



HAL
open science

Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales

Pauline Morvan

► **To cite this version:**

Pauline Morvan. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01194852

HAL Id: dumas-01194852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194852>

Submitted on 7 Sep 2015

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.



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

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

Ecole de Sages-femmes de Caen

Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales

Mémoire présenté et soutenu par Pauline Morvan

Sous la direction d'Anne-Christine Paris

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2011-2015

Ecole de Sages-femmes de Caen

Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales

Mémoire présenté et soutenu par Pauline Morvan

Sous la direction d'Anne-Christine Paris

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2011-2015

« C'est un geste banal, qui te semble routinier. Mais ... mais c'est mon corps que tu touches au plus intime, là où un homme vient m'aimer, là où mes enfants passent pour naître [...] » ^[1]

Blandine - L'Officiel de la Sage-femme N°476

Remerciements

À Anne-Christine Paris, directrice de ce mémoire, pour l'intérêt porté au sujet et son temps,

À Mme Kakol, pour ses encouragements, ses précieux conseils et ses nombreuses relectures,

À Mme Giffard, Mme Leglinel, Mme Brielle et Mme Goupille pour ces quatre années,

Aux femmes, qui grâce à leurs réponses, ont permis l'élaboration de ce mémoire,

À Romain pour sa présence, son soutien et ses rires,

À mes parents et ma sœur, pour être là, quoi qu'il arrive,

À Constance, Julie, Justine, Lucile, Margaux et Pauline, pour tous ces moments inoubliables
passés ensemble.

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	1
1. L’HISTORIQUE DU TOUCHER VAGINAL	1
2. DEFINITIONS DU TOUCHER VAGINAL	1
2.1 PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL	1
2.2 INDICATIONS EN OBSTETRIQUE	2
2.3 CONTRE-INDICATIONS EN OBSTETRIQUE.....	2
2.4 COMPLICATIONS	3
3. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE TOUCHER VAGINAL	3
1.1 LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS).....	3
1.2 L’ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).....	3
1.3 LE COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)	3
4. LES ASPECTS MEDICAUX-LEGAUX POUVANT ETRE APPLIQUES AUTOUR DU TOUCHER VAGINAL	4
4.1 CODE CIVIL	4
4.2 CODE DE DEONTOLOGIE DES MEDECINS	4
4.3 CODE DE DEONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES	4
5. LES PRATIQUES EN FRANCE ET EN EUROPE	4
6. LA MEDICALISATION DE LA GROSSESSE	5
7. LES MODIFICATIONS PSYCHIQUES ET CORPORELLES DE LA GROSSESSE.....	5
7.1 LES MODIFICATIONS PSYCHIQUES	5
7.2 LES MODIFICATIONS CORPORELLES	6
8. L’INTIMITE	7
9. LA PUDEUR.....	7
9.1 LA PUDEUR DES SENTIMENTS	8
9.2 LA PUDEUR CORPORELLE	8
10. APPROCHE SEXOLOGIQUE DU TOUCHER VAGINAL.....	8
DEUXIEME PARTIE	9
1. PROBLEMATIQUE.....	9
2. OBJECTIFS	9
3. HYPOTHESES	10
II. MATERIEL ET METHODES.....	11
1. OUTILS.....	11
2. POPULATION CIBLE	11

3. LIEU DE L'ETUDE	11
4. MODALITES DE REALISATION	11
5. RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES	12
III. RESULTATS	13
1. TAUX DE REPONSE DES QUESTIONNAIRES DISTRIBUES	13
2. DESCRIPTION DE LA POPULATION CIBLE	13
3. GENERALITES SUR LE PREMIER TOUCHER VAGINAL	14
4. A PROPOS DE LA GROSSESSE ACTUELLE	14
4.1 SUIVI DE GROSSESSE DE LA POPULATION	14
4.2 LA GENE LORS DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE	15
5. LE TOUCHER VAGINAL	16
5.1 PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL LORS DES CONSULTATIONS PRENATALES	16
5.2 APPROCHES DU TOUCHER VAGINAL PAR LES FEMMES ENCEINTES	17
5.2.1 <i>L'APPREHENSION</i>	17
5.2.2 <i>LES PROFESSIONNELS</i>	18
5.3 LE VECU DU TOUCHER VAGINAL	18
5.4 LA DOULEUR.....	20
5.5 LA GENE PHYSIQUE.....	21
5.6 LA GENE PSYCHOLOGIQUE	22
5.7 CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES.....	23
6. REPRESENTATION DU TOUCHER VAGINAL PAR LA POPULATION	24
7. CONSEQUENCES DU TOUCHER VAGINAL DANS LA POPULATION	24
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	26
1. CRITIQUES DE L'ETUDE	26
1.1 POINTS FORTS	26
1.1.1 LE SUJET	26
1.1.2 LA POPULATION CIBLE	26
1.2 POINTS FAIBLES	26
1.2.1 CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE	26
1.2.2 L'HISTOIRE PERSONNELLE	26
2. ANALYSE ET DISCUSSION	27
1. DIFFERENTS DETERMINANTS.....	27
1.1 CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES.....	27
1.2 L'EXPERIENCE DU PREMIER TOUCHER VAGINAL.....	27
1.3 CARACTERISTIQUES DU SUIVI DE LA GROSSESSE	28
1.3.1 <i>LIEUX ET PROFESSIONNELS DU SUIVI</i>	28

1.3.2	LE SUIVI GLOBAL	28
1.4	L'INFLUENCE DES CONDUITES PROFESSIONNELLES LORS DES CONSULTATIONS PRENATALES....	29
1.4.1	LES INFORMATIONS SUR LE TOUCHER VAGINAL	29
1.4.2	LE CONSENTEMENT.....	30
1.4.3	LA REPETITION DES TOUCHERS VAGINAUX	30
2.	LA NECESSITE DU TOUCHER VAGINAL EN CONSULTATIONS PRENATALES	31
3.	LE VECU DU TOUCHER VAGINAL	32
3.1	LE VECU GLOBAL.....	32
3.2	LA DOULEUR.....	32
3.3	LA GENE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	33
4.	LE TOUCHER VAGINAL : UN EXAMEN RASSURANT	34
5.	SYNTHESE DES ELEMENTS CONSTATES	34
3.	PROPOSITIONS	35
1.	VERS DES EXPLICATIONS PLUS APPROFONDIES	35
2.	LE CONSENTEMENT DES PATIENTES	36
3.	PRESERVER D'AVANTAGE L'INTIMITE.....	36
V.	CONCLUSION.....	38
	BIBLIOGRAPHIE	39
	ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DESTINE AUX PATIENTES.....	43
	ANNEXE II : REPOSES DES PATIENTES	47
	ANNEXE III : EXAMEN SOUS LES DRAPS AU XVIIEME SIECLE.....	49
	ANNEXE IV : EXAMEN SOUS ROBE AU XIXEME SIECLE	50

Abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

HAS : Haute Autorité de Santé

MAP : Menace d'Accouchement Précoce

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TV : Toucher Vaginal

Introduction

I. INTRODUCTION

Pendant la grossesse, le toucher vaginal n'est autre qu'un geste évaluateur à visée purement diagnostique et pronostique. Pour autant, cet examen reste réellement une intrusion dans l'intimité des femmes. Il est donc nécessaire, et même primordial, de s'intéresser au ressenti des futures mères lors de ce geste si particulier.

Première partie

1. L'historique du toucher vaginal

Malgré de nombreux écrits, il est difficile de dater avec précision les premières pratiques du toucher vaginal. Toutefois, il semble que son histoire soit corrélée à celle des sages-femmes [2]. Ainsi, la notion de toucher vaginal est décrite dans l'Antiquité. En effet, dès la Grèce Antique, la médecine Hippocratique se développe et les connaissances théoriques s'accroissent. L'art de l'obstétrique et du toucher vaginal ont certainement beaucoup évolué à cette époque. Soranos d'Ephèse, médecin grec, laisse sous entendre l'existence de l'examen : « Elle (la sage-femme) doit avoir les doigts longs et fins et les ongles ras pour pouvoir toucher sans risquer de léser des zones enflammées profondes » [3]. Au Moyen-âge, la recherche et les concepts médicaux sont en déclin. Les sages-femmes, aussi appelées matrones, n'ont que très peu de connaissances théoriques et ont une mission essentiellement religieuse. La pratique du toucher vaginal, à cette époque, semble être mise de côté.

C'est au XVIII^{ème} siècle que Mme Le Bourcier du Coudray, sage-femme indignée par la méconnaissance des matrones et baignée dans le siècle des lumières, va former près de 3000 sages-femmes à l'art de l'accouchement [4]. Le toucher vaginal redevient alors un examen clinique incontournable en obstétrique.

2. Définitions du toucher vaginal

2.1 Pratique du toucher vaginal

Pratiqué par gynécologues-obstétriciens, sages-femmes ou encore médecins généralistes, le toucher vaginal est un examen médical qui consiste en l'introduction de deux doigts (l'index et le majeur), protégés par un doigtier, dans la cavité vaginale [5]. Il peut être réalisé avec un seul doigt en cas d'atrophie vaginale ou de vaginisme. L'examen est souvent combiné

à une palpation abdominale : on parle alors de toucher bi-manuel. Depuis le XVIII^{ème} siècle, celui-ci demeure le geste académique. La patiente est en position gynécologique lors du toucher vaginal. L'examineur écarte délicatement les petites lèvres. L'index vient alors se poser sur le majeur pour s'introduire dans le vagin vers le bas et l'arrière. Les doigts s'horizontalisent. Le praticien place son autre main sur le fond utérin et exerce une douce pression permettant l'examen plus aisé de l'appareil génital féminin.

En cas de vaginisme, la pratique du toucher vaginal est difficile, voire impossible. Le vaginisme se traduit par des spasmes involontaires des muscles vaginaux. La simple anticipation de la pénétration peut déclencher cette contracture. Cette pathologie résulte majoritairement de nombreux mécanismes psychologiques [6].

2.2 Indications en obstétrique

Dans le cadre de la grossesse, le toucher vaginal est indiqué dans certaines circonstances :

- Lors d'une première consultation, essentiellement pour diagnostiquer la grossesse en appréciant les signes de Noble et de Hegar (modifications utérines). Il peut aussi orienter le praticien vers le diagnostic de grossesse extra-utérine en palpant une masse annexielle anormale.
- Au cours de la grossesse, il est indiqué chez les patientes présentant des contractions utérines anormales avant 37 semaines d'aménorrhées. L'examineur apprécie alors la position du col, sa longueur, sa consistance et son ouverture. Il permet ainsi de mettre en évidence des modifications cervicales posant le diagnostic de menace d'accouchement prématuré. Le toucher vaginal peut également révéler une protrusion des membranes.
- En fin de grossesse, l'indication du toucher vaginal repose essentiellement sur l'appréciation du pronostic obstétrical. En effet, il permet d'évaluer les conditions locales (état du col), l'ampliation du segment inférieur, la présentation fœtale, l'état des parties molles ainsi que le bassin maternel cliniquement.

Il est également une étape clé du suivi du travail et de l'accouchement. Alors pratiqué toutes les heures, il permet d'apprécier la cinétique de la dilatation et la progression de la présentation fœtale, c'est-à-dire sa hauteur et sa variété.

2.3 Contre-indications en obstétrique

Le toucher vaginal est contre-indiqué dans plusieurs cas. D'une façon absolue, il l'est en cas de placenta prævia recouvrant le col de façon totale ou partielle. La présence d'un placenta bas inséré latéral ou marginal est quant à elle une contre-indication relative. Le

toucher vaginal est à limiter en situation de rupture prématurée des membranes, de menace d'accouchement prématuré sévère ou encore de protrusion des membranes.

2.4 Complications

La principale complication du toucher vaginal est l'ascension de germes dans le vagin. Sa pratique augmente considérablement le risque infectieux, ceci autant à membranes intactes que rompues [7].

3. Les recommandations concernant le toucher vaginal

Les recommandations officielles concernant le toucher vaginal sont les suivantes :

1.1 La Haute Autorité de Santé (HAS)

L'HAS a émis des recommandations professionnelles (2005) concernant l'usage du toucher vaginal en consultations prénatales. À savoir : « En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal. Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B) » [8].

1.2 L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS ne cite pas la pratique du toucher vaginal dans les recommandations concernant le suivi de la grossesse.

1.3 Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF)

Le CNGOF mentionne, à propos du diagnostic de menace d'accouchement prématuré (MAP), que : « La valeur diagnostique de l'examen clinique est bonne dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou à l'inverse col très peu modifié avec des contractions rares). Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre » [9].

La pratique de routine du toucher vaginal lors des consultations de suivi de grossesse n'a donc pas prouvé son efficacité. Pour autant, malgré les recommandations, le toucher vaginal reste très largement exercé en consultations prénatales.

4. Les aspects médicaux-légaux pouvant être appliqués autour du toucher vaginal

4.1 Code civil

Art. 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.* »

4.2 Code de déontologie des médecins

Art. 35 : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.* »

Art. 36 : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.* »

4.3 Code de déontologie des sages-femmes

Art. R4127-308 : « *La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible [...].* »

Ces codes doivent être connus de chaque professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions. Recueillir le consentement de la patiente est une étape indispensable avant d'effectuer un toucher vaginal. Pour autant, en pratique, celui-ci est-il systématiquement demandé ?

