérieure de l'utérus aux parois latérales du pelvis. En conséquence, un cul de sac vésico-utérin peu profond se forme en avant entre la vessie et l'utérus, et un cul-de-sac recto-utérin profond se forme en arrière entre l'utérus et le rectum. (45)

1.7 La vulve (Annexe VII et VIII)

Chez la femme, le clitoris et l'appareil vestibulaire, avec un certain nombre de plis cutanés et de tissus, forment la vulve. De chaque côté de la ligne médiane se trouvent deux plis cutanés minces appelés petites lèvres. La région comprise entre elles, et dans laquelle s'ouvrent l'urètre et le vagin est le vestibule.

En avant, chaque petite lèvre bifurque formant un pli médial et un pli latéral. Les plis médiaux s'unissent pour former le frein du clitoris, qui rejoint le gland du clitoris. Les plis latéraux s'unissent ventralement au-dessus du gland et du corps clitoridiens pour former le prépuce du ou capuchon du clitoris. Le corps du clitoris s'étend antérieurement à partir du gland du clitoris et est palpable, en profondeur sous le prépuce et la peau.

En arrière du vestibule, les petites lèvres s'unissent, formant un petit pli transverse, le frein des petites lèvres (la fourchette).

Dans le vestibule, l'orifice vaginal est entouré à degré variable par une membrane plissée en anneau, l'hymen, qui peut présenter une petite perforation centrale ou complètement clore l'ouverture vaginale. A la suite de la rupture de l'hymen (après le premier coït ou après traumatisme), des restes irréguliers de l'hymen frangent l'ouverture vaginale.

Les orifices de l'urètre et du vagin sont en rapport avec les orifices de glandes. Les conduits des glandes para-urétrales (glandes de Skene) s'ouvrent dans le vestibule, une sur chaque côté du bord latéral de l'urètre. Les conduits des glandes vestibulaires majeures (glandes de Bartholin), s'ouvrent à proximité de la limite postérolatérale de l'ouverture vaginale, dans le sillon entre l'orifice vaginal et les restes hyménéaux.

Latéraux aux petites lèvres, deux larges plis, les grandes lèvres, se réunissent en avant pour former le mont du pubis qui repose sur la partie inférieure de la symphyse

pubienne, et est en avant du vestibule et du clitoris. En arrière, les grandes lèvres ne se réunissent pas et sont séparées par une dépression appelée la commissure postérieure, qui se situe en regard du centre tendineux du périnée.

En profondeur, les racines, ou piliers du clitoris sont fixés aux branches ischio-pubiennes et à la membrane du périnée. Chaque pilier est constitué par la partie fixe du corps caverneux. En avant, ces corps érectiles se détachent de l'os, s'incurvent en bas et en arrière, et s'unissent pour former le corps du clitoris. Celui-ci se coude brusquement un peu en avant de la symphyse à laquelle il se trouve rattaché par son ligament suspenseur. Les piliers sont de forme conique de diamètre croissant vers l'avant et mesure 4 cm de long.

Le corps du clitoris supporte le sillon cutané immédiatement antérieur au capuchon clitoridien (prépuce). Il n'est pas rectiligne : après avoir suivi le trajet de ses piliers, il se met en génuflexion pour se diriger en arrière et en bas. Cette deuxième portion du clitoris est en communication avec les corps bulbo-spongieux par le plexus veineux intermédiaire de Kobelt. Les bulbes se situent en profondeur des petites lèvres de chaque côté du vestibule. Ces masses érectiles sont en continuité, grâce à de fines bandes de tissu érectile, avec le gland, visible sous le capuchon clitoridien. En progressant vers le gland, le corps du clitoris, de section arrondie, diminue de calibre. Le gland du clitoris, qui correspond à l'extrémité distale du corps est libre. Il est de forme conique, recouvert d'une peau très fine et glabre. Le reste du clitoris est caché.

(36) (40)

2. Un peu d'histoire

Historiquement, la profession de sage-femme est apparue dès l'Antiquité. A cette époque, il était admis que la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes relevait essentiellement du «cercle féminin». L'apparition de ce métier largement dominé par des praticiennes sous-entendait également l'apparition des premiers touchers vaginaux qui étaient effectués par les femmes qui accompagnaient les grossesses et les naissances.

Au temps de la Grèce Antique, au cinquième siècle avant Jésus-Christ, le toucher vaginal était déjà pratiqué par les accoucheuses qui étaient considérées à cette époque, comme des déesses à caractère divin. Les pratiques mises en œuvre dans le suivi des grossesses et dans la réalisation des accouchements se basaient essentiellement sur les croyances magiques et religieuses qui dominaient et fondaient la médecine Antique.

Le développement scientifique de la médecine à cette époque fût marqué par l'avènement d'Hippocrate qui écarta les convictions religieuses. En effet, la médecine Hippocratique est fondée, de manière générale, sur l'observation et le raisonnement. Ses théories seront alors reprises et largement diffusées chez les Romains et marqueront durablement la médecine occidentale.

Au deuxième siècle après Jésus-Christ, Soranos d'Ephèse, médecin Grec exerçant à Rome, décrit la sage-femme romaine idéale dans un traité « Des maladies des femmes ». Soranos veut la sage-femme vigoureuse, tempérante et sobre. Elle doit être constamment disponible, ignorant à quelle heure du jour ou de la nuit on réclamera ses soins (*Annexe IX*). Elle doit demeurer insensible à l'appât du gain et présenter un caractère réservé afin de ne jamais divulguer les secrets d'alcôve. Étrangère à toute superstition, elle s'interdit de sacrifier à la moindre pratique secrète ou abortive. « Il lui faudra aussi conserver à ses mains la douceur en évitant le travail de la laine, qui peut les rendre rêches ; l'usage d'onguents lui donnera des mains lisses, si elles ne le sont pas naturellement. » ; « elle doit enfin avoir les doigts longs et fins et les ongles ras pour pouvoir toucher sans risquer de léser des zones enflammées profondes. » (*Des maladies des femmes, I, 2*). Soranos d'Ephèse laisse donc supposé l'importance de la qualité des mains des sages-femmes pour réaliser les examens nécessaires à la prise en charge des parturientes, et donc en particulier l'existence du toucher vaginal.

En France, au Moyen Age, après l'effondrement de l'empire romain, on peut

observer un certain retour de l'obscurantisme. Alors que barbaries, invasions et guerres sont le lot quotidien des Francs, l'art médical subit une forte régression. Ainsi, dans les monastères, ne sont conservés que quelques rudiments de médecine et d'apothicairerie. Les accouchements quant à eux se réalisaient dans des lieux retirés et étaient pratiqués par des « fées » ou des « sorcières », descendantes des druidesses.

Dans les villes, les accouchements sont le lot quotidien des matrones ou encore appelées ventrières et n'ont que peu de connaissances. Elles sont souvent âgées, religieuses et sont nommées par l'Église. Leur mission est avant tout de sauvegarder les principes religieux. On peut ici se demander quelle place tenait le toucher vaginal à cette époque quant à l'état des connaissances en anatomie et en physiologie très rudimentaire.

Il faut attendre 1757 pour qu'une sage-femme, Mme Le Boursier du Coudray, remédie à l'ignorance des matrones grâce à son *Manuel de l'accouchement* et à sa fameuse *machine* de démonstration (Annexe X).

La *machine* étant en réalité un mannequin, possède une reproduction de l'appareil génital de la femme remarquable par sa fidélité au modèle anatomique. Cette partie comporte vingt-et-une étiquettes cousues qui permettaient aux élèves d'identifier les différents organes de la reproduction. En tenant la pièce comme une marionnette, l'élève pouvait pratiquer le toucher du col utérin. L'enseignement du toucher vaginal prend à cette période toute sa valeur médicale et diagnostique et peut s'appréhender au cœur d'un enseignement nouveau.

Tant que la profession était exclusivement féminine, existait entre la sage-femme et la patiente une empathie dite sexuée. Il semblait évident qu'ainsi la compréhension du corps de l'autre était plus aisée du fait de la similitude de sexe génétique.

Depuis 1982, la profession est ouverte à la gente masculine. Il s'ensuit une nouvelle approche afin d'obtenir la confiance de la patiente pour optimiser l'alliance thérapeutique nécessaire. Aux termes d'une étude en 2007 sur cette évolution de la profession, le sociologue Philippe Charrier écrit : "les hommes sages-femmes interrogés rappellent qu'ils doivent établir une relation claire et explicite avec la parturiente, *rien n'allant de soi*, car celle-ci ne s'attend pas à être accompagnée par un homme. Selon eux, ils en tirent avantage avec un accroissement de confiance, mais aussi une confirmation positive de leur action professionnelle." Les hommes ne peuvent avoir un ressenti corporel féminin, l'empathie est alors non sexuée.

3. Définition du toucher vaginal

Le Toucher Vaginal (TV) est un examen médical qui consiste en l'introduction de deux doigts dans le vagin : il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.

3.1 La technique (Annexe XI)

Utilisé en gynécologie et en obstétrique, le TV est effectué par un professionnel médical (médecin, sage-femme) qui introduit deux doigts (index et majeur) dans la cavité vaginale. Il a pour objectif d'examiner méthodiquement l'appareil génital féminin interne et les organes pelviens avoisinants. Il peut être effectué avec un seul doigt (l'index) en cas d'atrophie vaginale ou chez les jeunes filles. Cette technique est beaucoup moins utilisée. Le TV doit être réalisé de préférence vessie et rectum vide pour une meilleure exploration des éléments cliniques, sur une patiente installée en position gynécologique sur une table d'examen. L'examineur se protégera d'un doigtier stérile à usage unique. Une explication du geste à la patiente doit être effectuée avant la réalisation de l'examen.

Tout d'abord, l'examineur écarte délicatement les petites lèvres d'une main. Il distingue de haut en bas : le gland du clitoris, le méat urétral, puis l'orifice vaginal. Par l'introduction du majeur de l'autre main, une légère pression est exercée sur la fourchette. L'index vient se placer au-dessus du majeur et les doigts sont introduits doucement dans le vagin vers le bas et l'arrière (45°). Les doigts s'horizontalisent et l'examineur effectue une supination de la main. Pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable. La main non utilisée se place sur l'abdomen de la patiente et permet l'examen exhaustif du contenu viscéral pelvien (anatomie, volume et consistance de l'utérus, formation anormale sur les ovaires ...).

Le TV permet d'apprécier la face postérieure de la vessie et l'urètre terminal, le col utérin (dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture), le vagin et son fornix postérieur répondant au cul-de-sac de Douglas, le corps utérin (dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité), le bassin osseux. Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à

travers les culs de sac vaginaux latéraux.

Le TV peut être limité par le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche. D'autre part, les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse.

3.2 Indications en obstétrique

3.2.1. En début de grossesse

Dès la première consultation, le TV permet d'apprécier une augmentation de volume de l'utérus qui passe d'une forme non gravide piriforme à une forme gravide sphérique. L'examineur pourra apprécier des culs de sac vaginaux comblés, un corps utérin moins tonique due à l'imprégnation hormonale propre à l'état de grossesse.

Il pourra permettre dans certains cas la découverte de béances ou incompétences cervicales, l'indication du cerclage pourra alors être posée par un obstétricien.

Le TV pourra mettre en exergue des grossesses extra-utérines et permettre le dépistage des pathologies gynécologiques (tumeur, kystes ovariens, myomes, cancer du col de l'utérus). (12) (14)

3.2.2. Au cours du 2ème et du 3ème trimestre

Au cours des consultations prénatales mensuelles ou sur signes d'appel, le TV permet de mettre en évidence les éventuelles modifications du col utérin (ramollissement, raccourcissement, ouverture changement de position du col, l'ouverture de l'orifice interne et/ou externe du col...), la formation puis la sollicitation du segment inférieur par la présentation fœtale. Ces modifications caractérisent la menace d'accouchement prématuré et le début du travail.

Au neuvième mois, le TV permet de réaliser un examen du bassin osseux de la patiente. La sage-femme réalise ce que l'on appelle la pelvimétrie interne digitale. Il s'agit d'explorer l'excavation pelvienne à l'aide du TV et estimer ses dimensions (la mesure digitale du diamètre promonto-sous-pubien, l'exploration du bord du détroit supérieur ou ce qu'on appelle la ligne innommée, l'évaluation de la proéminence de l'épine sciatique, la courbure du sacrum et du coccyx et enfin l'angulation de l'arcade

sous-pubienne). En fonction de la normalité de cet examen ou d'un doute à l'examen clinique, on pourra discuter de la réalisation d'une radiopelvimétrie qui donnera les mensurations précises du bassin maternel. .

La sage-femme peut réaliser, chez certaines femmes enceintes, à la fin de grossesse, une amnioscopie. Elle peut être effectuée à l'aide du TV où l'index et le majeur, introduits dans le vagin, servent de guide pour diriger l'amnioscope vers le canal cervical. Cet examen permet, si le canal cervical est ouvert sur toute sa longueur, d'apprécier la couleur du liquide amniotique à travers les membranes et par extension d'évaluer le bien être fœtal.

3.2.3. Dans le cadre du déclenchement du travail

Le TV permet d'évaluer le degré de la maturité du col utérin et de calculer le score de Bishop (*Annexe XII*) qui est nécessaire pour déterminer le procédé à utiliser pour déclencher le travail et pour évaluer les chances du succès de ce procédé.

Dans ce domaine, il existe une méthode qui nécessite la réalisation d'un TV ; c'est le décollement digital des membranes. Il s'agit de décoller les membranes amniotiques qui sont normalement accolées au niveau de segment inférieur de l'utérus, au voisinage de l'orifice interne du col utérin. Il peut induire, chez certaines femmes, la mise en travail car ce geste entraîne une destruction d'une certaine quantité de cellules chorales qui vont libérer une charge de prostaglandines, hormones impliquées dans le déclenchement du travail. Notons que le décollement digital des membranes amniotiques peut être très douloureux, laissant de mauvais souvenirs chez la maman et de temps en temps, il peut être à l'origine de rupture accidentelle des membranes amniotiques.

D'autres procédés du déclenchement du travail, quant à eux médicamenteux, sont également réalisés à l'aide du toucher vaginal. Donnons l'exemple de la mise en place, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, d'un dispositif intra-vaginal libérant lentement des prostaglandines, à l'origine de la survenue plus ou moins rapide de contractions utérines.

3.2.4. Au cours du travail de l'accouchement :

Le TV permet de surveiller le déroulement du travail. Il permet d'apprécier la cinétique de l'avancement du travail, l'état de la poche des eaux, le type de la

présentation fœtale (céphalique, caudale, épaule, mal fléchie...), la position de la présentation ainsi que son engagement, sa descente et son degré de rotation. Il permet aussi de mettre en évidence certaines anomalies qui peuvent survenir au cours du travail (procidence du cordon, procidence d'un membre, la mise en évidence de vaisseaux prævias méconnus auparavant...).

Certaines manœuvres obstétricales sont effectuées à l'aide du TV. L'amniotomie (ou la rupture artificielle des membranes amniotiques à l'aide d'un amniotome), la pose de capteur interne de rythme cardiaque fœtal, du capteur de l'oxymétrie fœtale et du capteur de la pression intra-utérine. Ces manœuvres nécessitent l'introduction de l'index et du majeur dans le vagin, servant de guide pour la mise en place de ces différents capteurs ou pour rompre les membranes amniotiques.

3.3 Contre-indications

Il existe deux types de contre-indications :

La contre-indication absolue reste le placenta prævia. Lors de la réalisation du TV, il existe un risque de décollement manuel du placenta qui entrainerait une hémorragie maternelle qui engagerait alors le pronostic materno-fœtal. L'alternative à cet examen s'avère donc être la réalisation d'une échographie endo-vaginale car la sonde ne rentre pas dans le canal endocervical mais reste dans les culs de sac vaginaux. (27)

Il existe quelques contre-indications relatives comme la rupture prématurée des membranes. Le risque de remonté de germes par les doigts examinateurs peut entraîner un risque de chorioamniotite. La menace d'accouchement prématuré représente également une contre-indication relative au TV non pas dans l'élaboration du diagnostic mais dans sa surveillance. Les touchers vaginaux doivent alors être pratiqués avec parcimonie par crainte de stimulation endo-utérine.

4. Encadrement médico-légal du toucher vaginal

La pratique des professionnels est soumise à différents textes de lois et recommandations. Il y a donc un encadrement législatif de la pratique des soins. En effet, les professionnels médicaux sont de plus en plus confrontés à des patients procéduriers. Même si les tribunaux font intervenir la notion de jurisprudence, les textes

de loi demeurent la référence en ce qui concerne les devoirs professionnels et le droit des patients. Il s'agit donc d'une obligation légale à laquelle le professionnel ne peut déroger.

Le TV étant par définition un examen médical, il est soumis au consentement de la patiente et au principe de l'information éclairée.

En France, la pression médico-légale qui pèse sur cet examen pourrait expliquer une certaine banalisation du TV (ce n'est qu'un acte médical) et d'une manière contradictoire aussi une réelle angoisse des professionnels quand ils se trouvent face à des patientes qui ne veulent pas se faire examiner.

4.1 Consentement éclairé du patient

En parlant de consentement du patient à l'acte de soin, on met le doigt sur un problème éthique car il y a discussion entre d'une part le principe d'autonomie du patient et d'autre part le principe de bienfaisance du soignant. Il faut alors que l'information soit loyale, claire et appropriée sur l'état du patient, les soins proposés et les soins prodigués tout en veillant à la bonne compréhension des explications.

Par extension, la sage-femme se doit donc d'expliquer l'intérêt et la technique du TV avant de le pratiquer. L'information donnée doit tenir compte de la personnalité de chacune de nos patientes afin qu'elle soit adaptée, claire et comprise par toutes. Différents écrits régissent ce principe du consentement éclairé.

4.1.1 Code civil : Article 16-3

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

4.1.2 Code de déontologie des Sages-Femmes : Article R4127-308

« La volonté de la patiente doit être respectée dans la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de

l'enfant ».

4.1.3 Code de la santé publique : Article L1111-2

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

4.2 Charte du patient hospitalisé (Annexe XIII)

Simone Veil est à l'origine de la première charte du patient hospitalisé qui a été élaborée en 1974. La circulaire du 2 mars 2006, signé par M. Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités, s'y substitue en réactualisant la Charte du patient hospitalisé du 6 mai 1995. Cet écrit a pour objectif de renforcer les droits des malades séjournant dans un établissement hospitalier public. Cette charte constitue un droit essentiel du malade tant par le respect de sa dignité que par le respect de sa personnalité. Accessible à tous, elle doit être distribuée lors de l'admission du patient et représente un outil pédagogique qui invite à la réflexion de tous sur l'éthique médicale et le droit des patients. (35)

4.3 Recommandation des pratiques

Selon les recommandations des pratiques émises par la Haute Autorité de Santé, par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, par l'Organisation Mondiale pour la Santé et par le référentiel métier et compétences des sages-femmes, la pratique du toucher vaginal systématique dans le suivi de la grossesse n'est pas recommandée bien que non condamnée.

5. Versant psychologique du toucher vaginal

5.1 La pudeur

5.1.1 Définition

La pudeur est une notion ancienne qui semblerait remonter à l'Antiquité. Pour le philosophe, la pudeur est à la fois un droit et une convention. Un droit assimilé à celui de la protection de la vie privée de l'individu : chacun a droit au respect de sa pudeur.

La pudeur est une dimension de la psyché précocement construite par l'éducation, importante pour l'insertion sociale. C'est aussi un vécu subjectif, fortement lié au sentiment de honte sur laquelle jouent, consciemment ou non, de nombreuses religions, sectes, forces de l'ordre, ou encore les auteurs de torture.

Le mot pudeur détient deux sens. Le premier fait référence à un sentiment de honte, de gêne, de crainte qu'une personne soit susceptible de ressentir face à une situation qui fait appel à son caractère sexué. Le deuxième désigne une gêne éprouvée par une âme délicate devant certaines choses que lui interdit sa dignité.

On associe également une dimension socioculturelle à la notion de pudeur. Elle est le fondement du processus de civilisation selon Norbert Elias. (8) Claude Habib, quant à lui, la considère comme un égard car elle permet de ménager un espace entre deux individus afin d'éviter le trouble (10).

5.1.2 Le respect de la pudeur : un droit du patient, une obligation professionnelle

Le patient est avant tout un être humain qu'il faut prendre en charge dans sa globalité et en s'attendant à prendre en compte la spécificité de sa personnalité.

La charte du patient hospitalisée (Annexe XIII) a vu le jour en 1995 et est réactualisée en 2006 (35). Elle garantit aux patients :

- La qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Les professionnels mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne.

- La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées et son intimité préservée.

Le respect de la pudeur est incontestablement associé au principe de dignité humaine qui est annoncée en 1948 dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen « nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée

(...) ni d'atteinte à son honneur et à sa réputation ».

Le Code de Déontologie de la sage-femme précise dans l'article R.4127-327 que les professionnels doivent prodiguer des soins tout en ayant une attitude correcte et attentive envers leurs patientes. Elles doivent respecter et faire respecter la dignité de celles-ci. (34)

Enfin, la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin est intégrée au Code de Santé Publique et fait mention du droit au respect de la dignité de la personne malade. (33)

Le respect de la pudeur, en plus d'être le droit de chaque patient et d'être une obligation professionnelle, est un gage de qualité de soin et de satisfaction du patient.

