



HAL
open science

Toucher vaginal et recherche du consentement : enquête des pratiques professionnelles dans une maternité de niveau III

Clémence Thévenin

► To cite this version:

Clémence Thévenin. Toucher vaginal et recherche du consentement : enquête des pratiques professionnelles dans une maternité de niveau III. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03321905

HAL Id: dumas-03321905

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321905>

Submitted on 18 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Toucher vaginal et recherche du
consentement : enquête des pratiques
professionnelles dans une maternité de
niveau III**

Vaginal examination and seeking consent : survey
of professional practices in a level III maternity
hospital

Par : THEVENIN Clémence

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année 2021

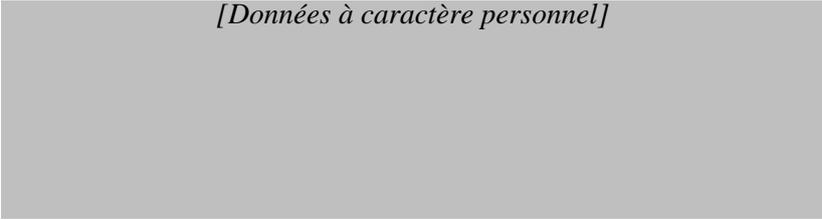
UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Toucher vaginal et recherche du
consentement : enquête des pratiques
professionnelles dans une maternité de
niveau III**

Par : THEVENIN Clémence

[Données à caractère personnel]



Mémoire soutenu le : 15 juin 2021

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

Année 2021

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif principal était de déterminer si le consentement des femmes enceintes était recherché systématiquement avant la réalisation d'un toucher vaginal à leur admission aux urgences gynécologiques et obstétricales, ou en salle d'accouchement. Ensuite, il s'agissait d'identifier et diviser les critères utilisés pour la recherche du consentement par catégories.

Méthode : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale, et mono-centrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée via 30 observations directes de professionnels réalisant des touchers vaginaux dans les services des urgences gynécologiques et obstétricales et de salle d'accouchement de l'HCE de Grenoble.

Résultats : La majorité des professionnels recherchaient le consentement et informaient sur l'intérêt et l'imminence du geste. Les axes d'amélioration concernaient la neutralité de la question posée.

Conclusion : Les pratiques professionnelles en terme de recherche du consentement sont très satisfaisantes. L'élaboration de critères objectifs pour le recueil du consentement permettrait d'élaborer un support de rappel du code de déontologie à destination des professionnels.

Mots-clefs : Consentement – Toucher Vaginal – Audit Clinique

ABSTRACT

Objectives : The main objective was to determine whether consent was systematically sought from pregnant women prior to performing a vaginal examination on admission to the gynaecological and obstetric emergency department or delivery room. Then, it was necessary to identify and divide the criteria used to seek consent by categories.

Methods : Descriptive, prospective, cross-sectional, mono-centric observational study of professional practices. This study is based on 30 direct observations of professionals performing vaginal examination in the gynaecological and obstetric emergency department and delivery room of the Grenoble HCE.

Results : The majority of professionals sought consent and informed about the interest and imminence of the procedure. The areas of improvement concerned the neutrality of the question asked.

Conclusion : Professional practices in terms of seeking consent are very satisfactory. The elaboration of objective criteria for the consent search would make it possible to elaborate a reminder of the code of ethics for the professionals.

Keywords : Consent – Vaginal Examination – Clinical Audit

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du jury :

- **Mr Lionel DI MARCO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Président du jury ;
- **Mme le Docteur Véronique EQUY**, Gynécologue-Obstétricienne, Praticien Hospitalier à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, Co-présidente du jury ;
- **Mme Alice HOCQUETTE**, Sage-Femme à l'Hôpital privé Marne La Vallée, Bry-sur-Marne, Sage-Femme invitée ;
- **Mme Emmanuelle GALLOT**, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire ;
- **Mme Chrystèle CHAVATTE**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de ce mémoire.

Je remercie particulièrement :

- **Mme Emmanuelle GALLOT**, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes et directrice de ce mémoire ;

Pour sa confiance, sa bienveillance et ses précieux conseils ;

- **Mme Chrystèle CHAVATTE**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes et co-directrice de ce mémoire ;

Pour sa disponibilité et son aide tout au long de l'élaboration de ce mémoire ;

- **Mr Lionel DI MARCO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, référent de promotion ;

Pour sa gentillesse, son humour et son soutien à toutes épreuves ;

- **Mme Audrey LALANNE**, Sage-Femme à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes ;

Pour avoir cru en mon travail et m'avoir permis de le concrétiser.

Enfin, je tiens sincèrement à faire part de mon affection à toutes les personnes m'ayant soutenue durant toutes ces années d'études :

- **Mes parents, Paul, Ysée, Blanche, Boo et ma famille ;**

Pour m'avoir permis de réaliser mon rêve, et pour leur soutien indéfectible depuis toujours ;

- **Joris ;**

Pour sa patience, ses encouragements et surtout son amour ;

- **Mes amis, des plus anciens à ceux des études médicales ;**

Pour leur amitié si précieuse, leur bonne humeur et tout le reste ;

- **Séverine, Charlotte, Charlène et Alix ;**

Pour avoir été une ressource essentielle, mais aussi pour les fous rires et toutes ces situations inoubliables ;

- **Les patientes ;**

Pour m'avoir confortée dans mon choix et pour avoir participé à faire de moi celle que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| ABREVIATIONS | 7 |
| I. INTRODUCTION | 8 |
| II. MATERIEL ET METHODES | 11 |
| 1) Caractéristiques de l'étude | 11 |
| 2) Population étudiée | 11 |
| 3) Modalités de recueil des données | 12 |
| 4) Variables d'intérêt | 12 |
| 5) Critères de jugement | 14 |
| 6) Méthode d'analyse statistique | 14 |
| III. RESULTATS | 15 |
| 1) Caractéristiques générales des observations | 16 |
| 2) Critères de jugement principal et secondaire | 18 |
| IV. DISCUSSION | 21 |
| 1) Limites et biais de l'étude | 22 |
| 2) Analyse des résultats et comparaison avec la littérature | 24 |
| 3) Perspectives et axes d'amélioration | 34 |
| V. CONCLUSION | 38 |
| BIBLIOGRAPHIE | 40 |
| ANNEXES | 44 |

ABRÉVIATIONS

CSP : Code de Santé Publique

CPH : Charte du Patient Hospitalisé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

HCE : Hôpital Couple Enfant

HAS : Haute Autorité de Santé

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

UGO : Urgences Gynécologiques et Obstétricales

TV : Toucher Vaginal

I. INTRODUCTION

Consentement [n.m.] : action de donner son accord à une action, à un projet.

Dans le milieu médical français, la notion de consentement aux soins n'est réellement apparue dans les textes de loi qu'en 2002, avec la loi « Kouchner » (1). Dans l'article L1111-4 de cette loi, inscrite au Code de la Santé Publique (2), il y est indiqué qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Ce texte, apparu sept ans après la première Charte du Patient Hospitalisé (CPH) (3), marque un tournant dans la prise en charge des patients, qui ont clairement exprimé leur droit à devenir acteurs de leur santé et de sa prise en charge, après des années de paternalisme médical.

Cet article de loi, dont le contenu s'inscrit dans la plupart des codes de déontologie des professions médicales et paramédicales, régit également les pratiques en gynécologie et en obstétrique. Or, depuis 2014, un mouvement d'une grande ampleur est apparu, et des milliers de femmes se sont mises à témoigner (4) – principalement par le biais des réseaux sociaux – sur des actes qu'elles ont vécus, ou des propos que certains professionnels du milieu ont portés à leur égard. Le terme de « violences gynécologiques et obstétricales » a alors vu le jour en France. Parmi ces violences, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, dans son rapport de 2018 (5), cite les « actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ». En effet, pour beaucoup d'entre elles, l'une des violences - telle

qu'elles sont décrites par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes - était l'absence de recherche de leur consentement ou le non-respect de son refus.