5. Les pratiques en France et en Europe

En France, le toucher vaginal est indéniablement un examen très pratiqué lors des consultations prénatales. Il faut souligner que l'usage quasi-systématique de ce geste ne demeure pas une exception française. La Belgique, l'Allemagne, le Luxembourg ou encore l'Italie ont également adopté cette pratique. Pour ces pays, le toucher vaginal est un geste incontournable de la prise en charge des femmes enceintes. D'autres, comme l'Angleterre, l'Espagne, les Pays-Bas ou encore la Suède, n'ont pas recours systématiquement à l'examen [10 ; 11]. Une étude parue en 1994, met en évidence un taux de prématurité semblable à celui de la France dans ces pays [12]. Cela nous amène à réfléchir sur l'intérêt et l'efficacité de nos

pratiques concernant le toucher vaginal. Cette systématisation ne s'associe-t-elle pas à une grossesse de plus en plus médicalisée ?

6. La médicalisation de la grossesse

La grossesse fait l'objet d'un suivi réglementé. L'appropriation du corps enceint par la médecine s'impose donc par le rythme effréné des consultations et des gestes intrusifs réalisés, dont le toucher vaginal. Selon Myriam Szejer, psychanalyste, cette médicalisation peut contribuer à réduire le sentiment de maîtrise de la femme enceinte et à l'infantiliser [13]. S'ajoute à ces examens répétés, un nombre souvent multiple d'intervenants. La pluralité des professionnels rencontrés peut induire un suivi dépersonnalisé. En conséquence, la relation de confiance avec le praticien n'a donc pu être bien établie. Ceci peut générer chez la femme un sentiment de non respect voire d'insécurité, tant il est compliqué pour elle de se confier et d'échanger sur ses craintes [14]. Face à cette médicalisation, certaines femmes évoquent leur besoin d'être rassurées, soutenues dans leur capacité à devenir mère au cours de la grossesse, plutôt que d'être examinées à maintes reprises [15].

La préoccupation première des soignants est d'assurer la prévention des risques et la surveillance de la grossesse. Mais comment cet examen est-il vécu par les patientes ? Pour le comprendre, il convient d'expliquer les modifications psychiques et corporelles de la grossesse.

7. Les modifications psychiques et corporelles de la grossesse

7.1 Les modifications psychiques

Il semble difficile d'évoquer le vécu du toucher vaginal sans s'intéresser aux remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. Celle-ci est véritablement une période de vulnérabilité et de maturation psychologique. On parle d'ailleurs d'état d'hypersensibilité [16] et de « maternalité » [17]. Ce dernier terme est utilisé pour décrire les nombreux processus psychiques en œuvre pendant la grossesse. Ceux-ci sont apparentés à une « crise » traversée par toutes les femmes enceintes. Cette dernière s'avère plus ou moins marquée selon les événements passés et les circonstances actuelles.

Cette « crise de la maternalité » se caractérise par différentes étapes émotionnelles qui évoluent au cours de la grossesse [18]. Au premier trimestre, la femme enceinte est dans une sorte d'ambivalence [13]. Elle se défend (consciemment ou non) contre tous les changements

qui l'envahissent. Il peut s'agir de son environnement social qui évolue ou encore de son corps qui se transforme. Cette ambivalence peut aussi concerner la maternité elle-même. Désirer un enfant, devenir parent, sont autant d'enjeux qui poussent la femme à une véritable remise en question. La future mère est alors psychiquement déstabilisée, des émotions refoulées refont soudain surface. Nous pouvons faire référence ici à la transparence psychique où l'inconscient est mis à nu [18]. C'est tout particulièrement à cette période que la femme a besoin d'être contenue et rassurée. Le deuxième trimestre est souvent vécu plus harmonieusement, d'autant plus dès les premiers mouvements du bébé. La femme enceinte est davantage en accord avec son corps et son état de grossesse. Elle vit dans le fantasme de l'enfant qui va naître. En revanche, le troisième trimestre est plus complexe. L'enfant fantasmé devient réel [19]. L'échéance de la grossesse approchant, l'épanouissement laisse place aux inquiétudes, à l'anxiété.

Ces différents abords psychanalytiques nous laissent entrevoir la complexité des modifications psychiques au cours la grossesse. Ces remaniements transparaissent inévitablement dans nos pratiques cliniques. Les gestes « imposés » par la grossesse, tel que le toucher vaginal, ne sont donc pas anodins pour les femmes que nous suivons.

7.2 Les modifications corporelles

Outre les bouleversements psychiques, le corps subit des transformations importantes au cours de la grossesse. Ces dernières sont à prendre en compte dans les pratiques professionnelles. Le respect de ce corps qui change est fondamental lors d'une consultation prénatale et encore plus lorsqu'il s'agit de gestes intrusifs comme le toucher vaginal ou la pose d'un spéculum. Pour autant, il y a véritablement autant de façons de vivre les transformations physiques de la grossesse qu'il y a de femmes enceintes. Il faut souligner que les premiers changements corporels sont les plus difficiles à accepter pour les femmes tant ils sont surprenants et inopinés [20]. Néanmoins, l'acceptation de ces modifications dépend essentiellement de l'environnement dans lequel les patientes évoluent. En fin de grossesse, il semble que les femmes tolèrent plus facilement les modifications corporelles car elles s'y sont progressivement habituées. Ces transformations font le lien avec l'enfant à venir et paraissent donc mieux acceptées.

Les modifications psychologiques et physiques sont très importantes à cerner lors du toucher vaginal, qui nous amène à entrer, au sens cru du terme, dans l'intimité des femmes. Il est donc essentiel d'adapter nos gestes à la patiente que nous recevons en consultations car il

est assuré que l'examen peut être plus ou moins bien vécu selon son état émotionnel et le terme de la grossesse.

8. L'intimité

L'intimité représente « ce qui est au plus profond de chacun, et reste généralement caché, secret » [21]. Elle marque l'existence d'une frontière entre l'intérieur de soi et le monde extérieur. Le suivi de grossesse impose à la femme enceinte d'exposer ce qui relève de son intimité. Quelle que soit la façon dont la femme vit les changements corporels et psychiques, elle devra dévoiler son corps au regard des divers professionnels qui la suivront. Selon Laurence Verani, ce suivi de la grossesse devient donc un « bouleversement supplémentaire ». Il faut accepter de se déshabiller, de se mettre à nu, d'être palpée, examinée, diagnostiquée [22]... L'exclusivité des parties intimes du corps n'est plus possible.

Ce qui n'était accessible qu'à la sphère intime est dévoilé, de par la grossesse, au corps médical. De fait, les professionnels sont amenés à toucher les parties intimes des femmes lors des consultations prénatales, sous-entendu « toucher » le sexe des patientes [23]. Comme l'explique Evelyne Prieur-Richard, la particularité du sexe féminin étant d'être intériorisé et presque invisible, toutes les sensations et émotions qui y circulent, touchent l'intime, l'encreux et l'intériorité [24]. Le toucher vaginal, même s'il est un geste médical, amène à franchir physiquement et psychiquement l'enveloppe corporelle de la patiente. En aucun cas, le but strictement professionnel de cet examen ne doit faire oublier à celui qui l'exécute la portée de ce geste. Il s'agit de comprendre les difficultés éventuelles de la patiente lors de cet examen.

Le toucher vaginal n'est donc pas un geste anodin car il atteint l'intimité de la patiente. Au-delà de cette intrusion dans son intimité, la patiente peut inévitablement éprouver une gêne à l'approche de l'examen, par pudeur.

9. La pudeur

Textuellement, la pudeur est la disposition à éprouver de la gêne face à une situation qualifiée d'indiscreète ou lors de l'évocation de choses très personnelles et, en particulier, l'évocation de la sexualité. Selon Isabelle Berrebi-Hoffmann, sociologue, la notion de pudeur émerge donc bien évidemment de l'intime. En maternité, il existe deux sortes de pudeur : la pudeur des sentiments et la pudeur corporelle [25].

9.1 La pudeur des sentiments

Elle est, sans nul doute, très présente pendant la grossesse. Cette pudeur peut influencer le ressenti du toucher vaginal et l'expression de ce ressenti. Elle est probablement due à la somme des émotions que la femme enceinte peut vivre lors de la grossesse. La pudeur des sentiments s'exprime par une difficulté à confier son ressenti, ses émotions, voire même à demander des explications [25]. Ces difficultés peuvent prendre alors tellement d'ampleur qu'il devient impossible aux femmes d'en parler.

L'établissement d'une relation de confiance est donc essentiel pour diminuer ce sentiment de pudeur [26]. L'importance de ce lien lors des consultations prénatales est incontestable. Il permet d'encourager les femmes à dire ce qu'elles éprouvent et notamment lorsqu'il s'agit de gestes si particuliers comme le toucher vaginal.

9.2 La pudeur corporelle

La pudeur est alors physique, liée au corps. Elle consiste en une gêne à montrer son corps d'une façon qui déplaît. Si la pudeur n'est pas respectée, la femme peut se sentir victime, blessée, comme si son corps ne lui appartenait plus [27]. Le suivi de grossesse impose obligatoirement la nudité, nécessaire pour effectuer l'examen obstétrical, et plus particulièrement le toucher vaginal. « Se mettre à nu lors de l'examen gynécologique c'est se déshabiller, montrer ce corps qui n'est habituellement pas visible, c'est enlever toutes les barrières protectrices du regard de l'autre » [28]. Quant à la position gynécologique imposée pour effectuer l'examen, elle renvoie inévitablement à la notion de sexualité. D'après une étude rétrospective réalisée sur 303 femmes au CHU de Nantes, cette position accentue la gêne éprouvée lors de la consultation [29].

Nous ne pouvons donc pas écarter le possible caractère sexuel du toucher vaginal. Le professionnel doit, de toute évidence, garder à l'esprit cet aspect.

10. Approche sexologique du toucher vaginal

L'introduction de doigts dans la cavité vaginale est une pénétration sexuelle. Celle-ci étant l'action permettant de franchir l'orifice vaginal ou l'orifice anal.

Lors du geste, l'examineur s'introduit dans la partie la plus intime du corps de la femme. L'examen fait donc évidemment référence à la sexualité féminine. Or pendant la grossesse, le corps de la femme devient celui de mère. La sexualité peut être amenée à

changer. Assurément, elle peut être obérée par l'angoisse de mettre à mal la grossesse par l'activité génitale. La pénétration sexuelle est alors vécue comme une intrusion dans l'enceinte qui protège l'enfant à naître [30].

Par ailleurs, l'assimilation du toucher vaginal à la pénétration peut entraîner une réaction corporelle de « défense » chez la patiente. Le blocage physique sera d'autant plus important si l'insertion est douloureuse. Il est aussi possible d'imaginer que cet amalgame peut renvoyer la patiente à des émotions passées, des événements douloureux, et rendre difficile le vécu de l'examen.

Ainsi, il semble évident que le toucher vaginal, auquel nous nous intéressons, n'est pas un geste banal. Il touche vraisemblablement aux parties féminines les plus intimes, habituellement réservées à la sphère privée. Comprendre l'impact que peut avoir l'examen sur les femmes enceintes est donc essentiel.

Deuxième partie

1. Problématique

Le toucher vaginal n'est pas un geste anodin. Il fait appel aux notions d'intimité, de pudeur, voire même de sexualité. Néanmoins, l'impact de ce geste sur les patientes, et plus particulièrement les femmes enceintes, est un thème peu étudié. C'est un examen quotidien dans nos pratiques obstétricales, il est donc primordial de s'y intéresser. D'où la problématique de ce mémoire : Quel est le vécu du toucher vaginal par les patientes en consultations prénatales ?

2. Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire était de savoir si le toucher vaginal est un geste gênant au cours de la grossesse. Gênant dans la mesure où ce geste peut être vécu comme une intrusion physique ou bien même peut provoquer un sentiment de malaise ou d'embarras.

De cette problématique découlent d'autres questions :

- L'état de grossesse rend-il l'examen plus acceptable ?
- Les femmes comprennent-elles l'intérêt du toucher vaginal pendant la grossesse ? Cela leur a-t-il été expliqué ? Y voient-elles, elles-mêmes, un intérêt ?

- Le consentement des patientes a-t-il été demandé avant la pratique du toucher vaginal ?
- Le toucher vaginal est-il douloureux ? Est-ce cette douleur qui influence le vécu de l'examen ?
- L'examen est-il rassurant pour les patientes ?
- Pour finir, existe-il des facteurs (âge, examinateur, lieu et professionnel du suivi, ...) qui conditionnent le vécu du toucher vaginal en consultations prénatales ?

3. Hypothèses

Pour répondre à ses questions, plusieurs hypothèses ont été émises :

- Le toucher vaginal est un geste gênant pendant la grossesse, tant sur le plan physique que psychologique.
- Le toucher vaginal est un examen dont la pratique rassure les patientes pendant leur suivi de grossesse.
- Les patientes pensent que le toucher vaginal est nécessaire en consultations prénatales.

Pour les professionnels, le toucher vaginal est un geste médical, sans connotation. Il est nécessaire à la prise en charge des femmes enceintes et reste donc incontournable en consultations prénatales. Nous l'effectuons la plupart du temps de façon routinière, plus ou moins systématique. Qu'il soit réalisé sur indications, par conviction ou par habitude, il est indispensable de s'intéresser au vécu des femmes lors de cet examen.

Ce ressenti, qu'il soit bon ou mauvais, nous incite fortement à nous attarder sur nos pratiques professionnelles. Etre à l'écoute, considérer, réfléchir à l'impact de nos gestes ... Il y a une technique du toucher vaginal et il y a aussi une technique de l'instinct.

