

UNIVERSITÉ DE NANTES  
UFR DE MÉDECINE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES  
DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME  
Années universitaires 2014-2018

# **L'INFORMATION ET LE CONSENTEMENT DANS LA PRATIQUE DU TOUCHER VAGINAL**

Mémoire présenté et soutenu par  
GALL Marine  
Née le 1<sup>er</sup> juillet 1994

Directeurs de mémoire : Madame Isabelle Derrenderinger et Monsieur Guillaume Durand

## Remerciements

---

À Isabelle Derrendinger, directrice de l'école de sages-femmes de Nantes, pour sa disponibilité, son intérêt et ses nombreuses ressources.

À Guillaume Durand, maître de conférences en philosophie à l'université de Nantes, pour ses nombreuses relectures, ses remarques et conseils qui m'ont beaucoup aidés à écrire ce mémoire.

À Isabelle Hervo-Desmeures, Valérie Philippe, Nathalie Le Guillanton, Catherine Ferrand, Rozenn Collin, Pascale Garnier et Martine Rouger pour ces quatre années à l'école de sages-femmes.

Aux sages-femmes et étudiants sages-femmes qui ont répondu à ce mémoire et l'intérêt qu'ils ont montré pour ce dernier.

À toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées au cours de mes stages, pour la transmission de leurs connaissances et leur passion du métier.

À Véronique Burstert, présidente de l'Ordre Départemental des Sages-Femmes de Loire-Atlantique pour la diffusion de mon questionnaire aux sages-femmes.

À mes collègues de promotion, pour ces quatre belles années passées ensemble.

À mes parents, pour leur soutien durant ces cinq années d'études.

À ma sœur et mon frère, pour leur joie de vivre et leur sourire indispensables tout au long de ce parcours d'étudiante.

## Liste des abréviations

---

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal

AG : Anesthésie Générale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CU : Contraction Utérine

DIU : Dispositif Intra Utérin

ESF 4 : Étudiantes Sages-Femmes en 4<sup>ème</sup> année (M1 maïeutique)

ESF 5 : Étudiantes Sages-Femmes en 5<sup>ème</sup> année (M2 maïeutique)

GHR : Grossesse à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

ORS : Observatoire Régional de la Santé

SF : Sage-Femme

SDN : Salle De Naissances

TP : Travaux Pratiques

TV : Toucher Vaginal

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Introduction</b> .....   | <b>1</b>  |
| <b>Première partie : Généralités</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>1. Le toucher vaginal</b> .....  | <b>3</b>  |
| 1.1 Définition du toucher vaginal .....   | 3         |
| 1.2 Indications et contre-indications du toucher vaginal.....   | 3         |
| <b>2. Recommandations de la pratique du toucher vaginal en obstétrique</b> .....                      | <b>4</b>  |
| 2.1 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....                                      | 4         |
| 2.2 Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) .....                            | 5         |
| 2.3 Les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF).....                  | 5         |
| 2.4 Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) ..... | 6         |
| <b>3. La place du toucher vaginal dans la consultation de gynécologie</b> .....                       | <b>6</b>  |
| <b>4. La pratique du toucher vaginal en France et en Europe pendant le suivi de grossesse</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>5. Approche sexologique du TV, pudeur et intimité</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>6. L'éthique clinique</b> .....  | <b>10</b> |
| 6.1 Contexte .....  | 10        |
| 6.2 Du paternalisme à l'autonomisme .....   | 11        |
| 6.3 Autonomie.....  | 13        |
| <b>7. Information et consentement</b> .....   | <b>14</b> |
| 7.1 Information.....  | 14        |
| 7.2 Consentement.....   | 15        |
| <b>8. Le toucher vaginal et l'éthique clinique</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>Deuxième partie : Présentation de l'étude</b> .....  | <b>18</b> |
| <b>1. Matériel et méthode</b> .....   | <b>18</b> |
| 1.1 Objectifs .....   | 18        |
| 1.2 Hypothèses .....  | 18        |
| 1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....  | 19        |
| 1.4 Questionnaire.....  | 19        |
| 1.5 Contact.....  | 19        |
| 1.6 Recueil et traitement des données .....   | 19        |
| <b>2. Résultats</b> .....   | <b>20</b> |
| 2.1 Diagramme de flux .....   | 20        |
| 2.2 Description de la population étudiée .....  | 20        |
| 2.3 Premier toucher vaginal et apprentissage.....   | 21        |
| 2.4 Pratique du toucher vaginal .....   | 23        |
| 2.4.1 Consultations prénatales.....   | 23        |
| 2.4.2 Consultations aux urgences gynécologiques-obstétricales.....                                    | 25        |
| 2.4.3 Salle de naissances .....   | 27        |
| 2.4.4 Suite de couches.....   | 28        |
| 2.4.5 Consultations post-natales .....  | 30        |
| 2.4.6 Consultations de gynécologie.....   | 32        |
| 2.5 Information, objectifs et consentement.....   | 35        |
| 2.5.1 Information .....   | 35        |
| 2.5.2 Objectifs.....  | 36        |
| 2.5.3 Consentement.....   | 37        |
| 2.5.4 Formulation du consentement .....   | 38        |
| 2.6 Avis à propos du consentement.....  | 39        |
| 2.7 Polémique .....   | 40        |
| 2.8 Refus de TV.....  | 41        |
| 2.9 Encadrement .....   | 43        |
| <b>Troisième partie : Analyse et discussion</b> .....   | <b>45</b> |
| <b>1. Critiques de l'étude</b> .....  | <b>45</b> |
| 1.1 Points forts de l'étude .....   | 45        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 1.2       | Limites et biais de l'étude .....                                   | 45        |
| <b>2.</b> | <b>Discussion .....</b>   | <b>47</b> |
| 2.1       | La réalisation du premier toucher vaginal et son apprentissage..... | 47        |
| 2.2       | Analyse des pratiques .....   | 47        |
| 2.2.1     | La réalisation du toucher vaginal .....                             | 47        |
| 2.2.2     | Motifs de réalisation .....   | 48        |
| 2.2.3     | Information, objectifs et consentement .....                        | 49        |
| 2.3       | Connaissances des polémiques concernant le toucher vaginal .....    | 53        |
| 2.4       | Encadrement des étudiants.....                                      | 53        |
| 2.5       | Refus du toucher vaginal .....                                      | 54        |
| 2.6       | Axes d'amélioration .....   | 56        |
| 2.7       | Conclusion de la discussion.....                                    | 56        |
|           | <b>Conclusion.....</b>  | <b>58</b> |
|           | <b>Bibliographie</b>  |           |
|           | <b>Annexes</b>  |           |

## Introduction

---

En 2015, une polémique voit le jour en France : des touchers vaginaux seraient effectués par des étudiants en médecine sur des patientes sous anesthésie générale lors d'opérations, dans le cadre de leur apprentissage. Cela sans en informer la femme et donc sans son consentement préalable.

Ces faits sont dévoilés, tout d'abord, par le relevé d'activités d'internes qui mentionnait la réalisation de touchers vaginaux sur des patientes endormies. Puis, ils sont relayés par plusieurs médias et, de nombreux témoignages et articles sont alors publiés. Suite à ces révélations, le journal « *Le Monde* » a notamment publié un article intitulé : « Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis » rédigé par Clara de Bort, directrice d'hôpital et Marie-Hélène Lahaye juriste et auteure du blog Marie accouche-là. [1] De nombreuses patientes témoignent également ; dont une sur LCI en janvier 2017 dénonçant un toucher vaginal réalisé sans son consentement [2].

Pourtant, depuis quelques années et avec la loi du 4 mars 2002, le patient prend peu à peu une place centrale en santé. En effet, nous sommes passés d'une relation verticale où le soignant prenait les décisions en lieu et place du patient à une relation horizontale, où il devient acteur de sa santé et des choix s'y rattachant.

Dans ce processus, l'information que les professionnels de santé délivrent aux patients ainsi que le consentement de ces derniers pour les gestes réalisés dans le cadre de leur prise en charge sont primordiaux.

Se pose alors la question du respect de la loi et des décisions du patient concernant les actes et soins qui lui sont prodigués.