Or, la notion de consentement à l'acte, inhérente à n'importe quelle spécialité médicale, revêt d'autant plus d'importance dans le milieu de la gynécologie et de l'obstétrique, où de nombreux gestes ont attiré à l'intimité des patientes : toucher vaginal, pose de spéculum, palpation mammaire... Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), dans son rapport (6) « Pratique Médicale et Sexualité » adopté en 2000, précise d'ailleurs que « la pratique médicale expose à des contacts qui ont naturellement une connotation sexuelle ». On comprend donc bien que ces gestes, s'ils font partie de la pratique courante des professionnels concernés, peuvent être perçus tout à fait différemment par les patientes. En effet, une étude (7) menée au Pays-Bas a montré que sur les 165 patientes interrogées, 56 avaient vécu le toucher vaginal comme une expérience négative pendant le travail, se sentant embarrassées ou n'osant pas stopper l'examen alors même que celui-ci leur était douloureux.

Dans ce travail de recherche, nous nous sommes focalisés sur l'un des actes médicaux les plus couramment effectués dans la profession de sage-femme : le toucher vaginal.

Le consentement au toucher vaginal par les femmes enceintes étant un point important soulevé depuis quelques années, nous souhaitons faire un état des lieux des pratiques des différents professionnels intervenant aux urgences gynécologiques et obstétricales de la maternité de référence du bassin grenoblois. L'objectif principal de cette étude était de déterminer si ces professionnels recherchaient systématiquement le consentement des femmes enceintes avant de réaliser un

premier toucher vaginal à leur admission. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les critères utilisés pour rechercher le consentement des patientes et de définir dans quelle proportion chacun de ces critères était utilisé.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1) Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, transversale, et mono centrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été menée au sein des services des urgences gynécologiques et obstétricales et de salle d'accouchement de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de la Tronche, la maternité de niveau III de Grenoble. Les observations ont été réalisées entre le 14 octobre 2020 et le 16 janvier 2021.

2) Population étudiée

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'audit clinique (8), notre étude devait inclure entre 30 et 50 sujets. Dans notre cas, nous avons observé 31 professionnels différents.

2.1) Critères d'inclusion

Étaient inclus dans notre étude, tous les professionnels diplômés ou en cours de formation exerçant aux urgences gynécologiques et obstétricales et réalisant un toucher vaginal à une femme enceinte à son admission, quel que soit le terme de la grossesse, sa parité ou le type de grossesse (unique ou multiple).

2.2) Critères d'exclusion

Étaient exclus de notre étude :

- Les professionnels refusant de participer à l'étude ;
- Les professionnels prenant en charge une patiente se présentant pour une césarienne programmée ;
- Les professionnels prenant en charge une patiente mineure ou sous tutelle/curatelle ;

- Les professionnels prenant en charge une patiente refusant de participer à l'étude.

3) Modalités de recueil des données

Une déclaration du projet d'étude avait été envoyée et validée par la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Grenoble.

L'investigateur ne participait à aucun soin ni à aucune action thérapeutique au cours des observations.

Les observations ont été réalisées après recueil du consentement oral du professionnel concerné ainsi que celui de la patiente examinée.

Les professionnels n'avaient pas connaissance du sujet exact de l'étude, mais savaient qu'ils étaient observés sur leur façon de réaliser « une consultation d'admission ».

Les données concernant la recherche du consentement ont été recueillies par observation directe des professionnels réalisant un toucher vaginal à une femme enceinte, à son admission dans le service.

Les données concernant le professionnel ont été recueillies par l'interrogatoire direct de celui-ci, avant l'observation.

Les données concernant la patiente ont été recueillies par l'interrogatoire direct de celle-ci ou à partir du dossier médical informatisé disponible sur Easily, avant l'observation.

4) Variables d'intérêt

Les variables d'intérêt étaient recensées par le biais d'une grille d'observation réalisée par nos soins et validée en amont de l'étude (Annexe I).

4.1) Concernant le professionnel observé

Les variables récoltées concernant le professionnel observé étaient :

- Sa profession ;
- Son sexe.

Ces variables qualitatives ont été recueillies dans l'objectif de décrire la population étudiée.

4.2) Concernant la patiente examinée

Les variables concernant la patiente examinée étaient :

- Son âge ;
- Sa gestité ;
- Sa parité ;
- Le type de grossesse (unique ou multiple) ;
- Son âge gestationnel à l'admission (en semaines d'aménorrhées).

Ces données étaient récoltées afin de décrire les patientes examinées.

4.3) Concernant les caractéristiques de l'observation réalisée

Les caractéristiques de l'observation réalisée étaient :

- Le service de l'observation : les urgences gynécologiques et obstétricales ou la salle d'accouchement ;
- Le motif de consultation de la patiente : contractions utérines, rupture de la poche des eaux (franche ou suspicion), terme prolongé, déclenchement, saignements, diminution des mouvements actifs fœtaux, autres ;
- La question posée par le professionnel pour rechercher le consentement de la patiente avant de réaliser le toucher vaginal.

5) Critères de jugement

5.1) Critère de jugement principal

Le consentement était considéré comme recherché si le professionnel demandait à la patiente s'il pouvait réaliser un toucher vaginal préalablement à la pratique de ce geste.

Le consentement était considéré comme non recherché s'il n'était pas recueilli par le professionnel ou si le recueil n'était pas fait préalablement à la réalisation du toucher vaginal.

5.2) Critères de jugement secondaires

Les critères utilisés par les professionnels pour obtenir le consentement des patientes ont été listés et divisés en catégories grâce à des pourcentages.

6) Méthode d'analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation puis saisies une à une sur un tableur Excel.

L'analyse statistique de ces données a été réalisée grâce aux logiciels Microsoft Excel et R4Web.

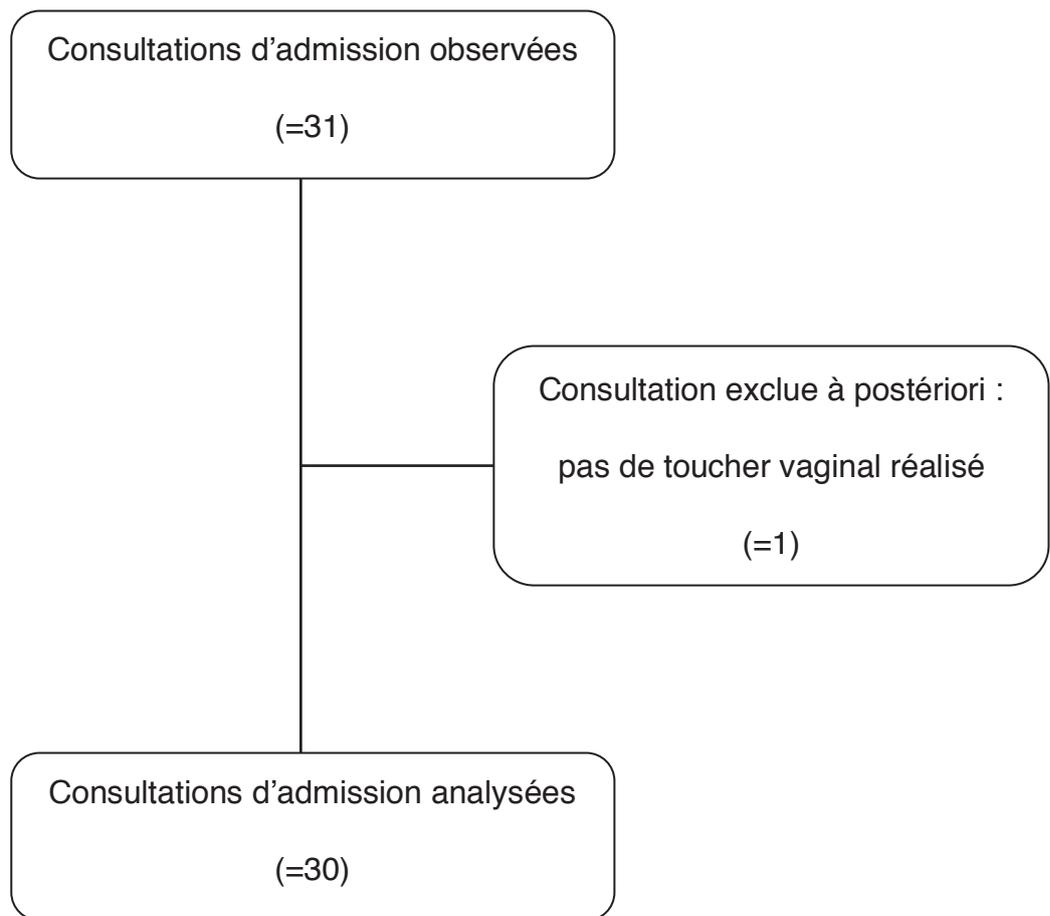
Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de la moyenne (m) et de l'écart type ($e-t$), ou, en cas d'écart à la normalité, par l'intermédiaire de la médiane (med) et de l'écart inter-quartile (EIQ).