Matériel et Méthode

II. Matériel et méthode

1. Outils

Pour cette étude, nous avons choisi de procéder par questionnaires anonymes destinés aux femmes enceintes. Il s'agissait d'une étude prospective quantitative. Le questionnaire était composé de trente-cinq questions et de quatre sous-questions. Quatre d'entre elles étaient à choix multiples (Annexe1).

Le questionnaire était divisé en quatre parties, à savoir : le profil de la personne (âge, profession, situation maritale, origine géographique), le premier toucher vaginal (âge, circonstance, vécu), la grossesse actuelle (suivi, professionnel, déroulement de l'examen gynécologique) et le toucher vaginal (circonstances, vécu ...). Nous avons établi le questionnaire à l'aide des données de la littérature et de nos expériences personnelles.

2. Population cible

La population cible était les femmes primipares enceintes d'au moins trente-deux semaines d'aménorrhées. Etaient exclues les grossesses multiples et les patientes multipares. Le questionnaire n'était pas distribué aux femmes ne parlant pas ou peu français.

3. Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans le service des consultations gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Caen (CHU, maternité de niveau III).

4. Modalités de réalisation

L'enquête a été réalisée de mi-juillet 2014 à fin octobre 2014, soit sur une période de trois mois et demi. Le formulaire a été auparavant testé sur 10 femmes enceintes lors de consultations prénatales. Les questionnaires ont été distribués par les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, lors des consultations prénatales, avec l'accord préalable de la cadre du service et de la cadre supérieure de la maternité. D'autres questionnaires ont été distribués lors des consultations d'anesthésies aux patientes concernées. Les formulaires complétés étaient à déposer par les patientes dans une boîte prévue à cet effet à l'accueil du service.

5. Recueil et exploitation des données

Les réponses ont été retranscrites sur le logiciel Excel. Le calcul des caractères significatifs a été réalisé à partir du logiciel statistique Epi info et du site internet Biostatgv.

Les tests appliqués ont été les tests de Fisher, de Student, du Chi² et de corrélation de Pearson. Les différences étaient significatives quand la *p-value* était inférieure à 0.05 ($p < 0.05$) et non significatives quand la *p-value* était supérieure à 0.05 ($p > 0.05$). Entre 0,5 et 0,10, nous parlerons de tendance significative.

Résultats

III. Résultats

1. Taux de réponse des questionnaires distribués

Au total, 185 questionnaires ont été distribués au service de consultations prénatales du CHU de Caen. 97 questionnaires ont pu être récupérés, ce qui représente un taux de réponse de **52,43%**.

2. Description de la population cible

Les femmes de l'échantillon étudié avaient en moyenne **28,15 ± 5,3 ans** (N=97). 92,6% (N=88) des femmes ayant répondu étaient d'origine française.

Tableau I : Catégories socioprofessionnelles de la population (%)

Activité	N	%
Agricultrice, Exploitante	0	0
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	5	5,1
Cadre, profession intellectuelle supérieure	15	15,5
Profession intermédiaire	15	15,5
Employée	42	43,3
Ouvrière	0	0
Sans activité professionnelle	20	20,6
Total	97	100

Tableau II : Situations maritales de la population (%)

Situation Maritale	N	%
Célibataire	4	4,1
En couple	58	59,8
Mariée	23	23,7
Pacsée	12	12,4
Séparée	0	0
Autre	0	0
Total	97	100

3. Généralités sur le premier toucher vaginal

Dans l'étude, le premier toucher vaginal a été effectué, en moyenne, à l'âge $19,3 \pm 4,6$ ans (N=92).

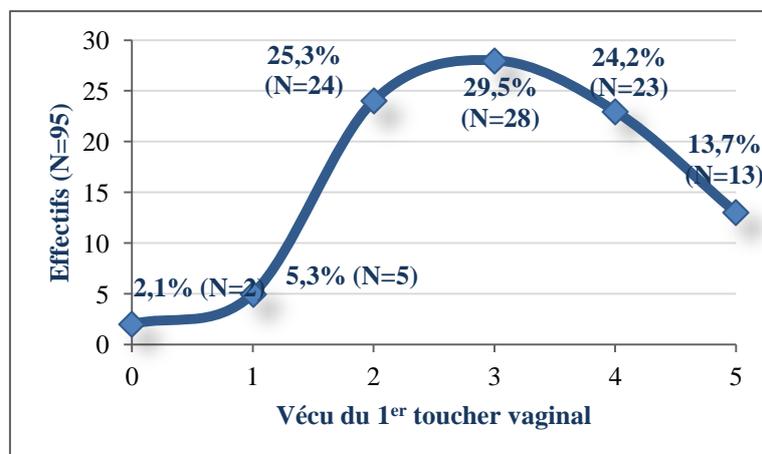


Figure 1 : Vécu du premier toucher vaginal par les patientes (0 = pas bien du tout / 5 = très bien)

NB : La moyenne du vécu de ce premier toucher vaginal est de $3,09 \pm 1,23$.

76,3% (N=74) des femmes interrogées ont été examinées pour la première fois lors d'une consultation gynécologique antérieure à la grossesse. Le premier toucher vaginal a été effectué par un gynécologue dans **84,0%** (N=79) des cas.

Le vécu du premier toucher vaginal (TV) quand il a eu lieu lors d'une consultation gynécologique antérieure à la grossesse était de $3,14 \pm 1,19$ (N=73). Le vécu du premier TV quand il a eu lieu lors d'une consultation de suivi de grossesse était de $3,23 \pm 1,09$ (N=13). Il n'y a pas de différence significative ($p = 0,29$).

4. A propos de la grossesse actuelle

4.1 Suivi de grossesse de la population

Tableau III : Professionnels en charge du suivi de grossesse de la population (%)

Professionnel	N	%
Médecin généraliste	1	1,1
Gynécologue-Obstétricien	49	52,1
Sage-femme	44	46,8
Total	94	100

54,2% (N=52) des femmes interrogées ont été suivies en milieu hospitalier, **42,7%** (N=41) en cabinet libéral et **2,1%** (N=2) par la protection maternelle et infantile.

4.2 La gêne lors de l'examen gynécologique

Nous avons choisi d'interroger les femmes enceintes sur ce qui leur paraissait gênant, lors de l'examen gynécologique, en notant de 1 à 5 les items proposés (sachant que 1 était le plus gênant pour elles) :

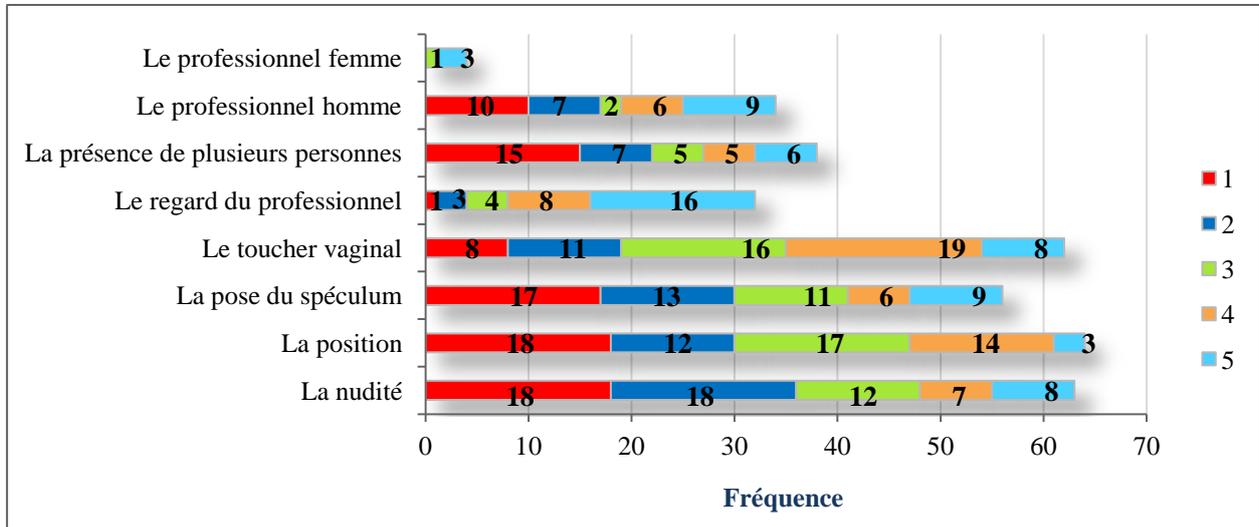


Figure 2 : Evaluation des éléments gênants lors de l'examen gynécologique (1 = le plus gênant)

La nudité a été numérotée 18 fois en première position ainsi que la position gynécologique. La pose du spéculum a été numérotée 13 fois en deuxième position. Le toucher vaginal a été classé 16 fois en troisième position et 19 fois en quatrième position. Le regard du professionnel a été numéroté 16 fois en cinquième position. Au total, **75,6%** des femmes (N=82) ont cité le toucher vaginal parmi les éléments gênants.

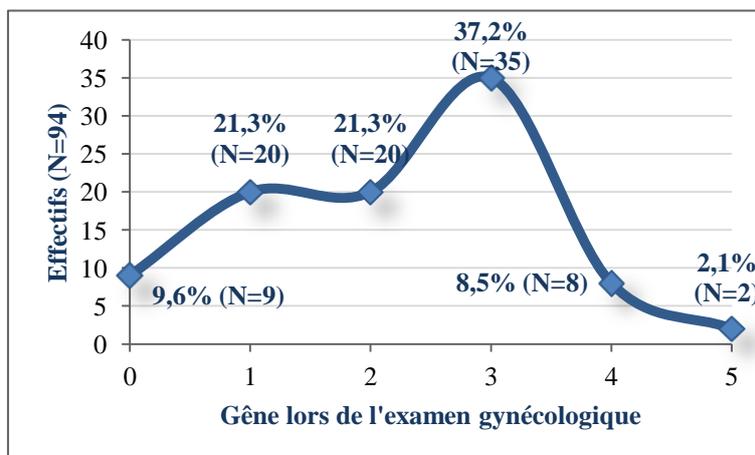


Figure 3 : Gêne éprouvée lors de l'examen gynécologique par la population (0 = pas de gêne du tout / 5 = gêne extrême)

Lors d'une consultation prénatale, la gêne occasionnée par l'examen gynécologique a été évaluée à $2,20 \pm 1,22$ par les femmes interrogées.

Tableau IV : Gêne lors de l'examen gynécologique en fonction du lieu de suivi

		Gêne lors de l'examen gynécologique	P-Value
Hôpital	N = 51	2,12 ± 1,27	p = 0,59
Cabinet libéral	N = 41	2,34 ± 1,09	
PMI	N = 1	0,00 ± 0,00	

5. Le toucher vaginal

5.1 Pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales

Les patientes interrogées (N=97) ont eu en moyenne $7,8 \pm 2,6$ consultations au cours de leur grossesse. Pendant celles-ci, les patientes ont eu en moyenne $5,0 \pm 2,4$ touchers vaginaux.

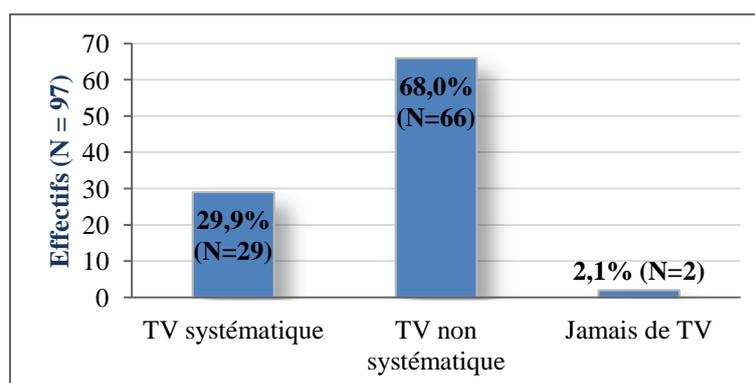


Figure 4 : Pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales de la population

Tableau V : Systématisation du toucher vaginal en fonction de la profession

	TV systématique	TV non systématique	Jamais de TV	P-Value
Médecin généraliste	N = 0	N = 1 (100%)	N = 0	p = 0,40
Gynécologue-obstétricien	N = 19 (38,8%)	N = 28 (57,1%)	N = 2 (4,1%)	
Sage-femme	N = 9 (20,4%)	N = 35 (79,6%)	N = 0	

Des explications sur l'intérêt du TV ont été données à $69,1\%$ (N=67) de la population (N=97). Ces informations ont été comprises par $98,5\%$ (N=64) des femmes interrogées (N = 67). $36,8\%$ (N=35) des patientes (N=95) auraient aimé avoir davantage d'explications sur le toucher vaginal.

NB : 85,4% (N=82) des professionnels ont donné le résultat de l'examen aux femmes interrogées (N=96).