On remarque que, malgré une autonomie grandissante de ce dernier et la volonté des gouvernements à vouloir établir une relation contractualisée entre les deux parties, cela peut, parfois, être compliqué à mettre en place.

Le toucher vaginal, l'un des gestes les plus intimes qu'un professionnel de santé puisse réaliser auprès des patientes, ne semble pas être épargné par ce manque d'informations et le non recueil du consentement lorsque nous le réalisons. Au delà des enjeux législatifs et déontologiques, il y a également un véritable respect du corps et de la dignité de la femme à avoir lors de cet examen du fait de son caractère intrusif.

C'est donc une réflexion éthique qui nous amène à poser la problématique suivante :

## **Quelle est la place de l'information et du consentement dans la pratique du toucher vaginal ?**

L'objectif de ce mémoire est d'attirer l'attention des professionnels aux conditions de réalisation du toucher pelvien : indications, informations données et recueil du consentement. D'autre part, il a pour but de sensibiliser à l'éthique clinique et à la déontologie professionnelle.

Nous répondrons à cette question tout d'abord par une partie générale pour établir le contexte. Nous détaillerons ensuite l'étude rétrospective réalisée. Puis, suivra une discussion et, pour finir, nous conclurons.

# Première partie : Généralités

---

## 1. Le toucher vaginal

### 1.1 Définition du toucher vaginal

Le toucher vaginal est un geste médical à visée diagnostique pratiqué par les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes ou les médecins généralistes.

La patiente est tout d'abord installée en position gynécologique, le plus souvent, sur un plan dur et la vessie vidée.

Il consiste en l'introduction de deux doigts (l'index et le majeur), protégés par un doigtier, dans le vagin et permet d'explorer la cavité pelvienne. Il est régulièrement associé à une palpation abdominale externe par l'autre main. Cela permet une exploration plus aisée de l'appareil génital féminin. [3]

Lorsque la patiente présente une atrophie vaginale (femme ménopausée ou pré-pubère), un seul doigt peut être introduit.

Cet examen est fréquemment précédé ou suivi par la pose d'un spéculum afin d'apprécier de manière visuelle la cavité vaginale et le col.

### 1.2 Indications et contre-indications du toucher vaginal

Les indications du toucher vaginal en France sont diverses :

- Diagnostic de la grossesse
- Contractions utérines avant 37 semaines d'aménorrhée
- Pronostic obstétrical, évaluation de la mise en travail, suivi du travail
- Dépistage : douleur (dyspareunie, mobilisation, IST), taille de l'utérus par le toucher bi manuel, symptôme (saignement, incontinence urinaire), testing des releveurs de l'anus.

Les contre-indications absolues du toucher vaginal sont limitées. C'est le cas lors d'un placenta praevia et lors d'un refus de la part de la patiente. Il est à restreindre lors de risques infectieux augmentés : rupture prématurée des membranes ou menace d'accouchement prématuré.

Ces indications sont en mouvance avec des recommandations des sociétés savantes qui ne sont pas toujours bien définies concernant la réalisation du toucher vaginal comme nous allons le voir.

## **2. Recommandations de la pratique du toucher vaginal en obstétrique**

### **2.1 Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

D'après les recommandations de l'HAS de 2005, il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal pendant la grossesse. « *Le toucher vaginal systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B)* ». [4]

À noter que le grade B est une présomption scientifique ; c'est à dire que ces recommandations reposent sur des essais comparatifs randomisés de faible puissance ou non randomisés, bien menés, ou encore sur des études de cohorte. [5]

D'autre part, un document intitulé « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » qui aborde le suivi de grossesse a été publié par la HAS en 2007 et mis à jour en avril 2016. C'est une synthèse de recommandations professionnelles.

Dans celui-ci, il est notifié que pour la première consultation, avant 10 semaines d'aménorrhée, le toucher vaginal peut être utilisé pour diagnostiquer la grossesse (signe de Noble et Hegar). Cependant, la grossesse est le plus souvent confirmée par un test sanguin ou urinaire, et finalement nous utilisons peu les signes cliniques.

À aucun moment un toucher vaginal systématique n'est recommandé. En effet, l'évaluation de la présentation fœtale doit être recherchée aux huitième et neuvième mois. L'apport que représente le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale est donc évident. Cependant, l'échographie peut, également, être une précieuse aide si nous avons un doute. Cela implique qu'elle soit à disposition du professionnel, ce qui n'est pas toujours le cas notamment dans les cabinets libéraux.

Enfin, le pronostic obstétrical doit être établi à la consultation du neuvième mois et inclut l'examen du bassin. Mais la subjectivité de cet examen a souvent été énoncée et son utilité également : même avec un bassin cliniquement rétréci, nous tenterons la plupart du

temps une épreuve du travail. Le toucher vaginal peut donc être utilisé pour ces deux consultations mais n'est pas recommandé systématiquement pour les autres. [6]

## 2.2 Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS a publié en 2003 un guide de pratiques essentielles s'intitulant « *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale* ».

Concernant la grossesse, l'OMS ne cite pas le toucher vaginal dans son suivi. Lors de la mise en travail ou, après la rupture des membranes, il est recommandé « *de déterminer le stade d'avancement en réalisant un toucher vaginal à la patiente dont la finalité sera expliquée et en lui demandant son consentement* ». Bien-sûr, cela complète un interrogatoire et un examen clinique complet.

Pour l'accouchement, « *sauf indication contraire, ne pas faire plus d'un examen vaginal toutes les quatre heures* ». [7]

## 2.3 Les recommandations du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes co-écrit par le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes et le CNOSF en 2010 indique aux sages-femmes qu'elles peuvent réaliser un toucher vaginal lors des consultations prénatales à condition d'évaluer l'utilité du geste en regard des bonnes pratiques. Il peut être réalisé « *soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente, soit sur indication (activité contractile, terme de la grossesse, antécédents, facteurs de risques et conditions de vie)* ».

Lors d'une consultation aux urgences au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre, il est conseillé de réaliser un examen obstétrical mais il n'est pas précisé si le toucher vaginal doit en faire partie ou non.

Pour évaluer l'entrée en travail et le pronostic obstétrical, il est recommandé de réaliser un toucher vaginal pour déceler des modifications cervicales. En ce qui concerne le suivi du travail, il n'y a pas de recommandation concernant le toucher vaginal. [8]

## 2.4 Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF)

En 2002, des recommandations concernant la prise en charge des menaces d'accouchements prématurés à membranes intactes sont publiées par le CNGOF.

Il n'est pas indiqué pour diagnostiquer les menaces d'accouchements prématurés sauf lors de cols très modifiés (NP3) : « *Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre.* » Les scores basés sur l'association de critères cliniques et de facteurs de risques n'ont pas été validés et ne peuvent être recommandés pour les décisions en pratique quotidienne (NP4). Un niveau de preuve NP4 est obtenu par des études chronologiques multiples, avec ou sans intervention.

Pour l'évaluation des menaces d'accouchements prématurés, le CNGOF préconise donc l'utilisation de l'échographie de col par voie transvaginale. (NP3) [9] Un niveau de preuve NP3 est obtenu par des études de cohorte ou de cas-témoins bien menées, de préférence dans plusieurs centres ou plusieurs groupes de recherche.

### **3. La place du toucher vaginal dans la consultation de gynécologie**

En décembre 2016, les résultats d'une enquête concernant le suivi gynécologique par les médecins généralistes sont publiés par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire [10]. Elle compare notamment l'activité des généralistes en gynécologie par rapport à d'autres régions françaises et aux résultats nationaux.

Pour commencer, rappelons les bonnes pratiques d'une consultation de gynécologie décrites par le CNGOF et mises à jour en 2013 [11]. Tout d'abord, il faut demander à la femme ses antécédents familiaux, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, gynécologiques et son mode de vie (habitus, violences etc.) afin de constituer le dossier de la patiente lors de la première rencontre. Ensuite, suivant le motif de la consultation (consultation de gynécologie standard, post-natale, uro-gynécologique, stérilité, orthogénie etc.) l'anamnèse doit être orientée. Il est notifié qu'un examen clinique doit être réalisé sans pour autant spécifier la nécessité d'un toucher vaginal sauf pour une consultation uro-gynécologique. En effet, la gravité du prolapsus doit être évaluée et le toucher vaginal semble donc nécessaire si l'examen au spéculum ne suffit pas à faire un diagnostic précis.