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide des effectifs (n) et des pourcentages (%).

III. RÉSULTATS

Trente-et-un professionnels ont été observés. Une observation a été exclue à postériori car le professionnel n'a pas réalisé de toucher vaginal (TV) lors de sa consultation.

Diagramme d'inclusion :



1) Caractéristiques générales des observations

1.1) Caractéristiques des patientes prises en charge par les professionnels observés

Tableau 1 : Caractéristiques maternelles à l'inclusion (n=30)

| | | |
|--|------|-----------|
| Âge maternel, m (e.t) | 31 | 5 |
| Gestité, med (EIQ) | 3 | [2-4] |
| Parité, med (EIQ) | 1 | [0-1,75] |
| Type de grossesse, n (%) | | |
| Unique | 30 | 100% |
| Multiple | 0 | 0% |
| Âge gestationnel en semaine d'aménorrhée à l'admission, med (EIQ) | 37,4 | [27,5-40] |

Abréviations : m = moyenne / e.t = écart-type / n = effectif / % = pourcentage / med = médiane / EIQ = écart inter-quartile

Les patientes prises en charge par les professionnels observés avaient en moyenne 31 ans, la plus jeune d'entre elles avait 23 ans et la plus âgée 44 ans.

La médiane de la gestité des patientes se trouvait à trois grossesses, et celle de la parité à un enfant.

Le fœtus était unique chez les trente patientes.

La médiane de l'âge gestationnel à l'admission se situait à 37 SA + 4 jours, la grossesse la moins avancée étant au terme de 10 SA et la plus avancée à 41 SA + 6 jours.

1.2) Caractéristiques de la consultation observée

Tableau 2 : Caractéristiques de la consultation observée (n=30)

| | | |
|---|----|------|
| Service de l'observation, n (%) | | |
| Urgences gynécologiques et obstétricales | 27 | 90 |
| Salle d'accouchement | 3 | 10 |
| Motif de la consultation d'admission, n (%) | | |
| Contractions utérines | 8 | 26,7 |
| Saignements | 7 | 23,3 |
| Terme prolongé | 6 | 20 |
| Autres | 3 | 10 |
| Rupture de la poche des eaux (franche ou suspicion) | 3 | 10 |
| Diminution des mouvements actifs fœtaux | 2 | 6,7 |
| Déclenchement | 1 | 3,3 |

Abréviations : n = effectif / % = pourcentage

Les consultations observées avaient lieu dans 90% des cas aux urgences gynécologiques et obstétricales (UGO), et pour 10% en salle d'accouchement.

Les motifs de consultation des patientes examinées par les professionnels observés étaient divers, mais les trois motifs de consultation les plus fréquents étaient les contractions utérines (26,7%), les saignements (23,3%) ou un terme prolongé (20%).

1.3) Caractéristiques des professionnels observés

Tableau 3 : Caractéristiques des professionnels observés (n=30)

| | | |
|--------------------------|----|------|
| Profession, n (%) | | |
| Sage-femme | 27 | 90 |
| Étudiant(e) sage-femme | 1 | 3,3 |
| Externe en médecine | 1 | 3,3 |
| Interne en médecine | 1 | 3,3 |
| Gynécologue-obstétricien | 0 | 0 |
| Autre | 0 | 0 |
| Genre, n (%) | | |
| Femme | 28 | 93,3 |
| Homme | 2 | 6,6 |

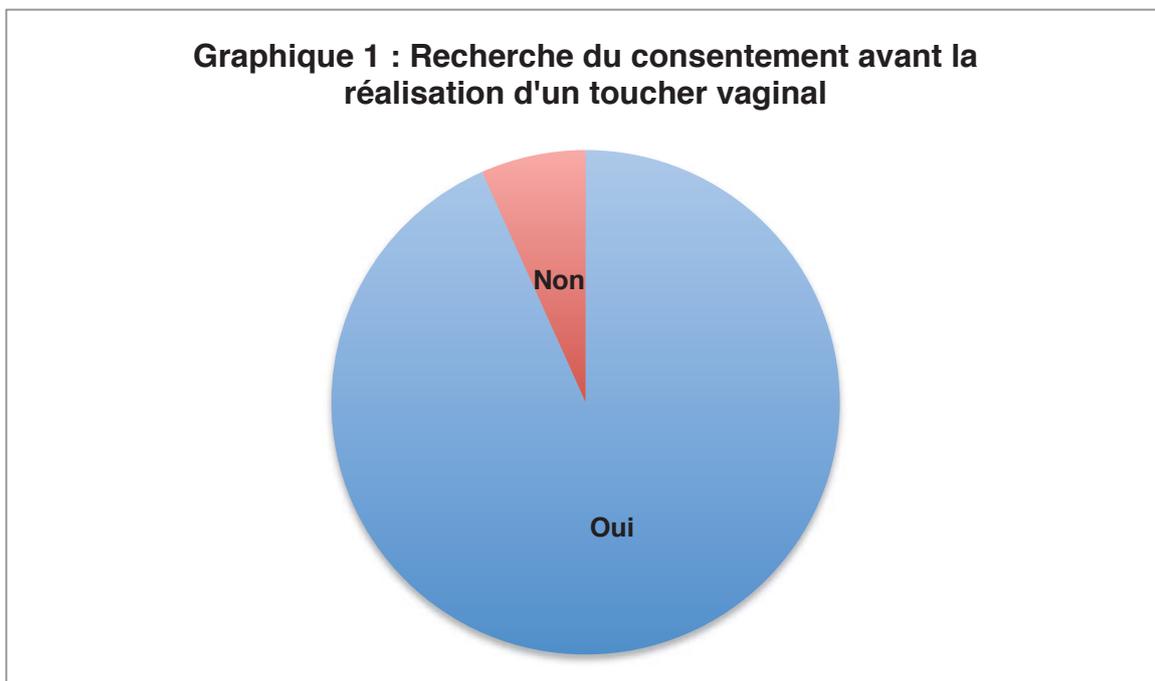
Abréviations : n = effectif / % = pourcentage

La majorité des professionnels observés était des sages-femmes (90%). Nous avons également observé un étudiant sage-femme, un interne en gynécologie médicale et un externe en médecine. Aucun gynécologue-obstétricien n'a été observé.

Les professionnels observés étaient principalement des femmes (93,3%).