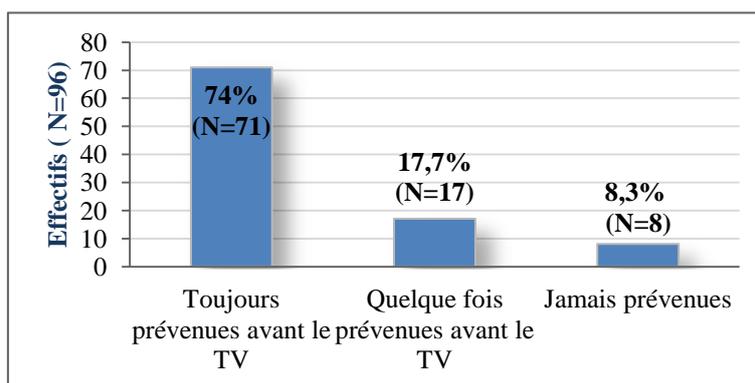


Figure 5 : Prévention des professionnels avant la pratique de l'examen

NB : 8,3% (N=8) de la population n'a jamais été prévenue avant la pratique du toucher vaginal.

5.2 Approches du toucher vaginal par les femmes enceintes

5.2.1 *L'appréhension*

46,4% (N=45) des femmes interrogées (N=97) appréhendaient le toucher vaginal lors des consultations prénatales.

Tableau VI : Appréhension de la population en fonction de la systématization du TV

	Appréhension		P-Value
	OUI (N=45)	NON (N=46)	
TV systématique	N = 12 (26,7%)	N = 11 (23,9%)	p = 0,53
TV non systématique	N = 32 (71,1%)	N = 34 (73,9%)	
Jamais de TV	N = 1 (2,2%)	N = 1 (2,2%)	

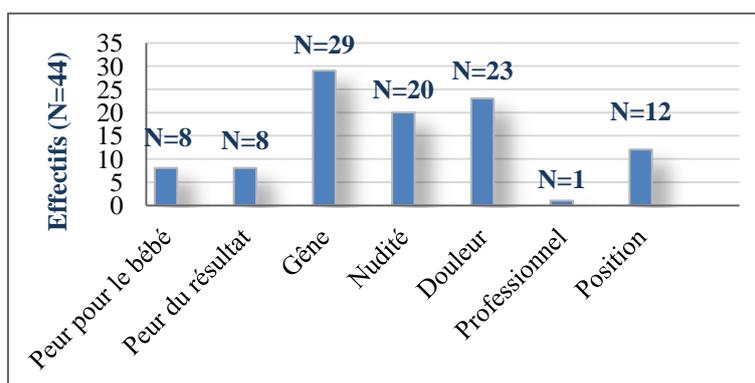


Figure 6 : Causes de l'appréhension du toucher vaginal

NB : La gêne dont il est question dans cette figure intéresse la gêne physique comme psychologique. Il s'agissait d'une question à choix multiple, ce qui explique un total supérieur à 100%.

À cette question, **65,9%** (N=29) des patientes ont répondu avoir appréhendé le toucher vaginal à cause de la gêne occasionnée, **52,3%** (N=23) à cause de la douleur de l'examen et **45,4%** (N=20) à cause de la nudité.

5.2.2 Les professionnels

52,6% (N=50) des femmes enceintes interrogées (N= 95) pensent que le genre (Homme/Femme) de l'examineur change le vécu du toucher vaginal. Parmi les patientes (N=97), une femme a déjà refusé d'être examinée car le professionnel était un homme.

Pendant la grossesse, **37,1%** (N=36) de la population (N=97) a été examinée à chaque consultation par le même professionnel. Par ailleurs, **79,2%** (N=76) des femmes interrogées (N=96) pensent qu'être examinées par le même praticien facilite le vécu du toucher vaginal.

L'étude se déroulant dans un CHU, la présence d'étudiants en consultations prénatales est habituelle. Il semblait évident d'interroger les femmes sur la répétition du toucher vaginal au cours d'une consultation, ainsi **14,7%** (N=14) des femmes enceintes interrogées (N=95) ont déjà été examinées plusieurs fois au cours d'une consultation prénatale.

5.3 Le vécu du toucher vaginal

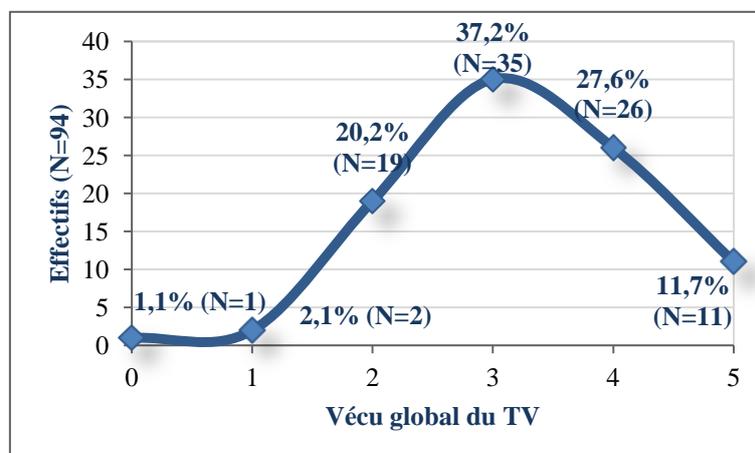


Figure 7 : Vécu global du toucher vaginal de la population (0 = pas bien du tout / 5 = très bien)

NB : La moyenne du vécu du toucher vaginal par les patientes est de **3,24 ± 1,04**.

Tableau VII : Vécu du toucher vaginal en fonction du lieu et du professionnel du suivi de grossesse, de l'examineur, des pratiques professionnelles (systématisation, prévention, explications, résultats), de l'appréhension du TV lors des consultations et de la nécessité du TV pour les patientes

			Vécu du TV	P-Value
Lieu du suivi	Hôpital	N = 50	3,22 ± 1,20	p = 0,73
	Cabinet Libéral	N = 40	3,30 ± 0,85	
	PMI	N = 2	3,00 ± 0,00	
Professionnel	Médecin Généraliste	N = 1	4,00 ± 0,00	p = 0,61
	Gynécologue-obstétricien	N = 48	3,25 ± 0,96	
	Sage-femme	N = 42	3,19 ± 1,17	
Genre de l'examineur	Homme	N = 9	3,00 ± 1,22	p = 0,74
	Femme	N = 60	3,25 ± 1,05	
	H/F selon consultation	N = 24	3,21 ± 0,93	
Même examinateur à chaque consultation	Oui	N = 35	3,43 ± 1,06	p = 0,17
	Non	N = 59	3,12 ± 1,02	
Pratique du TV	Systématique	N = 29	3,28 ± 1,03	p = 0,74
	Non Systématique	N = 63	3,22 ± 1,05	
	Jamais	N = 2	3,00 ± 1,41	
Explications données	Oui	N = 65	3,45 ± 0,92	p = 0,01
	Non	N = 29	2,78 ± 1,15	
Appréhension	Oui	N = 44	2,7 ± 0,95	p = 1,2*10 ⁻⁶
	Non	N = 50	3,7 ± 0,89	
Prévenues avant le TV	Toujours	N = 69	3,35 ± 0,99	p = 9*10 ⁻³
	Quelque fois	N = 17	3,06 ± 1,14	
	Jamais	N = 7	2,43 ± 0,53	
Examinées plusieurs fois lors d'une consultation	Oui	N = 14	2,64 ± 1,01	p = 0,03
	Non	N = 60	3,34 ± 1,02	
Résultats du TV donnés	Oui	N = 79	3,33 ± 1,01	p = 0,01
	Non	N = 14	2,57 ± 0,94	
TV Nécessaire	Oui	N = 44	3,34 ± 0,99	p = 0,30
	Non	N = 45	3,11 ± 1,09	

5.4 La douleur

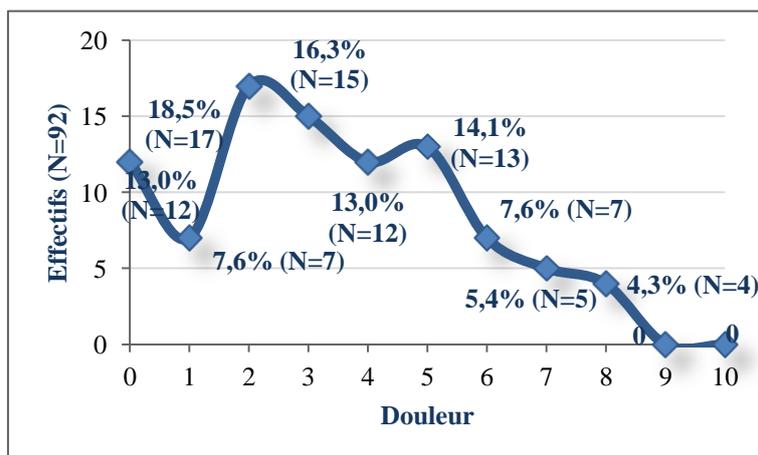


Figure 8 : Douleur éprouvée lors du toucher vaginal par la population (échelle numérique de la douleur de 0 à 10)

NB : la moyenne de la douleur éprouvée est de $3,35 \pm 2,22$.

Tableau VIII : Douleur éprouvée en fonction de l'appréhension du TV lors des consultations, du professionnel du suivi de grossesse, du genre de l'examineur, des examens effectués par le même professionnel et des pratiques professionnelles

			Douleur	P-Value
Appréhension	Oui	N = 44	4,20 ± 2,19	p = 2,9*10⁻⁴
	Non	N = 48	2,56 ± 1,96	
Professionnel	Médecin Généraliste	N = 1	0,00 ± 0,00	p = 0,91
	Gynécologue-Obstétricien	N = 46	3,52 ± 2,21	
	Sage-femme	N = 41	3,27 ± 1,21	
Examineur	Homme	N = 9	4,11 ± 2,93	p = 0,55
	Femme	N = 60	3,16 ± 2,10	
	H/F selon la consultation	N = 22	3,45 ± 2,28	
Même examinateur à chaque consultation	Oui	N = 35	3,66 ± 2,6	p = 0,33
	Non	N = 57	3,16 ± 1,95	
Explications données	Oui	N = 64	3,54 ± 2,32	p = 0,17
	Non	N = 28	2,89 ± 1,93	
Pratique du TV	Systématique	N = 29	3,21 ± 2,26	p = 0,75
	Non systématique	N = 61	3,43 ± 2,25	
	Jamais	N = 29	3,00 ± 0,00	
Prévenues avant le TV	Toujours	N = 67	3,21 ± 2,31	p = 0,20
	Quelque fois	N = 16	3,29 ± 1,83	
	Jamais	N = 7	4,57 ± 2,22	

5.5 La gêne physique

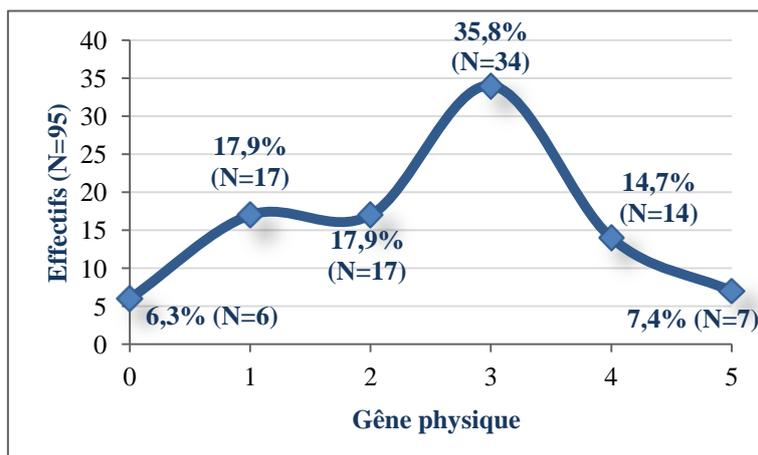


Figure 9 : Gêne physique éprouvée lors du toucher vaginal par la population (0 = pas de gêne du tout / 5 = gêne extrême)

NB : la moyenne de la gêne physique éprouvée est de $2,57 \pm 1,32$

Tableau IX : Gêne physique éprouvée en fonction de l'appréhension du TV lors des consultations, du professionnel du suivi de grossesse, du genre de l'examineur, des examens effectués par le même professionnel et des pratiques professionnelles

			Gêne Physique	P-Value
Appréhension	Oui	N = 44	3,18 ± 1,14	p = 9,86*10⁻⁶
	Non	N = 51	2,04 ± 1,23	
Professionnel	Médecin Généraliste	N = 1	3,00 ± 0,00	p = 0,44
	Gynécologue-Obstétricien	N = 48	2,68 ± 1,19	
	Sage-femme	N = 43	2,49 ± 1,47	
Examineur	Homme	N = 9	3,00 ± 1,22	p = 0,34
	Femme	N = 61	2,59 ± 1,37	
	H/F selon la consultation	N = 24	2,37 ± 1,24	
Même examineur à chaque consultation	Oui	N = 35	2,49 ± 1,38	p = 0,65
	Non	N = 60	2,61 ± 1,30	
Explications données	Oui	N = 66	2,5 ± 1,34	p = 0,44
	Non	N = 29	2,72 ± 1,28	
Pratique du TV	Systématique	N = 29	2,52 ± 1,33	p = 0,83
	Non systématique	N = 64	2,59 ± 1,31	
	Jamais	N = 2	2,50 ± 2,12	
Prévenues avant le TV	Toujours	N = 70	2,47 ± 1,28	p = 0,09
	Quelque fois	N = 16	2,75 ± 1,54	
	Jamais	N = 7	3,43 ± 0,97	

5.6 La gêne psychologique

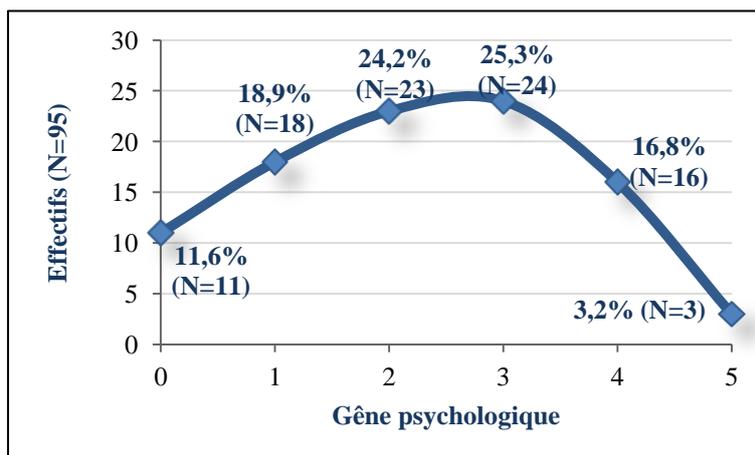


Figure 10 : Gêne psychologique éprouvée lors du toucher vaginal par la population (0 = pas de gêne du tout / 5 = gêne extrême)

NB : La moyenne de la gêne psychologique éprouvée est de $2,26 \pm 1,35$.

