



HAL
open science

Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme

Marion Lefebvre

► **To cite this version:**

Marion Lefebvre. Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01415758

HAL Id: dumas-01415758

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415758v1>

Submitted on 13 Dec 2016

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



u^spc
Université Sorbonne
Paris Cité

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 24 mai 2016

par

Marion LEFEBVRE

Née le 3 avril 1991

**Les enjeux éthiques autour de l'examen du
toucher vaginal et leur impact sur la femme**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Monsieur VIDIL Julien

Doctorant, Université Paris Descartes

JURY :

Mme SAUVEGRAIN Priscille

Mme VEROT Christèle

Mme VIAUX Sylvie

Sage-femme sociologue

Sage-femme enseignante, école de Baudelocque

Psychiatre, La Pitié Salpêtrière

Mémoire N°2016PA05MA21

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Julien Vidil, pour avoir accepté de le diriger ainsi que pour son aide et son soutien tout au long de ce travail. Merci pour le temps que vous m'avez consacré et votre grande disponibilité. J'ai pu, grâce à vous et à nos nombreuses discussions, découvrir cette discipline très intéressante qu'est l'éthique et qui est présente à chaque instant dans la pratique médicale.

Madame Christèle Vérot, merci. Merci pour votre aide dans l'élaboration de ce sujet, pour vos précieux conseils et votre écoute lors des moments de doute. Sans vous je n'y serais pas arrivée.

J'ai une pensée toute particulière pour mes parents et ma sœur. Je vous dois ma réussite dans ces études. Vous m'êtes très chers.

Laura, Pauline, Anaïs, Gwenaëlle... Nos nombreux fous rires vont me manquer, ainsi que nos débats passionnés au self de Cochin. J'espère que la fin de nos études ne marquera pas la fin d'une belle amitié.

Je n'oublie pas mes amis non maïeuticiens qui m'ont soutenus durant ces derniers mois éprouvants, tant physiquement que moralement. Ils se reconnaîtront.

Enfin, Mathilde, ma très chère danseuse, je suis tellement heureuse de t'avoir comme amie, tu es un pilier pour moi. Sans toi, je ne serais pas là où je suis aujourd'hui.

Résumé

Au début de l'année 2015, un événement a fait grand bruit dans l'actualité : la pratique du toucher vaginal sur des patientes anesthésiées dans le cadre de la formation d'étudiants en médecine, et cela sans leur consentement. C'est à partir de ce fait divers que notre réflexion nous a amené à nous demander comment cet acte était réellement perçu par les femmes. Dans l'étude que nous avons menée, nous avons recherché à étudier les représentations, les perceptions que les femmes se font de cet examen. Nous avons ensuite utilisé le modèle de la maltraitance ordinaire pour rendre compte de certaines situations. Notre problématique est la suivante : la répétition du TV pendant la grossesse et l'accouchement ne va-t-elle pas créer une répercussion, qu'elle soit positive ou négative, sur la perception qu'a la femme de la pratique du toucher vaginal ?

Pour essayer de répondre à cette problématique, 15 entretiens ont été réalisés en Suites de Couches à la maternité Port Royal. Chaque entretien durait environ 10 minutes et était divisé en trois parties : 1) expérience personnelle ; 2) droits des patientes et intérêt médical de l'examen ; 3) propositions pour améliorer les pratiques.

Il ressort de cette étude une perception plutôt positive de cet examen et de sa pratique, même si certaines améliorations sont à apporter. Les femmes sont rassurées d'être examiné et sont pour une sur médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons supposé qu'elles acceptent l'examen pour assurer le bien-être de leur futur enfant, ce qui peut conduire à une diminution temporaire de leur autonomie, voire à une forme de vulnérabilité. Il est important de noter que la recherche du consentement n'est pas tout le temps faite mais que cela ne pose pas vraiment de problème pour la femme. De plus, nous avons constaté une différence d'appréciation de la notion de consentement qui semble propice à l'émergence d'une forme de maltraitance ordinaire et institutionnelle.

Mots-clés : toucher vaginal, consentement, perception, femme, représentation, maltraitance ordinaire, autonomie, vulnérabilité

Abstract

In early 2015, an event was widely publicized in the news: the practice of vaginal examination on anesthetized patients under the medical students training, without their consent. It is from this incident that our thinking has led us to ask ourselves how this act was actually received by women. In the study we conducted, we sought to study the representations, perceptions that women have of this review. We then used the model of the ordinary abuse to account for certain situations. Our problem is this: does the repetition of the TV during pregnancy and childbirth create an impact, whether positive or negative, on the perception of women practicing vaginal examination?

To try to answer this issue, 15 interviews were conducted in the motherhood Couches Suites of Port Royal. Each interview lasted about 10 minutes and was divided into three parts: 1) personal experience; 2) rights of patients and medical interests of the review; 3) proposals to improve practices.

It appears from this study a positive perception of this review and practice, although some improvements are needed. Women are reassured by examination and agree with medicalization of pregnancy and childbirth. We assumed that they accept considering the well-being of their unborn child, which can lead to a temporary reduction of their autonomy, or even a form of vulnerability. It is important to note that seeking consent is not done all the time but this does not really pose a problem for women. In addition, we found a difference of appreciation of the concept of consent seems conducive to the emergence of a form of regular and institutional abuse.

Keywords : vaginal examination, consent, perception, woman, representation, regular abuse, autonomy, vulnerability

Table des matières

Remerciements.....	3
Résumé.....	4
Abstract	5
Liste des tableaux	8
Liste des figures	9
Liste des annexes.....	10
Lexique.....	10
Introduction	12
Première partie Matériel et méthodes	16
1.1 Hypothèses et objectifs.....	16
1.1.1 Hypothèses.....	16
1.1.2 Objectifs.....	15
1.2 Type d'étude.....	15
1.3 Déroulement de l'étude.....	16
1.4 Participantes.....	17
1.5 Considérations éthiques et réglementaires.....	17
Deuxième partie Présentation des résultats	19
2.1 Caractéristiques de la population d'étude.....	19
2.2 Analyse des entretiens.....	18
2.2.1 Vécu du TV en consultations prénatales et lors de l'accouchement.....	19
2.2.2 Fréquence de l'examen.....	20
2.2.3 Ressenti des femmes.....	20
2.2.4 Présence d'un tiers lors de l'examen.....	21
2.2.5 L'examen par un étudiant.....	24
2.2.6 La recherche du consentement.....	24
2.2.7 Le refus de l'examen.....	26
2.2.8 Le TV, un geste banalisé ?.....	26
2.2.9 La pratique du TV et les améliorations à y apporter.....	28
Troisième partie Discussion.....	28
3.1 Forces et limites de l'étude.....	29
3.2 Le TV : un examen qui rassure ?.....	29
3.3 La femme enceinte : une personne vulnérable.....	31

3.4 De la recherche du consentement à la notion d'autonomie.....	32
3.5 Emergence d'une situation de maltraitance ordinaire.....	34
3.6 Ethique des pratiques et éthique des principes.....	35
Conclusion	39
Bibliographie.....	40
Annexe	45

Liste des tableaux

Tableau 1 : Catégories socioprofessionnelles.....19

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des femmes en fonction de leur parité.....	19
Figure 2 : Ressenti des femmes par rapport au TV.....	22
Figure 3 : La pratique du TV est-elle banalisée ?.....	28

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien.....46

LEXIQUE

TV : toucher vaginal

MAP : menace d'accouchement prématuré

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

IDE : infirmière diplômée d'Etat

Introduction

Au début de l'année 2015, un événement a fait grand bruit dans l'actualité : la pratique du toucher vaginal sur des patientes anesthésiées dans le cadre de la formation d'étudiants en médecine, cela sans leur consentement. Ce fait divers a été relayé par plusieurs médias, le journal Le Monde titrant : « *Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis* » (1) ou encore sur internet par Metronews : « *Touchers vaginaux sur patientes endormies, un tabou à l'hôpital ?* ». (2) Ces faits se seraient déroulés dans une université française, mais plusieurs témoignages d'étudiants en médecine sur des blogs et autres sites internet laissent penser qu'il y a une généralisation, voire une banalisation, de ces pratiques.

Or, le consentement est un droit du patient, comme l'énonce la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, ou loi Kouchner. En effet, « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » (3) ; « *Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». (4) Obtenir le consentement de la personne soignée est donc un préalable au soin, autant juridique que déontologique. (5) Préalablement à son obtention, qui ne se résume pas à une 'simple' formalité juridique, le professionnel de santé doit informer le patient sur la pertinence de la réalisation de l'acte de soin. Le respect de l'autonomie de la patiente nécessite une information et une communication pertinente, adaptée à la circonstance lui permettant d'évaluer, en fonction de ses capacités, les bénéfices et les risques de l'examen suggéré. Le consentement doit alors venir marquer l'adhésion du patient à la prise en charge.

Cette exigence se retrouve au niveau du Serment d'Hippocrate, dont l'actualité est ici évidente :

« J'interviendrais pour protéger les patientes et leur nouveau-nés si ils sont affaiblis, vulnérable ou menacés dans leur intégrité ou leur dignité. J'exercerai ma mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. »

L'enseignement d'un acte médical à un étudiant ne doit pas exclure la recherche du consentement auprès du patient : « *L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.* » (4) Alors pourquoi de telles méthodes se déroulent-elles aujourd'hui ?

Premièrement, il y a l'ancrage de cette pratique dans l'apprentissage : « cela s'est toujours passé de cette façon », si l'on peut dire ainsi. C'est de cette manière que les étudiants en médecine apprennent. (6) En 2005, cette pratique du TV sur des patientes anesthésiées a été interdite dans un Etat des Etats-Unis. (7) Il faut alors se poser la question suivante : Pourquoi le TV est-il enseigné sur des patientes anesthésiées ?

Deuxièmement, il y a la réalité de la clinique. Est-ce pour prévenir la gêne de la femme, de l'étudiant et du professionnel de santé ? Pour éviter l'éventuelle douleur que cet examen peut provoquer ? Ou est-ce parce que les professionnels de santé savent pertinemment que s'ils demandent leur consentement aux femmes, celles-ci seront majoritaires à refuser ?