Le toucher vaginal reste donc à l'appréciation du clinicien ; c'est à lui de considérer si sa réalisation est utile et nécessaire pour son diagnostic. Cela dépend également des pratiques et des habitudes de chacun.

Dans cette enquête, on retrouve un item concernant la pratique du toucher vaginal : « *Proportion de médecins généralistes déclarant réaliser... un toucher vaginal au moins une fois par semaine* ». Sans parler du résultat de cet item (pratique du TV plus importante en Loire-Atlantique que dans les autres régions par les médecins généralistes), ce qui interpelle est la présence de cet item pour évaluer une consultation de gynécologie.

Pour l'ORS, réaliser un toucher vaginal au moins une fois par semaine semble être un indicateur important et reflétant l'activité en gynécologie des médecins généralistes. Or, en aucun cas une consultation gynécologique n'impose la réalisation du toucher vaginal comme nous avons pu le constater grâce aux recommandations citées ci-dessus.

Cela amène donc à se poser la question de cette pratique en France. Le toucher vaginal est-il un indicateur que la consultation soit correctement effectuée ? Est-ce obligatoire pour dire que celle-ci est conforme ?

D'autre part, un mémoire a été réalisé en 2017 par M. Rondel, interne en médecine [12] à partir d'une revue de littérature pour déterminer l'intérêt d'un examen pelvien annuel de routine chez la femme adulte asymptomatique, en dehors de toute grossesse.

En effet, l'évolution des recommandations concernant la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) passant d'une fois par an à une fois tous les trois ans, a pu modifier la réalisation systématique de l'examen pelvien. Selon le CNGOF, une femme est susceptible d'avoir un examen pelvien pour deux raisons : dans le cadre de l'exploration d'un symptôme ou bien dans le cadre d'un examen systématique, alors dans une démarche de dépistage. Il recommande alors un examen systématique annuel mais il n'est en aucun cas obligatoire. Le CNGOF conseille de commencer par l'examen général afin de permettre une mise en confiance de la patiente puis ensuite de réaliser l'examen pelvien. [13]

D'après ce mémoire, il n'est pas utile de réaliser un examen pelvien avant de débiter une contraception (sauf DIU). Il n'est pas nécessaire non plus dans le diagnostic des IST (prélèvement urinaire ou auto-prélèvement vaginal mieux acceptés par les patientes). Concernant le dépistage du cancer de l'ovaire : d'après la revue de littérature effectuée, le toucher vaginal serait peu sensible dans le dépistage et le diagnostic, même dans les meilleures conditions d'examen.

#### **4. La pratique du toucher vaginal en France et en Europe pendant le suivi de grossesse**

En France, il semblerait que le recours à cet examen soit assez systématique pendant le suivi de grossesse malgré les recommandations. En effet, comme nous pouvons le constater dans plusieurs mémoires réalisés par des étudiants sages-femmes « *la pratique de celui-ci (le toucher vaginal) est quasiment systématique à partir du 6<sup>ème</sup> mois* » [14]. « *Il est pratiqué majoritairement en systématique dans le cadre du suivi de grossesse* » [15]. Néanmoins dans un autre mémoire, c'est nuancé : « *On observe que la majorité des professionnels suivent les recommandations, le toucher vaginal n'est pas pratiqué de manière systématique dans le suivi des grossesses à bas risque* » [16].

Comment cela se passe-t-il chez nos voisins européens ? Une étude réalisée en 1997 dans huit pays, concernant la surveillance prénatale de routine [17] montre une disparité de cette dernière. Lors de la première consultation, un toucher vaginal est réalisé en routine en Belgique, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Espagne, en France, en Allemagne et en Italie. Seule la Grande-Bretagne fait exception. Concernant les consultations du 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre, le toucher vaginal n'est pas pratiqué en systématique en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et en Espagne.

Ces différences de pratiques, bien que les études soient relativement anciennes, doivent nous amener à réfléchir sur nos habitudes françaises d'autant plus que le taux de mortalité néo-natale est comparable dans ces pays voire inférieur dans les pays nordiques. [18]

#### **5. Approche sexologique du TV, pudeur et intimité**

Le toucher vaginal est l'un des gestes les plus intimes que l'on pratique en médecine avec le toucher rectal. Il concerne la sphère génitale féminine. L'introduction de deux doigts à l'intérieur de la cavité vaginale en fait un geste également très intrusif. C'est assimilable à une pénétration sexuelle, car cette dernière est l'action permettant de franchir l'orifice vaginal ou l'orifice anal.

« *C'est un geste banal qui te semble routinier. Mais... c'est mon corps que tu touches au plus intime, là où un homme vient m'aimer, là où mes enfants passent pour naître* » [19]

Cette phrase, extraite d'un témoignage de patiente, nous montre à quel point ce geste n'est en rien courant et habituel pour les femmes. C'est une partie de leur corps qui leur est propre et c'est important à comprendre afin d'avoir des pratiques décentes. Même si le toucher vaginal est un acte médical, nous pénétrons, lorsque nous le réalisons, physiquement et psychiquement le corps de la patiente. Cette mise à nue est une entrée dans l'intimité « une notion complexe qui se construit comme un espace intérieur mettant en jeu le registre du secret vis-à-vis d'autrui mais aussi de soi-même » [20] de la patiente et nous devons donc préparer cette dernière à cette intrusion dans son corps.

Cette assimilation à la sexualité permet parfois d'expliquer que cet examen soit difficile à vivre pour certaines femmes car il peut renvoyer à des traumatismes passés.

La représentation symbolique qu'évoque le toucher vaginal est donc nécessaire à prendre en compte. En effet, l'intime et le symbolique sont liés, cela renvoie à la sexualité qui, dans beaucoup de cultures, incarne l'intimité.

De plus, la position gynécologique imposée pour la réalisation du toucher vaginal renvoie à la sexualité selon les patientes, comme le montre une étude réalisée par T. Dabouis, étudiante sage-femme au CHU de Nantes. [21]

Au delà du geste, une consultation gynécologique implique souvent pour les femmes de se montrer nue devant un professionnel. Cela signifie pour la patiente de mettre de côté sa pudeur afin de dévoiler entièrement son corps. La pudeur physique c'est cette gêne que l'on peut éprouver à montrer son corps. Elle peut être plus ou moins importante selon chaque femme. En tant que professionnel de santé, nous nous devons de respecter cette pudeur afin de ne pas mettre mal à l'aise la femme. Pour cela, plusieurs moyens existent : installer un paravent pour la laisser se déshabiller à l'abri des regards, mettre un drap ou un vêtement sur elle pendant l'examen. Si nous mettons à mal cette pudeur, la femme peut se sentir blessée et la relation de confiance entre le praticien et sa patiente peut alors être rompue. [22]

Nous allons à présent aborder l'éthique clinique. En effet ce sujet ne peut être traité sans parler de l'évolution de la relation entre le patient et le soignant et également des principes sur lesquels repose celle-ci, notamment l'autonomie.

## 6. L'éthique clinique

### 6.1 Contexte

L'éthique clinique n'est pas une spécialité seulement philosophique, elle est interdisciplinaire : elle vise à éclairer des situations « uniques » et concerne les soignants, les patients, les proches et toute la société civile. Cela repose sur un pluralisme moral avec des principes.

Elle permet de réfléchir à plusieurs autour d'un thème, de pratiques ou encore de décisions médicales entre-autres, afin d'en évaluer la portée pour le patient, le professionnel de santé et la société. Cela laisse ainsi la possibilité de toujours se remettre en question afin d'améliorer nos prises en charge.

L'analyse éthique sur laquelle je me suis appuyée pour ce mémoire est la méthode principiste décrite par Beauchamp et Childress en 1979 et qui est la méthode fondatrice de la bioéthique médicale [23]. Mais, il existe une multiplicité d'approches en éthique dont aucune n'est idéale et qui se complètent pour répondre à toutes les situations [24].