Tableau X : Gêne psychologique éprouvée en fonction de l'appréhension du TV lors des consultations, du professionnel du suivi de grossesse, du genre de l'examineur, des examens effectués par le même professionnel et des pratiques professionnelles

		Gêne psychologique		P-Value
Appréhension	Oui	N = 44	2,93 ± 1,18	p = 2,22*10⁻⁶
	Non	N = 51	1,68 ± 1,20	
Professionnel	Médecin Généraliste	N = 1	1,00 ± 0,00	p = 0,29
	Gynécologue-Obstétricien	N = 48	2,19 ± 1,23	
	Sage-femme	N = 43	2,42 ± 1,48	
Examineur	Homme	N = 9	3,11 ± 0,93	p = 0,15
	Femme	N = 60	2,23 ± 1,38	
	H/F selon la consultation	N = 24	2,08 ± 1,35	
Même examineur à chaque consultation	Oui	N = 35	2,17 ± 1,36	p = 0,62
	Non	N = 60	2,32 ± 1,35	
Explications données	Oui	N = 66	2,07 ± 1,34	p = 0,04
	Non	N = 29	2,69 ± 1,28	
Pratique du TV	Systématique	N = 29	2,34 ± 1,32	p = 0,66
	Non systématique	N = 64	2,23 ± 1,34	
	Jamais	N = 2	2,00 ± 2,82	
Prévenues avant le TV	Toujours	N = 70	2,07 ± 1,29	p = 0,02
	Quelque fois	N = 17	2,82 ± 1,55	
	Jamais	N = 7	2,85 ± 1,07	

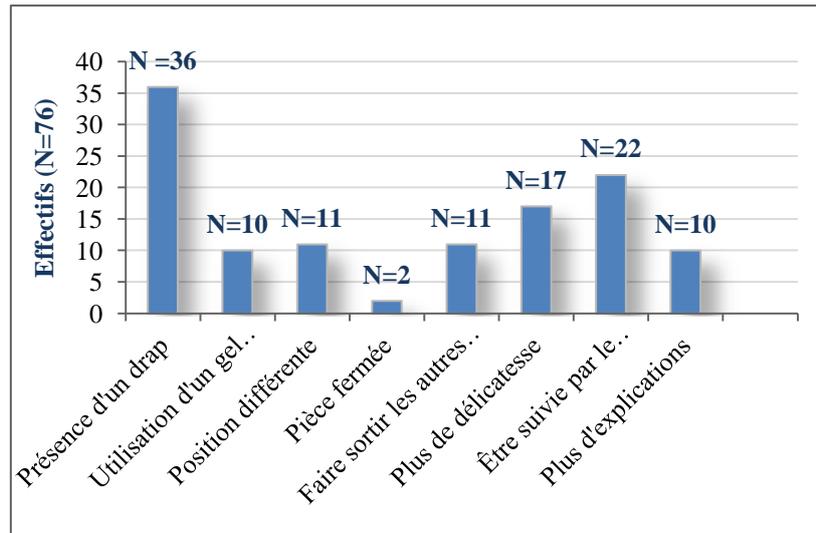


Figure 11 : Eléments qui auraient pu diminuer la gêne des femmes enceintes interrogées

Ainsi, **47,4%** (N=36) des patientes pensent que la présence d'un drap posé sur elles diminuerait leur gêne. **28,9%** (N=22) des patientes verraient leur gêne diminuée si elles étaient suivies par le même professionnel.

NB : Il s'agissait d'une question multiple, ce qui explique un total supérieur à 100%.

5.7 Caractéristiques individuelles

Tableau XI : Vécu du TV, douleur et gêne psychologique et physique en fonction de l'âge

	Âge				P-Value
	< 18 ans	18 - 24 ans	25 - 30 ans	> 30 ans	
	N = 2	N = 17	N = 45	N = 28	
Vécu du TV	2,5 ± 0,70	2,88 ± 1,32	3,31 ± 0,87	3,32 ± 1,11	p = 0,06
Douleur	6,5 ± 2,12	3,76 ± 2,51	3,31 ± 2,20	2,93 ± 1,94	p = 0,04
Gêne psychologique	1,5 ± 2,12	2,71 ± 1,58	2,13 ± 1,12	2,36 ± 1,45	p = 0,89
Gêne physique	2,5 ± 3,53	3,29 ± 1,44	2,4 ± 1,17	2,51 ± 1,27	p = 0,11

6. Représentation du toucher vaginal par la population

Nous avons choisi d'interroger les femmes enceintes sur ce que le professionnel recherchait pendant un toucher vaginal. La question était ouverte.

Les termes « col de l'utérus » sont apparus majoritairement. Y étaient souvent associés les mots « dilatation », « ouverture » ou encore « bon état ». Parmi les réponses, il n'a pas été rare de rencontrer les termes « prélèvements » ou encore « infections » et « bactéries ».

7. Conséquences du toucher vaginal dans la population

Dans l'étude, **50%** des patientes interrogées (N=92) jugeaient la pratique du toucher vaginal **non nécessaire**.

Tableau XII : Nécessité du TV dans la population en fonction des explications données, de la pratique systématique ou non du TV et de la volonté de ne pas avoir de TV pendant le suivi de grossesse

		TV nécessaire (N=46)	TV non nécessaire (N = 46)	P-Value
Explications données	Oui	N = 37 (80,4%)	N = 28 (60,9%)	p = 0,04
	Non	N = 9 (19,6%)	N = 18 (39,1%)	
Pratique du TV	Systematique	N = 19 (41,3%)	N = 8 (17,4%)	p = 0,02
	Non systematique	N = 26 (56,5%)	N = 37 (80,4%)	
	Jamais	N = 1 (2,2%)	N = 1 (2,2%)	
Auraient préféré ne pas avoir de TV	Oui	N = 4 (9,1%)	N = 7 (16,3%)	p = 0,31
	Non	N = 40 (90,9%)	N = 36 (83,7%)	

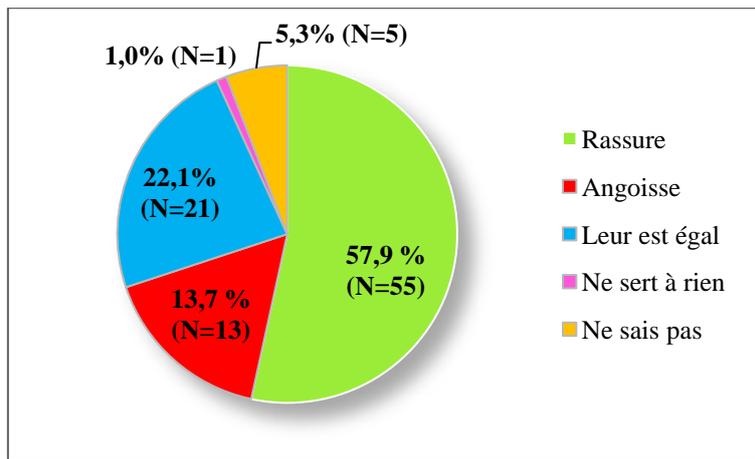


Figure 12 : Conséquences du toucher vaginal dans la population (%)

Tableau XIII : Vécu du toucher vaginal en fonction du ressenti de la population

		Vécu du TV	P-Value
Rassurance	N = 55	3,54 ± 0,86	p = 0,037
Angoisse	N = 13	2,15 ± 1,14	
Leur est égal	N = 21	3,20 ± 1,05	
Ne sert à rien	N = 1	2,00 ± 0,00	
Ne sait pas	N = 5	3,00 ± 0,71	

A la fin du questionnaire, **14,3%** (N=13) des patientes (N=91) ont déclaré qu'elles auraient préféré ne pas avoir de touchers vaginaux.

Tableau XIV: Désir d'avoir ou non des touchers vaginaux pendant le suivi de grossesse, en fonction du vécu global du toucher vaginal, de la gêne psychologique et physique et de la douleur éprouvée

	Auraient préféré ne pas avoir de TV	Préfèrent avoir des TV	P-Value
Vécu du toucher vaginal	N = 13 2,23 ± 0,60	N = 77 3,40 ± 1,00	p = 0,00
Gêne psychologique	N = 13 3,00 ± 1,35	N = 77 2,10 ± 1,33	p = 0,04
Gêne physique	N = 13 3,08 ± 1,44	N = 78 2,46 ± 1,31	p = 0,17
Douleur	N = 13 4,46 ± 2,29	N = 75 3,16 ± 2,21	p = 0,08

Analyse et discussion

IV. Analyse et discussion

1. Critiques de l'étude

1.1 Points forts

1.1.1 Le sujet

La pratique du toucher vaginal (intérêts, indications, complications, ...) est un thème largement abordé dans différentes études [7 ; 8 ; 9 ; 12]. Pour autant, le vécu des femmes enceintes pour cette pratique a été très peu analysé. Il était donc important de s'y intéresser et d'interroger les femmes à ce propos. Certains professionnels de santé souhaiteraient d'ailleurs avoir une copie de ce travail.

1.1.2 La population cible

Les femmes interrogées vivaient leur premier suivi de grossesse. Nous n'avons donc pas eu à prendre en compte des antécédents de MAP, d'hospitalisations ou encore de grossesses pathologiques. Ces éléments auraient pu considérablement influencer les résultats de l'étude.

1.2 Points faibles

1.2.1 Concernant le questionnaire

Le questionnaire était composé de 35 questions ce qui est relativement long. Même s'il se remplissait facilement (questions fermées), les quatre pages du questionnaire pouvaient rebuter les femmes. Par ailleurs, la question onze, concernant la notation des éléments gênants, qui semblait être bien appréhendée lors du test, a été difficilement comprise par certaines patientes. A posteriori, la question aurait dû être posée différemment.

Nous aurions dû proposer aux femmes de laisser leurs coordonnées, si elles le souhaitaient, afin de les joindre ultérieurement. En effet, certaines patientes ont répondu être extrêmement gênées par le toucher vaginal. Il aurait été intéressant de les contacter et d'échanger avec elles sur leurs réponses.

1.2.2 L'histoire personnelle

Ce questionnaire ne s'intéresse pas à l'histoire personnelle des femmes interrogées. Nous pensons plus particulièrement aux antécédents de violences corporelles et verbales, de maltraitances, de viols. Nous avons fait le choix d'écarter les questions sur ce sujet. Sachant pertinemment que ces éléments influencent inévitablement le vécu du toucher vaginal.

Toutefois, ces données auraient pu être intéressantes pour mieux analyser les résultats concernant la douleur et la gêne physique et psychologique.

2. Analyse et Discussion

Si les études et recherches sur l'intérêt médical du toucher vaginal sont nombreuses, peu se sont intéressées au vécu des femmes enceintes lors de cet examen. A travers cette étude, il nous a paru essentiel de mettre en avant les enjeux physiques et psychologiques de cette pratique quotidienne en consultations prénatales. L'étude, réalisée à l'aide de questionnaires, nous a permis d'avoir une population relativement hétérogène.

1. Différents déterminants

1.1 Caractéristiques individuelles

L'âge est le seul critère qui influence le vécu. Notamment quand il s'agit de la douleur éprouvée. En effet, plus l'âge augmente plus la douleur diminue. Dans l'étude, nous remarquons également que le vécu a tendance à être meilleur avec l'âge. Probablement du fait d'expériences plus fréquentes chez les patientes plus âgées. On peut aussi émettre l'hypothèse, qu'avec l'âge, les femmes ont une meilleure connaissance de leur corps.

1.2 L'expérience du premier toucher vaginal

Questionner sur le vécu du premier toucher vaginal permettait de mieux comprendre par la suite les données recueillies auprès des femmes enceintes. En effet, une de nos premières interrogations était de connaître l'influence de l'état de grossesse sur le vécu du premier toucher vaginal. En d'autres termes, les patientes vivent-elles mieux cet examen quand il a eu lieu pour la première fois lors du suivi de leur grossesse ? La réponse est non, que le premier examen ait eu lieu en consultation gynécologique ou en consultation prénatale, la différence n'est pas significative. Les enjeux du TV pendant la grossesse n'influencent donc pas positivement l'expérience des femmes. Toutefois, il existe une corrélation entre le vécu du premier toucher vaginal et le vécu global lors des consultations prénatales. Ainsi, mieux il est vécu la première fois, meilleur sera le ressenti lors des examens ultérieurs ($p = 3,64 * 10^{-5}$).