2) Critères de jugement principal et secondaire

2.1) Critère de jugement principal : recherche du consentement

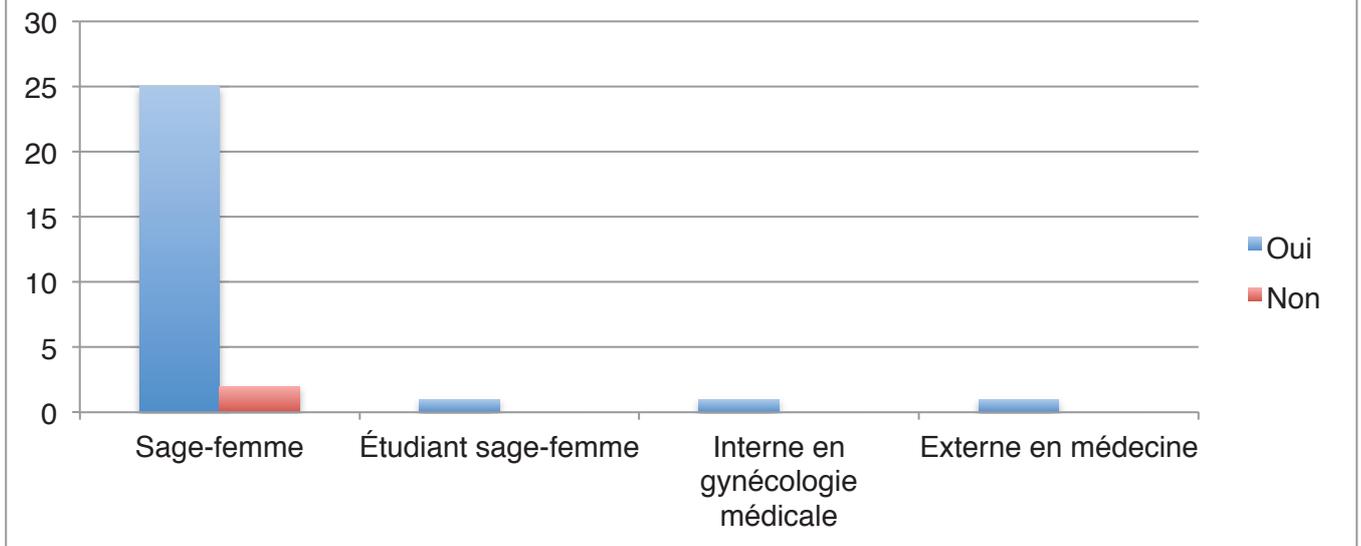


Sur les 30 professionnels observés, 28 ont recherché le consentement de la patiente avant de réaliser un TV, soit 93,3% d'entre eux.

Un professionnel a recherché l'accord de la patiente alors même qu'il avait déjà réalisé le geste : le consentement a donc été considéré comme non recherché.

Un professionnel n'a pas du tout recherché le consentement de la patiente avant de réaliser l'examen vaginal.

Graphique 2 : Recherche du consentement selon le statut du professionnel observé



Sur les 30 professionnels observés, les deux professionnels n'ayant pas recherché le consentement de la patiente avant la réalisation d'un toucher vaginal étaient des sages-femmes.

2.2) Critères de jugement secondaires : modalités de la recherche du consentement

Les phrases utilisées par les professionnels afin de rechercher le consentement des patientes étaient :

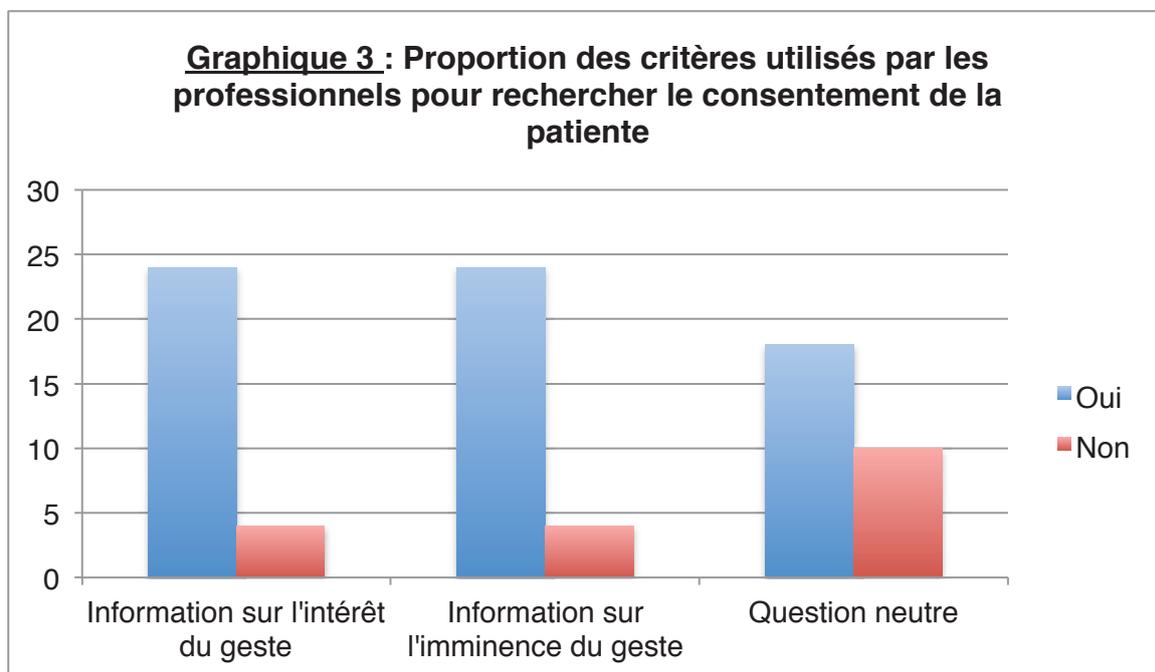
- « Je vous examinerai pour regarder le col »
- « Il ne nous reste plus qu'à regarder comment est le col avec le toucher vaginal »
- « On va voir l'état de votre col pour savoir si les contractions utérines ont été efficaces »
- « Je vais vous examiner pour localiser la douleur »
- « Vous me dites quand vous êtes prête »

- « C'est bon pour vous ? J'y vais »

- « Est-ce que je peux commencer ? »

Les professionnels ayant recherché le consentement de la patiente avant la réalisation du toucher vaginal posaient systématiquement une question, ouverte ou fermée, et attendaient la réponse positive de cette dernière avant de l'examiner.

De surcroît, ces professionnels utilisaient communément d'autres critères afin de recueillir le consentement des patientes. Ils sont catégorisés dans cet histogramme :



Une information sur l'intérêt du toucher vaginal était donnée à la patiente par 86% des professionnels ayant recherché le consentement. Le professionnel expliquait qu'il réalisait ce geste dans le but de « savoir comment était le col », déterminer « si le travail avait commencé », « localiser les saignements » ou la douleur.

On note également que la majorité de ces professionnels (86%) annonçait à la patiente l'imminence du geste – souvent au moment d'enfiler le gant d'examen – par

une phrase comme « vous me dites quand vous êtes prête » ou encore « c'est bon pour vous ? ».

En revanche, seulement 18 d'entre eux (64%) recherchaient le consentement de la patiente par l'intermédiaire d'une question neutre. Une question neutre est une question qui laisse à la patiente la liberté de répondre ce qu'elle souhaite, le professionnel n'influence alors pas sa réponse. Les questions posées par les professionnels pouvaient alors être « est-ce que je peux vous examiner ? » ou « est-ce que je peux y aller ? ». Chez 10 des professionnels ayant recherché le consentement, la réponse de la patiente était orientée par la question : « c'est bon pour vous ? » ou « vous êtes bien d'accord pour que je vous examine ? »

IV. DISCUSSION

1) Limites et biais de l'étude

○ Type d'étude :

Nous avons privilégié une étude par observation directe des professionnels, afin d'éviter les biais déclaratifs rencontrés lors du remplissage de questionnaires. Dans l'objectif d'étudier le plus fidèlement les pratiques professionnelles, le soignant et la patiente prise en charge ne connaissaient pas le sujet précis de l'étude.

Cependant, il existe un biais inhérent aux audits de pratiques, appelé l'effet Hawthorne (9). Décrit par Elton Mayo dans les années 1930, celui-ci désigne le changement d'attitude et de pratique du professionnel qui se sait observé, souvent dans le sens d'une amélioration.

L'ensemble des observations a été réalisé par un seul et même investigateur, limitant ainsi certains biais dans le recueil, la saisie et le traitement des données. En revanche, il ne peut être exclu que l'observateur ait réalisé des erreurs dans la saisie des informations : une baisse de vigilance et une sur ou sous-estimation ont pu être possibles.