5.2 Cas particulier : Les crimes sexuels

Est défini comme crime sexuel tout contact utilisant au moins un sexe (celui de l'agresseur ou de la victime) non désiré expressément (avec des mots) ou non consciemment (personne qui n'a pas reçu préalablement un enseignement sur le sexe et les relations sexuelles).

Les crimes sexuels perpétrés dans l'enfance ont des conséquences individuelles chez les victimes. L'enfant abusé sera un adulte à jamais marqué dans sa chair et dans son psyché. Par conséquent, il sera fréquemment noté des troubles dans sa sexualité d'adulte.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, l'abus sexuel n'est pas rare. Les chiffres de la littérature le démontrent. L'étude de J Wiley réalisée en 2003 nous donne la mesure de l'ampleur du phénomène. 40% des femmes américaines sur 888 interrogées sont victimes d'abus sexuels. (31) tandis que B. Wijma dénombre 26,8% femmes abusées dans une étude menée sur 4729 femmes d'Europe du nord consultant en gynécologie dont 6,4% déclarent avoir été violées avant 18ans. (30)

En France, les statistiques se révèlent assez rare rares. On sait que les abus sexuels chez les mineurs représentent 20% des procès d'assise et, selon le SNATEM (service d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée), les abus sexuels représentent 40000 à 60000 appels tous les ans dont 80% concernent des enfants de moins de 15ans.

Les abus sexuels, viols et incestes ne sévissent pas que dans les milieux défavorisés. Il n'existe pas de milieu socio-économique prédisposant à ce type d'évènements. Dans l'exercice de notre métier de sage-femme, il nous est donc difficile

de soupçonner ce genre de traumatismes dont souffrent certaines de nos patientes en raison de l'absence de « profil » à risque.

Les conséquences de ces sévices sexuels entraînent majoritairement une impossibilité de dialogue avec son propre corps et avec celui d'autrui. Il n'y aurait pas de relation entre l'intensité des symptômes présentés et la gravité de l'agression. La gravité des symptômes sera alors fonction de l'impact émotionnel. Il est également admis que les émotions vécues pendant le traumatisme se perpétuent : peur, honte, culpabilité, se sentir différente. L'issue la plus fréquente serait selon L.Wise la dépression qui permettrait d'abandonner la partie du corps meurtrie grâce au comportement de fuite, d'évitement qui serait protecteur. Sur 732 femmes de Boston consultant pour dépression, Wise retrouve 50% d'abus sexuels dans l'enfance. (32)

D'autre part, H Van Gijsegem admet que « Plus l'inceste à lieu tôt dans la vie, plus il y a de risque que les blessures soient irréversibles au niveau identitaire ». Ainsi, l'enfant victime stoppe sa construction identitaire à l'âge du traumatisme. (22)

L'ensemble de ces troubles et de ces conséquences de l'abus sexuel pourrait entraîner une métabolisation du plaisir en douleur entraînant diverses somatisations comme des dyspareunies, vulvodynies et vaginites récidivantes. Le corps de la femme se trouve alors désinvesti. La construction du corps « érotique » ne peut se faire car tout s'est arrêté le jour du traumatisme. Le corps violé, abusé sera un corps anesthésié, paralysé, incapable d'échanger avec le corps de l'autre.

5.3 Cas particulier : le vaginisme

Le vaginisme est avant tout un problème mécanique, caractérisé par la contracture réflexe et involontaire des muscles périnéaux (différent de la dyspareunie qui se traduit par une contracture volontaire des muscles du périnée), la sécheresse vaginale et la douleur empêchant toute pénétration. Il fait partie des sexoses coïtales. Comme pour toute peur, la contraction musculaire fait partie des signes de tension musculaire au même titre que la tétanisation musculaire lors des états de stress, anxiété, de crise de panique. (15)

Souvent, apparaissent à côté de la contracture du vagin d'autres signes de stress ou de panique anxieuse généralisée (palpitations, tremblements, tension abdominale, accélération de la fréquence respiratoire) au fur et à mesure de la confrontation avec l'objet de la peur (l'objet pénétrant) et les conséquences de la peur (la douleur à venir,

appréhension, certaine attitude du partenaire). La fuite ou l'évitement devant une situation de pénétration se retrouve donc très souvent chez ces patientes atteintes de ce trouble (43).

Le vaginisme est aussi un problème d'images du corps de la femme sexuée. Le vagin fait-il partie de mon corps de femme ? Est-il un organe passif, de passage, pour la conception et la naissance d'un enfant ? Est-il un organe actif, dynamique d'excitation et de plaisir ? Existe-t-il, tout simplement ? (17)

C'est un vaginisme vrai quand la contracture est involontaire (je n'y peux rien, c'est plus fort que moi). C'est un vaginisme réactionnel quand la contracture est volontaire, liée par exemple à un manque de désir ou un refus volontaire (je ne veux pas). C'est un problème souvent vécu dans un corps désinvesti ou, au contraire, hyper investi de manière intellectualisée. Le vaginisme est souvent renforcé par l'attitude de spectateurs face aux troubles ou par la passivité du partenaire qui y trouve parfois son compte. (5)

Il faut savoir, pour une prise en charge adaptée de ces patientes, que ce n'est pas un manque de désir, du moins au départ, même si ce problème peut apparaître à long terme ; ce n'est pas une dyspareunie.

Certaines causes sont anciennes et fragilisantes. Citons les traumatismes sexuels, l'absence d'éducation sexuelle, l'image négative du corps, la culpabilisation du plaisir. La peur de la douleur, de la pénétration, de la grossesse, de l'accouchement dans laquelle s'immisce la sage-femme lors du suivi de la grossesse et du travail nécessite une prise en charge globale et spécifique des patientes souffrant de vaginisme d'autant plus qu'il existe un cycle reflexe dans ce trouble. Il s'agit d'un cycle de conditionnement à l'échec. C'est une spirale où l'anxiété de l'anticipation provoque une contracture reflexe et involontaire du vagin qui peut être associée à une sécheresse vaginale, processus qui aboutit à une accentuation de la contracture et de la douleur. Ce cycle se conclut ainsi soit par une répétition des tentatives entraînant un dégoût des rapports sexuels soit à l'évitement ou la fuite qui aboutit à un apaisement du problème mais seulement à court terme. (17)

En parlant de ces femmes lors d'un examen gynécologique, Master et Johnson (1971) spécifient « qu'elles se glissent vers l'arrière de la table gynécologique et leurs cuisses se resserrent devant la menace ».

Le sexologue contemporain français, Jacques Waynberg, définit ainsi le vaginisme : « Veto invulnérable sur toute tentative de franchissement de l'orifice vaginal. Physiquement, des contractures et des spasmes prolongés font obstacle au corps

étranger qui le touche ; mentalement, ce n'est pas seulement le trac qui agit, mais une conviction beaucoup plus archaïque "d'imperforation", un manque dans le "schéma corporel" : se deviner "creuse" est à la féminité, ce que le savoir du phallus est à l'homme. » (23)

Une prise en charge globale et une information préalable spécifique sont nécessaires d'autant plus que l'on note souvent chez les femmes vaginiques une ignorance quant à l'anatomie génitale des organes sexuels féminins, notamment le rôle du clitoris lors d'une pénétration vaginale pour atteindre l'orgasme. Des bilans médicaux, psychologiques et sexologiques s'avèrent souhaitables suite à l'établissement du diagnostic.

Abraham et Porto (1978) insistent sur la nécessité d'interroger sur cette « ignorance surprenante » pour non seulement faire comprendre à la femme comment fonctionne son vaginisme, mais de lui permettre une reconnaissance de son propre corps et si possible de modifier la représentation qu'elle se fait de son sexe. Il pourrait être du rôle de la sage-femme, à l'occasion des consultations prénatales ou du travail, de renseigner ces patientes vaginiques sur l'anatomie de leur sexe ainsi que de leur « normalité ». Car cette ignorance quant à leur anatomie génitale ne permet pas à ces femmes de pouvoir s'imaginer l'ouverture vaginale, la dilatation et l'expansion de ses tissus, vision pourtant nécessaire à un suivi de grossesse et à un déroulement du travail et de l'accouchement adéquats.

Un des objectifs thérapeutiques est la prise de conscience de la contraction des muscles péri-vaginaux grâce à une rééducation progressive. Au fur et à mesure des soins, le thérapeute sera attentif aux modifications progressives de ce réflexe conditionné qu'est le vaginisme pour savoir si cela suffit à soulager l'appréhension, voir la terreur devant la pénétration vaginale. En cas d'échec, des conflits plus profonds doivent être d'abord éclaircis par le biais de psychothérapie. (5)

Souvent capables très jeunes de se déclencher seules un orgasme, ces patientes se refusent une stimulation active du clitoris pendant le rapport sexuel. Elles culpabilisent de ne pas aimer tant cette pénétration vaginale alors qu'elles aiment leur partenaire. Cette fusion amoureuse devrait être pour elles « naturellement » parfaite.

Les médias continuant à discréditer l'orgasme « clitoridien » au bénéfice de l'orgasme « vaginal », ces patientes ne se considèrent pas comme des femmes accomplies. Un accompagnement sexologique est conseillé également pour le retour d'une sexualité post-partum harmonieuse.

5.4 Vécu du toucher vaginal par les patientes

Le vécu du TV par les femmes semble être multiple. De nombreux facteurs peuvent influencer la façon dont il est ressenti.

Tout d'abord, l'examen en lui-même peut être désagréable voir douloureux. Ce ressenti peut être influencé par diverses causes comme l'examineur lui-même (son expérience, sa douceur, sa disponibilité, utilisation de lubrifiant) ou encore la position du col utérin (un col très postérieur pourra être plus difficile à atteindre et risque de rendre l'examen plus désagréable). Les appréhensions et angoisses maternelles peuvent également compliquer la réalisation de l'examen. En effet, l'examen sera plus douloureux chez une femme n'arrivant pas à décontracter ses muscles pelviens (patientes vaginiques, dyspareunies préexistantes créant une contraction de vagin ou encore patientes victimes de crimes sexuels).

L'examen peut s'avérer parfois rassurant chez les femmes anxieuses quant au déroulement de leur grossesse (peur de l'accouchement prématuré, d'une anomalie du col utérin). Ce ressenti est souvent éprouvé par les multipares aux antécédents de grossesses à problèmes. Le TV appuie alors le fait que la grossesse se déroule normalement.

Enfin l'examen peut être *mal vécu et accepté*. Ce sentiment peut être en lien avec certaines croyances et religions (pour exemple, ce geste peut annuler le jeûne en période de ramadan pour les femmes de confession musulmane), dépendre aussi du passé et des expériences de chacune de nos patientes. Les cas de femmes présentant un vaginisme ou ayant subi des agressions sexuelles dans le passé ne sont pas rares. Cet examen est alors pour le praticien souvent difficile et pour la femme impensable.

Les résultats d'une étude faite par Weiss et Meadow, en 1979, pourraient donner une tendance quant aux proportions de femmes vivant mal cet examen. L'étude se fonde sur l'interrogation de 75 femmes sur le vécu de l'examen gynécologique. 85% d'entre elles déclarent vivre le toucher vaginal comme une expérience négative. Les sentiments d'anxiété, de vulnérabilité, d'humiliation et de déshumanisation sont mis en évidence. Bien que cette étude porte sur une population de femmes non enceintes, ces sentiments sont probablement éprouvés par un grand nombre de patientes. (29)

Les conséquences d'un mauvais vécu peuvent avoir des répercussions réelles et non négligeables sur le quotidien de ces femmes et donc des couples. Il nous a semblé intéressant de reprendre quelques citations du film sorti en 2011 « Un heureux événement ». Ce film, traitant de la dépression du post-partum, reflète bien la façon

dont une femme peut gérer (ou non) un mauvais vécu dans son quotidien de femme et de couple : « Je ne suis pas juste un utérus », « Mon corps était devenu insensible, je ne ressentais plus rien qu'une sorte de gêne (...) Infirmières, médecins, sages-femmes, obstétriciens, tellement de gens m'avaient touché et de façon si mécanique que désormais tout était désacralisé. Mon sexe n'avait plus rien de sexuel, il était devenu un endroit de passage, déchiré, cousu, décousu mais jamais vraiment cicatrisé ». (49)

Il est à noter, dans ces citations marquantes, une certaine désappropriation du corps de la femme générée par l'intervention médicale. Le vagin est-il seulement un organe de passage pour le pénis, les règles, le sperme, les examens gynécologiques, l'enfant qui naît ou appartient-il réellement à la femme ? Est-ce réellement la partie de son corps avec laquelle elle pourrait se procurer égoïstement du plaisir ou est-elle plutôt la copropriété de la sage-femme, du bébé, du mari et d'elle-même ? (« tout le monde est passé par là »).

On peut ainsi penser que la qualité du vécu du TV n'est pas sans conséquence pour le quotidien de nos patientes. Ainsi, il doit être expliqué et réalisé avec la disponibilité, la douceur, l'habileté et le tact nécessaire afin de ne pas créer ou de raviver des chamboulements qui seraient non négligeables pour le bien-être des patientes et des couples.

6. Approche sexologique du toucher vaginal

6.1 Définition du mot coït

Le mot coït vient du latin coitus qui désigne l'action de se joindre. Il définit une pénétration, un accouplement que ce soit chez les animaux ou chez les humains. Dans la notion de coït est sous-entendu une personne pénétrante et une autre pénétrée.

Nous, mammifères, sommes dotés de plusieurs orifices corporels propices à une pénétration par des organes pénétrants.

Jacques Waynberg définit ainsi le mot « pénétration » : mouvement qui permet, à la langue, aux doigts, à la main, aux orteils, au sexe, à des postiches des plus variés... de franchir l'orifice vaginal, l'anus ou l'ouverture de la bouche. Dans l'action, les rôles peuvent être moins figés que la coutume le jugeait autrefois, mais la distinction entre partenaire « insertif », qui pénètre, et « réceptif », qui est pénétré(e), reste importante à

décrire, ne serait-ce qu'en termes de préventions et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. (23)

Franz de Waal, professeur de psychologie à Emory University aux Etats-Unis, également docteur en biologie, nous propose dans son dernier livre *l'âge de l'empathie*, des « leçons de la nature pour une société solidaire ». Il mentionne les observations de Susan Perry, une primatologue américaine qui a filmé de surprenantes pénétrations entre singes capucins au Costa Rica. Voici ce qu'elle a observé : « Dans le premier jeu, deux singes se font face, assis sur une branche, chacun insérant un doigt de plus en plus profondément dans la narine de l'autre jusqu'à disparition de la première phalange. En se balançant doucement, ils restent ainsi avec une expression dite «de transe». Il faut noter que ces petits singes se caractérisent en temps normal par leur hyperactivité et leur sociabilité, mais les fourreurs de doigt dans le nez se tiennent à l'écart du groupe et peuvent rester jusqu'à une demi-heure concentrés de cette façon l'un sur l'autre.

Encore plus curieux est le second jeu, dans lequel un singe insère un doigt presque entier entre la paupière et le globe oculaire d'un autre. Les petits singes ont de petits doigts, mais en réalité pas plus que les nôtres compte tenu de la taille de leurs yeux et de leur nez. Et puis leurs doigts ont des ongles, pas spécialement propres, qui peuvent griffer la cornée ou provoquer des infections. De plus, mieux vaut que les singes restent parfaitement immobiles, sinon l'un des deux y laisserait un œil. Ces amusements sont une torture pour le spectateur. »

Si l'objectif de ces jeux reste obscur, Franz de Waal a avancé l'hypothèse que les singes testeraient ainsi leurs liens par le biais de ces explorations mutuelles. La même explication a été proposée pour certains rituels humains de pénétration corporelle dans lesquels nous nous mettons en état de vulnérabilité.

La seconde explication est que ces jeux de singe aident à réduire le stress ; ces petits animaux en ont à revendre. Leur vie en groupe regorge de calamités. Pendant qu'ils se fourrent le doigt dans l'œil ou dans le nez, ils semblent entrer dans un état inhabituel de calme et de rêverie. Explorent-ils la frontière entre la douleur et le plaisir, libérant peut-être ce faisant des endorphines ?

S'exposer au danger en partant du principe que les autres n'en profiteront pas constitue une preuve de confiance par excellence. La confiance se définit comme la foi en la loyauté ou la coopération de l'autre, ou au moins l'espérance qu'il ne vous trompera pas. (7)

6.2 Notion d'empreinte

La découverte de la limite corporelle se fait chez l'enfant à des stades précis, définissant ainsi son extérieur (les autres) et son intérieur (qui est censé lui appartenir). Le franchissement de la barrière corporelle, d'un sens comme d'un autre, provoque une émotion, plaisante ou douloureuse, souhaitée ou subie, active ou passive. Les premières fois sont nommées empreintes. Elles génèrent une notion de *corps-propriété*, elles ont un impact sur la prise de conscience du corps (le vagin d'une petite fille violée peut ne plus lui « appartenir » comme la bouche d'un enfant auquel le dentiste a fait mal) et influencent les comportements de l'adulte vis-à-vis du monde extérieur.

Jean-Didier Vincent, neurobiologiste contemporain définit trois types de comportements : les réflexes (dont l'orgasme), les instincts (dont le coït vaginal à visée reproductrice), et les comportements désirants propres à chaque individu.

Konrad Lorenz, éthologue autrichien, parle de fenêtres qui s'ouvrent à un certain moment de l'existence où l'empreinte doit se faire pour ne pas heurter le cheminement de compréhension corporelle et s'inscrire dans les acquis. Lorenz s'est rendu célèbre avec des choucas orphelins qui le considéraient comme leur mère et le suivaient partout, n'ayant connu que lui comme « adulte présent » à leur naissance dès l'éclosion des œufs.

En matière d'interpénétration corporelle, l'acceptation de l'acte, surtout s'il n'est pas « voulu » par celui ou celle qui est pénétrée, est aisée si le bénéfice des deux parties est équilibré et compris. Après une tétée au sein appréciée par le bébé, l'intrusion du biberon sera acceptée par la motivation et le sourire de la mère mais surtout par les conséquences finalement agréables du petit ventre rempli. Car sans la puissance du raisonnement, les empreintes physiques sont plus lourdes de conséquences que les empreintes psychologiques.

Ainsi, une première pénétration douloureuse, souhaitée ou non, entrainera systématiquement un blocage corporel avant même de pouvoir l'analyser et le combattre. Le corps freinera toujours ce qui lui nuit, cela se nomme l'instinct de survie.

Avant de réaliser un TV, il paraît alors essentiel de savoir si ce geste constitue une empreinte de pénétration vaginale. Si l'empreinte est déjà faite, il pourra être utile d'en connaître le sens déposé, l'émotion liée sans oublier la dimension symbolique de ce franchissement de limite corporelle.

6.3 Apprentissage

Toute pénétration, quelle qu'elle soit, nécessite un apprentissage pour que la personne pénétrée en tire autant de plaisir que la personne pénétrante. La personne pénétrante est « active » et « volontaire » et ne le fera donc que si elle « sait » et « sent » qu'elle aura un bénéfice au bout (pour une sage-femme, ce bénéfice serait l'élaboration d'un diagnostic grâce au toucher vaginal et ce, dans un souci de bienfaisance pour la patiente). C'est quelque part la personne qui pénètre qui décide de s'investir dans cette action. Donc, la personne pénétrée « accepte » (la patiente émet un consentement suite à une information claire, loyale et adaptée), tout en gardant un sentiment d'inconnu car c'est l'autre qui pénètre.

La personne pénétrée doit dire ce qui est désagréable ou ce qui ne l'est pas, encore faut-il qu'elle ait une compréhension correcte du lieu du toucher. La personne qui pénètre doit être capable d'écouter, d'évaluer la connaissance de l'autre pour pouvoir remettre en question son acte, et par conséquence elle-même.

L'opposition actif/passif, ou encore insertif/réceptif identifie la personne pénétrante comme dominante, et la personne pénétrée comme dominée. Elle doit accepter (soumission psychologique à une demande physique) la pénétration de l'autre pour que l'acte ne soit pas vécu comme une agression (même si physiquement le plaisir n'est pas au rendez-vous).

6.4 Le rapport sexuel, une pénétration vaginale particulière

A visée reproductive, cette pratique est instinctive chez les mammifères que nous sommes. Le principe controversé de l'éthologie humaine, proposé en 1966 par Eibl-Eibesfeldt, permet d'observer les humains, comme Lorenz les animaux, sur un mode distancié, objectif, et fondamentalement indépendant des tentatives de compréhension que l'on peut trouver dans une étude psychologique. (9)

La pénétration particulière appelée « rapport sexuel » est incluse dans notre patrimoine phyllogénétique ; c'est un programme inné menant à la fécondation qui s'avère utile et nécessaire à la survie de l'espèce. Naturellement, après ce que l'éthologue appelle une « conduite de cour » visant à rechercher un partenaire de sexe opposé, le mâle répond invariablement aux trois Mécanismes Innés de Déclenchement : pénétration, frottement et réflexe éjaculateur. Le masculin détient « l'orgasme physiologique » qui perpétuera l'espèce. L'invariant féminin est la perméabilité des voies vaginales qui permet la progression du sperme.