La méthode principiste de Beauchamp et Childress repose sur quatre principes où aucun n'est premier :

- L'autonomie : pour que l'autonomie soit atteinte, il y a deux conditions à respecter qui sont la liberté c'est à dire une absence de contraintes extérieures et intérieures et la capacité d'agir intentionnellement. Elle se décline en fonction des facultés de chaque individu à comprendre et à faire un choix. Cela peut varier en fonction des situations, elle n'est pas figée dans le temps, ni dans les événements. On juge de l'autonomie à chaque décision.
- La bienfaisance : c'est le fait d'agir pour le bien de la personne. Elle rassemble les actions menées dans le but d'améliorer la qualité de vie, d'apporter un bénéfice pour la personne. Il ne faut pas la confondre avec la bienveillance qui ne repose pas sur l'action menée mais uniquement sur la volonté du bien de l'autre.
- La non-malfaisance : on s'abstient d'effectuer un acte qui peut engendrer du mal pour autrui. C'est l'obligation morale de ne pas faire de tort intentionnellement à autrui.
- La justice : c'est la distribution juste et équitable des soins, des bénéfices et des risques. Ce principe ne concerne pas seulement le caractère légal d'une action. Il promeut l'équité qui est la volonté de comprendre les gens et de leur donner ce dont

ils ont besoin pour s'épanouir. C'est à différencier de l'égalité qui ne peut être atteinte seulement si les personnes partent du même point de départ et ont les mêmes besoins.

## 6.2 Du paternalisme à l'autonomisme

Depuis la loi du 4 mars 2002, nous assistons à une volonté de modifier la relation soignant-soigné.

Cette loi a, notamment, pour objectifs d'apporter un cadre juridique aux droits du patient et de développer une véritable démocratie sanitaire.

Dans les années 1980-1990, le professionnel de santé prenait les décisions en lieu et place du patient ; il agissait pour ce qui lui paraissait être le meilleur pour son patient. Parfois, du fait de sa posture, il ne tenait pas forcément compte des valeurs et du contexte de vie de ce dernier. Dans certaines situations, il pouvait passer outre son avis car le principe de co-décision entre le patient et le soignant n'existait pas encore. Nous avons une relation verticale entre le médecin et son patient, où ce dernier avait un rôle assez passif.

Ensuite, dans les années 2000, l'approche est de plus en plus centrée sur le patient. Le soignant se doit de comprendre la façon dont le patient compose avec sa maladie. Au delà de la pathologie, il s'agit pour le professionnel de santé de connaître et d'intégrer les dimensions psychologiques, sociales, culturelles, familiales voire professionnelles du patient dans les décisions qui le concernent.

Enfin, en 2011, nous modifions encore cette relation de soin et c'est un véritable partenariat que l'on souhaite voir s'appliquer, intégrant le concept d'empowerment. Ce dernier est né aux Etats-Unis au XX<sup>ème</sup> siècle : c'était des femmes qui luttaient pour la reconnaissance de leurs droits. Cela signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir » et, c'est notamment utilisé dans les domaines du social, de la santé ou encore dans le développement communautaire. [25] C'est donc une coopération entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé. Le partenariat de soins a pour objectif la réalisation du projet de vie du patient en intégrant les savoirs et les connaissances de toutes les parties.

Cette volonté d'une relation égalitaire entre le patient et le professionnel de santé s'inscrit dans le modèle minimalisme : laisser l'entière liberté aux individus de choisir selon leurs valeurs, leurs biens propres tant qu'ils ne nuisent pas à autrui. En santé, cela veut donc dire que le professionnel de santé se doit de respecter les décisions du patient et de promouvoir son autonomie. [26]

Nous notons également que, désormais, dans les textes concernant la santé, nous ne parlons plus de « patients » mais « d'usagers » ou bien « d'utilisateurs du système de santé » ce qui montre les modifications de la relation soignant-soigné.

Il est intéressant d'analyser l'évolution de ces termes. En effet, chaque mot a un sens dont l'emploi n'est pas neutre et le domaine de la santé n'y échappe pas. Depuis quelques années, il existe un véritable glissement terminologique [27]. Du patient ou soigné, nous sommes passés à l'utilisateur du système de santé. En effet, la loi du 4 mars 2002 a introduit la notion d'usager avec des parties prenantes des conseils d'administration et commissions techniques des établissements médicaux. Cette nomenclature avait pour but de rendre ce dernier véritablement acteur de sa santé et des décisions qu'elle engage. Cependant, dans les hôpitaux ou les cliniques, cela n'est pas encore totalement appliqué : « *Les soignants parlent toujours de patients ou de malades dans la relation de proximité* » [28].

Malgré cette progression et cette prise de conscience d'intégrer l'usager dans les décisions le concernant, il reste donc encore beaucoup à faire pour donner toute l'autonomie que le patient est en droit d'avoir. Cela passe tout d'abord par une information et un consentement libre et éclairé de la part de ce dernier.

Pour synthétiser cette évolution, voici un tableau récapitulatif de la modification de la relation soignant-soigné. Les dates correspondent à des lois canadiennes.

| Avant 1990   | 2003   | 2011   |
|--|--|--|
| <b>Paternalisme</b>  | <b>Approche centrée sur le patient</b>   | <b>Partenariat de soins</b>  |
| Le professionnel de la santé prend les décisions pour le patient. Il agit dans le meilleur intérêt du patient sans toujours tenir compte des valeurs et du contexte de vie du patient. Le rôle du patient est donc considéré comme passif. | Le professionnel de la santé se doit de comprendre la façon dont le patient compose avec sa maladie. Au-delà de la pathologie, il s'agit pour le professionnel de la santé de connaître et d'intégrer les dimensions psychologiques, sociales, culturelles, familiales voire professionnelles du patient dans les décisions cliniques qui le concernent. | Il y a ici coopération entre le patient et ses proches et les intervenants de la santé (cliniciens ou gestionnaires). Le partenariat de soins a pour objectif la réalisation du projet de vie du patient en reconnaissant et en mobilisant les savoirs de toutes les parties, y compris ceux des patients et proches, considérés comme membres à part entière de l'équipe de soins. Le professionnel de santé ne prend plus simplement en compte toutes les dimensions du patient mais c'est une décision commune qui est prise. |

Tableau récapitulatif (Université de Montréal) [29]

### 6.3 Autonomie

L'autonomie (auto = soi-même, nomos = loi) est l'un des principes de l'éthique clinique selon Beauchamp et Childress. C'est la liberté et la capacité à agir par soi-même conformément à ses décisions.

Nous sommes plus ou moins autonomes en fonction de nos compétences de compréhension, des contextes et des moments de notre vie.

L'autonomie est une valeur en soi et donc de principe à respecter. Plus largement, cela représente la liberté pour le patient.

En pratique, l'autonomie du patient se traduit par un dialogue et une décision médicale finale mutuelle, c'est un processus de co-décision qui impose au professionnel de santé de prendre en compte la volonté, les valeurs familiales, culturelles et sociales du patient.

Bien sûr, il est en droit de refuser le soin, c'est-à-dire de ne pas donner son consentement, alors la contractualisation de soin est mise à l'épreuve. En effet, cela devient contraire aux

principes fondamentaux de la médecine que sont : guérir, sauver, prévenir et éduquer dans le respect des règles scientifiques validées.

D'autre part, il faut bien avouer que, souvent, devant la complexité de la situation ou des explications délivrées, malgré les efforts émanant du corps médical, le patient ne donne pas vraiment son avis et s'en remet alors à la décision du professionnel. [30]

Nous observons donc que malgré cette volonté d'une relation d'égal à égal, d'un partenariat de soins, cela reste parfois compliqué de trouver un accord commun. « *Parfois l'équilibre est réussi, parfois non, versant parfois dans les attitudes de patients refusant toute remise en question de leurs demandes, parfois dans l'excès de professionnels abusant de leur position. In fine, la valeur morale de la décision puise toujours sa légitimité dans la qualité de la relation qui se tisse entre le médecin et son patient* ». [31]

## **7. Information et consentement**

### **7.1 Information**

La loi du 4 mars 2002 a également pour objectif de rééquilibrer la relation entre un médecin qui possède une connaissance scientifique et technique et un patient qui est considéré comme ne détenant pas cette acquisition.