Dans cette étude, nous avons choisi de n'observer que les TV réalisés lors de la consultation d'admission aux UGO ou en salle d'accouchement, soit le premier TV du « couple » professionnel-patiente. Cela nous a permis de limiter un biais cognitif de sur-généralisation (10) de la part des professionnels observés, désignant une tendance à vouloir faire d'un fait spécifique une règle générale. Dans notre cas, il s'agirait d'un professionnel réalisant un énième TV lors du suivi du travail d'une parturiente, et qui, sous prétexte d'avoir obtenu le consentement de la patiente lors

du premier TV, en conclurait que cette dernière lui a donné son accord pour tous les autres examens vaginaux qu'il pourra effectuer.

Ce choix méthodologique a néanmoins entraîné un biais de sélection, l'ensemble de l'effectif des professionnels de l'HCE ne réalisant pas de gardes aux UGO.

- Population étudiée :

Au cours de notre étude, 30 professionnels ont pu être observés, cet effectif concordait avec la base du minimum de 30 observations recommandées par l'HAS à propos de l'audit clinique. On peut donc considérer ces résultats comme étant représentatifs des pratiques des différents professionnels de l'HCE.

Chaque professionnel n'a été observé qu'une seule fois, permettant une certaine fiabilité dans les taux de conformité des pratiques mesurés.

Par ailleurs, et comme exposé précédemment, n'ont été observés que les professionnels exerçant aux UGO ou en salle d'accouchement, excluant ainsi les professionnels exerçant dans un autre service sur la période de recueil des données. Une période d'inclusion plus longue, permettant des rotations dans les équipes, aurait permis de représenter plus fidèlement les pratiques de l'ensemble des professionnels de l'HCE.

De plus, et bien que l'investigateur ait réalisé la sélection des observations de manière aléatoire, nous constatons que la plupart des professionnels observés était des sages-femmes. Une période d'inclusion plus longue et une modification des critères d'inclusion de notre étude, incluant des femmes non enceintes, auraient peut-être permis d'observer un panel plus large de professionnels diplômés ou en cours de formation.

- Validité externe :

Cette étude étant monocentrique et concernant un échantillon limité de professionnels de l'HCE, les résultats obtenus ne peuvent être transposés à d'autres maternités.

2) Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

2.1) Caractéristiques de la population

Notre étude s'intéressait à la pratique de l'ensemble des professionnels amenés à réaliser un TV à une femme enceinte, aux UGO ou en salle d'accouchement. Ce recrutement différait des études que nous avons pu retrouver dans la littérature, qui s'intéressaient pour la plupart à un seul métier.

Pour autant, 90% des professionnels observés étaient des sages-femmes : cela peut s'expliquer par les critères d'inclusion de notre étude, qui ne s'intéressait qu'aux femmes enceintes, pour la plupart prises en charge par des sages-femmes à leur arrivée. En effet, à l'HCE, les étudiants en médecine (internes ou externes) effectuent essentiellement des consultations de gynécologie : c'est la raison pour laquelle ils sont peu représentés dans notre étude.

L'étude de M. Chevallier (11), qui a interrogé 95 sages-femmes exerçant pour la majorité (88%) en milieu hospitalier, retrouvait, à l'instar de notre étude, une population de professionnels essentiellement féminine (93%).

Le mémoire de P. Morvan (12), s'intéressant au vécu du TV par les femmes enceintes en consultation prénatale, relevait un âge moyen de 28 ans chez les patientes interrogées, ce qui correspond plutôt bien aux caractéristiques des patientes examinées par les professionnels observés dans notre étude (31 ans).

L'âge moyen des patientes examinées dans notre étude concorde également avec les chiffres fournis par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (13), concernant l'âge moyen des femmes à l'accouchement en France, qui atteint 30,8 ans en 2020.

Les deux motifs de consultation les plus représentés étaient les contractions utérines (27%) et les métrorragies (20%), au même titre que dans l'étude menée par M.Gall (13) s'intéressant à l'information et au consentement dans la pratique du toucher vaginal par les sages-femmes et étudiants(es) sages-femmes.

2.2) Conformité du critère de jugement principal

o Conformité globale :

Dans notre étude, 28 professionnels ont effectivement recherché le consentement de la patiente avant la réalisation d'un toucher vaginal, soit 93,3% d'entre eux. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude menée par P. Morvan (12), dans laquelle 74% des femmes interrogées déclaraient avoir pu donner leur consentement de manière systématique avant chaque TV réalisé lors de leur suivi de grossesse. Ces résultats sont également nettement supérieurs à ceux relevés par l'étude de M. Chevallier (11), dans laquelle 8% des 35 sages-femmes pensant aux autres aspects que la visée strictement médicale et diagnostique du TV (explications du geste, respect de la pudeur, lubrification) déclaraient recueillir le consentement éclairé de la patiente.

Les deux professionnels, dont la pratique n'était pas conforme, étaient des sages-femmes. En effet, les sages-femmes constituant la profession la plus observée dans notre étude (90%), la probabilité que l'une d'entre elles ait une pratique non conforme

était plus élevée que pour les autres professions, représentées par un seul professionnel chacun (à l'exception des gynécologues-obstétriciens).

- Un manque de critères objectifs :

La notion de consentement à l'acte médical, bien qu'inscrite dans le CSP (2) et transposée dans les codes de déontologie des professions médicales et paramédicales, reste une notion abstraite. En effet, dans l'ensemble de la littérature consultée lors de la rédaction de ce mémoire, la notion de recherche effective du consentement n'est étayée par aucun critère d'objectivité.

Ce flou autour de la recherche du consentement a été l'un des freins principaux à l'élaboration de la méthodologie de ce travail de recherche. En restant fidèles à la définition du consentement telle qu'elle est décrite dans le CSP, nous considérons sa recherche conforme dès lors que le professionnel avait demandé la permission à la patiente de l'examiner par le biais d'une question, et cela préalablement à la réalisation du TV.

A. Lesieur, dans son mémoire (15) portant sur le consentement éclairé dans le cadre de la direction du travail en salle de naissance, avait interrogé 188 sages-femmes par le biais d'un questionnaire, sur la façon dont elles recherchaient le consentement. Parmi les 69 professionnelles déclarant rechercher le consentement de manière systématique avant chaque acte réalisé, huit d'entre elles considéraient le consentement comme étant recueilli dès lors que la patiente n'exprimait pas explicitement son refus. Ce résultat met en exergue toute la subtilité qui gravite autour de la notion de recherche du consentement par les professionnels et de l'accord donné par les patientes, quand celui-ci ne nécessite pas qu'il soit

expressément écrit.

- Du ressenti des patientes à la perception des professionnels :

Plusieurs études se sont intéressées au vécu et au ressenti du TV par les femmes, pendant leur grossesse ou lors de leur suivi gynécologique. Ainsi, dans l'étude de P. Morvan (12), 46,4% des 97 femmes enceintes interrogées appréhendaient le TV lors des consultations prénatales, et celui-ci générait de l'angoisse chez 13% d'entre elles.

Ces résultats rejoignent ceux d'une étude menée aux Pays-Bas (7), dans laquelle 56 des 139 femmes interrogées avaient une expérience négative du TV pendant le travail. Ces dernières décrivaient un examen douloureux, embarrassant, et une situation dans laquelle elles ne se sentaient ni respectées ni dans la possibilité de stopper l'examen. Ce dernier point nous permet de soulever une notion importante dans la définition inscrite au CSP, qui est celle que le « *consentement peut être retiré à tout moment* » (2).

Dans son étude menée dans le cadre de son mémoire (16), M. Lefebvre a interrogé 15 femmes présentes dans le service de suites de couches d'une maternité parisienne. Deux d'entre elles décrivent un vécu difficile des TV pendant la grossesse et l'accouchement. Si elles mentionnent le fait que les professionnels prenaient des « précautions », elles décrivent le TV comme un « *passage obligé* », sous-entendant qu'elles n'ont pas entièrement la possibilité de refuser de consentir à cet acte médical.