Au-delà, il faudra s'interroger sur l'effet à long terme de cet examen, puisque, malgré sa pratique sur des femmes anesthésiées, celui-ci a été perçu, après le réveil, comme problématique. Il y donc, au-delà de l'acte ressenti dans l'instant et du regard des autres, une perception rétrospective par la patiente de celui-ci.

Il y a donc bel et bien une tension éthique qui se crée, opposant deux perspectives : les attentes des femmes, d'une part, notamment au regard du respect de leur dignité et de leur corps ; les nécessités, d'autre part, des professionnels de santé, devant assurer des missions d'enseignement, mais aussi dans l'obligation de pratiquer certains actes en urgence. (8, 9, 10)

Ces considérations amènent aussi à réfléchir en termes de modèle éthique. En effet, préférons-nous un modèle plus soucieux de la patiente, mais aussi plus coûteux, plus chronophage ; au contraire, faut-il opter pour un système plus performant dans sa globalité, plus rentable (notamment, au niveau de l'enseignement) quitte à importuner (un peu) les patients ? Il s'agit d'une considération sur notre bien commun et sur ce que nous plaçons dans les institutions. (11)

De plus, nous devons évaluer si le lieu de résolution de cette tension se situe dans les principes éthiques (sont-ils applicables ?), comme l'autonomie, ou s'il s'agit plutôt du niveau des pratiques qu'il convient d'améliorer.

Ce fait d'actualité, qui pose un réel problème éthique et déontologique, n'est pas ce que l'on va étudier ici. Cependant il nous a amené à réfléchir sur la pratique du toucher vaginal au quotidien et sur l'impact que ce geste, banal pour les sages-femmes, peut avoir sur les patientes.

Nous nous sommes demandé comment cet acte était réellement perçu par les femmes. Comment le vivent-elles ? Comment le perçoivent-elles ? Est-ce que nous, praticiens, réalisons cet examen dans le respect de la femme, en prenant en compte sa pudeur et sa vulnérabilité ? Nous ne parlons pas ici d'une simple prise de sang (déjà perçue comme douloureuse par beaucoup de patients) mais d'un examen délicat, de par le caractère intrusif qu'il peut revêtir. En effet, l'introduction de deux doigts dans le vagin pour examiner le col et ses annexes peut être mal vécue par la patiente, même si pour nous cela est tout à fait normal puisque nous le faisons couramment. La sage-femme, en faisant un toucher vaginal, va établir une relation particulière avec la femme, la rencontrant au plus intime d'elle-même. Pénétrer dans l'intimité de la femme n'est pas un acte anodin. Au contraire, et ce même après l'accord de la patiente, il nécessite le plus grand respect, le comportement le plus adapté. Dès lors qu'il s'agit d'enseignement, cet accord obtenu auprès de la femme devrait être considéré comme un don de soi (certes temporaire) et non pas seulement comme un acte médical banalisé.

En France, la pratique du TV est réalisée à chaque consultation prénatale et est horaire lors du suivi du travail, même si les tendances nous amènent vers une réduction de la réalisation du nombre de TV. Celui-ci est majoritairement pratiqué durant la grossesse dans le but de dépister une MAP et pendant l'accouchement afin d'évaluer l'avancement du travail et de repérer d'éventuelles complications. En fin de grossesse, il permet d'évaluer cliniquement la taille du bassin et d'envisager le déroulement de l'accouchement, voire d'établir un pronostic dans certains cas. En France le TV est pratiqué mensuellement, comme dans d'autres pays européens tels que la Belgique, l'Allemagne ou encore l'Italie. (12) Or, d'autres pays européens, comme le Royaume-Uni, l'Irlande ou les Pays-Bas ne le réalisent que sur signes d'appels cliniques (différences culturelles ou différences de techniques médicales ?). (13) En effet, plusieurs études ainsi que le CNGOF pointent la valeur diagnostique médiocre du TV dans la prédiction de la MAP. (14, 15, 16) Les recommandations des différents organismes de santé ne préconisent pas l'examen systématique en consultations prénatales, voire ne le cite pas dans l'examen clinique de la parturiente (17) et recommandent de n'examiner les patientes en travail que toutes les 4 heures minimum, sauf bien évidemment en cas de survenue de complications avec nécessité d'une surveillance rapprochée. (18) J'ai pu observer durant mes nombreux stages que les sages-femmes examinaient de moins en moins,

ce qui démontre une remise en question des professionnels de santé quant à leurs pratiques et à l'impact de celles-ci.

Les alternatives au TV ne sont pas nombreuses. Ce sont l'échographie endovaginale, la détection de la fibronectine fœtale et la radiopelvimétrie. L'échographie endovaginale permet d'obtenir une mesure objective de la longueur du col de l'utérus et ainsi déterminer si la femme présente un col raccourci et donc une MAP. La détection de la fibronectine fœtale, glycoprotéine sécrétée par le trophoblaste normalement absente entre 24 et 35 SA, permet de prédire un accouchement prématuré chez une femme présentant une MAP (19). Enfin, la radiopelvimétrie permet d'obtenir les mensurations du bassin et de décider de la voie d'accouchement en cas de présentation du siège ou de bassin cliniquement rétréci. Cependant, l'utilisation de ces techniques d'alternative au TV, notamment l'échographie endovaginale, sont-elles justifiées au regard du coût qu'elles peuvent engendrer à la société et à la relative complexité de leur réalisation ? (tension éthique 1) Alors que le TV, s'il est bien expliqué, est beaucoup plus facile à mettre en œuvre ? Faut-il employer ces techniques d'imagerie pour les femmes qui ont vraiment une opposition au TV (opinion personnelle, religion,...), sans pour autant stigmatiser cette catégorie ? (tension éthique 2) Communiquer sur la finalité du geste et établir une relation de confiance avec la femme est alors primordial pour pouvoir mener cet examen dans les meilleures conditions possibles.

Cette réflexion sur la pratique du TV est donc une réflexion éthique, puisque dans bien des cas, elle est médicalement justifiée. Cependant, ce n'est pas tant le TV qui est en cause que le nombre de TV qui sont pratiqués (n'en fait-on pas trop ?), la qualité des personnes qui y participent (ne faut-il pas limiter le nombre d'étudiants qui s'entraînent au TV sur une patiente ?), ainsi que la personne sur laquelle ils sont pratiqués (femme allant accoucher et qui s'inquiète du devenir de son enfant, ce qui peut la rendre vulnérable). Un mémoire de fin d'études en Maïeutique intitulé *Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales* étudie déjà cette dimension de vécu par la femme mais il n'inclue pas l'impact que cet examen peut avoir pendant l'accouchement. De plus, l'étude a été menée par questionnaires, ce qui ne permet pas de saisir pleinement le ressenti des femmes par rapport à cet examen ; mais il donne une première approche du vécu des patientes. De cette étude ressort un vécu du TV qui n'est ni totalement bon, ni totalement mauvais, mais la tendance allant vers un vécu plutôt neutre voire 'bon'. Dans l'étude que nous avons menée, nous avons recherché à étudier les représentations, les perceptions que les femmes se font de cet examen. Nous avons pour cela utilisé le modèle de la maltraitance ordinaire, dont nous parlerons plus en détails dans la partie *Discussion* de ce mémoire.

De cette réflexion d'amont s'ensuit notre problématique : la répétition du TV pendant la grossesse et l'accouchement ne va-t-elle pas créer une répercussion, qu'elle soit positive ou négative, sur la perception qu'a la femme de la pratique du toucher vaginal ?

Première partie

Matériel et méthodes

1.1 Hypothèses et objectifs

1.1.1 Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- Les femmes et futures mères souhaiteraient un retour à une prise en charge moins médicalisée de la grossesse et donc être examinées moins souvent
- La pratique actuelle du TV est satisfaisante sur le plan technique et médical
- Les femmes souhaitent qu'on leur demande leur consentement et que la recherche de celui-ci soit claire et identifiable

1.1.2 Objectifs

Notre objectif principal était d'évaluer comment était perçue la pratique du TV pendant la grossesse et l'accouchement. Les objectifs secondaires étaient de déterminer si le consentement était recherché systématiquement, d'évaluer la satisfaction de la pratique par les femmes et enfin de déterminer les éventuelles modifications à apporter afin d'améliorer la pratique du TV et de son enseignement.

1.2 Type d'étude

Afin de répondre à notre problématique et d'atteindre nos objectifs, nous avons choisi de mener une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien permet de laisser la femme s'exprimer pleinement et ainsi être plus à même de saisir son ressenti et ses émotions.

1.3 Déroulement de l'étude

L'étude a été réalisée de mi-octobre à début novembre 2015, soit sur une période de 3 semaines. Elle se déroulait dans le service des Suites de Couches de la maternité Port Royal. Après explication du sujet de l'étude et l'obtention de l'accord de la patiente, nous procédions aux entretiens semi-directifs dans la chambre de la femme déjà mère. Au total, 15 entretiens ont été réalisés. Leur durée moyenne était de 10 minutes. Les entretiens ont tous été enregistrés après accord de la patiente et ont ainsi tous été retranscrits, ceci afin de les analyser plus facilement.

La grille d'entretien se divisait en 3 parties. Dans la première partie, nous souhaitions parler de l'expérience personnelle du TV avec les femmes. Comment l'avaient-elles vécu pendant la grossesse et pendant l'accouchement. Cela permettait une première approche de cet examen avec elles. La seconde partie évoquait leurs droits et l'intérêt médical de l'examen. Il s'agissait de savoir si les femmes connaissaient leurs droits quant à leur statut de patiente et si elles avaient une idée générale de l'utilité de l'examen. Enfin, dans la troisième partie, nous cherchions à savoir si la pratique actuelle du TV était satisfaisante, ou au contraire, s'il y avait des modifications à apporter et lesquelles.

Avant de commencer les entretiens, nous récoltions des informations générales sur les patientes : âge, profession, gestité, parité, avec leur accord.