L'homme est actif, la femme passive, et pour cet acte-là l'homme est alors symboliquement dominant et la femme dominée : qui pénètre domine. Le rapport sexuel fait alors intervenir un rapport de pouvoir, une hiérarchie.

Françoise Héritier, professeur honoraire au Collège de France indique que l'une des fonctions actuelles de l'anthropologie dite des sexes est de mettre en lumière les problèmes soulevés par la domination masculine. Dans le tome I de « masculin/féminin, la pensée de la différence », elle écrit : « A côté des trois piliers qu'étaient pour Claude Lévi-Strauss la prohibition de l'inceste, la répartition sexuelle des tâches et une forme reconnue d'union sexuelle, j'en rajouterai volontiers un quatrième, si évident qu'il ne se voyait pas, mais absolument indispensable pour expliquer le fonctionnement des trois autres, qui, eux aussi, ne tiennent compte que du rapport du masculin et du féminin. Ce quatrième pilier, ou si l'on préfère, la corde qui lie entre eux les trois piliers du tripode social, c'est la valence différentielle des sexes. » (11)

Encore aujourd'hui la confusion perdure entre sexualité et pénétration vaginale. La séquence préliminaires/pénétration reste la définition du « faire l'amour » entraînant des mésententes conjugales sévères, conséquences d'une mauvaise compréhension de l'acte de pénétration.

Par ailleurs, les études sur le complexe clito-urétral-vaginal sont peu nombreuses. Le « sexe féminin » demeure un continent inconnu, en tout cas méconnu. Une kyrielle de fausses croyances est véhiculée par les médias, culpabilisant les femmes de ne pas jouir du rapport sexuel. Malgré le rapport de Shere Hite, datant pourtant de 1976 auprès de 3000 femmes confirmant que ce n'est pas l'acte de pénétration vaginale qui entraîne un orgasme féminin mais la stimulation clitoridienne, les couples se déchirent faute d'informations saines rétablissant la vérité sur la physiologie simple des organes en cause. (21)

Elisa Brune et Yves Ferroul rappellent dans « le secret des femmes » que l'orgasme est un réflexe déclenché de la manière la plus efficace par la friction du bout du nerf pudendal, c'est-à-dire le clitoris pour la femme et le gland de la verge pour l'homme. Comme d'autres fonctions automatiques (respiration, rythme cardiaque, déglutition, éternuement,...) il peut être provoqué ou contrôlé en partie (6).

D'autre part, des études comme celle décrite dans le livre *Un petit bout de bonheur* de Rosemonde Pujol, montrent qu'un nombre incroyable de femmes n'ont que peu de connaissances sur leur anatomie génitale. Cette méconnaissance pourrait venir d'une éducation au cours de laquelle, les sujets de sexe et de sexualité étant tabous, n'aient pas été abordés. Il en résulte alors une absence de connaissance sur l'organe du

plaisir peut-être parce qu'elles n'ont jamais regardé ou encore touché. Ces femmes ne connaissent que l'existence de leur vagin, qu'elles considèrent comme leur unique partie sexuée et ne le différencient pas de l'organe du plaisir qui reste le clitoris. Ainsi les mots « vagin » et « pénétration » désignent pour les patientes uniquement la notion de sexualité, qui est du ressort de leur intimité ainsi que de leur couple. Pourquoi la femme se laisserait pénétrer par les doigts d'une personne étrangère à sa sexualité ? (20)

Ainsi, la sage-femme examinante est pénétrante (intrusion des doigts dans le vagin de la patiente) et par extension dominante au moment du geste. Sentiment de dominance qui peut être renforcé par le port de la « blouse blanche ». Ajoutez à cela une patiente dénudée (l'exhibition étant punie par la loi), allongée et pénétrée par l'intrusion des doigts de la sage-femme dans son vagin. Elle est donc par extension dominée. Cette relation dominant/dominé entre une sage-femme et sa patiente est une situation temporaire dans laquelle ce rapport qualifié par Pierre Bourdieu de « hiérarchique » est atténué. En effet, la femme se remettant totalement entre les mains de la sage-femme garde son droit de dignité clairement explicité dans la charte du patient hospitalisé. D'autre part, il s'agit d'un geste médical fait dans le but d'élaborer un diagnostic, toujours dans un souci de bienfaisance de la part de la sage-femme.

6.5 Dimension sociale

La décision d'être enceinte devrait aujourd'hui être un choix pleinement assumé. Ce n'est pas toujours le cas car les composantes sociales sont lourdes de conséquences. La femme enceinte, même si la décision semble avoir été prise en toute liberté, peut en effet vivre sa grossesse comme une enclave la mettant à l'écart de la vie active des autres femmes. La société a encore tendance à catégoriser *femme active* ou *mère passive*. La femme enceinte peut alors se sentir diminuée par rapport au monde, mais surtout aux autres femmes du simple fait d'être enceinte.

Il appartient aux professionnels, notamment à la sage-femme, d'être conscients de cet état, afin de valoriser cette parenthèse qu'elle doit accepter avec bonheur, cette condition féminine. Le TV sera alors perçu différemment s'il est effectué par une femme ou par un homme, puisqu'on peut craindre un refus d'empathie sexuée de la part de la patiente.

Elizabeth Badinter, dans « le conflit : la femme et la mère », écrit : « Dans une civilisation où le « moi d'abord » est érigé en principe, la maternité est un défi, voire

une contradiction. Ce qui est légitime pour une femme non-mère ne l'est plus quand l'enfant paraît. Le souci de soi doit céder la place à l'oubli de soi et au « je veux tout » succède « je lui dois tout ». Dès que l'on choisit de mettre un enfant au monde, on parle moins de don que de dette. Du don de la vie de jadis, on est passé à une dette infinie à l'égard de celui que ni Dieu ni la nature ne nous impose plus et qui saura bien vous rappeler un jour qu'il n'a pas demandé à naître... » (1).

Cette notion de contradiction est importante chez la femme enceinte responsable d'une activité professionnelle intense avec responsabilité sociale, et peut entraîner, même inconsciemment, des sentiments comme la jalousie, se traduisant par un refus ou une agressivité par rapport aux actes des professionnels.

DEUXIEME PARTIE :
ENQUETE

Utile et nécessaire à la pratique de l'obstétrique, le toucher vaginal laisse-t-il la place à une prise en charge de la patiente dans sa globalité de par sa manière d'être introduit, expliqué et réalisé ? Voici la problématique que nous nous sommes posée et, pour tenter de trouver des réponses, nous avons mené une enquête auprès des sages-femmes quant à leurs pratiques professionnelles.

1. Hypothèses préalables

- ✓ Pour les sages-femmes, le TV est avant tout un geste médical, utile et nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic. Il est donc souvent réalisé de manière « mécanique ».
- ✓ L'information préalable à ce geste médical qu'est le TV n'est pas toujours donnée aux patientes.
- ✓ Les sages-femmes semblent ne voir que la connotation obstétricale du geste laissant de côté son aspect intime et intrusif.
- ✓ La réalisation pluriquotidienne du toucher vaginal par les sages-femmes entraîne une banalisation du geste qui a un impact sur le respect de l'intimité et sur la compréhension des appréhensions de chacune de nos patientes.
- ✓ Une prise en charge globale et spécifique est nécessaire pour un suivi adéquat de nos patientes.

2. Objectifs de l'enquête

Cette étude a pour perspective principale l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la réalisation du toucher vaginal par les sages-femmes. Pourrait en découler une remise en question, de la part de chacun de nos collègues, sur nos pratiques quotidiennes. Plus de formations pourraient être réalisées comme les formations en sexologie et en rééducation périnéale afin d'être plus sensibilisés à ce geste et à son impact certain sur les femmes.

3. Matériel et méthodes

3.1 Outils

L'étude a été réalisée grâce à un questionnaire (Annexe XIV) écrit et anonyme destiné aux sages-femmes. Ce dernier a été imprimé et distribué. Il comporte trois grandes parties qui nous ont permis de définir le profil professionnel des sages-femmes interrogées, leurs pratiques professionnelles puis la représentation qu'elles ont du toucher vaginal.

Le questionnaire comporte vingt-six questions dont quatorze sont fermées (dont quatre sont à choix multiple), quatre sont semi-ouvertes et huit sont ouvertes. Le but des questions ouvertes étaient de laisser les sages-femmes s'exprimer et sont analysées en fonction des mots clés et des idées principales qui en ressortent.

Les résultats ont été transcrits sur une grille d'étude réalisée à l'aide du logiciel *Excel 2010*. Ainsi, l'analyse statistique des résultats a pu être mise en forme grâce à ce logiciel. Le calcul du caractère significatif ou non des comparaisons effectuées entre différentes variables qualitatives a été réalisé à partir du logiciel « *R* ». Les tests statistiques réalisés étaient :

- le test du Chi2 avec correction d'Yates si un des effectifs « *n* » était strictement inférieur à 6
- le test exact de Fisher lorsque un des effectifs « *n* » était strictement inférieur à 4

Dans le cadre de l'analyse univariée, les différences ont été jugées statistiquement significatives pour une valeur du « *p*-value » inférieure à 5 ($p < 0,05$).

3.2 Population cible

La population ciblée comportait 170 sages-femmes dont 30 avaient une activité libérale, et 140 une activité hospitalière dans des maternités de niveau 1, 2 et 3.

3.3 Lieux

L'étude fût une étude prospective multicentrique puisque le questionnaire a été distribué dans différents centres hospitaliers de Seine-Maritime ainsi que dans des cabinets de sages-femmes libérales. Initialement, la distribution devait se faire dans le département de Seine-Maritime. Le nombre de réponses récupérées étant insuffisant, la distribution s'est également réalisée dans des centres hospitaliers du Languedoc-

Roussillon, ayant effectué mon stage à option dans cette région.

3.4 Modalités de réalisation

L'enquête s'est déroulée sur la période allant de septembre à décembre 2011. Le questionnaire était accompagné d'une lettre pour le service et le cadre de service expliquant le sujet du mémoire (*Annexe XV*). Cette stratégie fût utilisée pour la distribution au centre hospitalier intercommunal des Feugrais (Saint-Aubin les Elbeuf), au centre hospitalier de Dieppe et au CHU de Rouen. Pour les centres hospitaliers de Bagnols-sur-Cèze et Nîmes, le questionnaire était accompagné d'une lettre explicative pour le service ainsi qu'une recommandation de la sage-femme chez laquelle j'ai réalisé mon stage à option dans un cabinet libéral (*Annexe XVI*). Le retour des questionnaires s'est fait grâce à des enveloppes préaffranchies fournies avec les questionnaires.

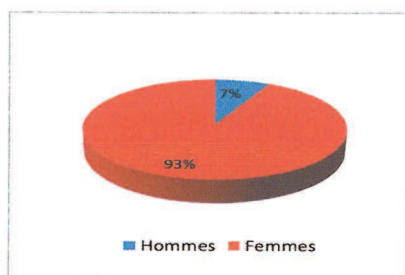
4. Résultats

4.1 Taux de réponse et questionnaires exploitables

Sur 170 questionnaires distribués, 99 ont été récupérés soit un taux de réponse à hauteur de 58,2%. 4 se sont avérés inexploitables donc furent écartés.

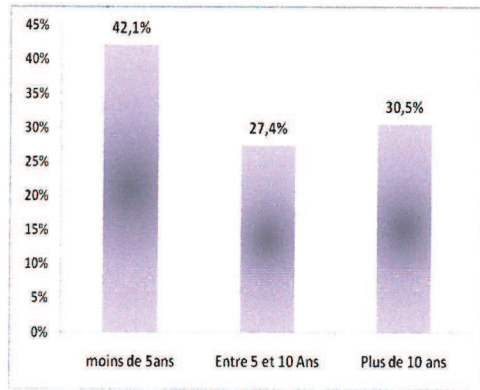
4.2 Description de la population

Les questions 1 à 6 nous ont permis d'élaborer le profil des professionnels interrogés.



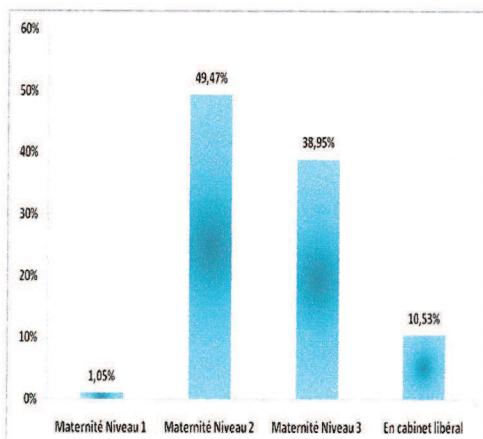
Q1 : Répartition des praticiens selon leur sexe.

Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes. Elles représentent 93% de notre échantillon.



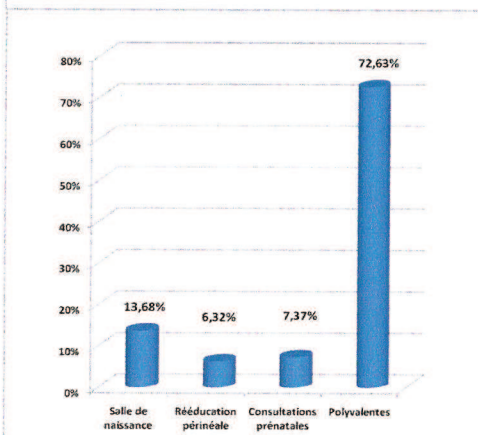
Q2 : Répartition des praticiens selon leur expérience professionnelle.

42,1% soit 40 sages-femmes exercent depuis moins de 5ans, 27,4% soit 26 sages-femmes ont une durée d'exercice comprise entre 5 et 10ans et enfin 30,5% soit 29 sages-femmes exercent depuis plus de 10ans.



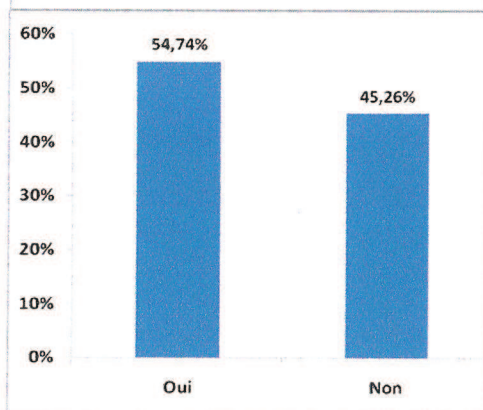
Q3 : Répartition des praticiens selon leur lieu d'exercice

Pratiquement la moitié des sages-femmes composant l'échantillon travaillent en maternité de niveau 2. Les autres exercent pour 39% en maternité de niveau 3, pour 10,5% en cabinet libéral et enfin pour 1% en maternité de niveau 1.



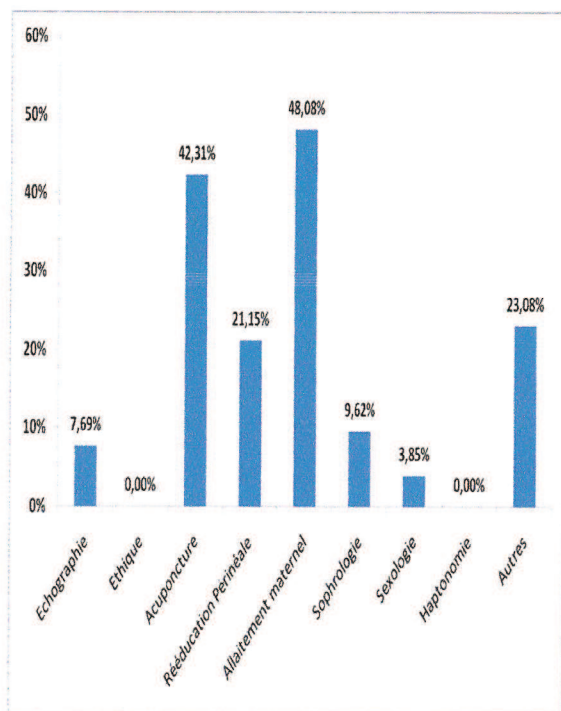
Q4 : Répartition des praticiens selon l'unité d'exercice professionnel

72,6% des sages-femmes interrogées, soit la majorité, sont polyvalentes. Elles exercent donc en salle de naissance, en suites de couches, en unité de grossesses pathologiques et en consultations prénatales.



Q5 : Répartition des praticiens ayant ou non effectué une ou des formation(s) complémentaire(s).

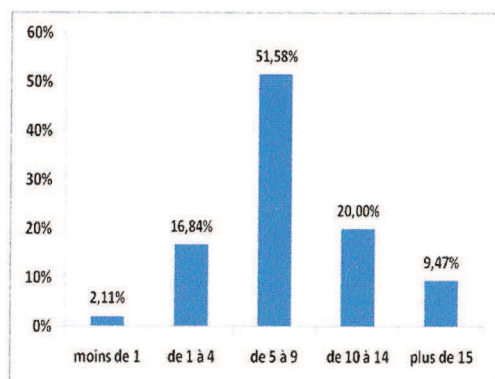
54,7% des sages-femmes de notre échantillon ont réalisé une ou plusieurs formations complémentaires.



Q6 : Types de formations complémentaires effectuées

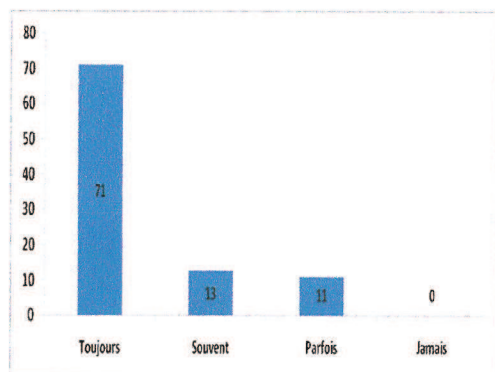
Les formations sur l'allaitement maternel et l'acupuncture sont les plus fréquemment réalisées dans notre échantillon. En deuxième position se trouve la formation sur la rééducation périnéale. Dans la réponse intitulée « autres » nous avons relevé les formations sur l'entretien du 4^{ème} mois (n=3), l'homéopathie(n=1), l'addictologie (n=2) et enfin les positions d'accouchement (n=6).

4.3 Pratiques professionnelles



Q7 : Répartition des praticiens en fonction du nombre de TV réalisé par garde

¼ des sages-femmes interrogées pratique plus de 10 TV par garde. Les ¾ en pratiquent moins de 10 et 50% en réalisent entre 5 et 9.



Q8 : Répartition des praticiens en fonction de la fréquence de l'explication du TV donnée aux patientes.

Les ¾ des sages-femmes de l'échantillon déclarent « toujours » expliquer l'intérêt du TV à leurs patientes. Aucune ne donne jamais d'explication.

	0 à 4 (n=18)	5 à 9 (n=49)	10 à 15 (n=28)
Tjr	14 (77,8%)	38 (77,6%)	19 (67,9%)
Svt	2 (11,1%)	5 (10,2%)	6 (21,4%)
Pfs	2 (11,1%)	6 (12,2%)	3 (10,7%)

Il n'existe pas de liaison significative entre le nombre de TV réalisés par garde et la constance de l'information donnée à la patiente. ($p > 0,05$).

	< 5ans	5 à 10 ans	> 10 ans
Toujours	31	18	22
Souvent	5	3	5
Parfois	4	5	2

Il n'existe pas de liaison significative entre l'expérience professionnelle et la constance de l'information donnée ($p > 0,05$).

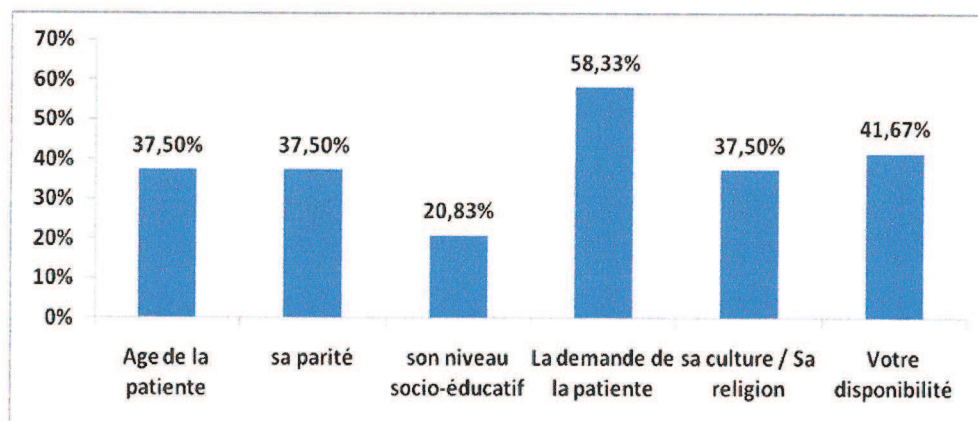
	Toujours	Souvent	Parfois
Mater N2	33	8	6
Mater N3	29	5	3
Libéral	8	0	2

Il n'y a pas de liaison significative entre le lieu d'exercice et la fréquence de l'information donnée aux patientes ($p > 0,5$).