Cette notion de non recherche de consentement a également été documentée par plusieurs études à travers le monde, comme en Angleterre, où un questionnaire a été

distribué à 1100 femmes à propos du vécu de la naissance de leur enfant (17). Les femmes interrogées, dont la moyenne d'âge était comparable à celle des patientes de notre étude (30-34 ans), déclaraient pour 13% d'entre elles ne pas avoir donné leur consentement avant les examens vaginaux vécus au cours du travail.

Quelques études se sont également intéressées à la perception que les professionnels de la santé de la femme peuvent avoir du TV. Comme nous l'avons énoncé dans l'introduction de ce mémoire, le TV est un des gestes les plus couramment pratiqués par les sages-femmes dans l'exercice de leur fonction. C'est effectivement ce que décrit M. Chevallier dans son étude, dans laquelle 50% des 95 sages-femmes interrogés déclaraient réaliser entre cinq et neuf TV par garde de 12 heures. M. Chevallier les a questionnées sur leur positionnement professionnel vis-à-vis du TV : 95% d'entre elles déclaraient « *se mettre dans le rôle du professionnel qui doit établir un diagnostic* ». Seulement, 50% de ces 91 sages-femmes ne voient dans le TV aucune autre connotation que le versant médical du geste : cela peut éventuellement expliquer que la recherche effective du consentement ne concerne que 8% des 35 sages-femmes s'intéressant de plus près aux conditions de réalisation de l'examen. Par ailleurs, 13,3% des sages-femmes questionnées admettaient ne pas toujours avoir le temps de s'attarder sur la représentation intime du geste.

Néanmoins, les sages-femmes et étudiantes sages-femmes interrogées dans le cadre de l'étude anglaise (17) portant sur le vécu de la naissance sentent une amélioration des pratiques concernant la recherche du consentement, que nous relevons également par rapport aux études de M. Chevallier (11) et P. Morvan (12)

menées respectivement en 2012 et 2015.

Ces différentes études montrent bien la différence de perception du TV entre les femmes qui sont examinées et les professionnels qui pratiquent ce geste. Même si cet écart semble se combler, il convient de rester attentif à ce geste intime très pratiqué en gynécologie et en obstétrique.

- La recherche du consentement, une obligation légale :

La recherche du consentement avant tout acte médical est une obligation légale inhérente à toutes les professions médicales et paramédicales. Ce caractère obligatoire est bien connu des sages-femmes, comme le montre M. Gall dans son étude, où 93% des professionnels interrogés disaient en avoir conscience.

S'il est notifié que le consentement doit être libre et éclairé, il n'est pas précisé de quelle façon il doit être recherché afin de faire foi. En effet, comme le précise J-M. Debarre dans son article (18), si la loi prévoit que la charge de la preuve de l'information incombe au professionnel de santé (19), elle reste muette sur le formalisme du consentement, sauf dans certaines situations expressément édictées par la loi, où le consentement est souvent écrit (don de gamètes, diagnostic prénatal...). Si on ajoute à cela les dispositions exceptionnelles réservées à certains contextes (urgence vitale, patient mineur, sous tutelle), on comprend bien toute la complexité juridique encadrant la notion de consentement.

2.3) Conformité des critères de jugement secondaires

- Information sur l'intérêt du geste :

Dans notre étude, 86% des professionnels ayant recherché le consentement de la

patiente avant de réaliser le TV avaient préalablement donné une information sur cet acte médical. Ce taux est plus élevé que dans l'étude de M. Chevallier (11), où 75% des sages-femmes déclaraient expliquer systématiquement l'intérêt du TV à leurs patientes. Dans l'étude de P. Morvan (12), 30,9% des patientes interrogées disaient n'avoir eu aucune information sur ce même geste.

En Inde, où une étude par observation directe a été menée sur 275 femmes enceintes de la région du Pradesh (20), 30% des femmes n'avaient reçu aucune information à propos de la réalisation du TV.

Par ailleurs, notre taux de conformité pour ce critère était similaire à celui retrouvé par M. Gall (14) dans son étude menée en 2018 et dans laquelle 86,3% des 190 professionnels interrogés déclaraient donner systématiquement une information sur les objectifs du geste.

- Information sur l'imminence du geste :

De la même façon que pour la délivrance de l'information sur l'intérêt du geste, 86% des professionnels dont la pratique était conforme concernant la recherche du consentement avertissaient la patiente juste avant de réaliser le TV. La plupart du temps, cela se manifestait par une phrase courte, comme « *je peux y aller ?* » ou « *est-ce que c'est bon pour vous ?* ». Ce critère, retrouvé dans la pratique de la majorité des professionnels observés dans notre étude, n'apparaissait pas dans les travaux que nous avons pu consulter. Or, il nous semblait important de le notifier, car il peut considérablement diminuer l'angoisse des patientes notifiée dans l'étude de P. Morvan (12). Par ailleurs, « l'effet de surprise » tel qu'il est décrit par une femme dans le blog d'utilisatrices Jenaipasconsenti (21), peut remettre en doute la

recherche du consentement, même si elle a été réalisée au préalable. En effet, si cette notion de « surprise » n'est pas explicitement nommée dans le CSP, l'article 222-23 du Code Pénal (22) énonce bien que « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ». Ce critère portant sur l'annonce de l'imminence du geste, très utilisé par les professionnels observés dans cette étude, nous paraissait important à notifier car il démontre bien que la frontière entre l'acte diagnostic et médical qu'est le TV, et son caractère délictuel, est ténue.

- Question neutre :

Si les taux de conformité atteignaient plus de 85% en ce qui concerne l'information sur l'intérêt et l'imminence du geste, seulement 64% des professionnels recherchaient le consentement des patientes par l'intermédiaire d'une question neutre. Ce critère, également peu retrouvé dans la littérature, nous semblait important à relever : en effet, le fait d'induire la réponse de la patiente à travers la façon dont est posée la question pose problème face à la définition du consentement telle qu'elle est décrite dans le CSP. Ainsi, 36% des professionnels observés recherchaient le consentement par une phrase telle que « *je vais vous examiner, vous êtes bien d'accord ?* » ou « *c'est bon pour que je vous examine ?* ». Il nous paraît essentiel de préciser que ces phrases, dont la formulation ne respecte pas la définition du consentement donnée par le CSP, ne sont pas orientées de façon intentionnelle par les professionnels qui les utilisent. C'est d'ailleurs la raison qui nous a poussés à considérer ce critère comme étant secondaire dans la recherche

du consentement. Néanmoins, cela pourrait constituer un axe d'amélioration pour les pratiques futures des professionnels concernés : si leur intention n'est pas malfaisante, il semble primordial de ne pas négliger notre position de soignant vis-à-vis des patientes que nous prenons en charge. En effet, si la relation soignant-soigné tend à s'équilibrer depuis la mise en œuvre de la CPH, il n'en reste pas moins que le soignant détient seul les connaissances médicales. Par conséquent, l'orientation de la question, même non intentionnelle de sa part, fragilise cet équilibre, et limite la possibilité d'expression, et donc d'un refus de la patiente.

2.4) Un consentement libre

La notion de « consentement libre » a constitué un socle dans la détermination de notre critère de jugement principal. Nous nous sommes d'abord intéressés à la définition du mot libre : « qui a le pouvoir de décider, d'agir par soi-même, sans contrainte extérieure » (23).

Ainsi, la recherche du consentement à l'acte médical n'est valable que si le patient a pu donner son accord alors qu'il n'était soumis à aucune contrainte de quelque sorte que ce soit. Cette notion de neutralité nous semblait passer par deux points essentiels :

> Le consentement doit être recueilli par l'intermédiaire d'une question. En effet, la phrase affirmative n'a pas sa place dans cette indication, le choix de la réponse n'étant pas laissé à la patiente. Pour autant, une question ouverte est toujours préférable à une question fermée, car elle favorise une discussion entre le professionnel et la patiente, lui laissant la possibilité d'interroger le soignant sur le geste qu'il s'apprête à effectuer. Ce critère était largement conforme chez les

professionnels observés dans notre étude.