1.3 Caractéristiques du suivi de la grossesse

1.3.1 Lieux et professionnels du suivi

Avoir notion du lieu de suivi de la grossesse était important. Comme l'explique Laurence Guyard, ces endroits sont symboliques pour les patientes [28]. Le cabinet privé libéral amène plus de confidentialité, l'hôpital plus de neutralité ... Dans l'étude, le lieu du suivi n'influence pas la gêne éprouvée lors de l'examen gynécologique ni le vécu du toucher vaginal.

Il était essentiel d'apprécier l'incidence des professions sur le ressenti des femmes. Que le suivi soit réalisé par une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste, l'expérience des patientes n'est pas différente. De plus, quel que soit le statut du professionnel, il n'y a pas de disparité quant au taux de systématisation du toucher vaginal. Leurs pratiques sont donc similaires.

Le genre (homme ou femme) de l'examineur est une variable susceptible de moduler le ressenti des femmes. Dans l'étude, il n'y a pas de corrélation entre le genre de l'examineur et le vécu des patientes. Pourtant, plus de la moitié des patientes pensent que cela influence le vécu de l'examen. Ce qui contribue, d'une façon évidente, au choix du professionnel qu'elles feront pour le suivi de leur grossesse.

1.3.2 Le suivi global

Les femmes enceintes rencontrent un certain nombre d'intervenants pendant leur grossesse. Les patientes examinées par un même professionnel tout au long de leur suivi ne sont pas majoritaires (37,1%). Il est permis d'envisager qu'une relation de confiance se crée plus aisément lorsque la femme rencontre toujours le même professionnel et que cela améliore le vécu du toucher vaginal. Dans l'étude, elles sont 79,2% à le penser. Nous avons donc comparé le vécu, la gêne physique et psychologique et la douleur entre les femmes examinées par le même praticien à chaque consultation et celles qui ne l'étaient pas. Aucune variable n'est significative. Paradoxalement, 28,9% des patientes déclarent qu'elles seraient « moins gênées » si elles étaient suivies par le même professionnel. Ce qui n'est pas en accord avec les résultats de l'étude.

1.4 L'influence des conduites professionnelles lors des consultations prénatales

L'objectif de cette partie est de savoir si les pratiques professionnelles autour du toucher vaginal influencent le vécu des femmes enceintes.

1.4.1 Les informations sur le toucher vaginal

Les explications que nous donnons et choisissons de donner déterminent le vécu du toucher vaginal par les patientes. En effet, plus ce geste est expliqué, mieux il est vécu. Telle que le confirme une étude de 1986, les femmes appréciaient avoir une explication détaillée du toucher vaginal [31]. La gêne psychologique éprouvée par les patientes interrogées est significativement moindre quand des explications ont été communiquées. Pourtant, 30,9% des patientes n'ont pas eu d'informations concernant le toucher vaginal. Une étude, réalisée en 2012, a montré que 25,3% des sages-femmes interrogées n'expliquaient pas le geste systématiquement. Dans 50% des cas, elles ne donnaient pas de renseignement car la patiente examinée n'en était pas demandeuse [32]. Néanmoins, les informations donnent des notions concrètes aux patientes laissant moins de place à l'imaginaire, souvent source d'angoisses. Mais bien qu'elles puissent être entendues, ces données peuvent ne pas être toujours bien comprises. Pour illustrer ce propos nous avons choisi de citer certaines réponses étonnantes de l'étude (Annexe II).

La question était : Selon vous, que recherche le professionnel pendant le toucher vaginal ?

- Aucune idée.
- Infection, problème des muqueuses.
- Une bactérie.
- Pour voir si le bouchon de mucus au niveau du col de l'utérus est bien fermé.
- Détection de problème dans le vagin pouvant avoir des conséquences sur la grossesse ou santé du fœtus.
- S'il y a des infections.
- Des maladies
- « Comment les ligaments sont tendus »

Il y a donc parfois un décalage entre les représentations des femmes et la réalité. En l'occurrence, 36,8% des femmes auraient souhaité plus d'explications. Quand le résultat de l'examen a été donné, le ressenti des patientes s'avère meilleur. Les informations que nous donnons sont donc essentielles lors des consultations prénatales tant elles influencent

l'expérience des femmes. Assurément, la compréhension du geste facilite le vécu du toucher vaginal.

1.4.2 Le consentement

En toute logique, une fois les explications données, le professionnel doit recueillir le consentement de la patiente avant de pratiquer le toucher vaginal [33]. Cette notion était indispensable à notre étude pour mieux cerner l'acceptation de l'examen par les patientes. Dans l'étude, 8,3% des femmes affirment n'avoir jamais été prévenues avant l'examen et 17,7% ne l'ont pas été à chaque fois. Il est clair que moins les femmes sont averties, plus elles vivent mal le toucher vaginal. En effet, l'absence de consentement intensifie la gêne psychologique éprouvée et a tendance à augmenter la gêne physique. Une étude réalisée en 2012, a montré que seulement 7,7% des sages-femmes interrogées pensaient à demander le consentement éclairé de la patiente [32]. Cette conduite peut augmenter le sentiment d'intrusion et semble déposséder la femme de son propre corps.

La délicate question du consentement est un sujet d'actualité. En effet, des documents, relayés par le site Metronews, laissent penser que des étudiants en médecine s'exercent aux touchers vaginaux sur des patientes endormies, sans leur consentement préalable. « Le toucher vaginal, sans consentement, pourrait même être assimilé, au sens pénal, à un acte de pénétration sexuelle commis sur la personne d'autrui par contrainte ou par surprise, c'est-à-dire un viol » [34]. De quoi s'attarder davantage sur la pratique du toucher vaginal ...

1.4.3 La répétition des touchers vaginaux

De connaître le nombre approximatif de touchers vaginaux qu'une femme avait pu avoir pendant sa grossesse nous a permis de savoir si la récurrence de ceux-ci améliorait le vécu ou si au contraire le ressenti en était plus négatif. Dans l'étude, il n'y a pas de lien de causalité entre le nombre de touchers vaginaux et le vécu global du TV ($p = 0,72$), la gêne physique ($p = 0,61$) et psychologique ($p = 0,39$) ou encore la douleur éprouvée ($p = 0,55$). Que l'examen soit fait de façon systématique ou non, les différences ne sont pas significatives. De plus, la systématisation du geste n'influence pas l'appréhension des patientes. Ainsi, avoir un examen à chaque consultation n'augmente pas l'anxiété. Le caractère répétitif du toucher vaginal ne conditionne donc pas l'expérience des femmes.

Notons tout de même, que les femmes examinées à plusieurs reprises lors d'une même consultation vivent moins bien le toucher vaginal. L'étude a été menée dans un CHU ce qui explique la présence quotidienne d'étudiants en formation. Dans une étude réalisée en 2014, 82,9% des patientes en ont au moins rencontré un lors des consultations [35]. L'apprentissage des étudiants peut donc expliquer la répétition de ce geste. Ce double examen (professionnel/étudiant) semble être un événement négatif pour les patientes. Même si ce résultat ne représente pas la majorité des femmes interrogées, il est à considérer dans nos pratiques.

2. La nécessité du toucher vaginal lors des consultations prénatales

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les patientes estiment le toucher vaginal nécessaire au cours des consultations de suivi de grossesse. Il est frappant de constater que 50,0% des patientes ne jugent pas la pratique du toucher vaginal nécessaire à chaque consultation prénatale. Parmi elles, 60,9% ont reçu des explications sur le toucher vaginal. Nous pouvons formuler l'hypothèse que l'intérêt du geste n'est donc pas constamment bien compris. Il convient d'ajouter que de nombreux forums, accessibles sur internet, traitent de plus en plus du toucher vaginal [36]. *Cet accès, facilité par les nouvelles technologies, permet aux personnes de s'exprimer librement. Ces sites internet incitent les femmes à considérer davantage leur suivi de grossesse et les gestes occasionnés par celle-ci. Nous ne pouvons donc pas omettre l'influence de plus en plus présente de ces documentations virtuelles.*

Dans l'étude, 16,3% des femmes qui ont jugé la pratique du TV non nécessaire auraient préféré ne pas en avoir pendant leur grossesse. Pourtant, qu'il soit jugé nécessaire ou non, les femmes ne vivent pas différemment le toucher vaginal.

En pratique, de nombreuses patientes semblent dans l'attente de connaître l'évolution de leur col (83,2% dans une étude parue en 2010 [10]). Cependant, cette attente est conditionnée par la fréquence de recours à l'examen. En effet, les patientes qui ont bénéficié de touchers vaginaux systématiques sont plus nombreuses à estimer le geste nécessaire.

3. Le vécu du toucher vaginal

3.1 Le vécu global

46,4% des femmes interrogées appréhendent le toucher vaginal, *versus* 36,9% dans une étude réalisée en 2013 [29]. Cette appréhension est hautement corrélée au ressenti négatif des femmes lors du toucher vaginal. La cause la plus souvent évoquée est la gêne occasionnée par ce geste (65,9%). Dans l'étude, l'appréhension et la gêne physique et psychologique sont fortement liées. Cela révèle une fois de plus le caractère non anodin de l'examen. La douleur est également une des raisons les plus citées (52,3%). En conséquence, il existe un lien de causalité, hautement significatif, entre l'appréhension et la douleur. La douleur éprouvée est donc souvent le retentissement de l'appréhension.

Dans l'étude, 57,4% des patientes ont noté le vécu de 2 à 3. Il se pourrait que les patientes aient été influencées par l'échelle numérique de l'étude. En effet, une fois les extrêmes retirés (0 et 5), la tendance globale serait de se positionner au milieu de l'échelle. Toutefois, ces réponses nous ont donné la possibilité d'avoir un aperçu global quant au vécu du toucher vaginal. Il s'agissait ici d'une première « note » générale puisque la question ne spécifiait rien d'autre que le ressenti du geste au cours des consultations prénatales. En résumé, le toucher vaginal n'est ni totalement bien ou mal vécu par les femmes, même si la tendance semble positive ($m = 3,24 \pm 1,04$). En comparaison, une étude de 1979 a montré que 85% des patientes avaient un ressenti négatif lors de l'examen gynécologique [37]. Cette différence s'explique probablement par une évolution des pratiques professionnelles ces dernières années.

Suite au vécu global du toucher vaginal, nous avons choisi d'interroger plus spécifiquement les femmes sur la douleur et la gêne physique et psychologique éprouvées lors de l'examen. Ces trois items nous ont permis de répondre à notre hypothèse principale, à savoir que le toucher vaginal est un examen gênant au cours de la grossesse.

3.2 La douleur

La douleur est une notion subjective, ce qui peut expliquer la différence entre celle ressentie par le patient et celle interprétée par le professionnel. Dans l'étude, la douleur occasionnée par le toucher vaginal atteint une moyenne de 3,35 sur une échelle de 0 à 10. Il semble que ce soit un facteur déterminant du ressenti des patientes. En effet, les femmes qui auraient préféré ne pas avoir de touchers vaginaux, ont tendance à éprouver une douleur plus

intense lors de l'examen. Il est à noter que 29 femmes (31,5%) ont donné une note supérieure ou égale à 5 lors de l'examen. Dans ces cas, il aurait été intéressant de pouvoir les interroger plus spécifiquement et notamment sur leurs histoires personnelles. Une étude parue en 2011, évaluait l'inconfort des patientes sur une échelle de 0 à 10 et concluait, qu'entre 6 et 10, les patientes avaient été potentiellement victimes d'abus et de violences [38]. Il convient d'ajouter que le vaginisme pourrait aussi justifier des expériences douloureuses dont font mention certaines patientes.

3.3 La gêne physique et psychologique

Si nous considérons la gêne physique, c'est-à-dire le phénomène intrusif du toucher vaginal, la moyenne atteint 2,57 (0 = pas de gêne du tout / 5 = gêne extrême). Il faut souligner que 35,8% des femmes ont entouré le chiffre trois à cette question, ce qui traduit une gêne importante. De même pour la gêne psychologique, qui est en autre le sentiment d'embarras, de malaise ou encore d'impression désagréable, dont la moyenne est de 2,26 (0 = pas de gêne du tout / 5 = gêne extrême). Un quart des femmes ont également entouré le chiffre trois à cette question.

Ces réponses mettent en évidence que, dans un nombre non négligeable de cas, l'examen paraît tout de même mal supporté par les patientes. De plus, 78,3% des femmes ont mentionné des éléments qui auraient pu diminuer leur gêne lors du toucher vaginal. Cela confirme bien la présence de ce ressenti dans de nombreux cas. Pour autant, nous n'écartons pas l'hypothèse que certaines patientes occultent cette gêne compte tenu de l'importance qu'elles donnent à l'examen.

Le toucher vaginal apparaît donc comme un examen assez gênant. En effet, seulement 11,6% des femmes ont déclaré n'avoir aucune gêne psychologique et 6,3% aucune gêne physique. Cela signifie que 88,4 à 93,7% des femmes ont noté une réponse allant de 1 à 5, et ont donc éprouvé une gêne quelle que soit son intensité. Les résultats rejoignent une étude de 2013 qui a révélé que 41% des femmes étaient gênées par le toucher vaginal [29]. Une étude parue en 2010 a également montré que 38% des femmes éprouvaient de la gêne lors de l'examen [10]. De surcroît, 75,6% des patientes ont cité le toucher vaginal comme un élément gênant de l'examen gynécologique. Cela confirme à nouveau que le toucher vaginal n'est pas un examen sans conséquence.