	Sexologie +RP (n=11)	Autres (n= 41)
Toujours	9 (81,8%)	28 (68,3%)
Souvent	2 (18,2%)	8 (19,5%)
Parfois	0 (0%)	5 (12,2%)

Il n'existe pas de liaison significative entre les formations effectuées et la constance de l'information donnée aux patients ($p > 0,05$).

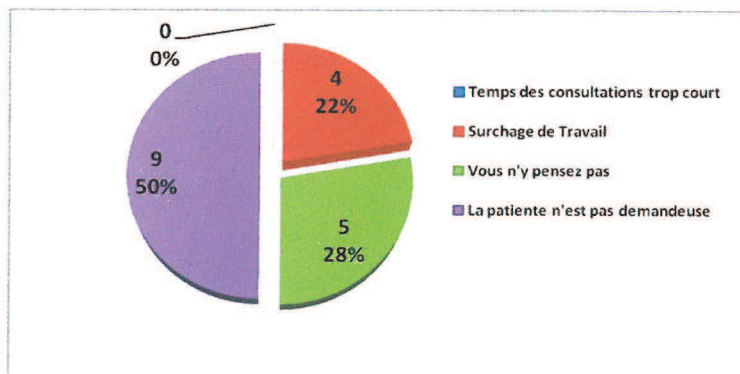
Q9 : Professionnels expliquant le TV « souvent » ou « parfois »



Parmi les 25,3% des sages-femmes de l'échantillon qui n'expliquent pas toujours l'intérêt du TV à leurs patientes, les causes les plus fréquemment retrouvées

sont la demande de la patiente et la disponibilité des sages-femmes. Le profil de la patiente n'arrive qu'en deuxième position (âge, parité, culture et religion).

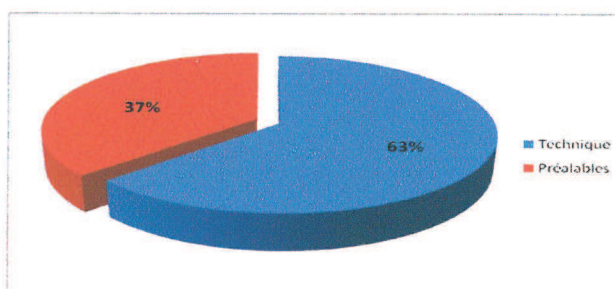
Q 10 : Parmi ceux qui expliquent « parfois » et « jamais » le TV



Parmi les 11,5% des sages-femmes de l'échantillon qui n'expliquent que « parfois » l'intérêt du TV à leurs patientes :

- la moitié l'expliquent par la prise en charge de patientes non demandeuses de ces explications.
- ¼ l'explique par la surcharge de travail
- l'autre quart par le fait qu'elles n'y pensent pas.
- Aucune d'entre elles ne met en cause le temps des consultations.

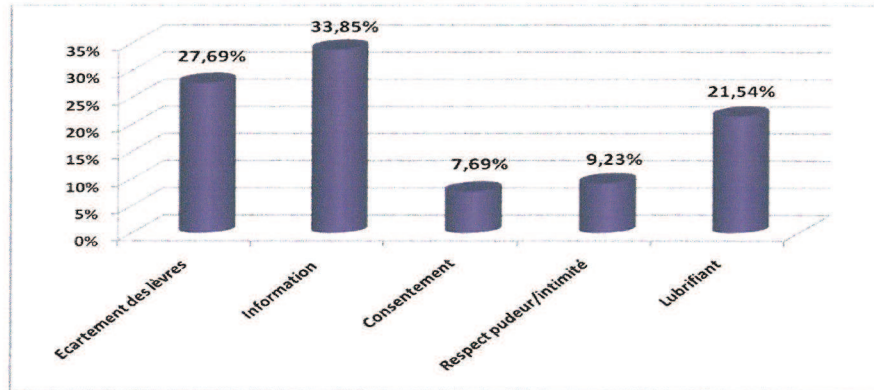
Q11 : Technique de réalisation du TV



Cette question sur la technique de réalisation du TV était ouverte. Nous avons donc interprété les réponses en fonction de différents mots clés. Ainsi, nous avons pu définir deux groupes de réponses. Le premier groupe « technique » regroupe les sages-femmes qui ont uniquement expliqué le geste d'une manière pratique et médicale. Le deuxième groupe « préalables » comprend les sages-femmes ayant pensé aux préalables

de cet acte médical (explications du geste, consentement de la patiente, douceur, respect de la pudeur, écartement des petites lèvres, lubrifiant). Nous remarquons que seul 1/3 des sages femmes interrogées pense à ces préalables.

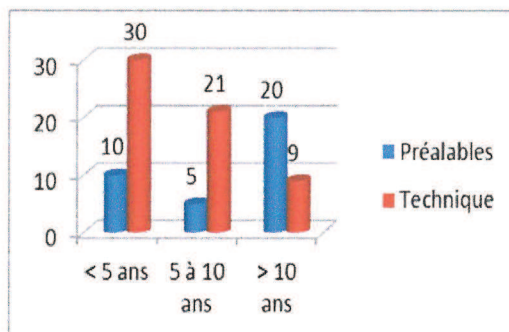
- Parmi les sages-femmes ayant pensé aux préalables :



- 1/3 d'entre elles évoque l'information du patient,
- 27,7% d'entre elles pensent à écarter les petites lèvres,
- 21,5% pensent à utiliser un lubrifiant pour faciliter l'examen
- seulement 7,7% pensent au consentement éclairé de la patiente
- 9,2% évoquent le respect de la pudeur.

De plus, notons que 17,1% d'entre elles pensent à l'information et au consentement de la patiente.

- Impact de l'expérience professionnelle sur la technique de réalisation du TV.



	Préalables (n=35)	Technique (n=60)
< 5 ans	10 (28,6%)	30 (50%)
5 à 10 ans	5 (14,3%)	21 (35%)
> 10 ans	20 (57,1%)	9 (15%)

Les sages-femmes dont l'expérience est inférieure à 5ans ne sont pas significativement moins nombreuses à tenir compte des préalables du TV que celles qui exercent depuis 5 à 10ans ($p > 0,05$).

Les sages-femmes dont l'expérience professionnelle est supérieure à 10ans sont significativement plus nombreuses à penser aux préalables du TV que celles qui pratiquent depuis 5 à 10ans ($p = 0,0002$).

Si nous comparons maintenant les sages-femmes qui exercent depuis moins de 5ans et celles qui pratiquent depuis plus de 10ans nous remarquons que les plus expérimentées sont significativement plus nombreuses à penser aux préalables que les moins expérimentées ($p = 0,0002$).

- Impact du nombre de TV réalisé sur la technique de réalisation du TV

	Préalables (n=35)	Technique (n=60)
0 - 4	10 (28,6%)	8 (13,3%)
5 à 9	16 (45,7%)	33 (55%)
10 à 14	6 (17,1%)	13 (21,7%)
> 15	3 (8,6%)	6 (10%)

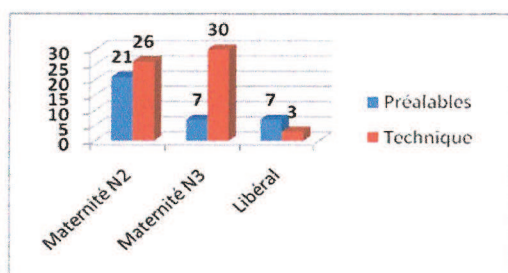
Il n'existe pas de liaison significative entre le nombre de TV réalisés par garde et la technique de réalisation de celui-ci ($p > 0,05$).

- Impact de la constance de l'explication du TV sur la façon dont il est réalisé

	Préalables (n=35)	Technique (n=60)
Toujours	28 (80%)	43 (71,7%)
Souvent	6 (17,1%)	7 (11,6%)
Parfois	1 (2,9%)	10 (16,7%)

Il n'existe pas de liaison significative entre l'information donnée aux patientes par les sages-femmes et leur manière de réaliser les TV ($p > 0,05$).

- Impact du lieu d'exercice sur la technique de réalisation du TV



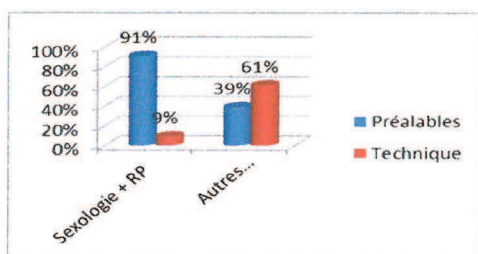
	Préalables	Technique
Maternité N2	21	26
Maternité N3	7	30
Libéral	7	3

Il existe une liaison significative entre la manière dont est réalisé le TV par les sages-femmes et leur lieu d'exercice. Le versant technique du geste ressort significativement plus souvent dans les maternités de niveau 3 que dans les maternités de niveau 2 ($p < 0,0001$) et dans les cabinets de sages-femmes libérales ($p = 0,0039$).

En effet, dans les maternités de niveau 2 et dans les cabinets libéraux, les préalables de ce geste sont significativement plus souvent explicités.

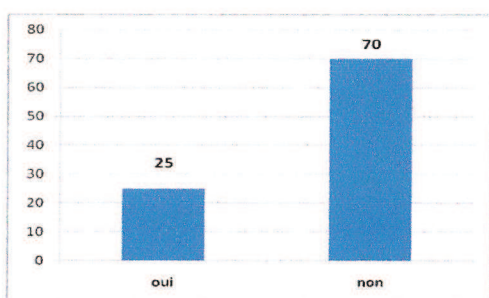
Enfin, il n'existe pas de liaison significative entre la manière dont est pratiqué le TV dans les maternités de niveau 2 et dans les cabinets indépendants ($p = 0,17$).

- Impact de la réalisation de formations spécifiques sur la réalisation du TV



Les sages-femmes ayant suivi une formation spécifique (sexologie et/ou rééducation périnéale) sont significativement plus sensibles aux préalables du TV ($p = 0,005$).

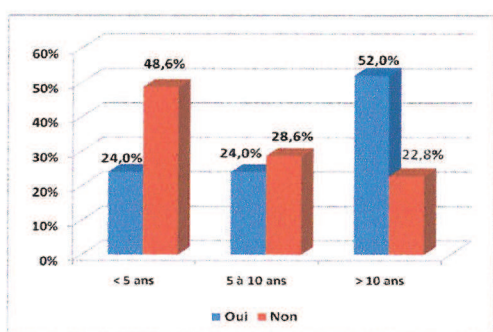
Q12 : Professionnels ayant modifié leurs pratiques



Répartition des praticiens selon l'évolution de leur technique de réalisation du TV

Seulement $\frac{1}{4}$ des sages-femmes déclare avoir modifié sa technique de réalisation du TV depuis le début de leur exercice.

- Impact de l'expérience professionnelle sur la modification des pratiques



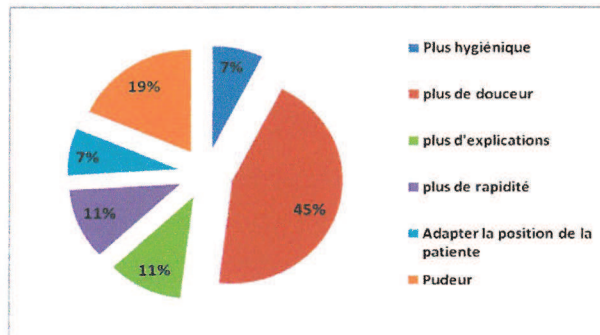
Il existe une liaison significative entre la modification de la technique du TV et les années d'expérience professionnelle.

Les sages-femmes qui pratiquent leur activité professionnelle depuis moins de 5 ans ne sont pas significativement moins nombreuses à avoir modifié leur technique du TV que celles qui l'exercent depuis 5 à 10 ans ($p = 0,4$).

En revanche, nous pouvons remarquer que les sages-femmes qui exercent leur métier depuis plus de 10 ans sont significativement plus nombreuses à avoir modifier

leur technique du TV que celles qui pratiquent depuis moins de 5 ans ($p = 0,006$) mais pas en comparaison avec celles qui exercent depuis 5 à 10ans ($p = 0,09$).

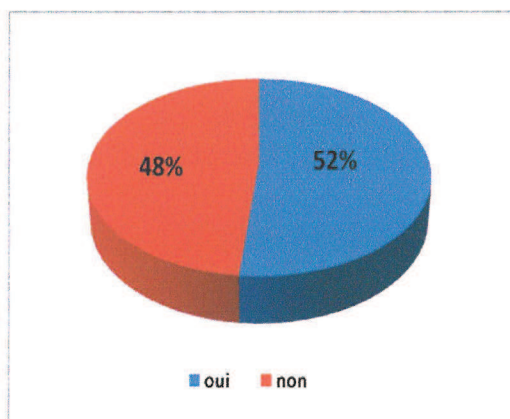
Q 13 : Changements constatés



Il s'agissait là encore d'une question ouverte. Pour pouvoir réaliser notre analyse statistique, nous avons relevé les mots clés présents dans chaque réponse. Nous remarquons que parmi les sages-femmes ayant modifié leur technique de réalisation du TV :

- 45% déclarent pratiquer le TV avec plus de douceur,
- 19% le pratique en étant plus attentives au respect de la pudeur de la patiente
- 11% en donnant plus d'explications.

Q14 et 15 : Modification de la fréquence de réalisation du TV



Répartition des praticiens selon l'évolution de la fréquence de réalisation du TV

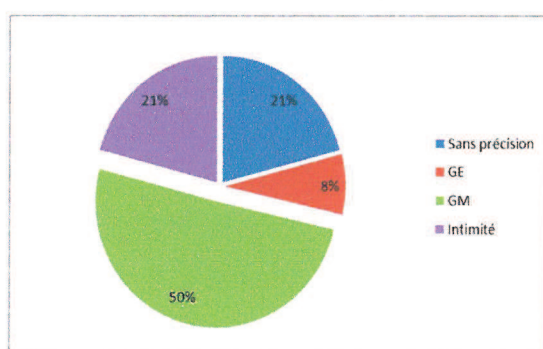
51,6% des sages-femmes de l'échantillon signalent avoir modifié la fréquence à laquelle elles réalisent les TV. Parmi elles, 100% précisent pratiquer le TV moins fréquemment qu'auparavant et le réalisent d'avantage en fonction du contexte clinique.

4.4 Représentation de TV chez les sages-femmes

Q16 : Positionnement professionnel vis-à-vis du TV

91 professionnels sur 95 interrogés, soit 95,79%, déclarent se mettre dans le rôle du professionnel qui doit établir un diagnostic.

Parmi ces 91 professionnels :



GM : Vous ne voyez aucune autre connotation que le versant médical du geste

GE : C'est un geste évaluateur que vous réalisez plusieurs fois par jour, vous n'avez pas toujours le temps de vous attarder sur la représentation intime du geste.

Intimité : Ce que vous voyez c'est l'intrusion dans l'intimité de la patiente et du couple.

Parmi les sages-femmes qui indiquent se mettre dans le rôle du professionnel devant établir un diagnostic :

- 20,9% seulement notifient qu'elles voient avant tout l'intrusion dans l'intimité de la femme et du couple,
- 50,5% n'y perçoivent aucune autre connotation que le versant médical du geste
- 7,7% signalent que le TV est un geste évaluateur, elles n'ont donc pas toujours le temps de s'attarder sur la représentation intime du geste.

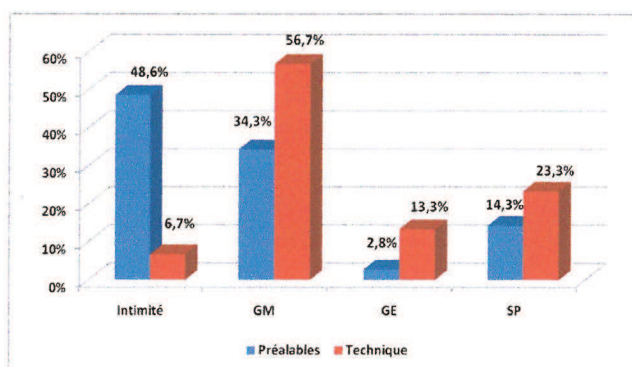
Parmi les 4 professionnels qui ne déclarent pas se mettre dans le rôle du professionnel qui doit établir un diagnostic, 2 voient avant tout l'intrusion dans l'intimité de la femme et du couple et 2 pensent que le TV est un geste évaluateur qu'ils réalisent plusieurs fois par jour, ils n'ont donc pas toujours le temps de s'attarder sur la représentation intime du geste.

- Impact du nombre de TV réalisé sur le positionnement professionnel

	0 à 4 (n=14)	5 à 9 (n=35)	10 à 15 (n=23)
GM	6 (42,9%)	22 (62,9%)	18 (78,3%)
GE	2 (14,2%)	4 (11,4%)	1 (4,3%)
Intimité	6 (42,9%)	9 (25,7%)	4 (17,4%)

Il n'y a pas de liaison significative entre le nombre de TV réalisé par une sage-femme et son positionnement professionnel concernant ce geste ($p > 0,05$).

- Impact de la technique de réalisation du TV sur le positionnement professionnel

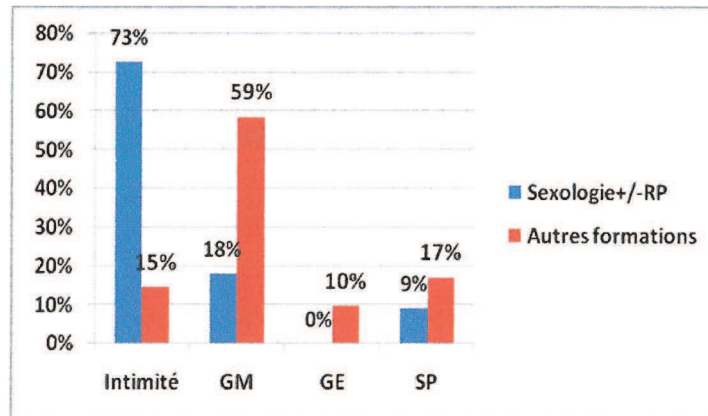


Il existe une liaison significative entre la manière dont une sage-femme réalise le TV et son positionnement professionnel.

En effet, 48,6% des sages-femmes s'inquiétant des préalables au TV voient avant tout l'intrusion dans l'intimité du couple et de la patiente. Inversement, 56,7% des sages-femmes étant uniquement dans la technique du TV ne voient aucune autre connotation que le versant médical du geste et 13,3% avouent ne pas toujours avoir le temps de s'attarder sur la représentation intime du geste.

Les sages-femmes accordant une attention particulière aux préalables du TV sont significativement plus nombreuses à prendre en compte le caractère intrusif de ce geste que celles qui sont uniquement dans la technique ($p < 0,0003$). D'autre part, les sages-femmes qui pratiquent le TV sans penser toujours aux préalables sont significativement plus nombreuses à voir uniquement la connotation médicale du geste ($p < 0,0003$).

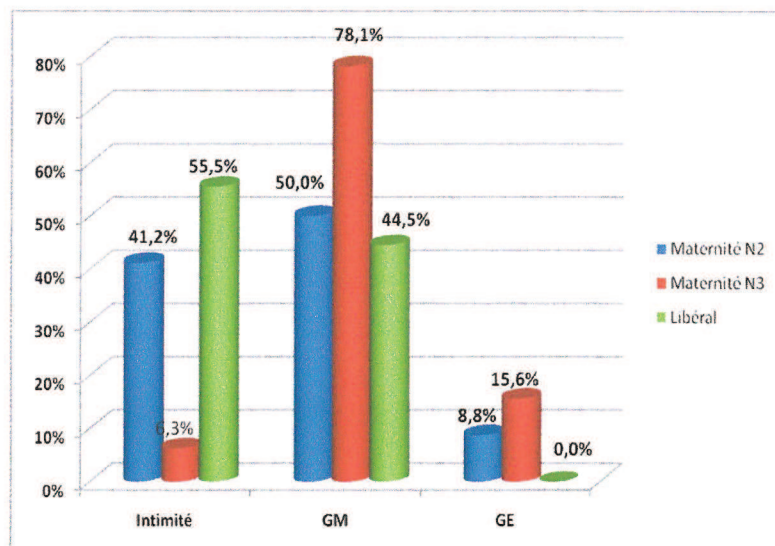
- Impact de la réalisation de formations complémentaires spécifique sur le positionnement professionnel



Il existe une liaison significative entre la réalisation de formations complémentaires (sexologie et rééducation périnéale) et le positionnement professionnel des sages-femmes concernée ($p = 0,0034$).

Si nous comparons les sages-femmes voyant avant tout le côté intrusif du geste et celles au contraire qui n'y perçoivent que la connotation médicale, ces dernières sont significativement moins nombreuses à avoir réalisé des formations complémentaires en sexologie et en rééducation périnéale ($p = 0,001$).