Le but premier de cette loi est de reconnaître le patient comme une personne actrice de la décision concernant sa santé, les soins et examens qui lui sont prodigués pour ainsi améliorer la qualité de sa prise en charge. [32]

Pour cela, l'information délivrée au patient doit être claire, compréhensible, loyale et adaptée à la situation comme le précise l'article L 1111-2 du code de la santé publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque postérieurement à l'exécution des investigations ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. ». Cette exigence se retrouve également dans le code de déontologie médicale. [33]

L'obligation pour un médecin d'informer le patient est également notifiée dans le serment d'Hippocrate :

*« 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'information doit donc être adaptée aux capacités de compréhension de l'utilisateur. Elle doit lui permettre d'évaluer les bénéfices et les risques de l'acte pratiqué pour permettre son consentement ou non. Elle rentre dans la démarche d'autonomisation du patient.

En ce qui concerne le toucher vaginal, informer de la réalisation de ce dernier passe par dire que l'on va effectuer ce geste et en quoi il consiste. Nous pouvons ensuite détailler cela en expliquant à la patiente les objectifs : recherche d'une douleur, de la dilatation du col utérin, mobilisation des annexes etc.

Parfois des freins peuvent exister à cette information : le fait que la femme ne comprenne pas le français ou les situations d'urgences où nous avons besoin de réaliser un toucher vaginal pour définir la conduite à tenir (anomalies du rythme cardiaque fœtal par exemple).

## 7.2 Consentement

Le consentement c'est l'acquiescement à quelque chose. Le patient donne son accord à une proposition qui émane du corps médical suite à l'information qui doit lui être faite. Il peut accepter ou refuser cette proposition.

Le consentement doit être libre et éclairé c'est à dire donné en l'absence de contrainte.

C'est l'article L.1111-4 du code de la santé publique qui définit le cadre de ce consentement : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (...) 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. »

En cas de refus confirmé de la part du patient, le médecin « doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » et, si ce choix met sa vie en danger, il « doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ».

Le consentement doit aussi être recherché lorsque ce sont des étudiants ou stagiaires qui réalisent les soins ou les examens comme le précise l'article L. 1111-4 du code de la santé publique, même si cela rentre dans le cadre de leur apprentissage.

Il peut y avoir des situations particulières où « la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté ». Dans de tels cas, « aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »

Pour le toucher vaginal, c'est donc ces principes qui s'appliquent ; nous devons toujours quand cela est possible rechercher l'accord de la patiente ou bien celui de la personne de confiance quand cette dernière est dans l'impossibilité de le faire. Si le pronostic vital maternel ou fœtal est engagé, nous pouvons passer outre.

Comme nous l'avons dit précédemment, c'est donc un processus de co-décision où le patient prend avec le professionnel de santé une résolution finale. Le consentement libre et éclairé est le reflet de l'autonomie du patient.

Le consentement éclairé c'est la connaissance de la nature l'acte, de ses effets et des conséquences par l'utilisateur du système de santé. Il existe néanmoins des limites qui se posent. En effet, une information complète et exhaustive notamment concernant les effets secondaires ou les risques est difficilement faisable en médecine.

De plus, pour recueillir le consentement il faut que le patient comprenne ce qu'on lui dit, ce qui n'est pas toujours le cas (barrière de la langue, retard mental, etc.).

Concernant notre sujet, il n'est pas toujours aisé d'avoir une réponse claire de la part de la patiente. Dans ce cas, il faut trouver des moyens simples pour se faire comprendre (gestes, etc.).

D'autre part, un consentement libre c'est un accord détaché de toute pression médicale, familiale ou sociale. Mais, nous n'avons pas accès à la conscience d'autrui et donc nous ne pouvons jamais être certain que celui-ci est libre. Cependant, même sous la contrainte d'autrui, il conserve la plupart de ses capacités intellectuelles et sa capacité d'agir. [34]

## 8. Le toucher vaginal et l'éthique clinique

Les sages-femmes ont la particularité de prendre en charge des patientes et nouveau-nés qui ont la caractéristique de ne pas être malade. Notre rôle est alors de dépister les situations pathologiques et de prévenir les risques afin d'assurer le maintien de cette intégrité. [35]

En France, dans les années 1940 sous le régime de Vichy, on observe le déplacement de l'accouchement vers les structures hospitalières grâce à l'amélioration des techniques médicales et aux nombreux progrès notamment à propos de l'asepsie. De ce fait nous avons assisté peu à peu à une médicalisation importante de la grossesse et de l'accouchement. C'est pourquoi, nous avons une vision de la maternité comme à priori « à risque » ce qui est différent dans les autres pays. Cela peut donc aussi expliquer nos pratiques concernant le toucher vaginal.

Mais il est important de rappeler que cet examen est le plus souvent médicalement justifié (diagnostic, pronostic et conduites à tenir en découlant) mais surtout de se poser la question de la pertinence de ce geste pour la prise en charge de nos patientes. Y'a t-il toujours un intérêt pour la patiente ou faisons-nous cela par habitude ? Quelles sont les conséquences pour la patiente ? L'information est-elle réellement faite ? Le consentement est-il toujours recherché ?

Ce questionnement éthique à propos du consentement au toucher vaginal est un sujet d'actualité mais aussi essentiel pour les professionnels de santé et les usagers qui témoignent régulièrement sur les réseaux sociaux.

Cet examen qui semble banal pour les professionnels de santé de périnatalité, reste néanmoins l'un des actes qui touche le plus à l'intimité et à la pudeur des femmes. Le respect de leurs corps et de leurs volontés doit toujours être considéré, pour garantir sa dignité de la meilleure manière qu'il soit.

## Deuxième partie : Présentation de l'étude

---

### 1. Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive grâce à une diffusion des questionnaires (annexe I) de début avril à fin juin 2017.

Le questionnaire se remplissait par internet grâce au logiciel Google drive ® et était accessible par un lien hypertexte.

#### 1.1 Objectifs

Les objectifs principaux de cette étude sont de déterminer si les sages-femmes et étudiants sages-femmes informent les patientes et expliquent les buts de l'examen avant la réalisation d'un toucher vaginal. D'autre part, il s'agit de savoir si le consentement est recueilli à chaque examen et, le cas échéant, pourquoi cela n'est pas fait.

Les objectifs secondaires sont tout d'abord de dresser un état des lieux sur les pratiques du toucher vaginal : dans quelles situations il est réalisé, si cela est plutôt fait de manière systématique ou non. C'est également de savoir comment le consentement est formulé et comment ce dernier est enseigné aux étudiants sages-femmes.

#### 1.2 Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes ne recueillent pas toujours le consentement de la femme pour réaliser un toucher vaginal
- Elles ne posent pas la question car elles pensent que cela fait partie intégrante de leur examen clinique et que c'est essentiel pour leur prise en charge
- Elles pensent que c'est quelque chose de banal et d'inscrit dans le cadre de l'examen clinique obstétrical et gynécologique
- Les femmes n'ont pas l'information à propos du toucher vaginal : elles n'ont pas d'explication sur ce que l'on fait, ce que l'on recherche dans les différentes situations (salle d'accouchement, consultations prénatales ou de gynécologie...)

### 1.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus les sages-femmes de tout le département de Loire-Atlantique ainsi que les étudiants sages-femmes de 4<sup>ème</sup> et de 5<sup>ème</sup> année de l'école de Nantes.

Les touchers vaginaux concernant les personnes mineures, sous curatelle ou tutelle ainsi que ceux réalisés pendant les séances de rééducation périnéale ne sont pas concernés.

### 1.4 Questionnaire

Le questionnaire était divisé en plusieurs parties :

- Les quatre premières questions étaient plutôt générales : genre, statut, lieu d'exercice et année de diplôme pour les sages-femmes.
- Ensuite, les interrogations portaient sur la pratique du toucher vaginal : apprentissage du toucher vaginal, réalisation systématique ou non selon les situations.
- Puis, on s'intéressait à l'information, aux objectifs du toucher vaginal et au consentement.
- Enfin, pour les sages-femmes diplômées, les dernières questions concernaient l'encadrement des étudiants.