> Cette question ne devrait pas orienter la réponse de la personne soignée, comme nous l'avons exposé précédemment. L'absence de neutralité constitue effectivement une contrainte entravant la notion de liberté, corolaire à la recherche du consentement dans le milieu médical.

2.5) Un consentement éclairé

Le CNOM, s'appuyant sur l'article R.4127-36 du CSP (24), décrit le consentement éclairé comme devant résulter d'une « information claire, complète, compréhensible et appropriée à la situation du patient » (25). Le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français, dans un communiqué datant de 2015 (26), complète cette notion en précisant que « le médecin indique ce qu'il va examiner, pourquoi il faut faire cet examen, et les informations que cela va apporter ».

Le consentement, en plus d'être obtenu en l'absence de toute contrainte, ne devrait se passer d'une information sur l'acte réalisé. En effet, il n'est pas aisé de consentir à un geste que l'on s'apprête à vivre, sans avoir connaissance des tenants et aboutissants de celui-ci. Dans notre étude, 86% des professionnels donnaient une information sur l'intérêt du TV à la patiente, préalablement à la réalisation du geste. Du reste, ce taux de conformité se révélait supérieur à celui retrouvé dans d'autres études.

Si cette information est plutôt bien délivrée dans notre étude, à l'instar d'autres recherches, il n'en reste pas moins des progrès à réaliser dans certains pays. En effet, une étude nigérienne (27) questionnant 486 femmes ayant déjà fait l'expérience d'un toucher vaginal, révélait que sur les 358 femmes pensant que le TV

était nécessaire, 51% d'entre elles ignoraient à quoi il servait.

Par ailleurs, il aurait été intéressant de déterminer s'il existait un lien entre l'expérience professionnelle du soignant et une meilleure conformité dans l'information donnée sur le TV. Si le nombre de professionnels observés dans notre étude n'était pas suffisant pour établir un lien significatif entre ces variables, M. Chevallier (11), dans son mémoire s'intéressant à 95 sages-femmes, a pu analyser ces données. Elle concluait qu'il n'apparaissait pas de lien significatif entre le nombre d'années d'expérience et la constance de l'information donnée sur le TV. En revanche, les sages-femmes justifiant de plus de 10 ans d'expérience étaient plus nombreuses à porter une attention particulière aux bonnes conditions de réalisation du TV, comme l'installation de la patiente, la lubrification ou encore le respect de sa pudeur.

3) Perspectives et axes d'amélioration

- Élaboration de critères objectifs :

Cette étude a mis en évidence la difficulté à juger objectivement de la recherche effective du consentement. En effet, sa définition telle qu'elle est établie dans le CSP, laisse la place à une certaine « zone grise » autour de la façon de l'aborder, notamment lorsque sa recherche se fait oralement, comme c'est le cas pour beaucoup d'actes médicaux pratiqués couramment en gynécologie-obstétrique.

Or, l'analyse des pratiques professionnelles réalisée dans le cadre de ce mémoire a mis en exergue que certains critères, bien que non définis par des recommandations professionnelles ou un cadre juridique, étaient d'ores et déjà utilisés communément par différents soignants.

Ainsi, on pourrait imaginer établir un certain nombre de points essentiels à la recherche d'un consentement libre et éclairé, permettant d'uniformiser les pratiques et de prendre en charge les patients dans la dignité et le respect de leur personne.

Nous avons imaginé la création de différents critères lors de l'élaboration de ce mémoire, que l'on a pu retrouver dans la pratique de la majorité des professionnels observés :

- > Le recueil est précédé d'une information sur l'intérêt du geste ;
- > La recherche du consentement est effectuée par l'intermédiaire d'une question neutre, n'influençant pas la réponse de la patiente ;
- > La recherche et le recueil du consentement précèdent le geste ;
- > La patiente est prévenue de l'imminence du geste, juste avant sa réalisation.

Ces critères hypothétiques permettraient essentiellement de définir un ensemble de bonnes pratiques autour de la recherche du consentement.

Si le consentement à l'acte médical devrait se rappeler aux professionnels de santé par son aspect obligatoire et des critères objectifs, il serait souhaitable que l'on n'en oublie pas son caractère éthique et moral.

En effet, la recherche du consentement ne s'est pas inscrite dans les différents textes et codes de déontologie uniquement dans l'objectif de protéger les soignants face à d'éventuelles poursuites, mais surtout afin de préserver la dignité des patients et faire valoir leurs droits.

Ainsi, l'intention du professionnel qui recueille le consentement revêt tout autant d'importance que le contenu ou la formulation de la phrase qu'il utilise. Cette intention se manifeste par le ton employé, le timbre de la voix, le positionnement vis

à vis du patient lors du recueil du consentement, etc... Comme l'écrit Martin Winckler (28), « la délicatesse de la demande du consentement annonce la délicatesse de l'examen ». Autant de positionnements professionnels qu'il est difficile d'évaluer objectivement.

- Proposition d'élaboration d'une affiche :

L'élaboration d'une affiche (Annexe II) à destination des professionnels diplômés ou en cours de formation, constituerait un rappel important sur la notion de consentement.

Aussi, si l'on retrouve, dans les bureaux de soins ou les écoles de sages-femmes, des affiches rappelant les recommandations en terme d'hygiène pour la pratique des TV (29), ou encore la procédure à suivre en cas d'hémorragie de la délivrance (30), il existe peu de supports pour rappeler les obligations déontologiques des professionnels de santé.

En effet, le secret médical, la recherche du consentement, ou encore l'obligation de formation continue, bien qu'abordés en cours de droit dans les différents cursus médicaux et paramédicaux, ne font souvent l'objet d'aucun rappel ni formation.

Si les professionnels observés dans ce mémoire avaient des pratiques relativement conformes en terme de recherche du consentement, il paraît intéressant de se remémorer ces différentes notions constituant le socle de nos professions de soignants.

- Restitution des résultats :

L'objectif de ce mémoire étant l'amélioration des pratiques professionnelles, il serait intéressant de communiquer les résultats de cette étude aux soignants des services concernés. Cette étape permettrait de les sensibiliser sur les pratiques à améliorer mais aussi d'identifier les points forts que cette étude a mis en exergue.

Cette restitution pourrait faire l'objet d'une réunion de service au cours de laquelle les axes d'amélioration seraient discutés, et des rappels déontologiques autour de la recherche du consentement seraient effectués.

V. CONCLUSION

Nous avons répondu à l'objectif principal de cette étude, qui était de déterminer si le consentement des patientes était recherché de manière systématique avant la réalisation d'un TV. Les pratiques des professionnels observés aux UGO et en salle de naissance à l'HCE étaient conformes pour 93,3% d'entre eux.

Nous avons également pu constater que ceux-ci utilisent des critères communs afin de recueillir le consentement des patientes. Ainsi, les points forts soulevés par cette étude étaient l'information sur l'intérêt et l'imminence du geste, qui concernaient 86% des professionnels dont la pratique était conforme en terme de recherche du consentement.

On note néanmoins une possibilité d'amélioration des pratiques quant à la neutralité de la question posée. Si plus de la moitié des professionnels avaient une pratique jugée comme conforme, il n'en reste pas moins que 36% d'entre eux orientaient la réponse de la patiente par la formulation de la question posée.

Une définition plus intelligible de la notion de consentement à l'acte médical, ainsi qu'un rappel sur les devoirs et obligations déontologiques des professions concernées, permettraient non seulement une évaluation plus objective des critères nécessaires à sa recherche, mais resitueraient également les droits et la dignité du patient au centre de leur prise en charge.

Par ailleurs, il serait intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur portant sur la recherche du consentement pour l'ensemble des gestes spécifiques au domaine de la gynécologie et de l'obstétrique (palpation mammaire, pose de spéculum, échographies endovaginales...). Ce type de recherche permettrait

également d'inclure un échantillon de professionnels plus varié que celui que nous avons observé dans cette étude.