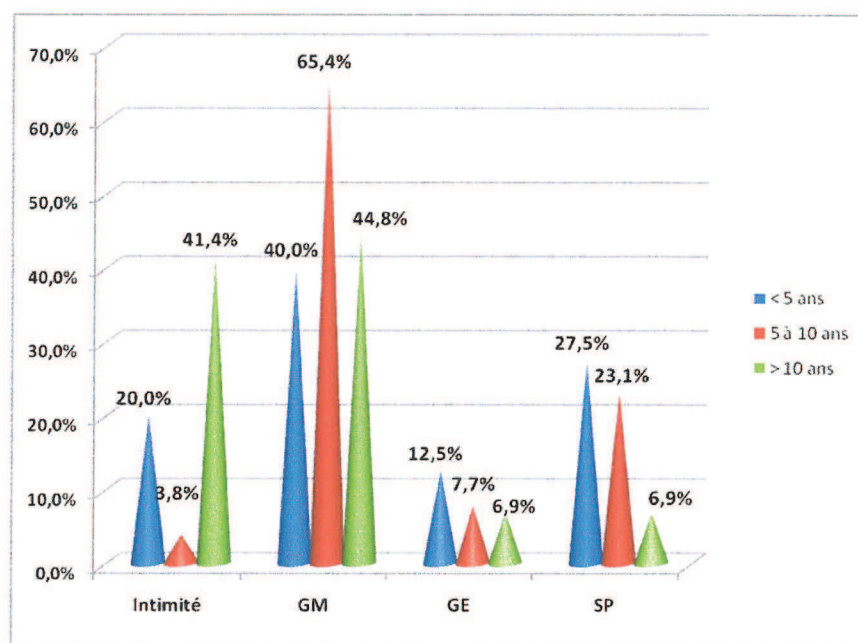
- Impact du lieu d'exercice sur le positionnement professionnel



Il existe une liaison significative entre le positionnement professionnel des sages-femmes et l'endroit dans lequel elles exercent.

Les sages-femmes travaillant en maternité de niveau 2 sont significativement plus nombreuses à admettre voir avant tout le côté intrusif du geste que les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 3 ($p = 0,0012$). Les sages-femmes exerçant ainsi en maternité de niveau 3 sont significativement plus nombreuses à ne voir dans le TV que le côté médical que les sages-femmes de niveau 2 ($p = 0,001$) et les sages-femmes libérales ($p = 0,0029$). D'autre part, il n'y a pas de liaison significative entre les sages-femmes travaillant en maternité de niveau 2 et celles exerçant en cabinet libéral en ce qui concerne la représentation du TV qu'elles ont ($p = 0,48$).

- Impact de l'expérience sur le positionnement des sages-femmes



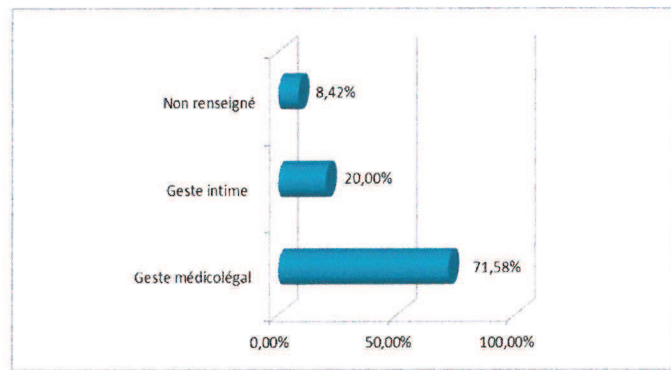
Nous pouvons observer sur ce graphique que :

- 40% des sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans perçoivent le TV comme un geste dépourvu d'autre connotation que celle d'un geste purement médical. 20% voient le côté intime et intrusif du geste, 12,5% admettent ne pas toujours avoir le temps de se préoccuper de cette représentation, et 27,5% n'ont pas donné de précision.
- 65,4% des sages-femmes exerçant depuis plus de 5 ans et moins de 10 ans ne perçoivent aucune autre connotation que le versant purement médical du TV. Seulement 3,8% y voient une intrusion dans l'intimité des patientes.

- Enfin, 41,4% des sages-femmes exerçant depuis plus de 10 ans sont conscientes de ce côté intrusif du geste contre 44,8% qui n’y voient qu’un geste purement médical.

Les sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans ne sont pas significativement plus nombreuses à percevoir que le versant médical du TV que celles qui exercent depuis 5 à 10ans ($p = 0,64$). En revanche, les sages-femmes pratiquant depuis plus de 10 ans sont significativement plus nombreuses à voir dans le geste l’aspect intrusif qu’il représente ($p = 0,003$) que les sages-femmes exerçant depuis 5 à 10ans ; mais ne le sont pas si nous les comparons avec les sages-femmes pratiquant depuis moins de 5ans ($p = 0,27$).

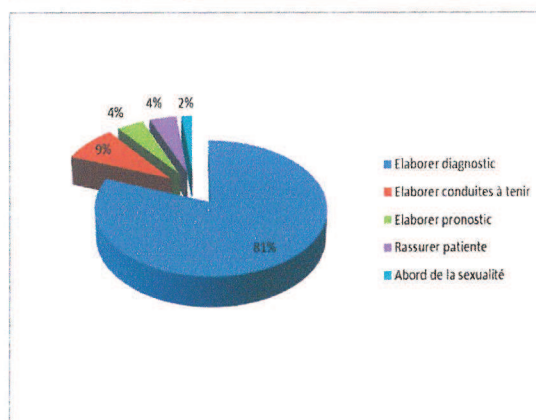
Q17 : représentation du TV par les sages-femmes interrogées



Répartition des praticiens selon la représentation qu’ils ont du TV

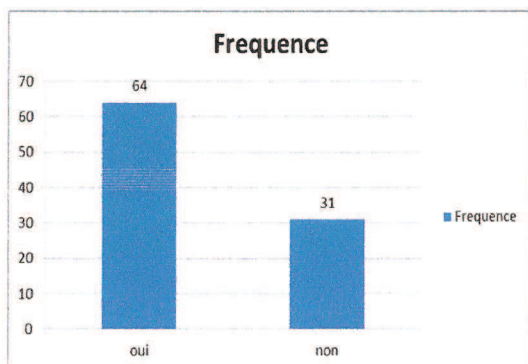
72% des sages-femmes interrogées notifient que le TV représente avant tout un geste médical utile et nécessaire à l’élaboration d’un diagnostic et 20% déclarent qu’il représente un geste intime intrusif pour le couple et la patiente.

Question 17 : Quelles attentes du TV ?



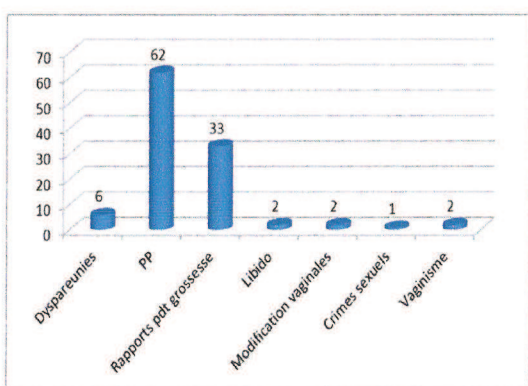
La majorité des sages-femmes interrogées (81%) attendent du TV la possibilité d’établir un diagnostic fiable.

Question 18 : Répartition des professionnels sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse.



67,4% des sages-femmes de notre échantillon disent aborder le sujet de la sexualité avec leurs patientes.

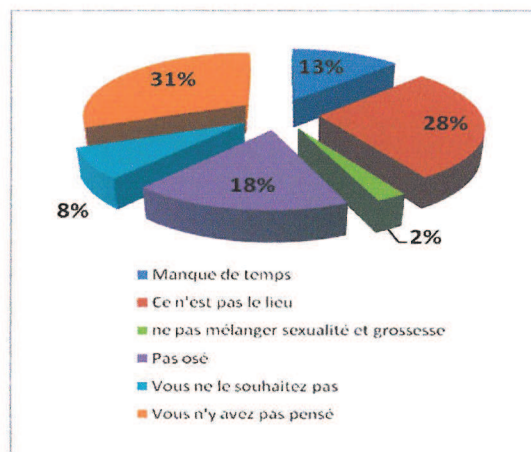
Question 19 : Sujets les plus abordés par les professionnels qui parlent sexualité :



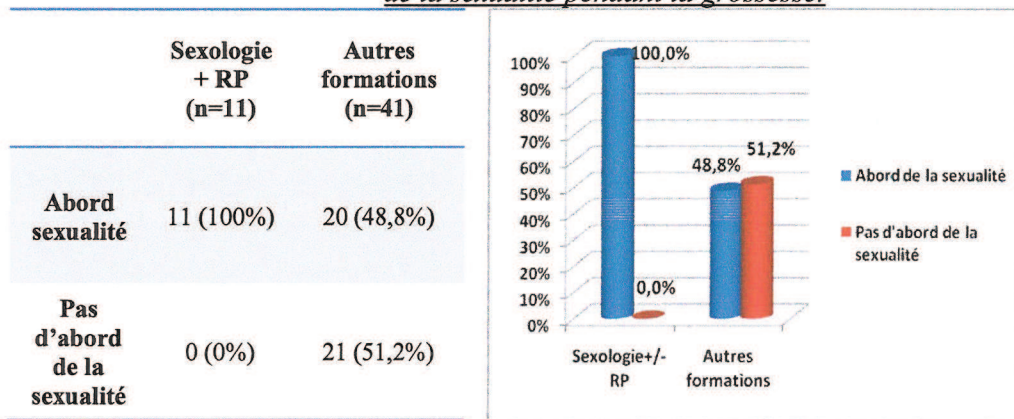
Les sujets les plus abordés paraissent être la sexualité du post partum (reprise des rapports, épisiotomie) et les rapports sexuels pendant la grossesse. Tous les autres sujets jugés moins courants ne sont que très peu abordés.

Question 20 : Causes du non abord de la sexualité :

Parmi les sages-femmes qui avouent ne pas aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse, 31% n'y ont pas pensé, 28% trouvent que ce n'est pas le lieu, 18% n'ont pas osé. Enfin 13% reconnaissent que c'est avant tout par manque de temps, 8% ne l'on pas souhaité et 2% pensent qu'il ne faut pas mélanger grossesse et sexualité.

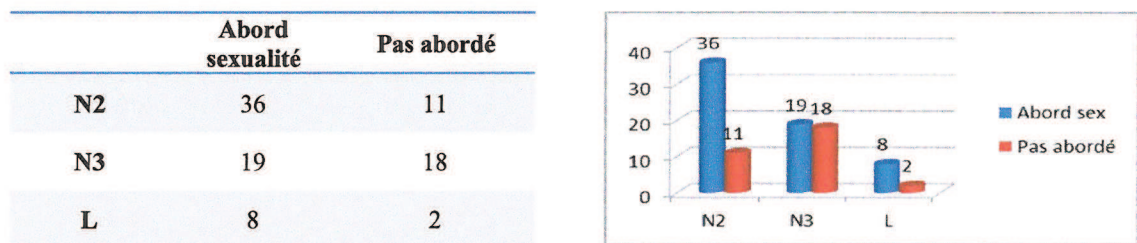


- Impact de la réalisation de formations complémentaires spécifiques sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse.



Il existe un lien significatif entre la réalisation de formations comme la sexologie et la rééducation périnéale et la facilité d'aborder la sexualité avec les patientes durant la grossesse. Les sages-femmes ayant reçu une formation en sexologie et/ou en rééducation périnéale sont significativement plus nombreuses à aborder le sujet de la sexualité que les sages-femmes ayant ou non réalisé d'autres formations (acupuncture, allaitement maternel, sophrologie ...) ($p = 0,0016$).

- Impact du lieu d'exercice sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse



Les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 2 sont significativement plus nombreuses à aborder le sujet de la sexualité que les sages-femmes exerçant en niveau 3 ($p = 0,01$). Par ailleurs, il n'existe pas de lien significatif lorsque l'on compare l'abord de la sexualité par les sages-femmes entre celles exerçant dans une maternité de niveau 3 et celle exerçant en cabinet libéral ($p = 0,15$). Il en est de même pour la comparaison des sages-femmes travaillant en maternité de niveau 2 et celles exerçant en cabinet libéral ($p = 0,8$).

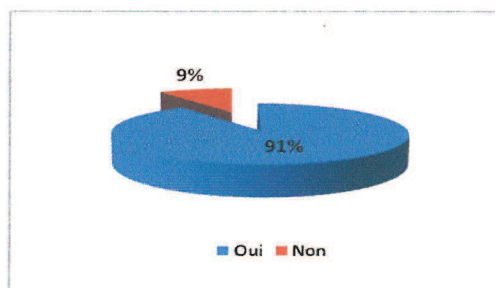
- Impact de l'expérience professionnelle sur l'abord de la sexualité pendant la grossesse.

	Non abordé (n=31)	abordé (n=64)
< 5ans	11 (35,5%)	29 (45,3%)
5 à 10 ans	12 (38,7%)	14 (21,9%)
> 10 ans	8 (25,8%)	21 (32,8%)

Il n'existe pas de lien significatif entre l'expérience professionnelle et l'abord du sujet de la sexualité pendant la grossesse ($p > 0,05$).

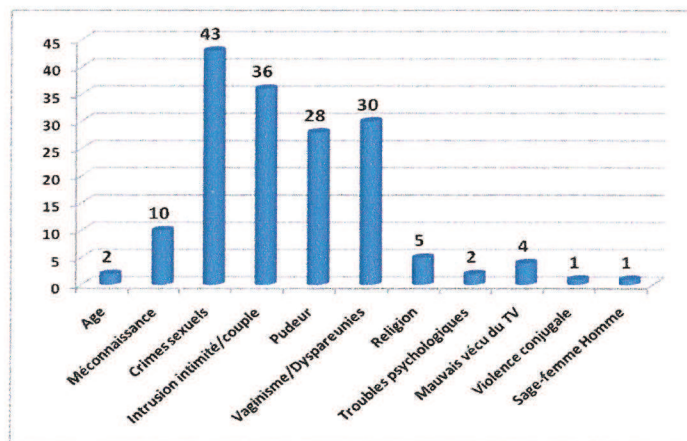
4.5 Conscience de la difficulté du vécu des patientes

Question 21 : Avis des professionnels sur la difficulté à vivre le TV pour les patientes



91% des sages-femmes interrogées admettent que le TV peut être difficilement vécu par les patientes. 9% ne le pensent pas.

Question 22 : Quelles sont les causes de ce vécu difficile ?



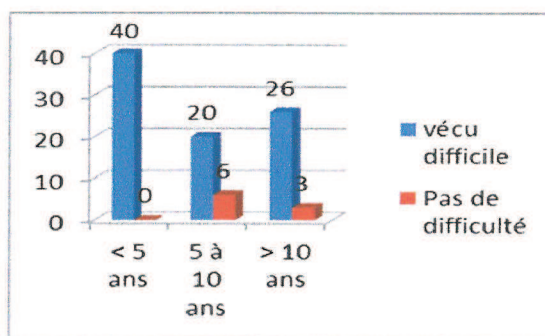
Il s'agissait d'une question ouverte. Pour pouvoir réaliser notre analyse statistique, nous avons relevé les mots clés présents dans chaque réponse.

Parmi les sages-femmes déclarant penser que le TV peut être difficilement vécu par leurs patientes, les causes émises le plus fréquemment sont les crimes sexuels (26,5%) l'intrusion dans l'intimité de la patiente et du couple (22,2%), le vaginisme et les dyspareunies (18,5%) et la pudeur des patientes (17,3%).

Il n'existe pas de lien significatif entre la représentation du TV par les sages-femmes et la conscience qu'elles ont que ça peut être un geste difficilement vécu par les patientes ($p > 0,05$).

• Impact de l'expérience professionnelle sur la conscience de cette difficulté

	Mauvais vécu (n=86)	Bon vécu (n=9)
< 5 ans	40 (46,5%)	0 (0%)
5 à 10 ans	20 (23,3%)	6 (66,7%)
>10 ans	26 (30,2%)	3 (33,3%)

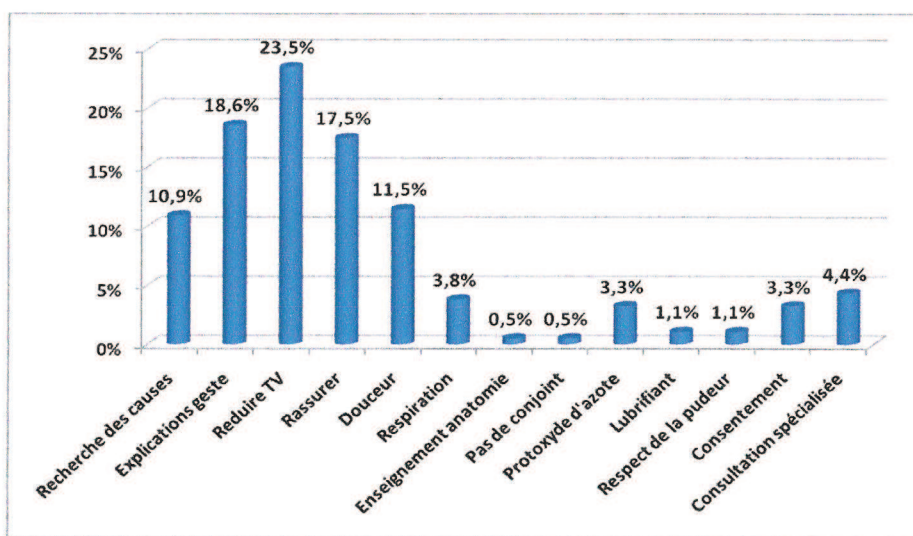


Les sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans sont significativement plus nombreuses à penser que le TV est un examen qui peut être difficilement vécu par les patientes que les sages-femmes pratiquant depuis 5 à 10ans ($p = 0,002$).

Par ailleurs, les sages-femmes exerçant depuis plus de 10ans ne sont significativement pas plus nombreuses à le penser que les sages-femmes ayant moins de 5ans ($p = 0,07$) ou entre 5 et 10 ans d'expérience ($p = 0,3$).

Question 23 : Prise en charge d'un vaginisme au cours de la grossesse

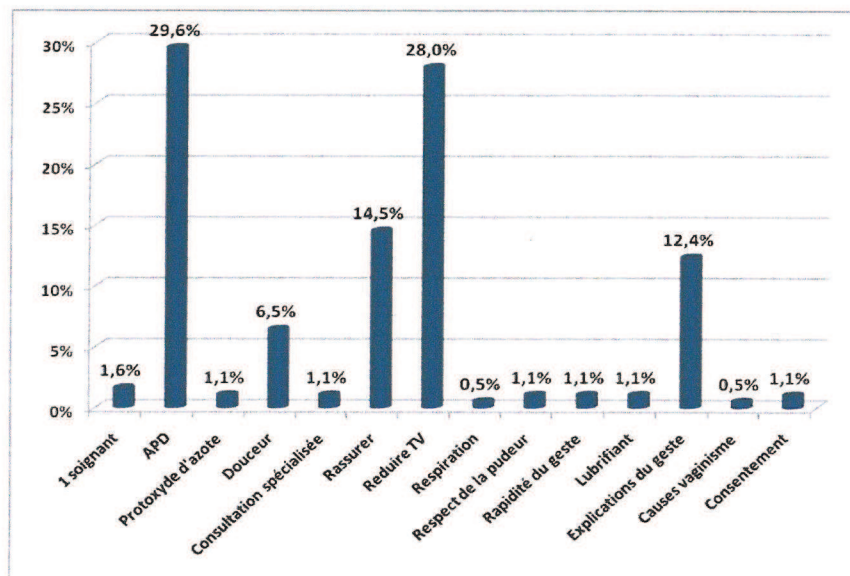
100% des sages-femmes interrogées ont répondu à cette question. Les prises en charge qui ressortent sont les suivantes :



Dans la gestion du suivi de grossesse d'une patiente présentant un vaginisme, la réduction du nombre de TV est évoquée par 23,5% des sages-femmes interrogées. 18,6% des sages-femmes de l'échantillon donnent ou redonnent des explications sur l'intérêt et le déroulement du geste, 17,5% les rassurent d'avantage, 10,9% disent rechercher les causes de ce vaginisme, 4,4% les redirigent vers un spécialiste (sexologue, psychologue), 3,8% utilisent la sophrologie pour faciliter le TV, 3,3% recueillent et respectent le consentement de la patiente et enfin 3,3% médicamentent leurs patientes vaginales avec du protoxyde d'azote.

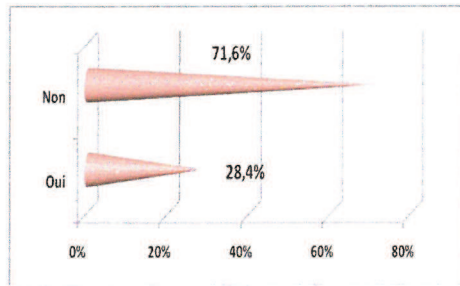
Question 24 : Gestion d'un vaginisme en salle de naissance :

100% des sages-femmes interrogées ont répondu à cette question. Il s'agissait d'une question ouverte. Pour pouvoir réaliser notre analyse statistique, nous avons relevé les mots clés présents dans chaque réponse.