4. Le toucher vaginal : un examen rassurant

Nous avons évoqué l'hypothèse que le toucher vaginal est une pratique qui rassure les patientes. Celle-ci est accréditée par les résultats de l'étude montrant que 57,9% des femmes sont rassurées par l'examen. En comparaison, c'est nettement moins qu'une étude réalisée en 2010 qui a montré que 82,5% des femmes se sentaient rassurées par le toucher vaginal réalisé au cours des consultations prénatales [10]. Cette étude interrogeait des patientes primipares comme multipares, et faisait donc appel aux historiques des grossesses antérieures, ce qui peut expliquer la différence constatée.

Dans l'étude, les patientes « rassurées » semblent mieux vivre l'examen. Ce meilleur ressenti peut en partie s'expliquer par l'importance que ces femmes donnent à l'examen (56,4% jugent l'examen nécessaire). Nous constatons également que pour 22,1% des femmes, le toucher vaginal est un geste anodin, qui leur est égal (14,6% des femmes étaient indifférente à l'examen dans une étude parue en 2010 [10]). Parmi celles-ci, 35% ont eu un toucher vaginal systématiquement à chaque consultation. Nous sommes interloqués par ce résultat qui semble vouloir dire que ces femmes ne sont plus réellement maîtresses de leur corps enceint.

Notons malgré tout que 14,3% des femmes auraient souhaité ne pas avoir de touchers vaginaux au cours des consultations prénatales (2,9% seulement dans une étude de 2010 [10]). La moitié d'entre elles se déclarent angoissées par l'examen.

5. Synthèse des éléments constatés

Les femmes enceintes acceptent des gestes très intimes pendant leur grossesse, tel que le toucher vaginal. Néanmoins, nous ne devons pas écarter leur impact physique et psychologique. Cette discussion nous amène à soulever des points importants.

D'une part, nos gestes doivent s'adapter aux réactions suscitées. La corrélation entre l'appréhension et la douleur remet évidemment en question la délicatesse du professionnel lors de l'examen. Ce n'est pas le praticien lui-même qui est mis en cause, mais vraisemblablement sa façon de faire. Ainsi, 22,4% des patientes déclarent que plus de délicatesse de la part du professionnel aurait « diminué » leur gêne. Les attitudes inattendues lors d'un toucher vaginal, telle qu'une douleur intense, doivent mettre en alerte le praticien. Mis à part les cas de vaginisme, une attention particulière doit être portée aux antécédents d'abus et de violences sexuelles.

8,3% des patientes n'ont jamais été prévenues avant le toucher vaginal ce qui induit que leur accord n'a pas été requis avant la pratique du geste. Le consentement du patient constitue un droit pour ce dernier mais aussi une obligation pour le praticien. Le serment d'Hippocrate (réactualisé en 1996) stipule : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état et leur conviction ». Or, pour décider librement, les femmes doivent être clairement informées. Les professionnels ont donc le devoir de communiquer des explications claires et appropriées avant de pratiquer le toucher vaginal. Il convient d'ajouter que l'information et le consentement sont des moyens de remédier à la « dissymétrie relationnelle » entre le professionnel et la patiente.

Enfin, il est utile de rappeler que la pratique systématique du toucher vaginal en consultation de suivi de grossesse n'est pas recommandée [8 ; 9]. Pourtant, 29,9% des patientes en ont eu systématiquement. Selon elles, « trouver un espace pour le ressenti personnel dans un univers très technique paraît difficile » [39]. D'ailleurs, nous avons constaté que le toucher vaginal n'est ni totalement bien ou mal vécu. La gêne, qu'elle soit physique ou psychologique, est une notion présente lors de l'examen. Les gestes intimes réalisés lors de la grossesse doivent donc nous amener à repenser le respect du corps des femmes. « Nous devons nous en remettre à l'essentiel : ce que la femme nous dit, ce qu'elle ressent directement » [39]. Il convient de replacer la pudeur et l'intimité au cœur des consultations prénatales.

3. Propositions

1. Vers des explications plus approfondies

Il s'agit là d'un enjeu majeur lors des consultations prénatales. La compréhension de l'examen facilite son vécu. Il est évident que le vagin, le col de l'utérus ou l'utérus lui-même peuvent être des notions abstraites pour de nombreuses patientes. Quand nous disons aux femmes que leur col est long, fermé, et postérieur, certaines ne le comprennent pas. Seul le terme fermé peut avoir du sens. De même, le toucher vaginal est un des examens pour lequel les patientes se disent le moins informées au cours de leur grossesse [40].

Connaitre son corps c'est aussi mieux accepter les examens qui s'y associent. Même si le temps accordé à chaque patiente lors des consultations prénatales est limité, nous pouvons toutefois imaginer quelques supports pour cette information :

La première est de montrer un schéma anatomique, simple, permettant aux patientes de visualiser concrètement ce à quoi nous faisons référence.

La deuxième est de créer une plaquette d'information comme cela a été le cas pour d'autres thèmes telle que la version par manœuvre externe.

2. Le consentement des patientes

Il apparait explicitement dans les codes de déontologie des médecins et des sages-femmes que la volonté de la patiente doit être respectée et donc que son consentement doit être requis avant la pratique d'un examen. Or dans l'étude, 8,3% des femmes n'ont jamais été prévenues et donc n'ont jamais formulé leur accord avant le toucher vaginal. Et d'ailleurs, 14,3% des patientes interrogées auraient souhaité ne pas être examinées. Des informations sur le toucher vaginal doivent nécessairement être données. Une fois nos motivations à effectuer ce geste expliquées, il est d'usage de demander à la patiente si elle accepte d'être examinée. Les femmes enceintes reçues lors des consultations sont en droit de refuser le toucher vaginal.

Un Centre Hospitalier Universitaire a des missions d'enseignements. Dans une étude réalisée en 2014, 89,7% des femmes enceintes savaient qu'elles allaient rencontrer des élèves en formation au CHU [35]. Cependant, le double examen, occasionné par la présence d'un étudiant lors d'une consultation, est un évènement négatif pour les patientes. Dans certaines situations, il conviendrait que le professionnel examine la patiente, puis que, si celle-ci l'accepte, l'étudiant examine une seconde fois. Le consentement doit être demandé autant par le professionnel que par l'étudiant avant la pratique du geste.

Il est aussi permis d'envisager, au vue des connaissances actuelles et des recommandations [8 ; 9 ; 12], de laisser davantage le choix aux patientes concernant le toucher vaginal lorsque le déroulement de la grossesse est simple.

3. Préserver d'avantage l'intimité

La nudité et la position que l'examen obstétrical impose peuvent être inconfortables pour les patientes. Prendre en considération le ressenti des femmes, c'est aussi faire preuve d'empathie.

D'une part, il est intéressant de revenir quelques centaines d'années en arrière, plus précisément au XIX^{ème} siècle. Les pratiques obstétricales évoluent et la spécialité se masculinise. Pour autant, la pudeur des femmes ne doit pas être heurtée. Ainsi, il est décrit, à cette époque, des examens gynécologiques faits sous les draps ou même sous les robes des femmes [41 ; 42] (Annexe III et IV). Si nous revenons à notre étude, 47,4% des patientes auraient été moins « gênées » si un drap avait été posé sur elles lors de l'examen. Néanmoins, la gestion du linge semble difficilement possible dans un service si fréquenté. Proposer à la patiente d'apporter un linge (foulard, serviette, ...) en consultation lui permettrait donc plus d'intimité. Cette proposition est aussi une manière de responsabiliser la patiente vis-à-vis du suivi de sa grossesse.

D'autre part, la position gynécologique imposée par l'examen est un élément gênant pour 21,9% des patientes de l'étude. 14,5% d'entre elles auraient été « moins » gênées par l'utilisation d'une posture différente. En conséquence, 27,3% des femmes appréhendent le toucher vaginal à cause de la position contrainte. Utiliser une autre posture que la traditionnelle position gynécologique semble possible. En outre, examiner les femmes, allongées sur le côté, « à l'anglaise », serait à même de diminuer la gêne [43 ; 44].

Conclusion

V. Conclusion

Le toucher vaginal fait partie des gestes très intimes réalisés pendant la grossesse. Nous le pratiquons couramment et connaissons ses indications et contre-indications. De nombreuses études, ayant traité du versant médical de l'examen, ont d'ailleurs émis des recommandations. Cependant, peu de travaux se sont intéressés au ressenti des femmes lors du toucher vaginal.

L'étude a eu pour objectif d'apprécier le vécu de l'examen par les femmes enceintes au cours de leur suivi. 75,6% des patientes interrogées ont cité le toucher vaginal comme un élément gênant de l'examen gynécologique. Ainsi, 46,4% d'entre elles appréhendent le geste lors des consultations prénatales. La gêne, la douleur et la nudité sont les causes les plus souvent évoquées. Plus de la moitié des patientes attribuent une note moyenne (2-3 sur une échelle de 0 à 5) à leur ressenti global lors de l'examen. Le toucher vaginal n'est donc ni totalement bien ou mal vécu, même si la tendance est positive ($m = 3,24 \pm 1,04$). Concernant la gêne lors de l'examen, seulement 6,3% à 11,6% des patientes ont déclaré n'en avoir aucune. Le toucher vaginal n'est donc pas un geste anodin. Toutefois, ce geste reste rassurant pour 57,9% des femmes. En pratique, de nombreuses patientes semblent dans l'attente de connaître l'évolution de leur col pendant leur grossesse. Il est donc frappant de constater que 50% d'entre elles ne jugent pas l'examen nécessaire à chaque consultation prénatale.

Lors de l'étude, différents déterminants se sont détachés. D'une part, les explications données par les professionnels sont un enjeu majeur lors des consultations de suivi de grossesse. Celles-ci sont essentielles puisque si elles ne sont pas communiquées ou mal comprises, les femmes ont un ressenti négatif de l'examen. D'autre part, le consentement des patientes est primordial avant la pratique du toucher vaginal. En effet, les femmes, dont l'accord n'a pas été demandé, vivent mal le geste.

Pour conclure, le toucher vaginal en consultations prénatales n'est pas un examen sans conséquence. Son impact physique et psychologique ne doit donc pas être occulté. Ce geste quasi-systématique, et pourtant non recommandé, n'est pas toujours bien appréhendé par les patientes. Il est donc important de s'interroger sur nos pratiques professionnelles en considérant l'expérience des femmes et les recommandations actuelles. Rien ne semble s'opposer aux changements des attitudes françaises ...

Bibliographie

Bibliographie

- [1] Blandine. Il y a quelque chose dont j'aimerais te parler ... L'Officiel de la Sage-femme. 2015 Mar ; 476 : 13.
- [2] Université Médicale Virtuelle Francophone. (page consultée le 17 Novembre 2014). Histoire de la formation des Sages-femmes en France, [en ligne]. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/profession_SF/site/html/cours.pdf
- [3] Bibliothèque interuniversitaire de santé. (page consultée le 18 Novembre 2014). Quelles sont les aptitudes nécessaires à une sage-femme ?, [en ligne]. <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/livanc/?cote=21157&p=31&do=page>
- [4] Benozio M. Former des accoucheuses au XVIIIème siècle. In : Benozio M, Beugnot C, Demoy S, et al. La machine de madame du Coudray : Ou l'Art des accouchements au XVIIIe siècle. Rouen : Point de vues ; 2004. p. 5-11.
- [5] Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. (page consultée le 20 Novembre 2014). Etude clinique et paraclinique de la grossesse, [en ligne]. http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/etudecliniquegrossesse/site/html/2_3.html
- [6] Crowley T, Goldmeir D, Hiller J. Diagnosing and managing vaginismus. Brit Med J. 2009 Jun 18 ; 338 : 225-229.
- [7] Imseis HM, Trout WC, Gabbe SG. The microbiologic effect of digital cervical examinations. Am J Obstet Gynecol. 1999 Mar ; 180 : 578-580.
- [8] Haute Autorité de santé. (page consultée le 22 Novembre 2014). Comment mieux informer les femmes enceintes ?, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
- [9] Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français. (page consultée le 22 Novembre 2014). Recommandations pour la pratique clinique (texte court) : la menace d'accouchement prématuré à membranes intactes (2002), [en ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM

- [10] Lerioux R. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi de grossesse à bas risque ? [Mémoire Diplôme d'état, Sage-femme]. Angers ; 2010.
- [11] Langer B, Caneva MP, Schlaeder G. Routine prenatal care in Europe: comparison of the experience of nine gynecologic-obstetric services in eight different countries. *J Gynecol Obst Bio R.* 1997; 26(4) : 358-366.
- [12] Buekens P, Alexander S, Boutsen M, et al. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet.* 1994 Sep 24 ; 344 : 841–844.
- [13] Szejer M. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance. *Informations sociales.* 2006 ; 4(132) : 54-63.
- [14] Agneray F. Penser le sentiment d'insécurité dans le soin : éclairage psychopathologique et clinique. *Ethique & Santé.* 2013 Sep ; 10(3) : 137-143.
- [15] France 5. (page consultée le 12 Janvier 2015). Toucher vaginal obligatoire en France ?!, [en ligne]. http://forums.france5.fr/lesmaternelles/Sante/Suivi-de-la-grossesse/obligatoire-vaginal-toucher-sujet_1188_1.htm
- [16] Tourné L. La singularité de la maternalité éclairée par des scénarios transgénérationnels. *Psychologie clinique et projective.* 2013 ; 19 : 269-287.
- [17] Bayle B. Contribution à l'étude psychologique de la grossesse. In : Bayle B. *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique.* Toulouse : Erès ; 2005. p. 305-368.
- [18] Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir.* 2001 ; 13(2) : 41-52.
- [19] Abdel-Baki A, Poulin MJ. Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. *Psychothérapies.* 2004 ; 41(2) : 11-16.
- [20] Karst J. (page consultée le 10 Décembre 2014). Réactions aux changements corporels, [en ligne]. http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2007-12-31.pdf
- [21] Larousse. (page consultée le 9 Décembre 2014). Intimité, [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intimit%C3%A9/43921>