### 1.5 Contact

Les questionnaires ont été transmis via les adresses mails des sages-femmes du département de Loire-Atlantique grâce au Conseil de l'Ordre Départemental des Sages-Femmes.

D'autre part, les questionnaires ont également été soumis aux étudiants sages-femmes de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année de l'école de Nantes pendant la même période via un groupe privé par l'intermédiaire d'un réseau social.

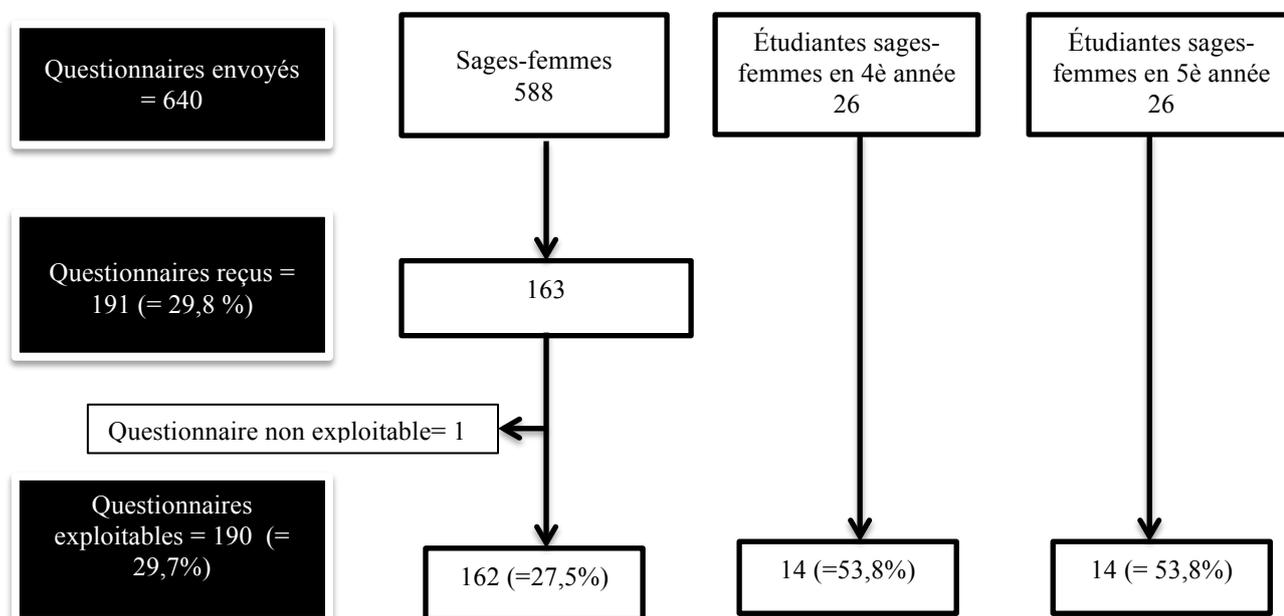
### 1.6 Recueil et traitement des données

Les réponses ont été collectées sur un document Google Docs ® relié au questionnaire puis les données ont été saisies sur un document Microsoft Excel ®.

## 2. Résultats

### 2.1 Diagramme de flux

Figure 1 : Diagramme de flux



### 2.2 Description de la population étudiée

Tableau 1 : Description de la population étudiée

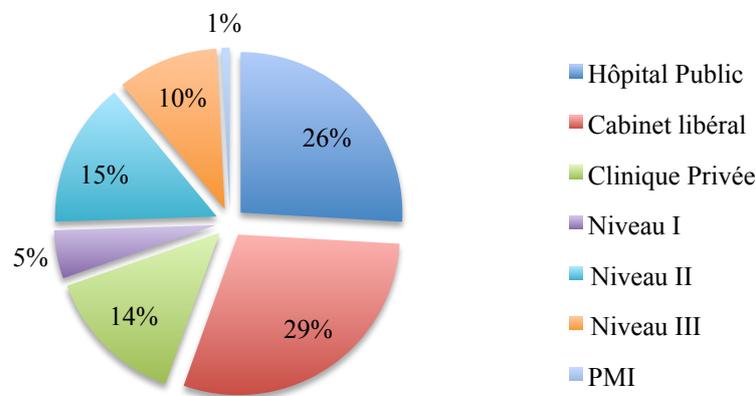
| Genre                                    | N=190 | Nombre | %    |
|--|-------|--------|------|
| Homme                                    |       | 2      | 1,1  |
| Femme                                    |       | 188    | 98,9 |
| Statut                                   | N=190 | Nombre | %    |
| SF                                       |       | 162    | 85,3 |
| ESF 4                                    |       | 14     | 7,4  |
| ESF 5                                    |       | 14     | 7,4  |
| Diplôme                                  | N=162 | Nombre | %    |
| > 35 ans                                 |       | 6      | 3,7  |
| 35 ≥ temps de diplôme > 25 ans           |       | 17     | 10,5 |
| 25 ans ≥ temps de diplôme > 15 ans       |       | 30     | 18,5 |
| 15 ans ≥ temps de diplôme > 5 ans        |       | 46     | 28,4 |
| ≤ 5 ans                                  |       | 63     | 38,9 |
| <b>Moyenne d'année du diplôme = 2004</b> |       |        |      |

La population étudiée est représentée par une grande majorité de femmes (98,9%). Les sages-femmes sont la catégorie de population la plus présente (85,3%). Les étudiants sages-femmes

de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années sont en nombre égal : 7,4% de la population respectivement. Il n'y a pas d'étudiant de genre masculin. Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme depuis 5 ans ou moins sont celles qui ont le plus répondu (38,9%), l'année moyenne du diplôme pour les sages-femmes étant 2004.

La figure 2 représente la répartition du lieu d'exercice des sages-femmes sachant qu'elles pouvaient cocher plusieurs réponses du fait que certaines d'entre-elles exercent dans plusieurs endroits différents ou ont exercé dans plusieurs structures au cours de leur carrière respective.

**Figure 2 : Répartition selon le lieu d'exercice**



On observe une participation importante des sages-femmes qui ont ou travaillent en libéral (29%). Les sages-femmes travaillant en structure hospitalière ou en clinique (tous niveaux confondus) représentent 40% des participantes.

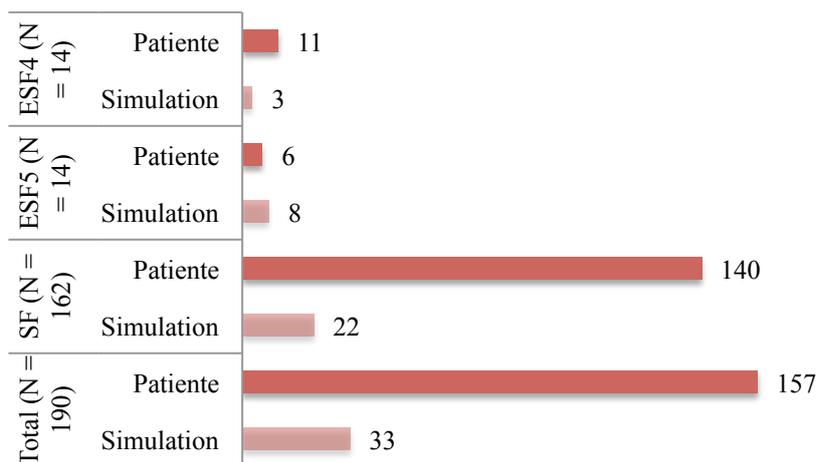
Les différents niveaux de maternité sont plutôt équilibrés sauf le niveau I qui est un peu moins représenté.

NB : certaines sages-femmes ont répondu seulement par le niveau de maternité ou le type de structure.

### 2.3 Premier toucher vaginal et apprentissage

La figure 3 représente la répartition la population selon qu'elle ait effectuée son premier toucher vaginal sur une patiente ou bien par simulation, par exemple, lors de travaux pratiques encadrés.