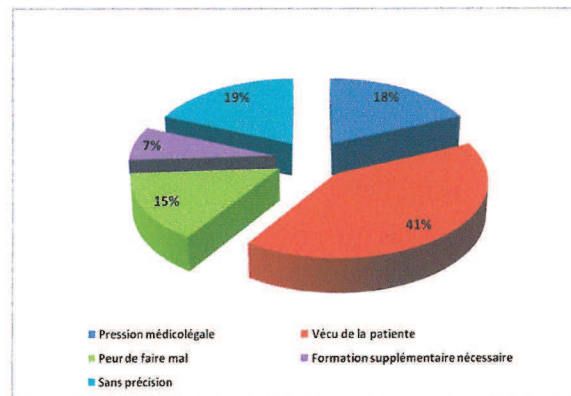
Concernant la prise en charge d'une patiente vaginique en salle de naissance, les deux stratégies les plus fréquemment évoquées sont la mise en place précoce d'une analgésie péridurale (par 29,6% des sages-femmes interrogées) et la réduction du nombre de touchers vaginaux (par 28% des sages-femmes). Les explications concernant le déroulement du geste et son intérêt sont évoquées par 12,4% des sages-femmes de l'échantillon et la douceur de l'examineur par 6,5%. D'autres moyens ont été évoqués comme la réduction du nombre d'examineurs, l'utilisation de protoxyde d'azote, la réalisation d'une consultation spécialisée en post partum, la sophrologie...

Question 25 : Vécu de la sage-femme face à la gestion d'une patiente vaginique



28,4% des sages-femmes interrogées admettent que la gestion d'une patiente vaginique représente une situation axiogène dans leur exercice.

Question 26 : Ressenti des sages-femmes angoissées par ce trouble :



100% des sages-femmes qui trouvent le suivi d'une patiente présentant un vaginisme en salle de travail axiogène déclarent être mal à l'aise. Certaines nous ont donné quelques précisions quant à leur ressenti.

Le souci du vécu de la patiente semble être la cause la plus fréquente puisqu'elle est évoquée par 40,7% des sages-femmes qui indiquent être mal à l'aise quant à la prise en charge du vaginisme en salle de naissance. La pression médicolégale qui pèse sur le TV semble inquiéter 18% d'entre elles, la peur de faire mal 7,4%, enfin, 2 d'entre elles pensent nécessaire la réalisation de formations complémentaires (sexologie).

Il n'existe pas de liaison significative entre le ressenti axiogène et

- L'expérience professionnelle ($p > 0,05$)
- Le lieu d'exercice :
 - Entre niveau 2 et niveau 3 $p = 0,4$
 - Entre niveau 3 et cabinets libéraux $p = 0,4$
 - Entre niveau 2 et cabinets libéraux $p = 0,25$
- Le positionnement professionnel $p > 0,05$
- L'existence de formation complémentaires ($p = 0,74$)

**TROISIEME PARTIE :
DISCUSSION**

Le toucher vaginal semble être pratiqué depuis les origines de notre métier de sage-femme. Par cette étude, nous avons voulu connaître les pratiques professionnelles des sages-femmes en ce qui concerne ce geste, aussi particulier soit-il, puisqu'il touche les patientes au plus profond de leur intimité et de leur identité de femme.

1. Rappels sur la description de l'échantillon

Les femmes représentent 93% de notre échantillon. Cette majorité était attendue car ce n'est que depuis 1982 que la profession de sage-femme est ouverte à la gente masculine, qui ne représente toujours qu'une minorité en nombre de praticiens.

L'expérience professionnelle est une variable qui, à notre sens, est susceptible de moduler, d'influencer et de faire varier les pratiques. 42,1% de l'échantillon est représenté par des sages-femmes ayant une expérience professionnelle de moins de 5 ans, 27,4% par des praticiens ayant 5 à 10 ans de pratique et 30,5% par des sages-femmes ayant une expérience de plus de 10ans.

La majorité des sages-femmes de l'échantillon (72,6%) sont polyvalentes, c'est-à-dire qu'elles exercent en service de consultations prénatales, de grossesses pathologiques, de suites de couches ainsi qu'en salle de naissance.

En ce qui concerne le lieu d'exercice, la moitié des sages-femmes interrogées exerce en maternité de niveau 2, 39% en maternité de niveau 3 et 10,5% en cabinet libéral. 55% d'entre elles ont réalisé une ou plusieurs formations complémentaires qui sont majoritairement l'acupuncture et l'allaitement maternel. La rééducation périnéale se trouve en deuxième position.

Enfin, pour tenter d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses de travail, il fût important de nous renseigner sur la fréquence à laquelle est réalisé le toucher vaginal durant une garde ou une journée de travail. Dans notre population, les trois quarts des sages-femmes en réalisent moins de 10 dont 50% entre 5 et 9. L'autre quart en réalise plus de 10.

2. Pratiques professionnelles

2.1 Hypothèse 1 : Pour les sages-femmes, le toucher vaginal est avant tout un geste médical utile et nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic d'où réalisé de manière « mécanique » par la plupart.

La question sur la technique de réalisation du TV était ouverte. Nous avons donc analysé les réponses en fonction de plusieurs mots clés formulés par les sages-femmes interrogées. Il fût ainsi établi deux groupes de réponses. Le premier que nous avons intitulé « technique » regroupe les sages-femmes qui ont expliqué le geste de manière pratique et médicale. Le deuxième groupe « préalables » inclut celles qui ont pensé aux « préliminaires » du geste. Nous remarquons que seul 1/3 des sages-femmes interrogées pense à ces préalables. Ces dernières précisent le plus souvent la nécessité d'une information préalable (1/3), l'écartement des petites lèvres (27,7%), l'utilisation d'un lubrifiant pour faciliter l'examen (21,5%). Viennent ensuite la nécessité du consentement de la patiente, notion exprimée par 7,7% des sages-femmes qui pensent aux préalables du geste et le respect de la pudeur. Au regard de ces résultats, nous avons souhaité comparer ces deux groupes de sages-femmes, d'une part celles qui ont explicité les préalables du TV (n=35 soit 37%) et celles qui n'y ont pas pensé (n=60 soit 63%) afin de tenter de définir un profil professionnel particulier.

L'analyse statistique nous a permis de mettre en exergue une liaison significative entre l'expérience professionnelle et la manière dont le TV est réalisé. Les sages-femmes dont l'expérience est inférieure à 5ans ne sont significativement pas moins nombreuses à penser aux préalables que celles qui exercent depuis 5 à 10ans ($p>0,05$). En revanche, celles qui pratiquent depuis plus de 10ans sont significativement plus nombreuses à penser aux préalables du TV que celles qui exercent depuis 5 à 10ans ($p=0,0002$). Si nous comparons maintenant les sages-femmes qui pratiquent depuis moins de 5ans avec celles qui exercent depuis plus de 10 ans, nous remarquons que les plus expérimentées sont significativement plus nombreuses à penser aux préalables que les moins chevronnées ($p=0,0002$).

Enfin, il n'existe pas de liaison significative entre la manière de réaliser le TV et le nombre pratiqué par garde ($p>0,05$) ainsi qu'avec la constance de l'information donnée aux patientes ($p>0,05$).

En ce qui concerne la représentation du geste, 72% des sages-femmes interrogées notifient que le TV représente avant tout un geste médical utile et nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic et 20% déclarent qu'il représente un geste intime, intrusif pour le couple et la patiente. Cela correspond avec le fait que, par définition, le TV est un examen médical. Il est réalisé pour 81% d'entre elles dans le but d'établir un diagnostic fiable, pour 9% afin d'élaborer des conduites à tenir adaptées. 4% réalisent le TV afin de rassurer la patiente et 2% pour aborder le sujet de la sexualité.

Nous pouvons donc déduire plusieurs observations. Tout d'abord, le TV représente pour la majorité des sages-femmes un geste médical qui a pour but principal d'établir un diagnostic. D'autre part, le TV semble être pratiqué de manière « mécanique » par les 2/3 des sages-femmes interrogées. De plus, le calcul du caractère significatif montre que les sages-femmes qui voient le TV comme un geste avant tout médical sont significativement plus nombreuses à le pratiquer d'une manière mécanique ($p < 0,0001$). Inversement, les praticiens qui y voient avant tout un geste intime sont significativement plus nombreux à le pratiquer en explicitant les préalables nécessaires ($p < 0,0001$). Notre hypothèse semble ainsi vérifiée.

2.2 Hypothèse 2 : L'information préalable à ce geste médical qu'est le TV n'est pas toujours donnée aux patientes.

Par définition, le toucher vaginal est un examen médical, sa pratique est donc soumise à différents textes de loi et recommandations qui demeurent la référence en matière de droits des patients et de devoirs des professionnels. Il est nécessaire que le patient puisse recevoir une information claire, loyale et compréhensible afin qu'il puisse, ou non, consentir à l'acte médical. Nous traitons ici du principe d'autonomie du patient. Il s'agit donc d'une obligation légale à laquelle le professionnel ne peut déroger.

Suite à l'analyse des résultats obtenus, nous pouvons remarquer que cette information utile et nécessaire avant tout acte de soin ou tout geste sur autrui n'est pas donnée par toutes. Les trois quarts des sages-femmes interrogées précisent « toujours » expliquer le geste et son intérêt avant sa réalisation. 13,7% formulent expliquer le TV « souvent », 11,6% « parfois » et aucune ne donne jamais d'explications. Parmi ces 25,3% de professionnels qui n'expliquent pas leur geste de manière systématique, les causes les plus fréquemment retrouvées sont la demande des patientes et la disponibilité des sages-femmes. Parmi les 11,6% des praticiens qui ne l'expliquent que « parfois », la moitié évoque la prise en charge de patientes non demandeuses, ¼ l'explique par la surcharge de travail et l'autre quart n'y pense pas. Aucune d'entre elles ne met en cause le manque de temps lors des consultations prénatales.

Cette analyse nous permet de confirmer une de nos hypothèses de travail qui était que le TV n'est pas toujours expliqué aux patientes. Nous pouvons donc conclure que même si la majorité des sages-femmes procurent systématiquement une explication préalable au toucher vaginal, ¼ de l'échantillon avoue ne pas « toujours » le faire. Il nous a semblé intéressant de tenter de définir un profil de professionnels pour lesquels

l'explication du TV n'est pas systématique. Cette pratique ne semble pas être influencée par l'expérience professionnelle des professionnels ($p>0,05$), leur lieu d'exercice ($p>0,5$), le nombre de TV réalisé par garde ($p>0,05$) ou encore la réalisation de formations complémentaires (sexologie ou rééducation périnéale) ($p>0,05$). Il semble s'agir d'un comportement propre à chaque personnalité qui pourrait dépendre des expériences de vie, de l'éducation, de la formation initiale reçue ... Cette conclusion paraît en opposition avec les textes de loi et les recommandations qui encadrent les soins médicaux et font que la sage-femme se doit d'expliquer l'intérêt et la technique du toucher vaginal avant de le pratiquer. Cependant, l'inconstance de l'explication donnée pourrait être expliquée par le fait que des femmes ne sont pas demandeuses mais également par le fait qu'une sage-femme possède un principe de bienfaisance qui régit son exercice. Ainsi, elle l'applique spontanément. Pourquoi « vendre » un geste quand c'est pour le bien des patientes.

L'explication du soin, son but, la manière dont il sera réalisé semble paraître être une attente des patientes. La relation soignant-soigné est décrite dans la littérature comme étant une relation inégale. D'un côté le soignant doté de son savoir est acteur de la relation. Il est en position supérieure par rapport au patient dont le corps dénudé est livré à l'examen et au regard du professionnel. Nous pouvons donc supposer que chaque situation, aussi gênante soit-elle, est beaucoup moins appréhendée et plus facilement acceptée par la patiente, à qui les soins auront été préalablement expliqués. Ainsi le patient partage le savoir et la relation est rééquilibrée. Il serait tout de même intéressant de mener l'enquête auprès des patientes pour connaître leur avis sur le sujet. Expliquer les soins réalisés est une marque de respect de la pudeur des patients mais également de respect de son identité (22).

2.3 Hypothèse 3 : La réalisation pluriquotidienne du TV par les sages-femmes entraîne une banalisation du geste qui a un impact sur le respect de l'intimité et sur la compréhension des appréhensions de chacune de nos patientes.

Nous avons démontré dans les parties précédentes que le nombre de touchers vaginaux réalisés par garde n'avait pas d'impact significatif sur la manière dont il est réalisé, sur la constance de l'information donnée aux patientes, sur la représentation du TV et enfin le positionnement professionnel des sages-femmes ($p>0,05$). Cette hypothèse n'est donc pas vérifiée par notre enquête.

3. Représentation du toucher vaginal

3.1 Hypothèse 4 : Les sages-femmes semblent ne voir que la connotation obstétricale du geste laissant de côté son aspect intime et intrusif.

Nous avons interrogé les sages-femmes sur leur positionnement professionnel en ce qui concerne l'acte du toucher vaginal. La question 16 du questionnaire (Annexe) nous a permis une première analyse relativement aisée du ressenti de chacune et chacun des professionnels interrogés. 96% des sages-femmes de la population déclarent se mettre dans le rôle du professionnel qui doit établir un diagnostic. Dans ce groupe de l'échantillon, 79% ont précisé la représentation qu'ils avaient du toucher vaginal. 50,5% n'y perçoivent aucune autre connotation que le versant médical du geste et 8% précisent que le TV est pour eux un geste évaluateur, ils n'ont donc pas toujours le temps de s'attarder sur la représentation. Enfin, seulement 21% notifient voir avant tout l'intrusion dans l'intimité des patientes et du couple. Ici encore, nous avons tenté de dessiner un profil professionnel en fonction des différents positionnements. En cela, nous avons mis en relation ce ressenti avec différentes variables.

En comparant les professionnels ayant des lieux d'exercice différents et leur positionnement professionnel vis-à-vis du TV, nous pouvons dire qu'il existe un lien significatif entre ces deux variables. En effet, les sages-femmes travaillant en maternité de niveau 2 sont significativement plus nombreuses à admettre voir avant tout le côté intrusif du geste dans l'intimité des femmes que les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 3 ($p=0,0012$). Par ailleurs, les sages-femmes pratiquant en maternité de niveau 3 sont significativement plus nombreuses à ne voir dans le TV aucune autre connotation que le côté médical en comparaison avec les sages-femmes travaillant en maternité de niveau 2 ($p=0,001$) et avec les sages-femmes libérales ($p=0,0029$). Notons qu'il n'y a pas de différence significative entre le positionnement professionnel des sages-femmes libérales et celles exerçant en maternité de niveau 2 ($p=0,48$). Les sages-femmes libérales et celles pratiquant en maternité de niveau 2 semblent donc être plus attentive à l'aspect intime du toucher vaginal que les sages-femmes travaillant en maternité de niveau 3. Par conséquent, la technicité de l'établissement et la capacité du plateau technique à gérer d'importantes pathologies semblent conditionner ce positionnement vis-à-vis de la représentation individuelle du TV.

Intéressons-nous maintenant à l'impact de l'expérience professionnelle des sages-femmes sur leur représentation du TV. Les réponses obtenues sont difficilement interprétables au regard du faible échantillon de sages-femmes composant la catégorie

des praticiens voyant dans le TV le côté intrusif dans l'intimité des femmes. Il semble que les sages-femmes exerçant depuis plus de 10ans soient significativement plus nombreuses à entrer dans cette catégorie que celles pratiquant depuis 5 à 10ans ($p=0,003$). En revanche, elles ne semblent pas être significativement plus nombreuses que les praticiens travaillant depuis moins de 5ans ($p=0,2$). Nous pensons qu'avec un effectif plus important et des tranches d'années d'expérience plus précisément définies, nous aurions pu interpréter ces réponses avec plus de certitude. Outre le fait que l'indépendance n'a pas pu être démentie entre l'expérience professionnelle de moins de 5ans et le positionnement de la sage-femme quant à la représentation du TV, des tendances peuvent être prudemment énoncées. Les analyses statistiques montrent que les sages-femmes pratiquant depuis 5 à 10 ans sont significativement plus nombreuses à voir uniquement le versant médical du geste que celles exerçant depuis plus de 10ans. A contrario, les sages-femmes les plus expérimentées (plus de 10ans) sont significativement plus nombreuses à s'inquiéter de la représentation intime du geste ($p=0,003$) que celles pratiquant depuis 5 à 10ans.

Nous avons également souhaité connaître l'impact de la réalisation d'une formation complémentaire spécifique comme la sexologie ou/et la rééducation périnéale sur la représentation du TV qu'ont les sages-femmes. L'analyse statistique des réponses démontre que les sages-femmes ayant réalisé ces formations sont significativement plus nombreuses à avoir conscience du caractère intrusif et intime du toucher vaginal ($p=0,0034$).

De même, un lien significatif existe entre la manière dont une sage-femme réalise le TV et son positionnement professionnel. En effet, les sages-femmes accordant une attention particulière aux préalables du TV sont significativement plus nombreuses à prendre en compte le caractère intrusif du geste que celles qui explicite uniquement la technique du TV ($p<0,0003$). Ajoutons que les sages-femmes qui pratiquent le TV sans penser aux préalables sont significativement plus nombreuses à voir uniquement le versant médical du geste ($p<0,0003$).

Enfin il n'existe pas d'impact significatif de nombre de TV réalisé par garde sur la représentation du professionnel de ce geste.

En conclusion, nous pouvons valider notre hypothèse de travail puisque la majorité des sages-femmes interrogées disent ne voir dans le TV que son versant médical. Cette représentation du TV semble être influencée par l'exercice professionnel dans une maternité dont la technicité du plateau technique est élevée (maternité de niveau 3), par la réalisation d'une formation ou non de formations complémentaires en

sexologie et/ou en rééducation périnéale et enfin par la technique de réalisation du toucher vaginal.

3.2 Hypothèse 5 : Une prise en charge spécifique et globale est nécessaire pour un suivi adéquat de nos patientes.

Commençons par l'abord de la sexualité pendant la grossesse. 67% des sages-femmes interrogées disent en parler avec leurs patientes ; les sujets les plus évoqués étant les rapports sexuels durant la grossesse et leur reprise dans le post-partum. Parmi les 33% des sages-femmes qui indiquent ne jamais évoquer la sujet de la sexualité, presque 1/3 n'y a pas pensé, plus d'1/4 pense que ce n'est pas le lieu et 18% n'ont pas osé. Enfin 13% reconnaissent que c'est par manque de temps, 8% ne l'ont simplement pas souhaité et 2% pensent qu'il ne faut pas mélanger grossesse et sexualité. De plus, grâce à l'analyse statistique des résultats de l'enquête, nous remarquons que les sages-femmes ayant effectué des formations complémentaires en sexologie et en rééducation périnéale abordent significativement plus le sujet avec leurs patientes ($p=0,0016$).

Il existe un paradoxe entre le fait que la sexualité ne semble plus être un sujet tabou dans notre société et les difficultés rencontrées. Aujourd'hui, il est toujours aussi difficile de parler sexualité et de trouver les mots justes, ceux qui permettent de lever les tabous. Le but serait d'établir un dialogue et de parler sexualité sans empiéter sur le jardin secret des patientes. Dialogue d'autant plus important que l'on constate souvent chez les femmes une ignorance quant à l'anatomie génitale des organes sexuels féminins. A notre sens, il serait nécessaire d'interroger les femmes sur cette ignorance surprenante pour leur faire comprendre comment fonctionne leur corps. Il pourrait être du rôle de la sage-femme, à l'occasion des consultations prénatales ou au cours du travail de renseigner ces femmes sur l'anatomie de leur sexe ainsi que leur « normalité ». Bien souvent, les femmes connaissent uniquement l'existence de leur vagin, qu'elles considèrent comme leur unique partie sexuée et ne le différencient pas de l'organe du plaisir qui reste le clitoris. Ainsi les mots « vagin » et « pénétration vaginale » désignent pour les patientes uniquement la notion de sexualité, qui est du ressort de leur intimité et du couple. Il serait alors intéressant de pouvoir interroger les femmes à ce sujet.

D'autre part, nous sommes dans une société de l'image et du virtuel dans laquelle la population est souvent exposée à certaines images sexuelles, de plus en plus fortes, véhiculées par les médias. Certains et certaines ne bénéficient pas de repères suffisants

et de connaissances adéquates pour comprendre, intégrer ou dénigrer certaines de ces images à caractère sexuel. Ils ne peuvent alors pas distinguer ce qui est réel de ce qui ne l'est pas. Dans notre exercice professionnel, le TV, plus qu'un simple examen de routine, constitue pour les patientes une véritable rencontre avec le réel.