Je suis étonnée que les femmes se soient livrées aussi facilement. Nous abordons ici un sujet sensible : le toucher vaginal. C'est un examen qui peut être vécu comme étant intrusif. On est au plus proche de l'intime, du personnel. Je m'étais donc préparée à plus de refus quant à la participation. Mais au contraire, elles étaient heureuses de pouvoir échanger sur ce sujet. Le fait que je me sois présentée comme étant étudiante sage-femme – elles ont au moins rencontré une fois une sage-femme durant leur grossesse et/ou l'accouchement – et que je sois moi-même une femme a sûrement contribué à ce qu'elles se confient spontanément. La durée moyenne des entretiens était de 10 minutes, il est difficile de faire plus sur un tel sujet. Néanmoins, nous avons remarqué que certaines femmes en discutaient encore avec moi après l'« arrêt officiel » de l'entretien. Elles ont répondu sans difficulté aux questions posées, mais quelques fois il a fallu leur donner des exemples, ou plus d'explications, ceci afin de faciliter la compréhension des questions. Notamment pour la question sur l'amélioration de la pratique. J'ai souvent dû donner des exemples d'amélioration, car elles n'avaient pas d'idée qui leur venaient immédiatement en tête.

1.4 Participantes

Afin de minimiser les biais, nous avons établi des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- Femmes majeures
- Primipares ou multipares
- Grossesse singleton de déroulement normal
- Accouchement normal

Critères d'exclusion :

- Femmes mineures
- Grossesses multiples
- Pathologie gravidique
- Accouchement dystocique ou par césarienne
- Femmes ne parlant pas ou peu le français

1.5 Considérations éthiques et réglementaires

Avant chaque entretien, nous expliquions l'objectif de notre étude et comment allait se dérouler l'entretien. Nous avons donc recherché leur consentement éclairé, après information. L'anonymat des patientes a été respecté car on ne leur demandait que leur prénom. De plus, elles ont toutes été renommées par la suite Mme A., B., C. etc., sans lien avec les initiales de leur nom.

Deuxième partie

Présentation des résultats

2.1 Caractéristiques de la population d'étude

Au total, 15 femmes ont été interrogées : 8 étaient des primipares, 6 des deuxièmes pares, et 1 était troisième pare. La figure 1 met en évidence le peu d'expérience de l'accouchement des patientes interrogées. La figure 2, quant à elle, montre qu'il s'agit de patientes ne présentant pas ou peu de difficultés sociales.

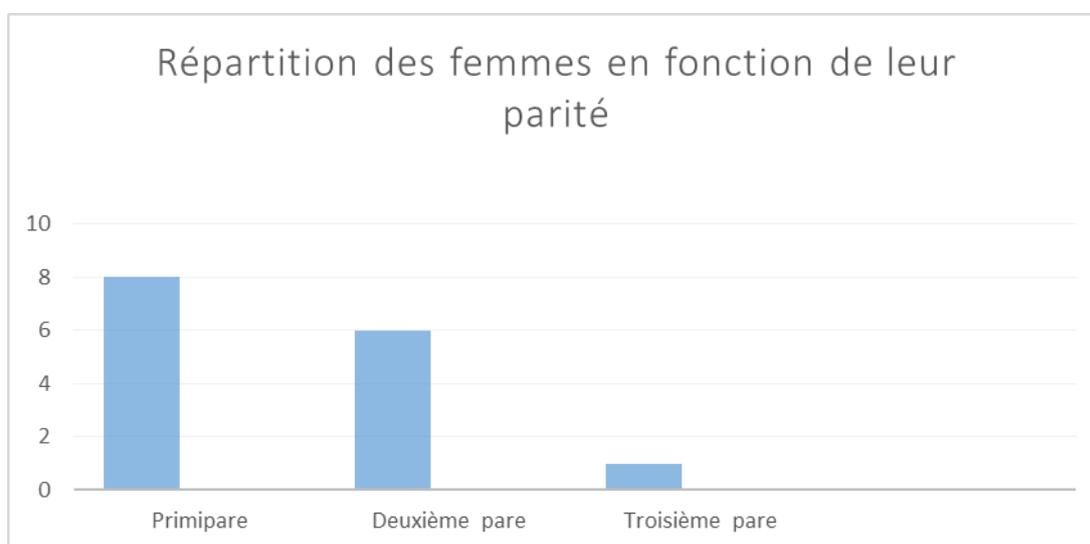


Figure 1 : Répartition des femmes en fonction de leur parité

L'âge moyen était de 34,3 ans. Voici un tableau résumant leur catégorie socio-professionnelle :

Agricultrice, exploitante	0
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	1
Cadre, profession intellectuelle supérieure	6
Profession intermédiaire	4
Employée	4
Ouvrière	0
Sans activité professionnelle	0

2.2 Analyse des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 10 minutes et la grille d'entretien était divisée en trois parties, comme explicité plus haut.

2.2.1 Vécu du TV en consultation prénatale et pendant l'accouchement

Deux femmes sur quinze ont mal vécu le toucher vaginal durant leur grossesse et/ou l'accouchement. Madame E. évoque le fait que « *ce n'est pas du tout agréable pendant la grossesse* » mais que « *c'est un passage obligé* ». Elle mentionne le fait que l'équipe médicale prenne des précautions, que la personne qui l'examine la prévienne en lui disant « *attention, j'y vais* ». Pour Madame K. aussi l'examen n'est pas agréable. Elle me dit qu' « *avec une femme ce n'est pas agréable, alors avec un homme encore moins* » puis rajoute « *je suis quelqu'un de très pudique, mais même en étant quelqu'un de moins pudique... enfin je ne sais pas.* »

La notion de « passage obligé » pose une réelle interrogation : la femme se sent-elle obligée, forcée d'accepter un toucher vaginal ? Ou se sent-elle obligée, de par sa vulnérabilité, de tout accepter vis-à-vis de son futur enfant, pour assurer le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de son enfant ? La remarque de Mme K. est intéressante. Pourquoi est-ce qu'une femme serait moins à l'aise avec un homme ? Est-ce parce qu'il s'agit de quelqu'un de l'autre sexe ? Ou alors, est-ce seulement « dans la tête », car on se dit qu'un homme va obligatoirement moins faire attention qu'une femme, ne ressentant pas le fonctionnement du corps de celle-ci ? Dans son mémoire de fin d'études en Maïeutique intitulé « *Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultation prénatale* », Pauline Morvan démontre que le sexe de l'examineur n'a pas d'impact sur le vécu du TV par la femme. Pourtant 52,6% des femmes pense que le cela influe sur le vécu de cet examen. (20)

Mme H. évoque le côté systématique de l'examen : « *Je trouve ça bien de faire le point sur la fin [...] mais en systématique, ça pourrait être mis de côté.* » Elle mentionne le fait qu'on l'examinait beaucoup pendant le travail : « *Je trouve qu'on m'examinait beaucoup, mais je pense qu'on a pas tellement le choix. Mon accouchement a duré toute la nuit. Quand j'ai eu la péridurale j'ai pu dormir un peu mais toutes les ½ heures ont venait m'examiner donc on n'est pas dans sa bulle, on est beaucoup dérangé, on ne peut pas se reposer.* »

L'examen systématique est-il vraiment nécessaire ? Comme déjà évoqué dans l'introduction, l'OMS recommande d'examiner les femmes en travail seulement toutes les quatre heures. Et ne pas examiner à chaque consultation de grossesse n'augmente pas le risque d'accouchement prématuré. (21, 22) Alors pourquoi imposer à la femme la répétition de cet examen, souvent inutile comme nous avons pu le démontrer ?

Par ailleurs, la plupart des femmes interrogées l'a plutôt bien vécu, comme Mme A. : « *Pour moi, c'est quelque chose qui ne me gêne pas du tout, je supporte très bien et je n'ai aucun problème avec ça.* » ou Mme O. : « *Moi ça s'est toujours bien passé pendant la grossesse. Je l'ai toujours vécu comme un acte médical, donc je ne me suis pas sentie bien ou mal.* »

D'autres sont plus pragmatique : Mme F. : « *Oh, bah de façon objective et scientifique, c'est un but. Ça a été bien fait, pas trop douloureux, pas trop long. Avec beaucoup d'explications sur le pourquoi de l'examen.* » Ou encore Mme G. : « *C'est un acte médical qui doit être fait pour vérifier si tout va bien, donc non.* » On dirait que ces femmes sont détachées psychologiquement de l'acte. Elles ne sont pas dans l'émotionnel. Elles acceptent le toucher vaginal comme on accepte une prise de sang, sans se laisser atteindre par le côté intimiste de l'examen. On ne mélange pas les choses, ce qui est médical reste médical.

Mme C. m'a fait part de quelque chose d'intéressant. Elle est native d'un autre pays et a eu sa première expérience de toucher vaginal en France, où elle réside depuis quelques années maintenant : « *Comme j'ai déjà eu des rapports sexuels ça ne me gêne pas trop. Et puis je suis adulte !* » Est-ce que le fait d'être adulte implique forcément que l'on doit tout accepter ?

Plusieurs femmes ont évoqué le fait qu'elles trouvaient l'examen plus désagréable en fin de grossesse, lorsque le praticien va vraiment chercher le col.

2.2.2 Fréquence de l'examen

C'est sans surprise que nous pouvons constater que toutes les femmes de l'étude ont été examinées à chaque consultation prénatale et toutes les heures lors du travail de l'accouchement.

2.2.3 Ressenti des femmes

Lorsque nous avons demandé aux femmes quel était leur ressenti par rapport à cet examen qu'est le TV, cinq sur quinze (donc 1/3) ont eu besoin de précision. Des explications leur ont donc été données quant à la signification de cette question.

Voici les résultats sous forme de « nuage de mots », ce qui permet de faire ressortir les termes les plus utilisés :



Figure 2 : Ressenti des femmes par rapport au TV

On peut voir que les termes qui ressortent le plus peuvent se ranger en deux catégories. La première catégorie va avoir trait plus au ressenti physique et émotionnel de l'examen : « *pas très agréable* », « *désagréable* ». Alors que la deuxième catégorie nous montre que la femme n'accorde pas vraiment d'importance à l'examen : « *anodin* », « *insignifiant* ». Elle est détachée émotionnellement de cet examen. Mme G. me dit que « *c'est dans la logique des choses de le faire. C'est comme quand on va chez le dentiste et qu'on ouvre la bouche.* » Une seule femme a utilisé le terme « *très désagréable* ». Il est bien sur évident que la réponse à cette question va dépendre du vécu personnel de chaque femme. Cela change-t-il lorsque l'on positionne l'étude au moment de l'accouchement ?