- [22] Verani L. Accepter l'intimité dans les soins. Soins. 2001 ; 652 : 32-34.
- [23] Birman C. Au monde, ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte ... Paris : Edition de la Martinière ; 2003.
- [24] Prieur-Richard E. (page consultée 10 Novembre 2014). Une odyssée inconsciente, l'accouchement. Les images du corps dans la vie psychique féminine, [en ligne]. <http://www.prieur-richard.net/odyssee/index.php?page/4>
- [25] Vidal A. La pudeur aux urgences obstétricales. Evaluation des pratiques professionnelles à Port-Royal [Mémoire Diplôme d'état, Sage-femme]. Paris ; 2014.
- [26] Talvat E. La pudeur en milieu hospitalier [Mémoire Diplôme d'Etat, Infirmier]. Tours ; 2005.
- [27] Vasse D. Un monde sans pudeur ? Études. 2002 Fev 01 ; 396(2) : 197-205.
- [28] Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ psy. 2002 ; 3(27) : 81-92.
- [29] Tabouy T. La place de la pudeur pendant la maternité : étude rétrospective réalisée auprès de 303 femmes accouchées au CHU de Nantes [Mémoire Diplôme d'Etat, Sage-femme]. Nantes ; 2013.
- [30] Tourné CE. Un corps pour trois. La sexualité au cours de la grossesse. Spirale. 2003 ; 2(26) : 89-107.
- [31] Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. New Zeal Med J. 1986 Jan 22 ; 99(794) : 8-10.
- [32] Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste ... [Mémoire Diplôme d'état, Sage-femme]. Rouen ; 2012.
- [33] Legifrance (page consultée le 26 Février 2015). Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- [34] Metronews (page consultée le 3 Mars 2015). Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ?, [en ligne]. <http://www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU/>

- [35] Gasnier J. La relation étudiant-patient : accueil et perception de l'étudiant sage-femme par les patientes au CHU de Caen [Mémoire Diplôme d'état, Sage-femme]. Caen ; 2015.
- [36] Magicmaman (page consultée le 27 Février 2015). Refus du toucher vaginal systématique, [en ligne]. http://forum.magicmaman.com/showthread.php?648600-refus_du_toucher_vaginal_systematique
- [37] Weiss L, Meadow R. Women's attitudes toward gynecologic practices. *Obstet Gynecol.* 1979 Jul ; 54 (1) : 110-114.
- [38] Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? [abstract]. *Eur J Obstet Gynecol R B.* 2011 Aug ; 157(2) : 200-205.
- [39] Appere M. Médicalisation de la naissance : quelle intimité pour les femmes ? [Mémoire Diplôme d'Etat, Sage-femme]. Nantes ; 2014.
- [40] Delot G. Vécu du suivi prénatal par les femmes enceintes : une enquête réalisée à la maternité Jeanne de Flandre CHRU de Lille [Thèse de Doctorat, Médecine]. Lille ; 2008.
- [41] Couture A. Les petites histoires de l'histoire de l'obstétrique. In : Couture A, Baud C, Prodhomme O, et al. Les malformations congénitales. Diagnostic Anténatal et Devenir tome 6. Montpellier : Sauramps Médical ; 2011. p. 387-413.
- [42] Maygrier JP. Histoire générale du toucher. Toucher la femme debout. In : Nouvelles Démonstrations d'accouchements. Paris : 1822.
- [43] Le Blog de Borée (page consultée le 01 Mars 2015). L'examen « à l'anglaise » et autres mises au point gynécologiques, [en ligne]. <http://boree.eu/?p=1349>
- [44] Winckler M. Le Chœur des femmes. 2^{ème} éd. Paris : Gallimard ; 2011.

Annexes

Annexe I : Questionnaire destiné aux patientes

Le vécu du toucher vaginal par les patientes.

Je suis actuellement étudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Caen et dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire de fin d'études ayant pour thème « **le vécu du toucher vaginal par les patientes en consultations de suivi de grossesse** ».

Pour ce faire, je réalise une enquête s'adressant aux femmes attendant leur premier enfant. Je vous sollicite donc pour répondre à ce questionnaire qui ne prend que quelques minutes. Il est entièrement anonyme et sera utilisé à des fins statistiques.

Merci d'avance pour le temps que vous lui accorderez.

Pauline Morvan
Etudiante Sage-femme

Généralités

1. Quel âge avez-vous ?

.....

2. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agricultrice, exploitante | <input type="checkbox"/> Employée |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçante, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Ouvrière |
| <input type="checkbox"/> Cadre, profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle (chômeuse, étudiante, sans activité, ...) |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire (BAC +2/3) | |

3. Situation familiale :

- Célibataire
- En couple
- Mariée
- Pacsée
- Séparée
- Autre :

4. Quelle est votre origine géographique ?

- France
- Autres pays d'Europe
- Afrique du Nord
- Afrique Noire
- Asie
- Autre :

Votre premier toucher vaginal :

5. Quel âge aviez-vous lors de ce premier toucher vaginal ?

.....

6. A quelle occasion avez-vous eu votre premier toucher vaginal ?

- Consultation gynécologique antérieure à la grossesse
- Consultation de suivi lors de cette grossesse
- Je ne m'en souviens pas

7. Par qui ce toucher vaginal a-t-il été effectué ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Autre, précisez :

18. Avez-vous compris ces explications ?

- Oui
- Non

19. Auriez-vous aimé d'avantages d'explications ?

- Oui
- Non

20. Le professionnel vous a –t-il donné le résultat de cet examen ?

- Oui
- Non

Si oui, l'avez-vous compris ?

- Oui
- Non

21. Selon vous, que recherche le professionnel pendant le toucher vaginal ?

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

22. Pendant les consultations de suivi de grossesse, vous a-t-on prévenu avant le toucher vaginal ?

- Oui, toujours
- Quelque fois
- Non, jamais

23. Avez-vous déjà refusé d'être examinée ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

.....
.....

24. Au cours de la consultation, appréhendez-vous le toucher vaginal ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ? *Plusieurs réponses possibles*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peur qu'on fasse mal à votre bébé | <input type="checkbox"/> A cause de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Peur du résultat de l'examen | <input type="checkbox"/> A cause du professionnel |
| <input type="checkbox"/> A cause de la gêne (physique ou morale) | <input type="checkbox"/> A cause de la position gynécologique |
| <input type="checkbox"/> A cause de la nudité | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

.....

25. Pensez-vous que le sexe de l'examineur change le vécu du toucher vaginal ?

- Oui
- Non

26. Au cours des consultations de suivi de grossesse, qui vous a examiné ?

- Un homme exclusivement
- Une femme exclusivement
- Homme ou femme selon la consultation

27. Etait-ce la même personne à chaque fois ?

- Oui
- Non

Annexe II : Réponses des patientes à la question : Selon vous, que recherche le professionnel pendant le toucher vaginal ? *Les réponses ont été retranscrites telles quelles.*

- Si le col est fermé, sa position postérieure
- S'il y a des problèmes particuliers
- Si tout va bien
- Voir si le col est ouvert ou pas
- Modification du col ou prélèvement
- Problème du col, voir si la tête est bien en bas
- Aucune idée
- Mesurer la taille du col
- Voir si le col est bien fermé
- Infection, problème des muqueuses
- Il cherche à savoir si le col est en bon état pour l'accouchement, et à savoir si la tête du bébé est bien placée
- Anomalie du col de l'utérus
- La position du bébé + état du col
- La bonne tenue du col
- Vérification du col
- Examen bio et vérification du col
- A détecter si pas de grosseur, de choses anormales sur col, prélèvement
- Aspect du col de l'utérus, si tête bébé appuie sur le col
- Voir si tout va bien
- Des anomalies
- savoir s'il y a risque de MAP
- Une bactérie
- Pour voir si le bouchon de mucus au niveau du col de l'utérus est bien fermé
- Faire un état des lieux du col, dilatation, résistance etc
- Position et aspect du col
- Toucher le col
- A vérifier si le col est bien fermé
- Vérifier que tout va bien pour la grossesse, que le col est bien fermé
- Pour faire examiner le col ?! mais peut-être dis-je une bêtise !
- Infections
- Col fermé ou pas, long ?
- Je ne sais pas exactement
- L'ouverture du col, la position du bébé, des anomalies éventuelles
- Position du col, vérification périné
- Position du col, du bébé, détection de problème dans le vagin pouvant avoir des conséquences sur la grossesse ou santé du fœtus
- Anomalies, infos sur le col (ouvert ou non)
- Pendant la grossesse c'est pour vérifier que le col de l'utérus est bien fermé
- Si tout va bien, en cas de grossesse si le col n'est pas trop vite trop souple voire trop dilaté
- Si le col est ouvert, raccourci, s'il est modifié, s'il est long, s'il est tonique
- Des anomalies, changement du col, position du bébé
- Infections éventuelles, examen du col
- Il regarde si le col utérin est bien fermé et s'il y a des infections

- S'il y a des infections
- Que le col soit bien fermé
- Ouverture du col
- Anomalies
- La position, la consistance, l'ouverture du col
- Le col de l'utérus
- Ouverture du col
- Vérification du col
- L'état du col
- Si le col est bien fermé et profond, ce qui permet de savoir s'il n'y pas de risque de col ouvert
- Col
- Si le col est bien, position bébé, et les pertes
- L'état du col, la sensibilité, infection
- Etat du col
- Des maladies
- Vérifier que tout est ok, detecter un éventuel pb
- Anomalie
- Pendant la grossesse le toucher vaginal sert pour le col (petit, long, mou, fermé, dilaté)
- Il peut rechercher différentes choses : infections (prélèvement vaginal, mesure/appréciation du col lors d'une grossesse)
- Après explications, aspect du col, longueur du col, et ouverture du col !
- La position du col de l'utérus et sa dilatation
- Savoir si le col de l'utérus est bien
- Longueur, fermé/ouvert, postérieur/antérieur, tonique/ mou et position bébé
- Voir si tout va bien et si il n'y a pas de kyste ou autres. Pendant la grossesse voir la tonicité du col
- Savoir si le col est bien fermé ou ouvert et nous rassurer
- Comment est le col
- Vérification du col
- Des douleurs, inflammations, ouverture du col utérin, la position du fœtus
- Cherche si le col est ouvert ou s'il y a des douleurs
- Si le col est bien fermé et les parois vaginales « musclées »
- S'il y a pas de problème et que le col n'est pas ouvert
- Voir si le col est modifié ou non
- Voir position du bébé
- Taille utérus/ vérification des ovaires, suivi ouverture ou non du col
- Col (réduit, ouvert) ?
- La place de l'utérus et du col, présence de pertes
- Si tout va bien
- Col qui se rétrécit (MAP)
- Voir comment est le col
- Les anomalies morphologiques du vagin et du col, l'évolution physiologique du col, les sécrétions, saignements, mycoses
- Regarder le col
- Si le col de l'utérus est ouvert ou pas, comment les ligaments sont tendus, si on a un problème à ce niveau
- Ouverture du col
- L'état du col

Annexe III : Examen sous les draps au XVIIème siècle [41]



Annexe IV : Examen sous robe au XIXème siècle [42]



Résumé : Le but de ce mémoire était d'évaluer le vécu du toucher vaginal par les patientes en consultations prénatales. L'étude ciblait 97 femmes primipares enceintes d'au moins trente-deux semaines d'aménorrhées. D'après les résultats, le toucher vaginal n'est ni totalement bien ou mal vécu pendant la grossesse, même si le ressenti est globalement positif. L'examen occasionne tout de même de l'appréhension (46,4%) et de la gêne. Néanmoins, l'examen rassure plus de la moitié des patientes (57,9%). La communication d'informations et la demande de consentement par les professionnels conditionnent inévitablement le vécu des femmes enceintes lors de l'examen. Il est donc important de prendre en considération les attentes et expériences des patientes et d'en adapter nos pratiques.

Mots clés : Toucher vaginal, vécu, gêne, consultations, information, consentement.

Titre : Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales.

Abstract : The purpose of this report was to evaluate patients personal experiences regarding pelvic examination during prenatal consultations. The study included 97 primiparous women at least 32 weeks pregnant. According to the results, pelvic examination is neither a good nor a bad experience during pregnancy, even if the feeling is mainly positive. All the same, the examination causes apprehension (46,4%) and discomfort. Nevertheless, the examination reassures more than half the patients (57,9%). Communicating information and obtaining the patient's consent inevitably condition the feeling pregnant women experience during the examination. It is therefore important to take into account the expectations and experiences of patients and to adapt our practices.

Keywords : Pelvic examination, experience, discomfort, information, consent.

Title : The experience of pelvic examination on women during prenatal consultations.

Auteur : MORVAN Pauline

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Ecole de Sage-femme de Caen

Promotion 2011-2015