De par leur formation et leur métier, les sages-femmes semblent connaître leur corps et son fonctionnement ainsi elles peuvent considérer que les « autres » femmes connaissent leur corps aussi bien qu'elles. Or plusieurs faits marquants semblent prouver le contraire comme par exemple le taux d'interruptions volontaires de grossesses qui reste quasi constant malgré les actions de sensibilisation des médias ainsi que l'éducation à la sexualité et à la contraception pratiquée dans les écoles primaires et secondaires par divers intervenants (enseignants, infirmières scolaires, sages-femmes et infirmières de PMI ...). Ne pourrait-on pas penser qu'il s'agit d'un manque de compréhension relatif au fonctionnement corporel ? Ainsi les sages-femmes ne pourraient-elles pas profiter cette intrusion qu'est le TV pour ré aborder le sujet de la sexualité ? Ce geste pourrait être propice à l'éducation, à la précision de l'image corporelle féminine et à sa compréhension. Il serait peut-être utile de mettre à disposition des sages-femmes des supports en salles de consultation ou de naissance. Il pourrait s'agir de fiches anatomiques destinées à mieux expliquer les organes touchés et ceux qui ne le sont pas, ou encore, afin de palier à cette méconnaissance corporelle.

Dans notre questionnaire, nous avons souhaité confronter les sages-femmes à un trouble dans lequel la notion de sexualité ne peut être mise de côté ; il s'agit du vaginisme. Nous les avons donc interrogées sur la spécificité de leur prise en charge concernant ce trouble.

Notons tout d'abord que 91% de notre population pensent que le TV peut être difficilement vécu par les patientes ; 9% ne le conçoivent pas. Parmi les sages-femmes qui évoquent cette difficulté, les causes les plus fréquemment suggérées sont les crimes sexuels cités par 26% d'entre elles, le caractère intrusif du geste par 22%, le vaginisme et les dyspareunies pour 18% et la pudeur des patientes pour 17%. En formulant ces réponses, il semble évident que les sages-femmes associent le TV à un geste faisant appel à des notions bien plus complexes, touchant les patientes au plus profond de leur intimité, de leur sexualité et pour certaines de leurs traumatismes. Cela semble en contradiction avec le fait que la majorité de notre échantillon dit ne voir aucune autre connotation que le versant médical du geste.

Concernant le suivi de grossesse d'une patiente vaginique, la spécificité de la prise en charge concerne, pour la majorité des sages-femmes de notre population, la réduction ou la limitation du nombre de TV effectué. Viennent ensuite l'explication du geste, le réconfort et la douceur du praticien. Ainsi, seulement une faible proportion de sages-femmes évoquent la recherche des causes du trouble, la méconnaissance du corps ou encore le recours à un professionnel spécialisé. Nous remarquons donc que, malgré la confrontation à un trouble comme le vaginisme qui est directement lié à l'image corporelle et à l'angoisse de pénétration, la notion de sexualité n'est que peu abordée.

Nous pouvons émettre la même conclusion quant à la prise en charge des patientes vaginiques en salle de naissance. La majorité des sages-femmes interrogées indiquent avoir recours à l'analgésie péridurale pour insensibiliser les patientes et à la réduction du nombre de TV lors du suivi du travail. L'interrogation de la patiente sur ce trouble n'est que peu pratiquée et le recours à la technicité semble représenter la solution pour la plupart. Or, nous pensons, grâce à diverses études relatées dans la première partie de ce mémoire, que les femmes en général et encore plus celles présentant un vaginisme, n'ont que peu de connaissances quant à leur schéma corporel et, en ce sens, peuvent avoir une représentation de celui-ci erronée. Cette méconnaissance quant à leur anatomie génitale semble plus fréquente chez les patientes vaginiques et ne permet pas à ces femmes de s'imaginer l'ouverture vaginale, vision nécessaire à un suivi de grossesse et à un déroulement du travail et de l'accouchement adéquate. Une prise en charge globale ainsi qu'une information préalable spécifique paraissent donc nécessaires.

Enfin, nous observons que 28% des sages-femmes interrogées admettent que la prise en charge d'une patiente vaginique constitue une situation anxiogène. Parmi ces praticiens, tous se disent mal à l'aise lorsqu'ils sont confrontés à ce trouble. Le souci du vécu de la patiente semble être la cause la plus fréquente puisqu'il est évoqué par 40,7% d'entre eux. La pression médicolégale qui pèse sur le TV semblent inquiéter 18% des sages-femmes se disant « mal à l'aise », la peur de faire mal 7,4% et enfin 7% jugeraient nécessaire la réalisation de formations complémentaires. Par ailleurs, aucun profil professionnel n'a pu être établi pour ces sages-femmes trouvant la gestion du vaginisme anxiogène. Cependant, l'effectif de ces praticiens se disant mal à l'aise étant faible, nous pouvons penser qu'il serait intéressant d'élargir la population de notre étude afin de conclure plus certainement qu'il n'y a pas de lien significatif entre le ressenti des professionnels et leur expérience professionnelle ($p > 0,05$), leur lieu d'exercice ($p > 0,05$), leur positionnement professionnel ($p > 0,05$) ou encore la réalisation de formations complémentaires ($p = 0,74$).

En interrogeant les sages-femmes sur leur prise en charge du vaginisme, trouble qui fait référence à la spécificité de la patiente, nous avons voulu savoir quelles pratiques étaient réalisées. Il en ressort que même si la majorité des sages-femmes interrogées parlent sexualité, les sujets abordés sont uniquement en lien avec la grossesse. Aussi, même dans une situation extrême où le trouble ne peut être dissocié d'un dysfonctionnement qui touche le propre même de la sexualité, ce sujet n'est que faiblement abordé au profit de la technicité.

En France, les progrès fantastiques de la médecine ont créé une technicité très importante. Plutôt loin des fondements de la médecine « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours » ou « primum non nocere », la médecine en France a connu depuis le 19^{ème} siècle une révolution de l'hygiénisme qui lui imposait le progrès technique au dépend de la qualité relationnelle. Or la technicité de la médecine scientifique tend à réduire la rencontre soignants-malades à un corps qui doit posséder des fonctions biologiques. Beaucoup de praticiens semblent démunis face à des souffrances non palpables, souffrances relevant du psychisme qui fait d'un patient un humain, un individu. Il est pourtant nécessaire de les considérer afin de permettre une prise en charge globale des patientes. Aussi, il serait bénéfique d'allier les nombreuses connaissances et moyens techniques actuels avec l'art de prendre soin de nos patients. Il semble de notre rôle de soignant de réhabiliter la notion de corps vécu et ressenti pour mieux comprendre nos patients qui se remettent entre nos mains.

CONCLUSION

Les résultats de l'enquête révèlent toute la complexité de la représentation du TV, ce geste qui s'avère être chargé de connotations allant bien au-delà du simple examen de routine ; le sexe féminin étant au cœur de la situation et de l'acte.

Pour les sages-femmes, le TV semble être avant tout un geste médical nécessaire à l'élaboration de diagnostics et donc à une prise en charge obstétricale optimale des patientes. La plupart des praticiens interrogés y voient avant tout un geste sans connotation autre que l'obstétrique. Ces différents facteurs paraissent conditionner le fait que la majorité des sages-femmes le réalise de manière mécanique laissant ainsi de côté son aspect intime et intrusif.

Malgré les différents écrits qui régissent les pratiques des professionnels médicaux, notre étude a également permis de démontrer que même si l'explication préalable au toucher vaginal est donnée par la plupart des sages-femmes, elle ne se révèle pas systématique pour toutes.

D'autre part, nous remarquons qu'il existe un paradoxe entre le fait que la sexualité ne semble plus être un sujet tabou dans notre société et les difficultés rencontrées. 1/3 des sages-femmes interrogées n'abordent pas ce sujet avec leur patientes pensant que ce n'est pas le lieu, que c'est par manque de temps, n'ont pas osé ou ne l'ont simplement pas souhaité. Alors que l'on constate au quotidien l'étonnante méconnaissance des femmes quant à leur anatomie génitale, ne serait-il pas du rôle de la sage-femme de s'interroger sur l'impact que le TV pourrait avoir pour ces femmes ? De la même façon que les sages-femmes de PMI sont sollicitées dans les écoles primaires et secondaires pour l'éducation sur la physiologie sexuelle, la grossesse et l'accouchement pourraient constituer un moment idéal afin de réaborder des notions, notamment la méconnaissance corporelle. Le moment de cette intrusion que représente le TV pourrait être propice à l'élaboration d'une relation privilégiée avec nos patientes permettant une prise en charge globale, prenant en considération les spécificités de chacune qui font de ces femmes des êtres humains, des individus munis d'une personnalité. En cela, il serait intéressant d'enquêter auprès des patientes quant à leur ressenti vis-à-vis du TV.

Cette enquête a donc permis d'analyser les pratiques professionnelles en ce qui concerne cet examen, aussi particulier soit-il, qu'est le TV. Il était, à notre sens, important d'effectuer cette démarche car tout bon professionnel doit sans cesse se remettre en question afin de tendre vers une amélioration permanente de ses pratiques pour une meilleure prise en charge des patientes.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- 1) BADINTER Elizabeth, philosophe – Le conflit, la femme et la mère – Paris – Flammarion – 2010 – 270 pages
- 2) BARILLON Jacques, Avocat ; BENSUSSAN Paul, Psychiatre – Le nouveau code de la sexualité – Paris – Odile Jacob – 2007 – 368 pages – Histoire et Document
- 3) BESTAUX Manon, Sexologue – Carnet n°1 Mon corps je considérerai... - Liège – Editions Particulières – 2011 – 48 Pages – Petit Guide du Plaisir Sexuel Féminin
- 4) BESTAUX Manon, Sexologue - Le sourire et le sexe – Liège – Editions Particulières – 2008 -
- 5) BOURCIER A – Le plancher pelvien : Explorations fonctionnelles et réadaptation – Paris – Ed. Vigot – 1991 – 295 pages
- 6) BRUNE Elisa, Romancière ; FERROUL Yves, médecin sexologue – Le secret des femmes. Voyage au cœur du plaisir et de la jouissance – Paris – Odile Jacob – 2010 – 320 pages
- 7) DE WAAL Frans, Psychologue – L'Age de l'empathie - Paris – Les liens qui libèrent – 2010 – 330 pages
- 8) DUERR Hans Peter-Nudité et pudeur : le mythe du processus de civilisation-Ed Maison des sciences de l'Homme- Paris – 1998 - 472 pages
- 9) EIBL-EIBESFELDT - Ethologie, biologie du comportement – Naturalia et Biologia- 1984 – 748 pages
- 10) HABIB Claude – La pudeur, la réserve et le trouble – Ed. Autrement – France, série morale n°9 – 1992 – 201 pages
- 11) HERITIER Françoise, anthropologue – Masculin, Féminin. La pensée de la différence- Paris, Odile Jacob – 1996 – 332 pages
- 12) LANSAC J, MAGNIN G, - Obstétrique pour le praticien-5è édition – Issy les Moulineaux- Masson-2008-497pages
- 13) MAINES Rachel, Historienne – Technologie de l'orgasme - Lausanne - Payot – 2009 – 270 Pages
- 14) MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J-Précis d'obstétrique-6è édition-Paris-2001-597pages
- 15) MIMOUN Sylvain – Des mots pour le dire – Paris – Ed J'ai lu– 1990 – 274 pages
- 16) PAGE Lesley-Ann, PERCIVAL Patricia, KITZINGER Sheila, SIMON Agnès – Le nouvel art de la sage -femme : Science et écoute mises en pratique - Issy les Moulineaux – Elsevier /Masson – 2004 – 418 pages

- 17) PASINI W, CREPAULT C - L'imaginaire en sexologie clinique – Presses universitaires de France - Vendôme – 1987 – 95 pages
- 18) PASINI W – Eloge de l'intimité – Paris – Ed. Payot – 1991 – 287 pages
- 19) PIERRAT Emmanuel, Avocat – Le Sexe et la Loi – Paris – La Musardine – 2002 – 233 pages – L'Attrape-Corps
- 20) PUJOL Rosemonde, Ecrivain – Un petit bout de bonheur : Petit manuel de clitorologie – Paris – Jean Claude Gawsewitch – 2007 – 189 pages
- 21) SHERE Hite, Sexologue – Le nouveau rapport Hite – Paris – Editions Robert Laffont – 2002 – 592 pages
- 22) VAN GIJSEGHEN H. – L'enfant mis à nu : l'allégation d'abus sexuel, recherche de la vérité – Montréal – Méridien – 1995 – 296 pages
- 23) WAYNBERG Jacques, médecin psychothérapeute – Le Dico de l'amour et des pratiques sexuelles – Toulouse – Milan – 1999 – 256 pages – Les dicos essentiels Milan

Articles

- 24) DUMONT T. – Dyspareunies et vaginisme : au carrefour de la gynécologie et de la sexologie – Le concours médical – 1996 – 13 :915-918
- 25) HUESCO H, JAROUSSE N. – Sexologie : des sages-femmes à l'écoute des couples – Profession sage-femme – 2007 – 33 : 36-38
- 26) LE COSTAOUEC A. – La relation soignant-soigné – Les dossiers de l'obstétrique – 2002 – 29 ; 306
- 27) MABIE WC. Placenta prævia. « Clin Perinatol »1992-19-pages 425 à 435
- 28) VAYSSIERE C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique « Gynécologie Obstétrique Fertilité » 2005-33-pages 69 à 74
- 29) WEISS L, MEADOW R. Women's attitudes towards gynecologic practices. "Obstetrics and Gynecology"-1979-54- pages 110 à 114
- 30) WIJMA B et Al. – Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecologic clinics : a Nordic cross-sectional study – Lancet – 2003- 361 : 2107 – 13
- 31) WILEY J. et Al. – Legal outcomes of sexual assault – AM J Obstetrics and Gynecology – 2003- 188
- 32) WISE L. – Child sexual abuse and depression – Lancet – 2001 – 358 : 881-7

Textes officiels

- 33) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 34) Article R4127-327 du code de santé publique, ancien article 27 du code de déontologie des sages-femmes modifié par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) de code de la santé publique.
- 35) Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/090 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte des patients hospitalisés.

Mémoires et thèses

- 36) AUBIN Alexandra – Approche anatomique du clitoris – Maîtrise en sciences biologiques et médicales – Faculté de médecine de Nantes – 2002
- 37) BOUYER Mélanie – Pudeur et maternité – Mémoire de sage-femme – Bordeaux – 2005
- 38) DELOT Géraldine-Vécu du suivi prénatal par les femmes enceintes-Mémoire de fin d'études de sage-femme de Lille-2008
- 39) GRAFEILLE N. Approche cognitivo-comportementale du vaginisme-Mémoire CES de psychiatrie-Bordeaux-1988
- 40) MANSOUR-HUGUES Myriam – Transposition du clitoris, résultats anatomiques et fonctionnels sur 42 patientes – Doctorat en médecine – Paris V - 2007

Sites internet

- 41) www.aihus.fr – consulté 20 novembre 2010
- 42) www.sexologie-fr.com – consulté en novembre 2010
- 43) www.vaginisme.fr – consulté en décembre 2010

Divers

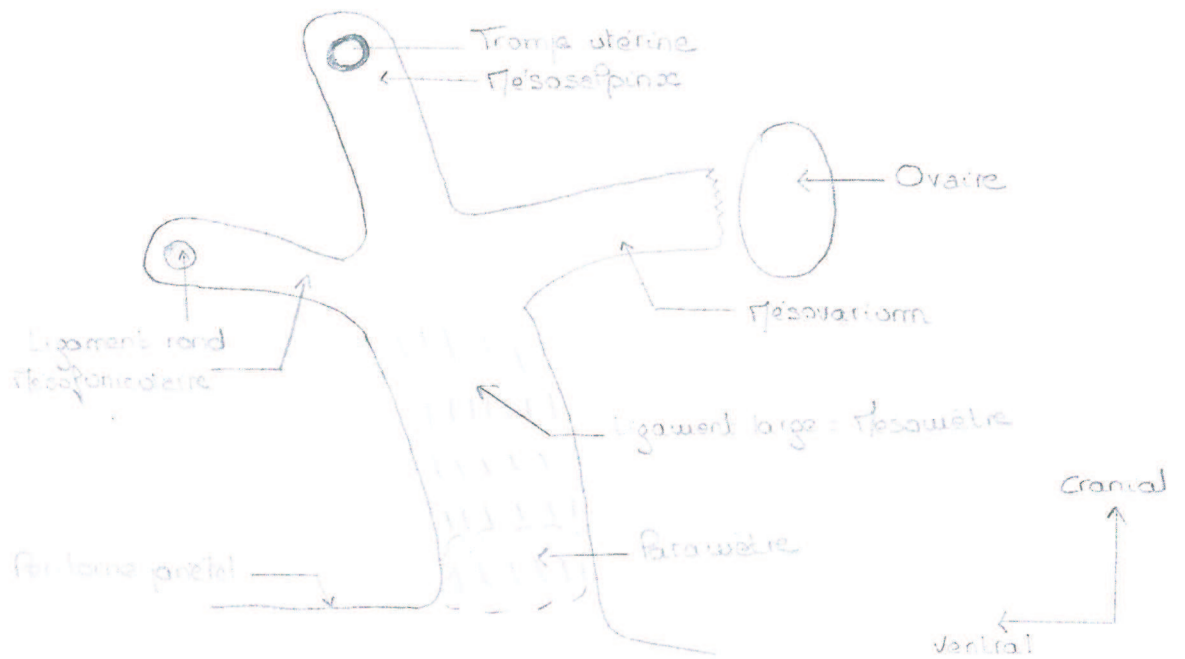
- 44) Mme Blandin S. – Enseignement initial en droit et législation - 2008
- 45) Dr Fagionelli - Cours Anatomie du périnée – 2008
- 46) Dr Fagionelli – Cours Anatomie de l'appareil génital féminin – 2008
- 47) Dr Fagionelli – Anatomie du ligament large - 2008
- 48) Mme Le Blanc – Cours de bioéthique – Mars 2010
- 49) Film « Un heureux évènement » - Remi Bezançon - 2011

ANNEXES

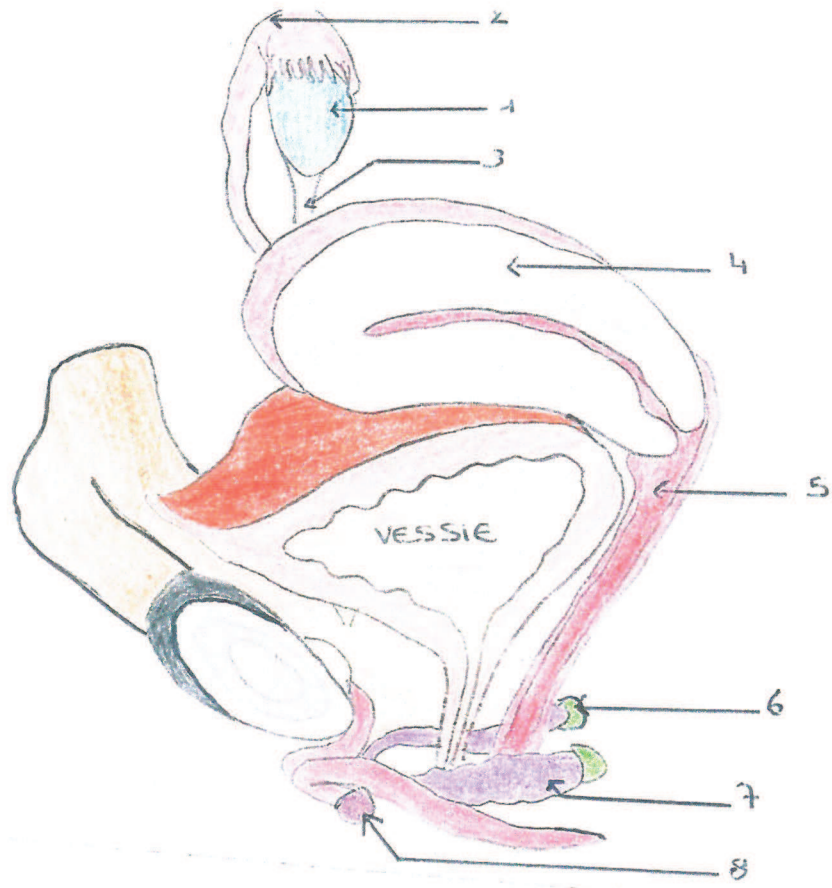
SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Schéma du ligament large.....	64
Annexe II : Schéma de l'appareil de reproduction féminin	65
Annexe III : Schéma utérus vue antérieure.....	66
Annexe IV : Schéma utérus et vagin vue latérale	67
Annexe V : Schéma fornix vaginaux et col utérin vus sous spéculum	68
Annexe VI : Péritoine du pelvis : Vue latérale.....	69
Annexe VII : Schéma des organes génitaux externes	70
Annexe VIII : Tissus érectiles du clitoris	71
Annexe IX : Cliché Soprintendenza Archeologica di Ostia.	72
Annexe X : La <i>Machine</i> de Madame Du Coudray.....	73
Annexe XI : Schémas de la technique du toucher vaginal	74
Annexe XII : Le score de Bishop	75
Annexe XIII : Extrait de la charte du patient hospitalisé.....	76
Annexe XIV : Questionnaire	77
Annexe XV : Lettre pour le service.....	80
Annexe XVI : Lettre de Mme Monnier-Brahin et Mme Pelloux.....	81