Pauline Morvan, dans son mémoire sur le vécu du TV en consultations prénatales, a interrogé les femmes sur ce qui était le plus gênant lors d'un examen gynécologique et 75,6%

a répondu le TV. (20) Cela démontre bien que c'est un examen particulier pour la femme et que nous nous devons de le prendre en considération.

2.2.4 Présence d'un tiers lors de l'examen

Généralement, pendant les consultations de grossesse, il y avait seulement le praticien (sage-femme ou médecin) avec la femme. Pendant le travail, les conjoints étaient toujours présents - sauf pour une femme qui a été accompagnée par sa mère car son mari gardait les enfants à domicile – avec parfois un étudiant sage-femme ou externe. La présence de l'IDE est citée plusieurs fois.

Seulement deux femmes sur quinze ont été questionnées pour savoir si la présence de l'accompagnant les dérangeait durant l'examen. Pour Mme L., cette question n'a pas été posée à chaque fois. Selon elle, *« c'est un respect par rapport à mon intimité. Même si c'est mon mari, ça reste quand même quelque chose de personnel, intime. »*

Sur les treize autres femmes qui ne se sont pas vues poser la question, aucune n'aurait aimé qu'on la lui pose. Mme A. témoigne qu' *« à nos attitudes respectives, ça se voyait que sa présence ne me gênait pas, qu'il n'y avait pas de problème à ce niveau-là. Je pense que c'est pour ça qu'on ne m'a pas demandé »*. Mme C. m'affirme *« et je ne vois pas pourquoi on me le demanderait »*. Peut-être que pour cette femme, cela est naturel que son mari soit présent durant l'examen, qu'elle ne s'imagine pas que cela puisse embarrasser. Et puis, si on ne lui a jamais posé la question, peut-être n'a-t-elle pas réfléchi à tout cela.

Nous pouvons constater ici qu'il y a peut-être des interprétations différentes entre le professionnel de santé et la patiente sur le terme de 'consentement'. Un accord tacite est-il un consentement ? Une non opposition est-elle un consentement ? A l'opposé, le consentement doit-il faire l'objet d'un contrat signé ? De plus, certaines réponses laissent entendre que la présence plus qu'imminente de l'enfant inclut dans la sphère d'intimité de la patiente le père. Dès lors, à qui demander le consentement, si la présence du père est perçue comme une évidence – autrement dit, sur cette période de l'accouchement (peut-être dans certains cas seulement), c'est à la fois à une patiente et à un couple que les professionnels de santé s'adressent.

Etrangement, c'est au mari de Mme F. qu'on a posé la question : *« c'est plutôt à mon mari qu'on a demandé ! On lui a demandé s'il voulait rester »*. Quand je lui ai demandé si elle aurait aimé qu'on lui pose la question à elle, elle m'a répondu *« Moi je dirais que non,*

mais je comprends que certaines femmes veuillent qu'on leur pose la question. Moi non, car je veux que mon mari soit là. »

Mme G., qui était accompagnée de sa mère pendant le travail me dit que ça ne l'a pas dérangée qu'on ne lui pose pas la question car *« ils l'ont mise un peu en retrait. C'est-à-dire que moi j'étais sur la table et elle, elle était derrière ma tête [...] moi si ça m'avait dérangé, je lui aurais demandé de sortir, j'aurais pas attendu qu'on me pose la question »*. Ici, l'autonomie semble perçue comme une capacité que la patiente se sent capable de faire respecter.

Selon Mme A., il y a *« une espèce de consensus sur le fait qu'un homme est à sa place »* lors des TV et de l'accouchement ; s'agit-il d'une représentation sociale ou d'une volonté réelle de la patiente ? *« De la même manière que j'ai l'impression qu'on considère que c'est normal qu'un homme assiste à l'accouchement, je pense qu'on devrait se poser la question pour l'accouchement et pour le TV qui sont des choses intimes. »* Pour elle, on devrait poser la question à la femme et à l'accompagnant : *« Je pense qu'il y a des accompagnants qui restent parce qu'ils se disent qu'ils sont là, qu'ils doivent accompagner jusqu'au bout, y compris dans des choses qui les ragoutent pas trop. »* Nous voyons que cette patiente nous livre une interprétation, ce qui dénote d'une réflexion personnelle sur le sujet. Elle offre une perspective singulière : l'examen pourrait être mal vécu aussi pour l'accompagnant qui peut le percevoir comme un devoir d'assistance dans le cadre d'un projet de parentalité.

Elle me donne un exemple très pertinent, en me disant que si elle accompagnait son mari pour un toucher rectal, celui-ci ne voudrait peut-être pas qu'elle y assiste... Cependant, il faut réfléchir à la question suivante : le toucher rectal se faisant dans un contexte précis (rectorragie, dépistage de certains cancers, etc.), est-ce le même contexte que celui de l'accouchement ? Y a-t-il, sinon, une perception très médicale par la patiente de l'accouchement ?

Il est vrai que depuis plusieurs années on essaye de renforcer la place et la présence du père pendant la grossesse et l'accouchement. On se dit que c'est important qu'il soit là pour accompagner sa femme, cela part d'un bon sentiment. On prend cela pour acquis qu'une femme veuille à tout prix que son mari soit présent dans ce « merveilleux moment » qu'est la naissance d'un enfant. Cependant, chaque femme est différente, chaque couple est différent, et leurs attentes quant à cette grossesse, cette naissance, ne sont pas tout le temps celles que l'on croit être. D'où l'importance de s'en enquérir afin que cela se passe dans les meilleures conditions possibles. Nos actions se voulant bienveillantes et non malfaisantes, car pensant faire le bien, ne vont-elles pas avoir un impact négatif pour la femme et le couple ? En effet,

en pensant savoir ce qui est bien pour l'autre, on peut créer des situations inconfortables. Pouvons-nous pousser cela à l'extrême en évoquant de la maltraitance ordinaire ?

Dans le mémoire de Pauline Morvan, 14,48% des femmes pensent que le fait de faire sortir les personnes présentes aurait pu diminuer la gêne lors de l'examen. (20) Cela reste une proportion faible.

2.2.5 L'examen par un étudiant

Huit femmes sur quinze n'ont pas été examinées par un étudiant durant la grossesse et/ou l'accouchement. Sur les sept femmes qui ont déjà été examinées par un étudiant, trois n'ont pas trouvé de différence. Concernant les autres femmes, elles trouvaient que l'examen était moins agréable quand il était réalisé par un étudiant.

La réponse de Mme L. m'a interpellée : « *l'étudiante était moins douce car moins d'expérience* ». En effet, un étudiant qui est dans l'apprentissage d'un geste, d'un examen clinique, ne va-t-il pas prendre plus de précautions car il aura peur de faire mal, voire peur de mal faire ? Le témoignage de Mme O. vient contredire le précédent : « *j'ai surtout apprécié la délicatesse des étudiants. De manière générale, à chaque fois les personnes demandent si on est prêt et c'est assez délicat* ».

L'apprentissage des étudiants n'a été mentionné que par Mme A. : « *J'ai bien fait la différence entre la personne expérimentée et celle qui ne l'était pas. Après voilà, il faut bien qu'elle apprenne aussi.* » Sommes-nous, dans le cadre des représentations sociales, de la crainte de la personne inexpérimentée qui introduirait une anticipation de la douleur ou s'agit-il d'une réelle différence qu'il faut prendre en considération pour le débat éthique ?

2.2.6 La recherche du consentement

Etonnamment, la plupart des femmes n'accordent pas d'importance à la recherche du consentement avant un toucher vaginal. Pour Mme I. « *c'est comme aller chez le généraliste et qu'il vous demande s'il peut regarder dans la gorge, non ça fait partie du rituel de l'examen, de la consultation. Donc si je vais voir un obstétricien, il me paraît évident qu'il me regarde le col* ». Mme J. était surprise qu'on lui demande à chaque fois : « *[...], oui et même que ça me paraissait étrange qu'on me demande comme ça, parce que je le savais, comme je le dis, c'est médical, j'étais là pour ça donc voilà* ». Lorsque j'ai posé la question à Mme G.

afin de savoir si elle aurait aimé qu'on lui demande son autorisation avant de l'examiner, celle-ci m'a répondu : « *Non, encore une fois pour moi c'est normal, ça fait partie du jeu !* » Pour d'autres, comme Mme B., la recherche du consentement se fait de manière sous-entendue : « *Ça se fait implicitement, on dit « bon, on va le faire », c'est pas « est-ce que vous voulez ? », c'est « on va le faire » et donc c'est implicite.* » Souvent le praticien dit à la femme « *je vais vous examiner* », ce qui ne laisse pas la place à la recherche d'un consentement. Par ailleurs, les femmes ne sont pas toutes d'accord sur la notion de consentement. Pour certaines, le fait de demander si elle est prête est considéré comme une demande de consentement, alors que pour d'autres non.

Nous constatons encore cette différence de compréhension du terme 'consentement'. Il s'agit donc, sur le plan éthique, de s'interroger sur la littéracie en santé et de constater qu'au-delà de l'examen (son utilité, sa nécessité, etc.), c'est aussi le mot 'consentement' qu'il convient d'expliquer clairement aux patientes.

Quand je demande à Mme M. si, quand on l'examinait on lui demandait son consentement, c'est-à-dire si on pouvait l'examiner, celle-ci me répond : « *Oui c'est ça, enfin nous dire à quel moment on est prêt* ». On voit bien qu'il y a un amalgame sur cette notion de consentement et que les femmes ne connaissent pas leurs droits en tant que patiente.