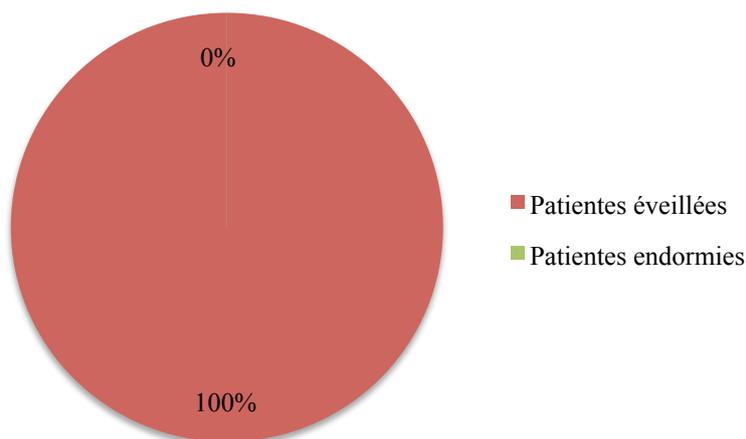
**Figure 3 : Réalisation du 1<sup>er</sup> toucher vaginal**



Nous observons que le premier toucher vaginal est la plupart du temps réalisé sur une patiente pour toutes les catégories de population : 82,6%. Seules les ESF 5 ont des réponses plus équilibrées : respectivement 6 pour un examen sur une patiente et 8 pour un examen en simulation.

La figure 4 représente la répartition de la population selon l'apprentissage des touchers vaginaux selon qu'ils aient été effectués sur des patientes endormies ou bien sur des patientes éveillées.

**Figure 4 : Apprentissage du toucher vaginal**



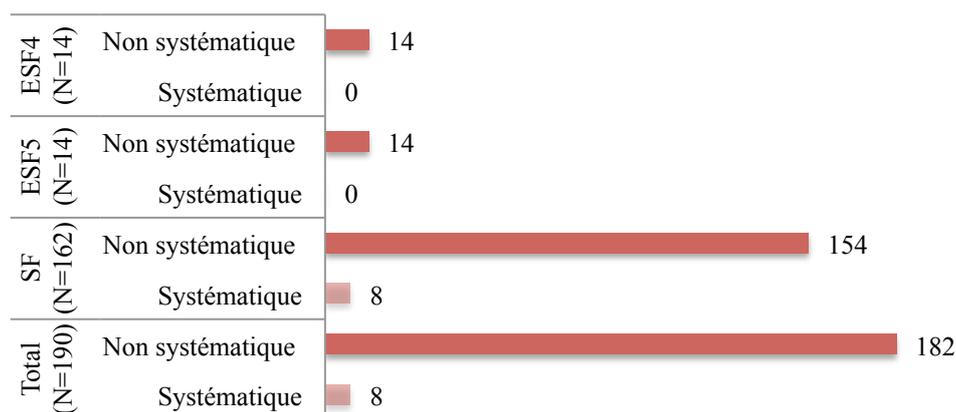
Nous constatons que toute la population interrogée lors de cette étude a appris à réaliser des touchers vaginaux sur des patientes éveillées.

## 2.4 Pratique du toucher vaginal

### 2.4.1 *Consultations prénatales*

La figure 5 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal lors des consultations prénatales.

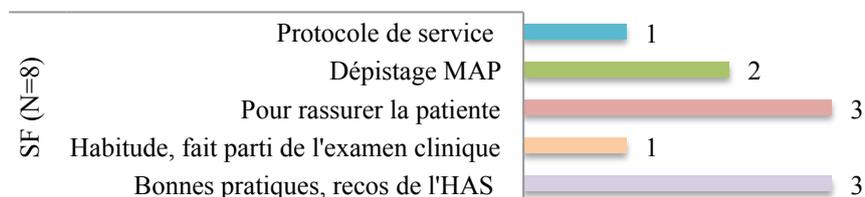
**Figure 5 : Réalisation du toucher vaginal lors des consultations prénatales**



Parmi les étudiantes sages-femmes, quelle que soit l'année de formation, il n'y a pas de toucher vaginal réalisé de manière systématique. Concernant les sages-femmes, seulement 8 d'entre elles réalisent un toucher vaginal de manière systématique soit 4,9% des sages-femmes interrogées.

La figure 6 représente les raisons d'un toucher vaginal systématique lors des consultations prénatales par les sages-femmes ayant déclaré ce mode de réalisation.

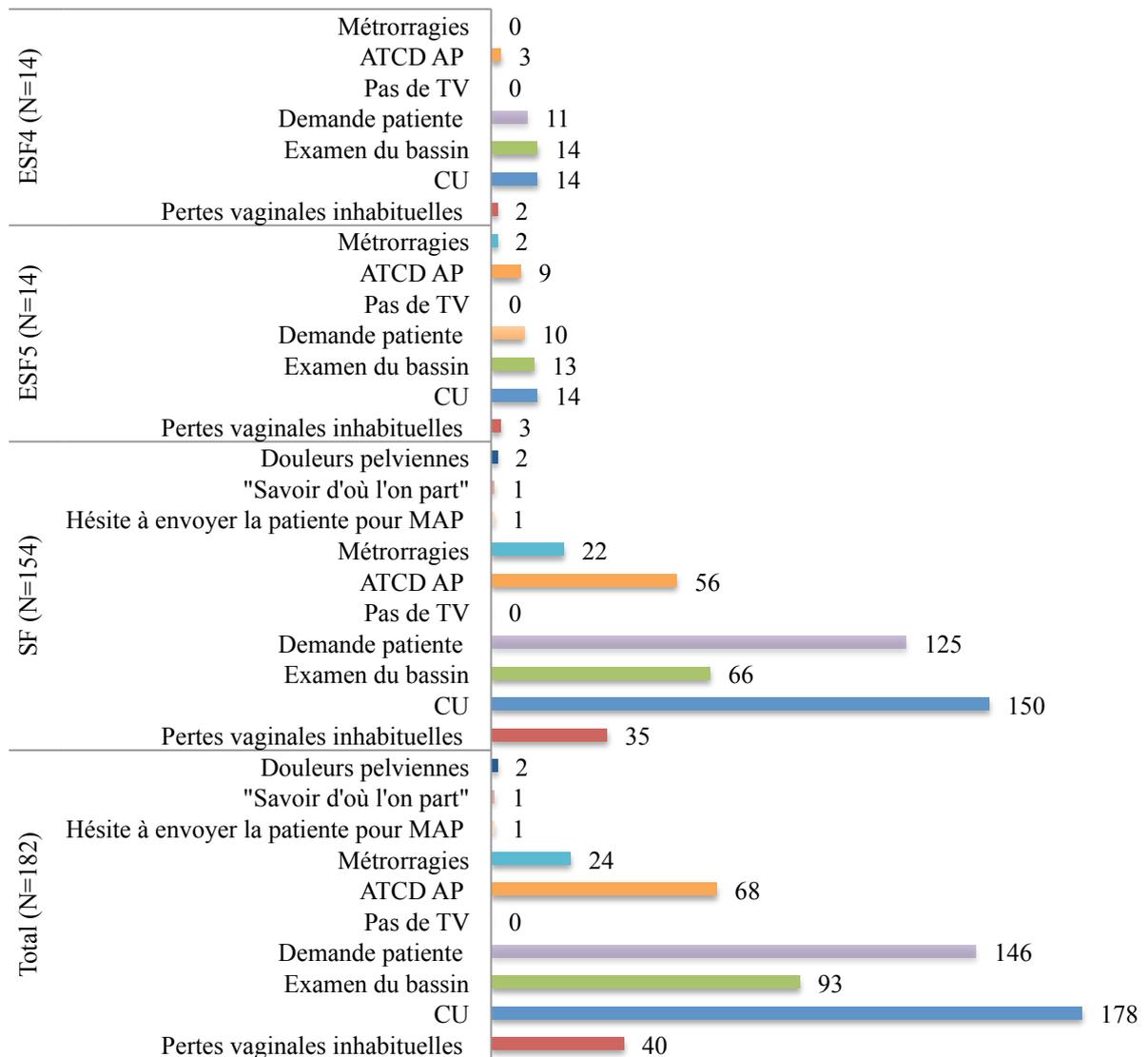
**Figure 6 : Raisons de la réalisation du toucher vaginal systématique en consultations prénatales**



Nous remarquons que 3 sages-femmes sur 8 réalisent un toucher de façon systématique car pour elles il s'agit de bonnes pratiques ou de recommandations de l'HAS. 3 sages-femmes le font pour rassurer la patiente. Deux d'entre-elles effectuent le TV pour dépister d'éventuelles MAP. Enfin, d'autres raisons comme un protocole de service ou l'habitude sont évoquées.