Annexe I : Schéma du ligament large

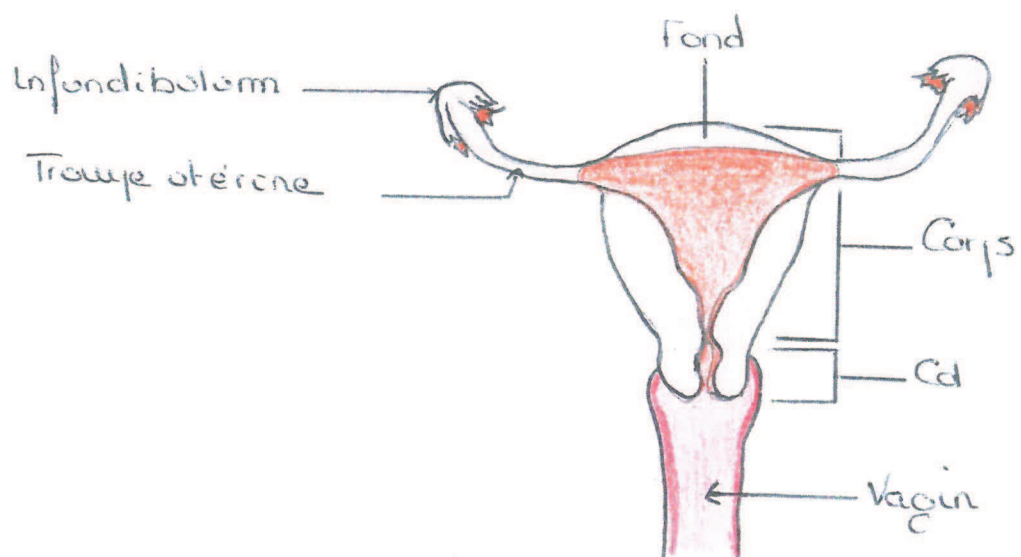


Annexe II : Schéma de l'appareil de reproduction féminin

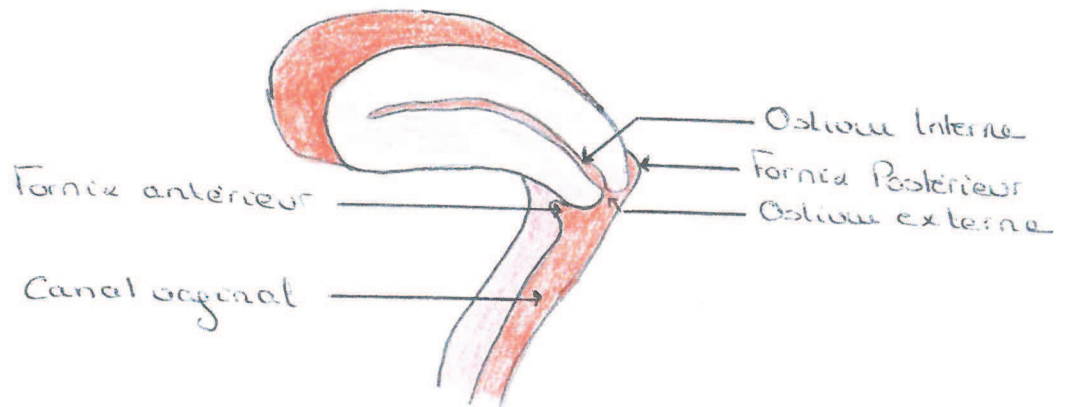


- 1 : Ovaire
- 2 : Trompe utérine
- 3 : Ligament de l'ovaire
- 4 : Utérus
- 5 : Vagin
- 6 : Glande vestibulaire majeure
- 7 : Bulbe du vestibule
- 8 : Gland du clitoris

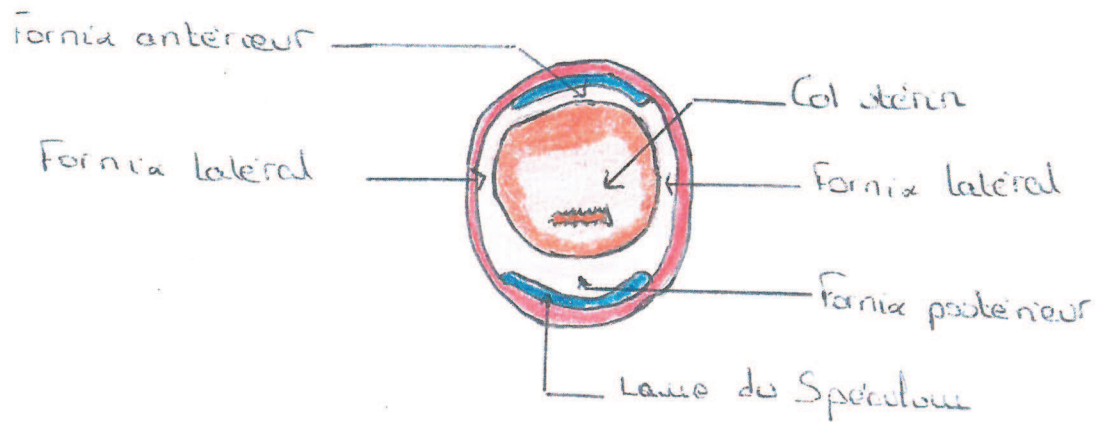
Annexe III : Schéma utérus vue antérieure



Annexe IV : Schéma utérus et vagin vue latérale

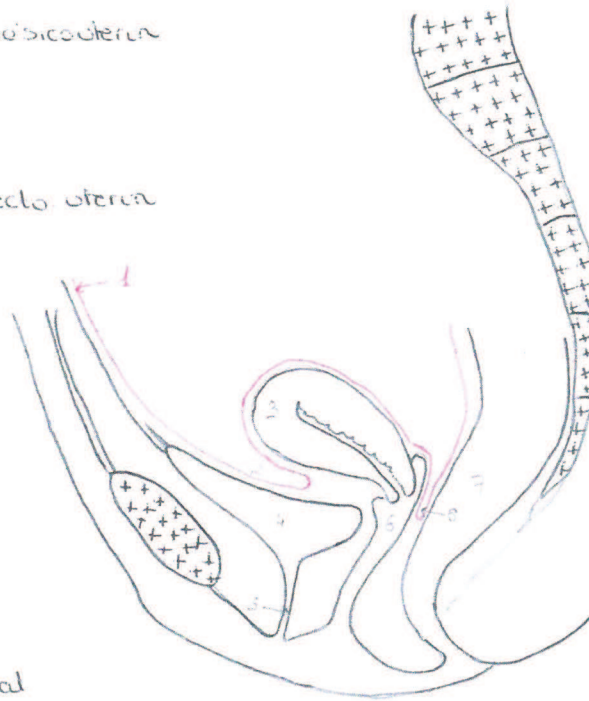


Annexe V : Schéma fornix vaginaux et col utérin vus sous spéculum




Annexe VI : Péritoine du pelvis : Vue latérale

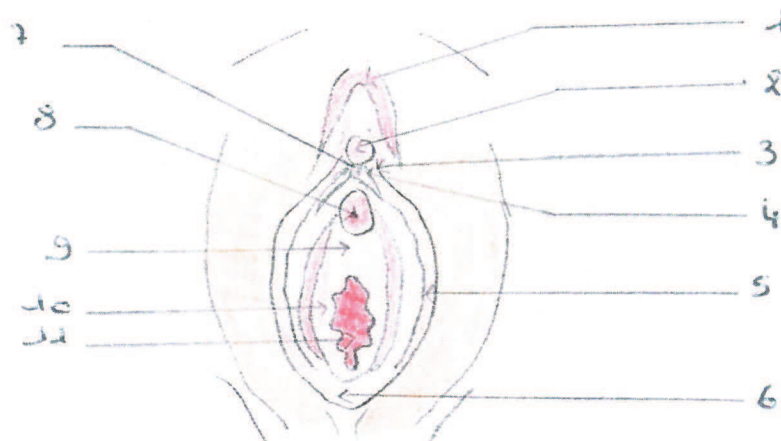
1. Péritoine
- 2 - Col de sac oviductarien
- 3 - Utérus
- 4 - Vessie
- 5 - Uretre
- 6 - Vagin
- 7 - Rectum
- 8 - Col de sac recto-utérin



Cranial
↑
Ventral ←

 tissu osseux

Annexe VII : Schéma des organes génitaux externes



1 : Prépuce du clitoris

2 : Gland du clitoris

3 : Pli latéral

4 : Pli médial

5 : Petite lèvre

6 : Fourchette

7 : Frein

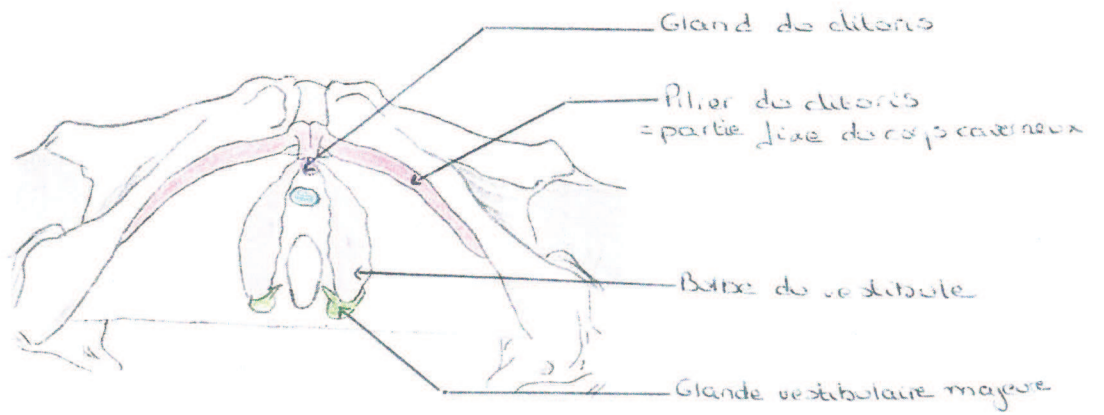
8 : Orifice urétral

9 : Vestibule

10 : Hymen

11 : Ouverture vaginale

Annexe VIII : Tissus érectiles du clitoris

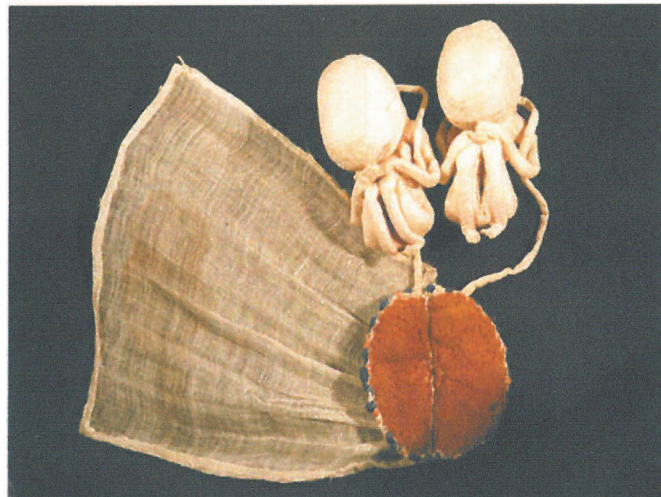


Annexe IX : Cliché Soprintendenza Archeologica di Ostia.



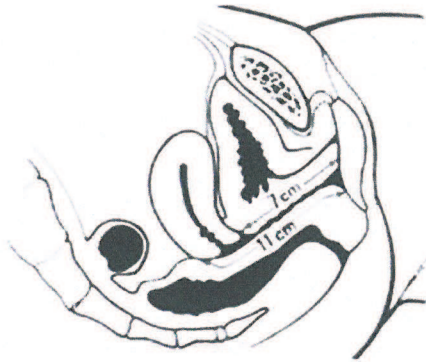
Scène d'accouchement à Ostie (Italie) : Scribonia constate de la main droite l'état d'avancement du travail tout en détournant la tête pour ne pas froisser la pudeur de la parturiente assise sur un siège obstétrical.

Annexe X : La Machine de Madame Du Coudray

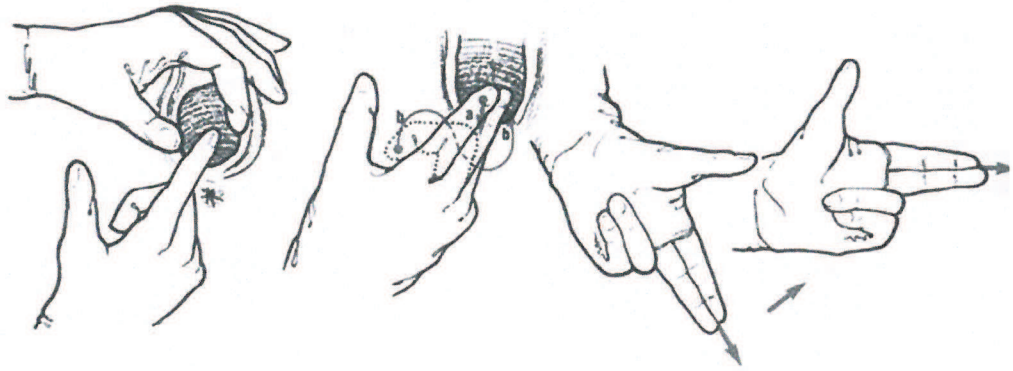


La "machine" de Madame Du Coudray est un mannequin pour enseigner l'art des accouchements. Elle a été imaginée au XVIII^e siècle par une sage-femme, Madame Du Coudray dans le but de lutter contre l'ignorance des matrones de la campagne qui mettaient en péril la vie des femmes et des enfants. Pendant 25 ans Madame Du Coudray, a sillonné la France pour dispenser son enseignement, vendant ses ingénieuses "machines" dans les différentes villes du Royaume. La "machine", déposée en 1778, est le seul exemplaire conservé. Elle est exposée au musée Flaubert et d'histoire de la Médecine, à Rouen. Elle comprend un mannequin représentant, en grandeur réelle, la partie inférieure du corps d'une femme, une poupée de la taille d'un nouveau-né et différents accessoires montrant, entre autres, l'anatomie de la femme, un fœtus à sept mois, des jumeaux

Annexe XI : Schémas de la technique du toucher vaginal



Technique du toucher vaginal



Annexe XII : Le score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation du col utérin en cm	0	1 à 2	3 à 4	= 5
Effacement du col utérin en %	Long (0 à 30)	Mi long (40 à 50)	Court (60 à 70)	Effacé (= 80)
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Positionnement de la tête foetale	Haute et mobile (3 cm au dessus)	Amorcée (2 cm au dessus)	Fixée (≤ 1 cm au dessus)	Engagée (1 - 2 cm au dessous)

Annexe XIII : Extrait de la charte du patient hospitalisé

Circulaire n°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/090 du 2 mars 2006 (Annexe n°13)

3- L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4- Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5- Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6- Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

Annexe XIV : Questionnaire

Questionnaire

I/ Profil professionnel

1/ Vous êtes :

- Un homme Une femme

2/ Depuis combien d'années exercez-vous la profession de Sage-Femme ?

- Moins de 5 ans Entre 5 et 10 ans
 Plus de 10 ans

3/ Où exercez-vous ?

- En maternité de niveau 1
 En maternité de niveau 2
 En maternité de niveau 3
 En cabinet libéral

4/ Dans quelle(s) unité(s) travaillez-vous ?

- Salle de naissance
 Unité de Grossesses Pathologiques
 Suites De Couche
 Consultations prénatales
 autres :

5/ Avez-vous effectué des formations complémentaires ?

- Oui Non

6/ Si oui, lesquelles ?

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Echographie | <input type="radio"/> Rééducation périnéale | <input type="radio"/> Sexologie |
| <input type="radio"/> Ethique | <input type="radio"/> Allaitement maternel | <input type="radio"/> Haptonomie |
| <input type="radio"/> Acupuncture | <input type="radio"/> Sophrologie | <input type="radio"/> Autres : |

II/ Pratiques professionnelles

7/ A quelle fréquence en moyenne estimez-vous effectuer de touchers vaginaux chaque jour de travail ?

- < 1 / jour 1 à 4 5 à 9
 10 à 14 > 15 / jour

8/ Expliquez-vous à votre patiente l'intérêt de réaliser cet examen avant de le pratiquer ?

- Toujours Souvent
 Parfois Jamais

9/ Si vous avez répondu « souvent » ou « parfois », quels critères vous incitent à le faire ?

- Age de la patiente
 Sa parité
 Son niveau socio-éducatif
 La demande de la patiente
 Sa culture / Sa religion
 Votre disponibilité

10/ Si vous avez répondu parfois ou jamais, quelle(s) en est la ou les cause(s) ?

- Temps des consultations trop court
- Surcharge de travail
- Vous n'y pensez pas
- La patiente n'est pas demandeuse

11/ Pouvez-vous expliquer la technique du toucher vaginal en 3 ou 4 lignes :

.....
.....
.....
.....

12/ Depuis le début de votre exercice, avez-vous modifié cette technique de réalisation du TV ?

- Oui
- Non

13/ Si oui, qu'est ce qui a changé ?

.....
.....
.....

14/ Depuis le début de votre exercice, avez-vous modifié vos habitudes cliniques vis à vis du TV en terme de fréquence ?

- Oui
- Non

15/ Si vous avez répondu oui :

- Vous faites plus de TV aujourd'hui qu'autrefois
- Vous faites moins de TV et vous les réalisez d'avantage en fonction du contexte clinique

III / Représentation du Toucher Vaginal

16/ Lors de la réalisation d'un toucher vaginal (plusieurs réponses possible) :

- Vous vous mettez dans le rôle du professionnel qui doit établir un diagnostic
- Vous n'y voyez aucune autre connotation que le versant médical du geste
- Ce que vous voyez avant tout c'est l'intrusion dans l'intimité de la femme et du couple
- C'est un geste évaluateur que vous réalisez plusieurs fois par jour, vous n'avez pas toujours le temps de vous attarder sur la représentation intime du geste.
- Autre :

.....
.....

17/ Dans l'exercice de vos fonctions, que représente le TV? Qu'en attendez-vous ?

.....
.....
.....

18/ Abordez-vous le sujet de la sexualité avec vos patientes ?

- Oui
- Non

19/ Si oui quels sont les sujets les plus abordés ?

.....
.....
.....

20/ Si non, est-ce :

- par manque de temps durant les consultations
- vous pensez que ce n'est pas le lieu,
- vous pensez qu'il ne faut pas mélanger grossesse et sexualité
- vous n'avez pas osé aborder le sujet
- Vous ne le souhaitez pas
- Vous n'y avez pas pensé
- Autre :

21/ Pensez-vous que le toucher vaginal peut être difficilement vécu par la patiente ?

- Oui
- Non

22/ Si oui, quelles pourraient en être les causes ?

.....
.....

23/ Quelle attitude adoptez-vous face à une femme souffrant d'un vaginisme dans le suivi de la grossesse ?

.....
.....
.....

24/ Quelle serait votre prise en charge pour cette patiente en salle de travail ?

.....
.....

25/ Le suivi d'une patiente souffrant d'un vaginisme en salle de travail représente-t-il une situation anxiogène pour vous ?

- Oui
- Non

26/ Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....

Merci de votre collaboration.

Annexe XV : Lettre pour le service

Lettre pour le service

Mémoire de fin d'étude.

Madame,

Dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état de Sage-Femme, je réalise un mémoire de fin d'études sur le toucher vaginal en ce qui concerne la manière dont il est introduit, expliqué et réalisé. .

L'obtention des réponses à ce questionnaire a pour objectif de tenter d'évaluer les pratiques professionnelles actuelles des Sages-Femmes qui réalisent ce geste de manière pluriquotidienne

Pour réaliser cette étude, je sollicite votre participation par les biais de ce questionnaire s'adressant aux Sages-Femmes travaillant dans votre établissement, de préférence en salle de naissance ou dans l'unité des consultations prénatales.
Je tiens à préciser du caractère anonyme de ce questionnaire.

Je vous remercie par avance de votre collaboration.

Marie CHEVALLIER
Étudiante Sage-Femme de 4ème année.

Annexe XVI : Lettre de Mme Monnier-Brahin et Mme Pelloux

Madame MONNIER-BRAHIN Lise
21 - SAGE FEMME
RESIDENCE L'ANGLORE
RUE TRINTIGNANT
30130 PONT SAINT-ESPRIT
30 5 00274 5 0 1 20 1

MADAME PELLOUX CATHERINE
21 sage - femme
RESIDENCE L'ANGLORE
3 RUE TRINTIGNANT
30130 PONT SAINT ESPRIT
30 5 00447 5 0 1 20 1 21

Pont Saint
Esprit
12 / 12 / 11

Chères collègues (et chers !)

Merci d'accueillir le questionnaire anonyme du mémoire de fin d'études de Navie CHEVALIER, étudiante SF, qui a fait dans notre cabinet un stage d'une rare qualité tant par sa compétence que par son humanité et son constant sourire.

La recherche sur l'approche professionnelle et personnelle dans la pratique du toucher vaginal est inédite, aucune littérature sur ce sujet pourtant essentiel pour nous !!

Merci de prendre quelques minutes de réflexion pour remplir ce questionnaire. Le mémoire sera à votre disposition à notre cabinet sur simple demande.
Bien cordialement

M. Lise.