Mme H., qui ne s'est jamais vue demander son consentement mais qui aurait aimé qu'on le lui demande trouve « *qu'on impose beaucoup de choses* ». Un mémoire de fin d'études en Maïeutique sur l'évaluation des pratiques professionnelles concernant le TV (23) démontre que 63% des sages-femmes vont expliquer le TV de « *manière pratique et médicale* » alors que 37% des sages-femmes va penser à des « *préalables* », c'est-à-dire à l'information de la patiente, la recherche du consentement, le respect de la pudeur et de l'intimité, l'écartement des petites lèvres ou encore l'utilisation de lubrifiant. Il est intéressant de noter que seulement 7,7% des sages-femmes pensant à ces « *préalables* » demande le consentement et 17,1% pense à l'information de la patiente et au consentement. Les sages-femmes exerçant depuis plus de 10 ans sont plus nombreuses à y penser avant d'effectuer un TV (peut-être parce que si elles ont déjà subi ce type d'examen durant leur(s) propre(s) grossesse(s), elles savent un peu mieux comment s'y prendre). Il est également intéressant de noter que le lieu d'exercice va impacter sur la façon dont la sage-femme va effectuer un TV. En effet, une sage-femme exerçant dans une maternité de type 3 y fera moins attention qu'une sage-femme travaillant dans une maternité de type 2 ou exerçant en libéral ; c'est ce que l'on retrouve dans cette étude. Ceci semble cohérent compte-tenu de la charge de travail dans les maternités de type 3 et de la présence plus fréquente de situations pathologiques. Ce mémoire révèle que 9% des sages-femmes n'imaginent pas que le TV peut être mal vécu par la patiente.

Pauline Morvan démontre que la recherche du consentement est plus qu'importante avant le TV puisque les femmes pour qui cela n'a pas été fait vivent mal l'examen : « *L'absence de consentement intensifie la gêne psychologique éprouvée et à tendance à augmenter la gêne physique* ». Dans son étude, 8,3% des femmes n'a jamais été prévenu avant l'examen et 17,7% ne l'a pas tout le temps été. (20) Cette recherche de consentement est donc primordiale si l'on veut que le geste se déroule dans les meilleures conditions possibles.

2.2.7 Le refus de l'examen

Il était intéressant d'évoquer la possibilité d'un refus de l'examen avec les femmes. En effet, on se rend compte dans la pratique quotidienne que peu de femmes refusent d'être examinées.

Dans cette étude, seules quatre femmes refuseraient un TV. Les raisons évoquées sont les suivantes :

- la non confiance envers le praticien effectuant l'examen ;
- si les intentions ne sont pas « délicates » ;
- si l'examen ne sert à rien.

Par intentions non « délicates », Mme F. veut nous dire que si l'examen se passe très mal, que si tout à coup plusieurs personnes entrent dans la pièce pour y assister, elle pourrait refuser d'être examinée. Une des quatre femmes n'a pas évoquée de raison à un potentiel refus.

Pour Mme A. refuser un TV « *semblerait difficile avec l'état de grossesse [...] dans ces cas-là je ne vois pas trop à quoi ça sert de venir consulter* ». Mme L. ne se voit pas non plus refuser, « *[...] pas pour le bien-être de la grossesse* ». J'ai souvent remarqué que les femmes pensaient qu'on pouvait tout détecter avec un simple TV. Qu'on pouvait notamment évaluer le bien-être de l'enfant. Ce qui, nous le savons, est faux. Nous voyons donc que nous sommes dans des représentations sociales, voire une perception d'un devoir pour la future mère que d'accepter certains examens qu'elle n'accepterait peut-être pas à d'autres occasions.

On retrouve, parmi les raisons évoquées de non refus, la notion de non choix (« *je n'ai pas vraiment le choix* »), la « *difficulté à s'opposer au corps médical* », le fait que « *pendant la grossesse on ne peut pas refuser* » ou encore le fait d'être « *rassurée d'être examinée* ». A qui le TV profite le plus concrètement ? Au praticien, pour se rassurer de ne pas passer à côté

d'une MAP par exemple, ou à la femme, qui a peur pour le déroulement de la grossesse et la santé de son enfant ?

2.2.8 Le TV, un geste banalisé ?

Douze femmes sur quinze (soit 80%) pensent que le TV n'est pas un acte médical banalisé. Pour Mme J. : « *la gynécologue fait vraiment attention, c'est quelque chose d'important, de délicat* ». Je lui demande quel est son avis sur les sages-femmes : « *Très délicates aussi. Je n'ai pas trouvé que c'était banalisé du tout. A aucun moment. C'est une zone délicate de notre corps. On sent que c'est important, que c'est une partie importante, une partie intime.* » Mme O. aussi emploie le terme de « *personnes délicates* » et rajoute que « *c'était respectueux* ».

Pour Mme L., qui trouve que le geste est banalisé, cela n'est pas forcément négatif : « *même s'ils prennent des précautions pour ne pas nous faire mal, je pense que c'est un acte qui est banalisé, ce qui est normal* ». En revanche, pour Mme I. : « *c'était tellement banalisé qu'on n'y va pas en douceur, alors que c'est un endroit assez...* ». Les autres femmes ayant répondu oui à cette question n'ont pas développé.

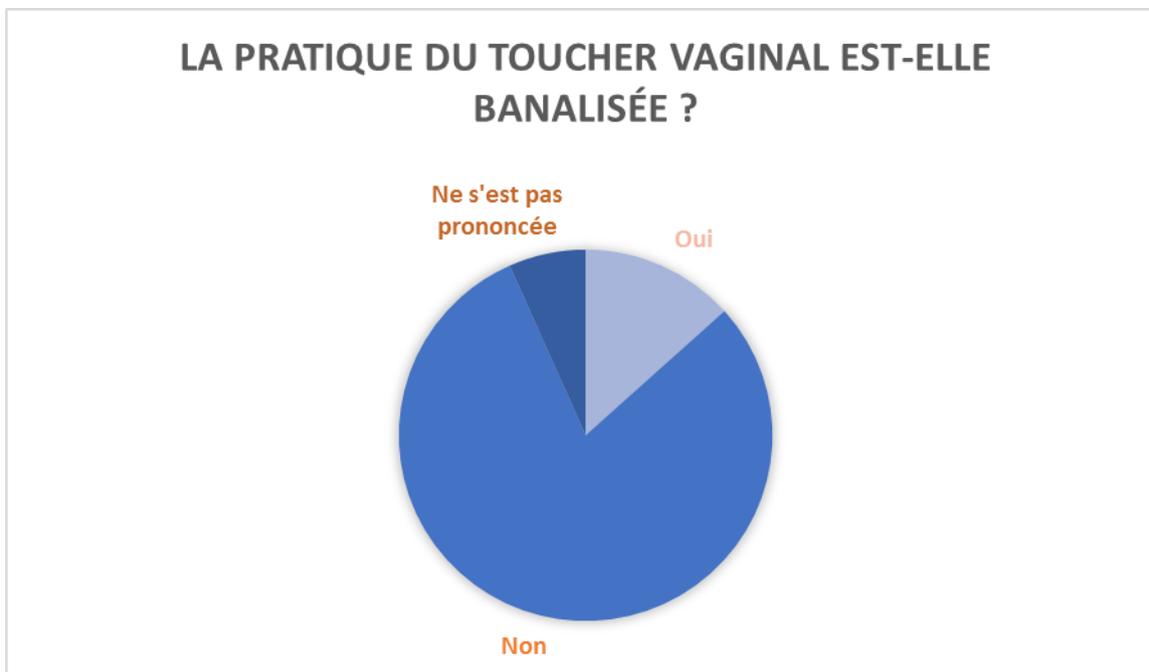


Figure 3 : La pratique du TV est-elle banalisée ?

Il est intéressant de voir comment est perçu le toucher vaginal. En effet, étant donné que c'est un geste que l'on pratique tous les jours, on aurait tendance à le banaliser, ce qui est

logique. Mais on peut voir à travers les témoignages que les femmes ne le ressentent pas comme ça. Au contraire, elles soulignent le fait qu'on fait attention lors de l'examen, que le praticien est respectueux. C'est plutôt positif.

2.2.9 La pratique du TV et les améliorations à apporter

Lorsque nous avons évoqué avec les femmes les éventuelles améliorations à apporter à la pratique du TV, il a fallu plusieurs fois donner des exemples, notamment sur la fréquence du TV, ou encore si la femme trouvait qu'il y avait un manque d'information sur le geste... Cela a donc pu influencer certaines réponses.

Les améliorations à apporter selon certaines femmes sont les suivantes :

- Insister sur le caractère relaxation avant d'examiner
- Faire moins de TV, ne pas être dans le systématique
- Donner plus d'informations
- Insister sur le fait d'être prévenant, pour que ce soit un « acte rassurant »
- Prendre plus de temps et être « plus doux »

Dans l'ensemble, la pratique du TV est satisfaisante. Les femmes sont rassurées d'être examinées régulièrement, parfois se sont même elles qui sont demandeuses. Je constate que la majorité est pour une super médicalisation de la grossesse et de l'accouchement : « ça me rassure d'être examinée » ; « je constate que c'est plutôt rassurant d'être examinée à chaque fois » ; « je préfère qu'on m'examine trop comme ça on sait où on en est et à quoi s'attendre ». Ce résultat est retrouvé dans le mémoire de Pauline Morvan où le TV rassure dans 57,9% des cas. Elle évoque également l'utilisation de gel sur le doigtier ou le gant lors de l'examen. 13,25 % des femmes considèrent que cela aurait pu diminuer la gêne pendant le TV. (20) Dans notre étude, une femme n'a jamais été examinée avec du gel, du savon ou quoi que ce soit d'autre mais juste avec des gants, et aurait aimé qu'on y mette quelque chose dessus. Quatre femmes ne se souviennent pas de ce que le praticien faisait. Pour les autres patientes, chacune a déjà eu soit du gel, soit du savon et elles trouvent que cela aide pour l'examen.

Troisième partie

Discussion

3.1 Forces et limites de l'étude

Les résultats que nous venons de détailler sont à analyser au regard de certains biais.

Premièrement, le biais de sélection. L'étude a été menée auprès de seulement 15 femmes à Port Royal, qui est une maternité de haut standing. En effet, les femmes venant y accoucher ont un certain niveau d'étude, ont pour la plupart un suivi gynécologique régulier et ont plus ou moins connaissance du suivi de grossesse qu'elles vont avoir. Ceci traduit un niveau de littératie globalement plus élevé qu'en population générale. Ces résultats ne sont donc pas généralisables à l'ensemble de la population. Il aurait été intéressant de mener cette étude dans une maternité où la mixité est plus importante, où les origines et les cultures se mélangent, et sur un plus grand nombre de femmes, ceci afin d'avoir un aperçu plus global de ce que peuvent ressentir les femmes en France aujourd'hui.