Enfin, et même si les gestes tels que le TV font partie du quotidien des professionnels gravitant autour de la santé de la femme, il convient de ne pas oublier qu'ils touchent à l'intimité physique et psychique des patientes. Ainsi, au delà de la question utilisée pour rechercher le consentement, le professionnel doit toujours avoir en tête ces deux réalités différentes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.
2. Code de la santé publique - Article L1111-4
3. CIRCULAIRE DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=10571>
4. Béguin F. #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux, dans le journal Le Monde, 25 novembre 2014. Disponible sur :
https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html
5. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629-2.pdf
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pratique médicale et sexualité. Rapport datant de décembre 2000. Disponible sur:
https://www.atoute.org/n/IMG/pdf/conseil_de_ordre_me_decins_sexualite_patients.pdf
7. Klerk HW de, Boere E, Lunsen RH van, Bakker JJH. Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. J Psychosom Obstet Gynecol. 3 avr 2018;39(2):90-5.

8. ANAES. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Rapport concernant l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Juin 2003. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf
9. Gillespie, Richard, *Manufacturing knowledge : a history of the Hawthorne experiments*, Cambridge, Cambridge University Press, 1991.
10. Franceschi P. Théorie des distorsions cognitives : la sur-généralisation et l'étiquetage. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2009;19(4):136-40. Disponible sur : <https://www-sciencedirect-com.sid2nomade-1.grenet.fr/science/article/pii/S1155170409000792>
11. Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste... 11 avr 2012 ; 81.
12. Morvan P. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. 30 avr 2015 ; 50.
13. Insee. Estimations de population et statistiques de l'état civil. Mars 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#graphique-figure1>
14. Gall M. L'information et le consentement dans la pratique du toucher vaginal ; 58.
15. Lesieur A. Le consentement éclairé en salle de naissance dans le cadre de la direction du travail ; 50.
16. Lefebvre M. Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme ; 48.
17. Dignity in Childbirth. The Dignity Survey 2013: Women's and midwives' experiences of dignity in UK maternity care. Birthrights 2013. Disponible sur : <https://birthrights.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/Birthrights-Dignity-Survey-1.pdf>

18. Debarre J-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Médecine & Droit. mai 2017;2017(144):57-69.
19. Code de la santé publique - Article L1111-2.
20. Sharma G, Penn-Kekana L, Halder K, Filippi V. An investigation into mistreatment of women during labour and childbirth in maternity care facilities in Uttar Pradesh, India: a mixed methods study. Reprod Health. 23 janv 2019 ; 16(1):7.
21. Site internet : Jenaipasconsenti. Disponible sur :
<https://jenaipasconsenti.tumblr.com/post/115680331188/actes-medicaux-par-surprise-une-zone-grise>
22. Code pénal – Article 222-23
23. Définition du mot « libre ». Dictionnaire Le Petit Robert. 2004.
24. Code de la santé publique - Article R.4127-36
25. Rechercher le consentement de mon patient. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>
26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Toucher vaginal : les bonnes pratiques. Communiqué datant d'avril 2015. Disponible sur : <http://web-engage.augure.com/pub/attachment/446292/02138464744729241449475267394-gmail.com/Communiqu%C3%A9%20toucher%20vaginal.pdf?id=1642719>
27. Ouj U, Igberase GO, Eze JN, Ejikeme BN. Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural Southeast Nigeria. Arch Gynecol Obstet. sept 2011; 284(3):637-42.
28. Winckler M. C'est mon corps: toutes les questions que se posent les femmes sur leur santé : le guide utile et sans tabou. 2020.

29. CClin Sud-Est. Toucher vaginal après rupture des membranes. Mai 2011.

Disponible sur : http://www.cpias.fr/ES/referentiel/Affiche_TV.pdf

30. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Algorithme de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après accouchement par voie basse. 2014. Disponible sur :

http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP_VB.pdf

ANNEXES

Annexe I : Grille d'observation utilisée lors du recueil des données

Date :

| |
|------|
| N° : |
|------|

GRILLE D'OBSERVATION

I) Renseignements concernant le professionnel à recueillir par l'observateur avant ou après l'observation directe

1) Profession du professionnel observé :

2) Sexe du professionnel observé :

- Une femme
- Un homme

II) Renseignements concernant la patiente à recueillir par l'observateur sur le dossier informatisé, avant ou après l'observation directe

1) Âge de la patiente :

2) Gestité :

3) Parité :

4) Type de grossesse :

- Unique
- Multiple

5) Âge gestationnel (en SA) à l'admission :

III) Caractéristiques de l'observation réalisée :

1) Service de l'observation :

- Urgences gynécologiques et obstétricales
- Salle d'accouchement

2) Motif de consultation de la patiente :

- Contractions utérines
- Rupture de la poche des eaux (franche ou suspicion)
- Terme prolongé
- Déclenchement
- Saignements
- Diminution des mouvements actifs fœtaux
- Autres :

3) Noter la question posée par le professionnel pour rechercher le consentement de la patiente

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

Annexe II : Proposition d'affiche sur la recherche du consentement à destination des professionnels diplômés et/ou en cours de formation

INFORMATIONS SUR LE GESTE

- En quoi consiste le geste ?
- Que recherche-t-on avec ce geste ?
- Informer sur l'imminence du geste, juste avant sa réalisation
- S'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées

QUESTION NEUTRE

- NEUTRE** "Est-ce que je peux vous examiner ?"
"Je peux vous examiner ?"
"Puis-je réaliser ce geste ?"
- ORIENTÉE** "Vous êtes bien d'accord pour que je vous examine ?"
"C'est bon si je vous examine ?"

RECHERCHE DU CONSENTEMENT

- Recueil précédant le geste
- Se placer au même niveau que la patiente
- Adapter le ton et le timbre de sa voix
- Établir un lien de confiance
- Respecter sa pudeur

LE CONSENTEMENT

Article 1111-4 du Code de Santé Publique :

"Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le **consentement libre et éclairé** de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment"

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif principal était de déterminer si le consentement des femmes enceintes était recherché systématiquement avant la réalisation d'un toucher vaginal à leur admission aux urgences gynécologiques et obstétricales ou en salle d'accouchement. Ensuite, il s'agissait d'identifier et diviser les critères utilisés pour la recherche du consentement par catégories.

Méthode : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale, et mono-centrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée par 30 observations directes de professionnels réalisant des touchers vaginaux dans les services des urgences gynécologiques et obstétricales et de salle d'accouchement de l'HCE de Grenoble.

Résultats : La majorité des professionnels recherchaient le consentement et informaient sur l'intérêt et l'imminence du geste. Les axes d'amélioration concernaient la neutralité de la question posée.

Conclusion : Les pratiques professionnelles en terme de recherche du consentement sont très satisfaisantes. L'élaboration de critères objectifs pour le recueil du consentement permettrait d'élaborer un support de rappel du code de déontologie à destination des professionnels.

Mots-clés : Consentement – Toucher Vaginal – Audit Clinique

ABSTRACT

Objectives : The main objective was to determine whether consent was systematically sought from pregnant women prior to performing a vaginal examination on admission to the gynaecological and obstetric emergency department or delivery room. Then, it was necessary to identify and divide the criteria used to seek consent by categories.

Methods : Descriptive, prospective, cross-sectional, mono-centric observational study of professional practices. This study is based on 30 direct observations of professionals performing vaginal examination in the gynaecological and obstetric emergency department and delivery room of the Grenoble HCE.

Results : The majority of professionals sought consent and informed about the interest and imminence of the procedure. The areas of improvement concerned the neutrality of the question asked.

Conclusion : Professional practices in terms of seeking consent are very satisfactory. The elaboration of objective criteria for the consent search would make it possible to elaborate a reminder of the code of ethics for the professionals.

Keywords : Consent – Vaginal Examination – Clinical Audit