Le deuxième est un biais de compréhension. Même si nous avons vu plus haut que les femmes interrogées dans cette étude ont un certain niveau de littératie, aborder un sujet intime peut « perturber » et ainsi compromettre une bonne compréhension de certains thèmes abordés.

Le troisième biais est un biais de mémorisation. Effectivement, même si les femmes viennent juste d'accoucher, les premiers examens de leur suivi de grossesse remontent à quelques mois. De plus, une sorte d'amnésie peut se produire après l'accouchement.

3.2 Le TV : un examen qui rassure ?

Nous pouvons cependant voir à travers cette étude que la majorité des femmes a plutôt bien vécu la pratique du TV pendant la grossesse et l'accouchement. En effet, seulement deux femmes sur quinze ont mal vécu cet examen. Malgré cela, on peut constater que l'équipe

médicale va prendre le temps pour essayer de faire que tout se passe pour le mieux, en prenant des précautions ou en prévenant la femme avant de l'examiner, comme le démontre le témoignage de Mme E. On a pu voir précédemment que les termes utilisés pour évoquer leur ressenti vis-à-vis de cet examen pouvaient se ranger en deux catégories : la première regroupe les femmes qui sont plus dans le ressenti physique de l'examen (« *pas très agréable* » ; « *désagréable* »), alors que la deuxième catégorie regroupe les femmes qui n'accordent pas vraiment d'importance à cet examen, qui semblent « détachées » de celui-ci (« *anodin* » ; « *insignifiant* »). Ces résultats vont dépendre du rapport de chaque femme au TV, de son vécu personnel. Une femme ayant déjà une mauvaise expérience du TV va probablement moins bien le vivre pendant sa grossesse. Il aurait été intéressant de se pencher sur le suivi gynécologique de ces femmes et de regarder si celles ayant eu une bonne expérience du TV avant leur grossesse vivent mieux cet examen (une autre étude pourrait venir compléter ce travail).

Les femmes ont toutes été examinées à chaque consultation de grossesse et ont toutes reçu un TV horaire en salle de naissance. Cela ne les a pas pour autant dérangées et on peut voir que la plupart d'entre *elles sont pour une sur médicalisation de la grossesse et de l'accouchement et sont rassurées d'être examinées, voire sont demandeuses de cet examen.* Une seule femme pointe l'aspect systématique de l'examen, qui pourrait être mis de côté. Ce résultat est assez étonnant. En effet, *il s'opère actuellement un retour à la nature important dans notre société, les femmes souhaitant moins médicaliser la grossesse et l'accouchement.* Ceci constitue le premier fait qui se dégage de l'analyse des résultats. Effectivement la grossesse n'est pas une pathologie. De nombreuses maternités se sont dotées de « salle nature » avec diverses installations pour les femmes souhaitant accoucher sans péridurale. De plus, il y a un essor des maisons de naissances. Plusieurs ouvriront bientôt leurs portes. (24) Ce résultat était cependant attendu, l'étude ayant été menée dans une maternité de type 3, les femmes souhaitant une prise en charge moins médicalisée se faisant probablement suivre dans de plus petites structures ou en maison de naissance. La première hypothèse émise au début de cette étude « *les femmes et futures mères souhaiteraient un retour à une prise en charge moins médicalisée de la grossesse et donc être examinées moins souvent* » n'est donc pas vérifiée.

Que faut-il comprendre derrière cette apparente contradiction ? A priori, les patientes qui ont participé à l'étude (au regard de leur niveau de littéracie) doivent être considérées comme cohérentes et autonomes. Cependant, les attentes globales actuellement constatées et les attentes centrées sur la période de l'accouchement sont opposées. Nous pouvons alors

émettre l'hypothèse selon laquelle, au-delà du biais de sélection, la contradiction apparente (puisque nous appliquons le principe d'autonomie aux patientes) doit s'interpréter au regard de la chronologie des faits. Cette hypothèse explique le premier fait constaté à la suite de cette étude.

3.3 La femme enceinte : une personne vulnérable

On peut ici formuler une nouvelle hypothèse pour cette discussion : la femme se laisse examiner, voire est demandeuse de l'examen, non pas pour elle mais pour son futur enfant. Elle est prête à 'tout accepter', si l'on peut dire, pour s'assurer du bien-être de son bébé. Elle est rassurée de noter que son col n'a pas bougé, et en déduit que la grossesse se déroule bien et que donc son enfant va bien, ce qui nous le savons est faux puisque un TV ne peut pas prédire de la bonne ou mauvaise santé de l'enfant, ceci étant le rôle de l'échographie et de l'électrocardiographie.

La femme est donc prête à accepter tout et n'importe quoi pour « préserver la santé de son enfant », on peut donc dire qu'elle est dans une situation de vulnérabilité (25, 26) La grossesse renforçant un état de vulnérabilité peut-être déjà présent. Dans cette étude, a priori, les femmes ne sont pas vulnérables : elles appartiennent à une catégorie socio-professionnelle pour la majorité élevée et ont donc un niveau de littéracie élevé, comme nous l'avons déjà remarqué, elles sont en mesure de comprendre ce qu'on va faire et de pouvoir refuser l'examen. Elles ont donc a priori une représentation du TV qui est assez réaliste. Et pourtant, malgré le fait qu'elles n'apprécient pas cet examen, elles l'acceptent quand même. Il y a une dichotomie entre la représentation qu'elles se font du TV et le fait qu'elles l'acceptent facilement.

Cet état de grossesse les rend donc vulnérables. Cet état de vulnérabilité va dépendre également d'autres facteurs, notamment les facteurs familiaux et environnementaux. Si une femme se trouve déjà dans une situation de vulnérabilité de par sa situation familiale et/ou conjugale, la grossesse ne va faire qu'accentuer cet état. De plus, les maternités sont rarement isolées des hôpitaux, les femmes rencontrent des personnes malades, entendent passer les ambulances régulièrement... Tout ceci contribue à augmenter la vulnérabilité de la femme enceinte.

Cette étude nous a permis de constater que les femmes sont pour la plupart satisfaites de la pratique du TV. La seconde hypothèse émise au début de cette étude « *la pratique actuelle du TV est satisfaisante sur le plan technique et médical* » est donc vérifiée. Cependant, certaines améliorations sont à apporter, comme donner plus d'informations sur l'examen, prendre plus de temps, insister sur le caractère relaxation avant d'examiner, faire moins de TV afin de ne pas être dans le systématique... Douze femmes sur quinze (80%) ne considèrent pas le geste comme étant banalisé. Mme J. a témoigné de la délicatesse des différents professionnels de santé : « *on sent que c'est important, que c'est une partie importante, une partie intime* ».

Pour Mme L., qui elle considère que le geste est banalisé, cela n'est pas forcément négatif. Elle trouve que les soignants font tout pour que l'examen se déroule dans les meilleures conditions. Nous pouvons donc constater qu'à Port Royal les professionnels sont à l'écoute des femmes et prennent des précautions concernant cet examen. Il est cependant important d'étudier les attentes des femmes et de les prendre en considération. Un bon professionnel de santé est un professionnel qui sait remettre en question ses pratiques et les améliorer dans le but de répondre aux attentes de son patient.

Le deuxième fait qui se dégage de l'analyse des résultats est donc que, indépendamment des considérations sur son utilité et sa nécessité (notamment sa fréquence), l'acte en lui-même est bien pratiqué et est globalement toléré. Ceci nous amène à émettre une troisième hypothèse : les difficultés liées au TV ne se situent pas dans l'acte en lui-même, mais révèlent l'existence d'un problème annexe.

3.4 De la recherche du consentement à la notion d'autonomie

Néanmoins, nous pouvons voir que la recherche du consentement n'est pas systématique. Mais cela n'a pas l'air d'avoir posé problème, la plupart des femmes interrogées n'y accordant pas d'importance. Comme le dit Mme I. « *c'est comme aller chez le généraliste et qu'il vous demande s'il peut regarder la gorge [...] si je vais voir un obstétricien, il me paraît évident qu'il me regarde le col* ». **Une des quinze femmes interrogées est même surprise qu'on lui ait demandé son consentement plusieurs fois. Seulement une seule femme aurait aimé qu'on s'en préoccupe.** Ceci constitue un troisième

fait important qui se dégage de l'analyse de notre étude : il est évident que la notion de consentement est perçue différemment selon les patientes.

Nous pouvons aller plus loin. A travers les différents témoignages se dessine une incompréhension sur ce qu'est vraiment la recherche d'un consentement. Pour Mme B., cela se fait « *implicitement* » alors que pour d'autres le seul fait de demander si la femme est prête est considéré comme une recherche de consentement. Les femmes ne connaissent pas leurs droits en tant que patiente. Cela rejoint la question du refus de l'examen où seulement quatre femmes ont répondu qu'elle pourrait refuser un TV si elles jugeaient qu'il n'était pas nécessaire. Les autres évoquant la notion de non choix face au corps médical. La troisième hypothèse formulée au début de cette étude « *les femmes souhaitent qu'on leur demande leur consentement et que la recherche de celui-ci soit claire et identifiable* » n'est donc pas vérifiée.

Ce fait est capital pour notre discussion. Il amène à formuler une nouvelle hypothèse selon laquelle il s'instaure une différence de rapports entre la patiente et l'équipe médicale, menant à une situation d'incompréhension. D'une part, la nature-même des examens matérialise cette différence (notamment la position gynécologique), mais de plus la 'science médicale' semble s'imposer naturellement. Autrement dit, si globalement les patientes sont pour la recherche d'un consentement en général, la situation particulière dans laquelle elles se trouvent laisse supposer qu'ici, le simple fait de savoir que l'acte va être pratiqué est suffisant. D'autre part, étant donné que c'est un acte perçu comme ne pouvant être refusé, la notion de choix, qui est corrélative à la notion de consentement, n'a pas lieu d'être.

Nous pouvons également constater que le professionnel ne prend pas tout le temps la peine d'effectuer cette recherche de consentement avant l'examen. Le consentement est pourtant l'occasion d'une mise en confiance. Il devrait être recherché quelques minutes avant l'examen et non pas juste avant, au risque que la femme n'ait pas un temps de réflexion suffisant et peine à exercer pleinement son autonomie. Il convient donc de s'interroger sur la pertinence de ce principe d'autonomie considéré localement sur la période de l'accouchement. Les faits qui se dégagent de l'analyse des résultats nous ont amenés à formuler les hypothèses explicatives selon lesquelles : 1) la période de l'accouchement est une période où la femme a des attentes différentes ; 2) ses attentes nouvelles se déduisent de la part de plus en plus importante accordée à l'enfant à cette période ; 3) que l'acte en lui-même est globalement bien effectué ; 4) mais que celui-ci n'est pas perçu comme dans le cadre classique 'accord/refus', mais comme une nécessité.

Il faut cependant se poser la question de savoir si le professionnel rend cette recherche de consentement claire et identifiable pour la femme. Ou s'il fait exprès qu'elle ne le soit pas, car il sait que s'il donne toutes les informations celle-ci risque de refuser. Est-ce que le fait de rechercher une non opposition est considéré comme une recherche de consentement ? Le non refus est-il un consentement ? L'autonomie du patient est-elle respectée ? En effet, si la femme ne dit pas non au TV, on se dit qu'on a respecté son autonomie, car si elle n'a pas dit non cela veut dire qu'elle a choisi et donc qu'elle est autonome.

Il serait intéressant d'approfondir ces différences de représentations et surtout de définition de la notion de consentement entre les patientes et les professionnels de santé. D'un côté, nous trouvons les patientes qui se perçoivent dans la nécessité d'accepter un examen. D'un autre côté, les professionnels de santé soumis à de nombreuses contraintes, mais aussi à des nécessités légales, notamment celle de tout mettre en œuvre pour le bon déroulement de l'accouchement et qui se trouvent dans la position, souvent, de prendre des initiatives.

3.5 Emergence d'une situation de maltraitance ordinaire ?

Tout ceci nous amène à évoquer la maltraitance ordinaire. Selon le conseil de l'Europe, la maltraitance est : *« tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable »*. (27) On entend par maltraitance ordinaire tout acte, volontaire ou non, effectué par les professionnels de santé ainsi que la maltraitance liée à l'institution et à son organisation.

Or, la situation que nous avons décrite met en évidence une personne autonome, mais qui voit son autonomie diminuer et sa vulnérabilité augmenter. Tout le poids des représentations sociales liées à l'accouchement, mais aussi la présence quasiment concrète de l'enfant placent la future mère dans une situation où le refus semble être impossible. De surcroît, il est compliqué de mettre en place un dispositif d'information performant dans ces situations qui peuvent évoluer rapidement. Ce dispositif pourrait, pourtant, apporter à la femme des informations sur l'intérêt de l'examen, son utilité, sa nécessité et, partant, mettre en évidence sa capacité à refuser 'raisonnablement' une pratique trop fréquente. Du point de vue du fonctionnement de l'institution, il paraît plus adapté que ce flou et que ce sentiment de

devoir temporaire de la mère, sous couvert du respect du principe d'autonomie, servent à fluidifier les activités du service.

On peut donc affirmer que le fait de prendre le non refus de la femme comme une autorisation à effectuer le TV relève de la catégorie de la maltraitance ordinaire ou institutionnelle. Cette maltraitance peut être justifiée dans certaines situations, comme par exemple une situation d'extrême urgence où le pronostic vital de la mère ou de l'enfant est engagé. Cependant elle ne doit pas être justifiée dans la pratique courante.

Ce que l'on retrouve dans cette étude par la non information d'une recherche de consentement auprès des femmes et par le fait que le professionnel semble imposer l'examen à la femme. Elle se retrouve aussi dans le fait qu'on ne demande pas systématiquement à la femme son autorisation pour la présence d'un tiers (conjoint ou autre). Dans cette étude, la question n'a été posée qu'à seulement deux femmes sur quinze. Une femme m'a même fait remarquer qu'on ne lui avait pas demandé à elle mais à son mari !

Le témoignage de Mme A démontre un problème de communication : « *A nos attitudes respectives ça se voyait que sa présence ne me gênait pas, qu'il n'y avait pas de problème à ce niveau-là, je pense que c'est pour cela qu'on ne m'a pas demandé* ». Pour cette femme cela n'a pas été délétère mais cela aurait pu l'être si elle n'avait pas pu exprimer son refus d'être examinée en présence de son accompagnant. En essayant d'interpréter ce que la femme voudrait ou ne voudrait pas, le soignant entretient cette situation de maltraitance ordinaire. La communication est un point clé de la relation soignant-soigné et elle ne doit pas être mise de côté. Selon Mme A., on devrait poser la question à la femme et à la personne présente à ses côtés. Comme elle l'a judicieusement fait remarquer : est-ce qu'un homme aimerait que sa femme soit présente lors d'un toucher rectal ?

Cette question de la communication est cruciale et peut être étudiée à travers *la théorie de l'agir communicationnel* de J. Habermas (28). La communication s'établit en deux temps. Premièrement, en mettant en évidence l'information utile à délivrer à la patiente. Deuxièmement, en permettant les conditions de réception de cette information – d'où la notion d'un agir communicationnel.

Clairement, notre étude met en évidence que ces conditions de communication ne sont pas réunies, ce qui peut expliquer certains dérapages ; mais surtout qu'un certain nombre d'accords tacites, d'interprétation des attitudes respectives de chacun mènent à la situation inverse. C'est-à-dire que, précisément, cette absence des conditions de communication, et de

plus, une communication à travers des représentations que l'on attribue aux différents protagonistes conduisent à une situation de maltraitance ordinaire et institutionnelle.

3.6 Ethique des principes et éthique des pratiques

Pour conclure notre discussion, il convient de restituer notre débat dans la notion de vivre ensemble. Concrètement, la place accordée à la maternité est un phénomène sensible. Comme nous l'avons fait remarquer, il y a un retour à la nature, une volonté de rendre l'accouchement moins médicalisé. Il faut, cependant, noter les progrès apportés à la société par la médicalisation de l'accouchement et, notamment, la réduction de la mortalité, tant de la mère que de l'enfant, par une surveillance accrue. Le TV est un élément essentiel de cette surveillance.

Au-delà, c'est aussi la question du poids des représentations sociales sur ce qu'est le fait de devenir mère et, plus généralement, parent. Le débat sur l'IVG, en un sens, est très instructif. En considérant au même rang les arguments pour et contre, nous voyons l'importance de la notion de vulnérabilité. Celle-ci nous conduit à penser l'autre sous un angle nouveau, et les notions de vulnérabilité et d'altérité apparaissent comme étroitement liées (29). Une interprétation serait alors que la vulnérabilité que nous voyons dans l'enfant à venir se reporte sur la mère qui, en prenant la responsabilité (responsabilité d'une grossesse, mais aussi d'un projet de parentalité), se trouve temporairement dans une situation de vulnérabilité qui culmine à l'époque de l'accouchement.

Les principes éthiques, comme l'autonomie, sont alors là pour aider à maintenir une cohésion d'ensemble, une visée éthique. (11) Celle-ci se traduit par des institutions justes. La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance occupent une grande place dans les établissements pour personnes âgées et handicapées, ces personnes étant les plus vulnérables. Mais quid du secteur hospitalier et notamment des maternités ? Cette maltraitance peut passer inaperçue, être présente dans les gestes effectués au quotidien par les soignants. Elle est souvent invisible car ancrée dans la pratique de tous les jours. La pratique du TV en est un bon exemple.

La maltraitance ordinaire *« n'est pas seulement liée aux individus, elle a plus souvent trait au fonctionnement des organisations qui privilégient l'institution par rapport à l'intérêt et aux besoins des personnes »*. La durée des consultations de suivi prénatal est un autre bon exemple. Le temps accordé à la femme est restreint car il y a un certain nombre de patientes à

voir dans la matinée, et ce temps ne permet pas au professionnel de santé de mener la consultation comme il l'aurait souhaité, c'est-à-dire en prenant son temps pour écouter la femme présente devant lui, qui vient avec ses questions et ses craintes, et qui a besoin d'être écoutée et rassurée. Ce temps restreint peut parfois empêcher d'être pleinement à l'écoute de la femme, car il faut mener la consultation rapidement pour enfin passer à l'examen clinique. Si jamais l'on passe trop de temps à discuter, l'examen clinique va devoir être effectué rapidement, parfois au détriment du respect de la pudeur ou de la dignité de la femme car la salle d'attente se remplit et le temps passe... Celle-ci peut se sentir malmenée, car le professionnel doit se presser et n'a pas le temps qu'il faut pour mener un examen dans des conditions optimales. Le soignant essaye de faire son maximum pour prodiguer des soins de qualité, mais l'organisation du service, le nombre de personnels présents (et par conséquent absents) sont parfois un obstacle à cela.

De même en salle de naissance, où une sage-femme ne va pas s'occuper que d'une seule patiente mais de deux, voire trois parturientes. Ce chiffre variant en fonction des maternités. La qualité de l'accompagnement et des soins va donc obligatoirement être moindre car la sage-femme aura moins de temps à accorder à chaque femme.

On peut souligner que l'organisation des institutions explique les comportements des professionnels. Quand on est en sous-effectif, on ne peut pas accorder autant d'attention à chaque personne. On est happé par le travail à faire et cela se répercute sur la qualité des soins. Elle explique également les faits divers décrits en première partie. L'apprentissage des gestes cliniques par les étudiants est une obligation des CHU. Il est malheureusement plus facile de faire exercer plusieurs étudiants sur une personne anesthésiée plutôt que de prendre le temps de discuter avec celle-ci afin de lui expliquer la nécessité de l'apprentissage et d'obtenir son consentement pour plusieurs étudiants, avec le risque qu'elle refuse. Il est donc nécessaire d'avoir une réflexion éthique afin d'améliorer nos pratiques au quotidien. Remettre constamment en question son attitude, la manière dont on exécute les gestes est primordiale pour un professionnel de santé et par conséquent pour le patient dont il va s'occuper, c'est-à-dire penser, au-delà des principes, une véritable éthique des pratiques.

Conclusion

Cette étude aurait pu s'intéresser aux déterminants de la vulnérabilité temporaire de la femme centrée sur la période de l'accouchement. Assurément, de tels déterminants biologiques, notamment hormonaux, psychologiques, sociologiques, voire religieux ou ethniques doivent influencer la patiente. Cependant, ceux-ci ne règlent pas la question éthique qui se pose. Comment, face à une situation particulière, devons-nous réfléchir et nous organiser, pour nous adapter ?

Nous pouvons constater que l'éthique des principes (autonomie, bienveillance, non malversation et justice) (30) est respectée mais qu'il est difficile de mettre ces principes en pratique, notamment concernant l'autonomie et le consentement. En effet, l'autonomie est difficile à « mettre en place » chez des personnes vulnérables, la vulnérabilité entraînant obligatoirement une diminution voire une abolition de cette faculté à être autonome.

Il est donc important, dans nos pratiques, de faire en sorte de respecter cette autonomie, d'autant plus que la femme enceinte est une personne vulnérable qui n'ose probablement pas s'opposer au corps médical, comme nous l'avons démontré précédemment. Comment les pratiques peuvent garantir au mieux à la femme sa capacité à s'imposer ? Quels sont les moyens que l'on peut mettre en œuvre pour préserver cette autonomie ? Comment intégrer ces principes dans les pratiques afin que le consentement évolue ?

Une des solutions proposées serait de plus impliquer les étudiants qui ont davantage de temps à accorder aux patientes et par conséquent qui peuvent donc prendre le temps d'expliquer les nécessités techniques de l'examen, pourquoi on devrait faire un TV et pourquoi au contraire il n'est pas nécessaire de le faire ... Ce problème du respect de l'autonomie et de la recherche du consentement se pose aussi pour l'enseignement du TV aux étudiants. La femme qui accepte de se faire examiner pour connaître l'état de son col ne veut peut-être pas servir de « cobaye » pour l'étudiant. Il est donc nécessaire de lui expliciter l'importance de l'apprentissage de cet examen par les futurs professionnels de santé et lui expliquer que c'est un « don » pour la formation des étudiants. La communication est donc essentielle.

Pour conclure, nous ne nous prononcerons pas sur les faits divers qui ont amorcé cette réflexion sur la pratique du TV et de sa perception par les femmes mais nous pouvons voir qu'un manque de communication, un non-respect de l'autonomie et la non recherche d'un

consentement peuvent aboutir sur un vécu différent de cet examen qu'est le TV. Dans cette étude la majorité des femmes a bien vécu la pratique du TV.

Cependant, la différence entre les attentes d'une femme hors grossesse et une femme sur le point d'accoucher est notable dans notre étude. Dès lors, nous pouvons penser qu'à distance de l'accouchement la relecture qu'aura la femme des examens qui ont été pratiqués ne sera pas la même. L'urgence de l'instant, le devoir de tout mettre en œuvre pour mener à bien cette grossesse ne sont plus le référentiel de pensée de la femme. Selon les événements qui ont suivi, elle peut être amenée à juger différemment les faits. Alors, cela doit être majoré chez une personne qui était anesthésiée et, pour ainsi dire, dépossédée de toute capacité. Peut-être même faudrait-il, pour les femmes, comprendre l'importance de la reconnaissance par la société et, notamment, le corps médical de cet état de vulnérabilité transitoire. (31)

Du côté des professionnels, il s'agit de permettre aux établissements de soins assurant des missions d'enseignement de fonctionner au mieux. Il en va d'une responsabilité envers la patiente (bon déroulement de l'accouchement), envers les étudiants (qualité de l'enseignement), mais aussi de la société. En effet, certaines maternités doivent fermer leurs portes, car elles ne pratiquent pas assez d'accouchement, ce qui peut accroître les inégalités d'accès au soin. La visée éthique (11) et la garantie d'institutions justes doivent être analysées au regard du principe de responsabilité. (32)

Quel peut être l'impact d'un mauvais vécu pour la femme ? La plupart des femmes enceintes ont leur première expérience de suivi gynécologique (et obstétrical) avec leur première grossesse. Un vécu négatif du TV pendant la grossesse et/ou l'accouchement ne va-t-il pas influencer leur futur rapport à la gynécologie et à l'obstétrique ? Qu'en est-il de leur suivi gynécologique par la suite ? Vont-elles éviter d'aller consulter de peur d'avoir à revivre cet examen ? Ceci peut-il entraîner des problèmes de santé publique, comme par exemple un non dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus et par conséquent une recrudescence de ce cancer ? Une étude sur le long terme serait intéressante à mener. Nous voyons que le lieu de cette réflexion éthique n'est pas simplement théorique ; bien plus qu'il peut y avoir de réelles conséquences médicales à cette réflexion.

Bibliographie

1. Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis. Le Monde.fr [Internet]. 6 févr 2015 [cité 24 avr 2015]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/06/une-tribune-denonce-le-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies_4571810_1651302.html
2. Lorriauxmetronews.fr A. Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital? [Internet]. metronews. [cité 21 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU/>
3. Code de la santé publique – Article R4127-36. Code de la santé publique.
4. Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.
5. René L. Code de Déontologie médicale. Préface de Paul Ricoeur. Points; 1998.
6. Davis DS. Pelvic Exams Performed on Anesthetized Women. Virtual Mentor [Internet]. 5 janv 2003 [cité 23 mars 2015];5(5). Disponible sur: <http://virtualmentor.ama-assn.org/2003/05/oped1-0305.html>

7. Schniederjan S, Donovan GK. Ethics versus education: pelvic exams on anesthetized women. *J Okla State Med Assoc.* août 2005;98(8):386-8.
8. Boury D. Le rapport Cordier : un grand chantier pour l'éthique biomédicale. /data/revues/17654629/00010002/ES-05-2004-1-2-1765-4629-101019-BKR1/ [Internet]. 17 févr 2008 [cité 3 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/82789>
9. Mattei J-F. Ethique et Professions de Santé. [Internet]. 2003 mai [cité 3 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000226/0000.pdf>
10. Hervé C, Thomasma D, Weisstub D. Visions éthiques de la personne. L'Harmattan. 2003.
11. Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990. 424 p. (L'Ordre philosophique).
12. Langer B, Caneva M-P, Schlaeder G. Routine prenatal care in Europe: the comparative experience of nine departments of gynaecology and obstetrics in eight different countries. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1999;85(2):191-8.
13. Vayssière C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 2005;33:69-74.
14. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes, 2002.
15. Buekens P, Alexander S, Boutsen, Blondel B, Kaminski M, Reid M, et al. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. *Lancet* 1994;344:841-4
16. Iams JD, Goldenberg RL, Meis PJ, Mercer BM, Moawad A, Das A, et al. The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med* 1996;334:567-72

17. HAS. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Mai 2007
18. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2003. (Integrated management of pregnancy and childbirth).s
19. Verspyck E, Roman H, Marpeau L. Marqueurs biochimiques de la menace d'accouchement prématuré (en dehors de l'infection). Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction. 2002;31:5S35-5S42.
20. Morvan P. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. Ecole de Sages-femmes de Caen; 2013
21. Bon-Mardion D. Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales - Enquête auprès de 229 professionnels haut-normands. Centre Hospitalier Universitaire de Rouen - Département des Etudes de Sage-Femme; 2010
22. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. Lancet. 24 sept 1994;344(8926):841-4.
23. Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste... Centre Hospitalier Universitaire de Rouen - Département des Etudes de Sage-Femme; 2012
24. Arnaud A, Mollier-Descamps M. Création des maisons de naissance en France : analyse de controverse. La Revue Sage-Femme. 2014;(13):66-83.
25. Hervé C, Stanton-Jean M, Ribau-Bajon C, Société française et francophone d'éthique médicale, Institut international de recherche en éthique biomédicale, éditeurs. Violences sur le corps de la femme: aspects juridiques, culturels et éthiques. Paris: Dalloz; 2012. 197 p.
26. GAUTIER-COIFFARD Y. Annexe 4 sur la notion de « VULNERABILITE ». SNMPMI; 2007.

27. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé [Internet]. HAS; 2009 oct [cité 6 mars 2016]. Disponible sur: http://www.serpsy.org/actualites_2010/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
28. Habermas J., *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris, Fayard, 1981,1987.
29. Hervé C, Tzitzis S, Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale (Paris), Institut de criminologie (Paris), éditeurs. *Altérité et vulnérabilités. Bordeaux: les Études hospitalières;* 2014.
30. Rapport Belmont. 1978.
31. Honneth A, Rusch P. *La lutte pour la reconnaissance.* [[Paris]]: Gallimard; 2013.
32. Jonas H. *Le principe responsabilité: une éthique pour la civilisation technologique.* Paris: Les Éditions du Cerf; 1995.

Annexe

Annexe 1 : Grille d'entretien

Informations générales : âge, profession, gestité, parité

I. Expérience personnelle

Comment avez-vous vécu les différents touchers vaginaux que vous avez pu avoir durant votre grossesse et pendant l'accouchement ?

Questions de relance : Décrivez-moi un examen type

Combien de personnes étaient présentes lors de l'examen ?

Un mot pour qualifier ce que vous avez ressenti durant l'examen ?

Avez-vous déjà été examinée par un étudiant sage-femme ?

Trouvez-vous que le geste est banalisé par les soignants ?

II. Droit des patients et intérêt médical de l'examen

Est-ce qu'on vous a demandé votre consentement avant de vous examiner ?

Questions de relance : Que vous disait la personne qui vous examinait ? Explication de l'examen, ce qu'on recherchait, déroulement de l'examen, diagnostic ?

Pensez-vous pouvoir refuser un TV ? Pourquoi ?

III. Propositions pour améliorer les pratiques

Pensez-vous que la pratique du TV doit être améliorée ?

Questions de relance : Que proposeriez-vous pour améliorer la pratique du TV ?

Proposition d'amélioration

DROITS DE REPRODUCTION :

Les mémoires des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.