La figure 7 représente les raisons de la réalisation d'un toucher vaginal lors des consultations prénatales par les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes ayant déclaré ne pas le faire de manière systématique.

**Figure 7 : Raisons de la réalisation du toucher vaginal lorsqu'il est non systématique en consultations prénatales**

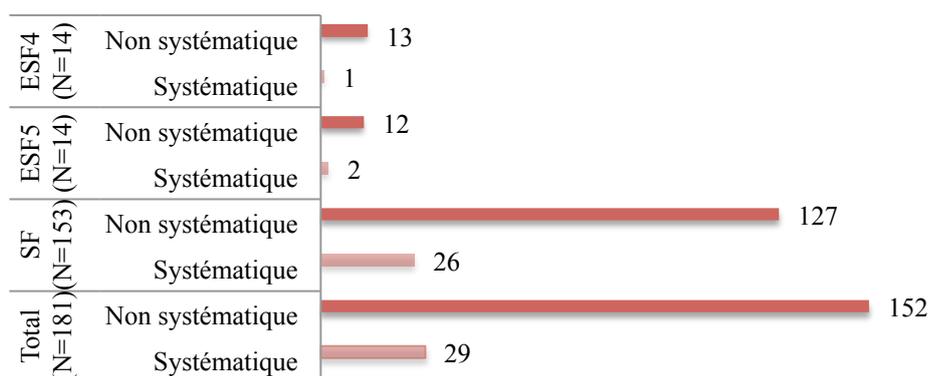


Quasiment toute la population interrogée réalise un toucher vaginal en consultation prénatale lorsque la femme a des contractions utérines (97,8%). Beaucoup d'autres raisons sont évoquées, l'examen du bassin notamment pour 51% des répondantes. D'autre part, la demande de la patiente pour un examen représente également une réponse importante (80,2%). Ces tendances se retrouvent pour les sages-femmes ainsi que pour les étudiantes sages-femmes mais ces derniers réalisent un toucher vaginal pour l'examen du bassin en plus grand nombre : respectivement 13 ESF 5 sur 14 et toutes les ESF 4.

#### 2.4.2 Consultations aux urgences gynécologiques-obstétricales

La figure 8 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal lors des consultations aux urgences gynécologiques obstétricales. À noter que les sages-femmes ayant précisé qu'elles ne faisaient pas de consultation d'urgences ont été exclues. (N=153 pour les SF).

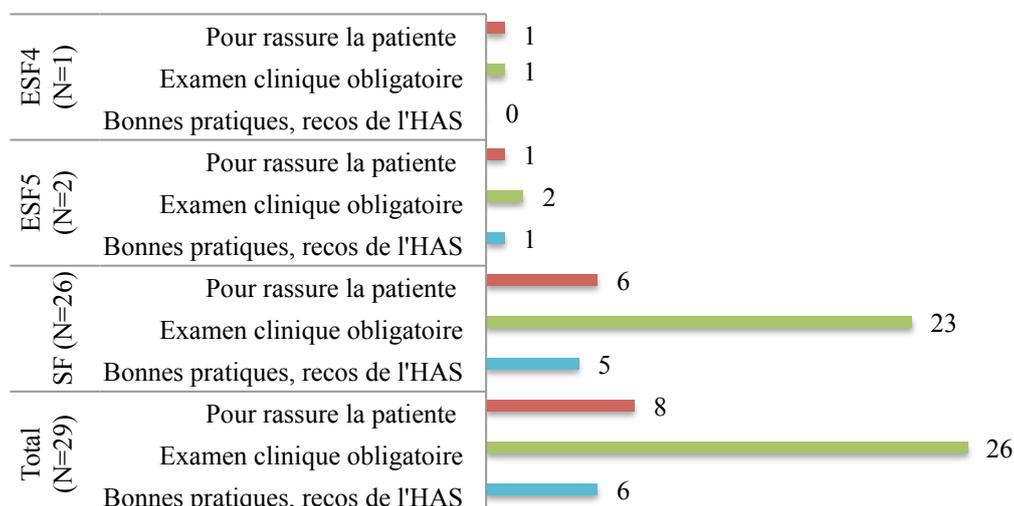
**Figure 8 : Réalisation du toucher vaginal aux urgences gynécologiques-obstétricales**



La grande majorité des sages-femmes effectuent un toucher vaginal de manière non systématique (83%). Il en est de même pour les étudiantes sages-femmes que ce soit en 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> année.

La figure 9 représente les raisons d'un toucher vaginal systématique aux urgences gynécologiques-obstétricales pour les sages-femmes et étudiantes sages-femmes ayant répondu cela.

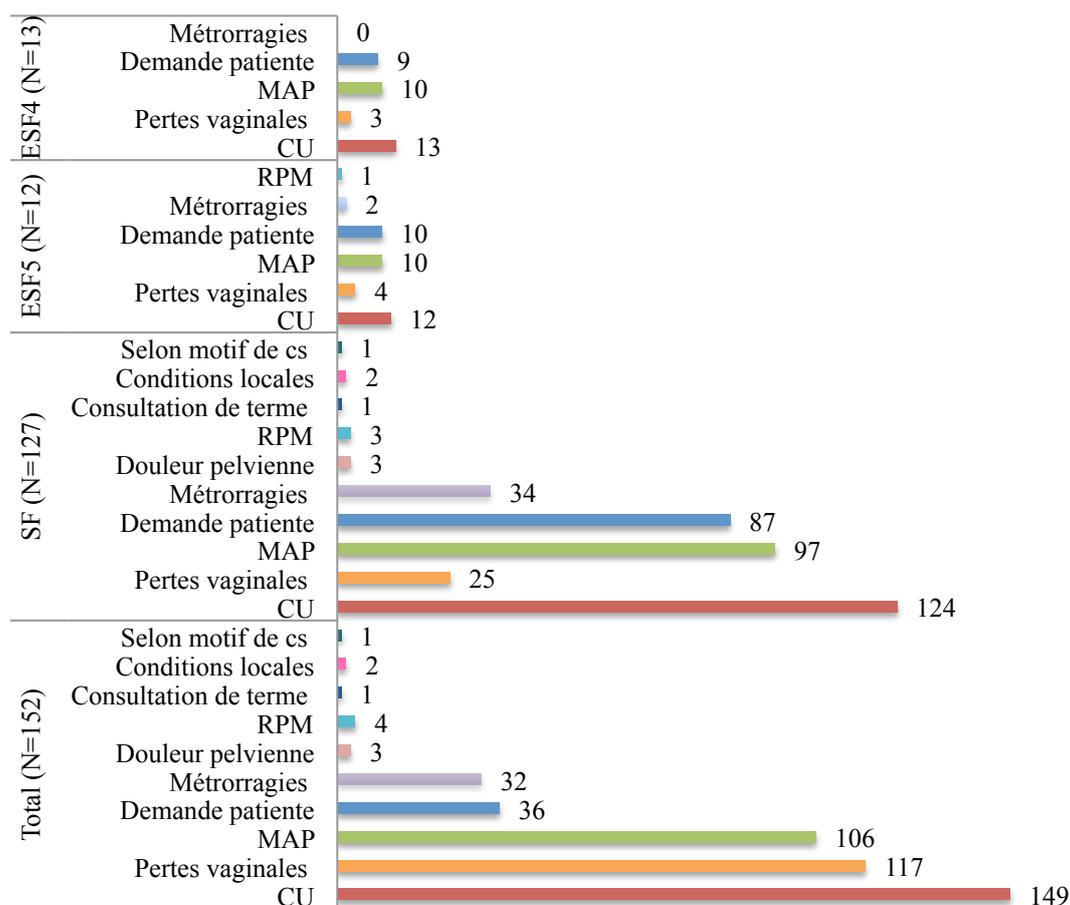
**Figure 9 : Raisons d'un toucher vaginal systématique aux urgences gynécologiques-obstétricales**



89,6% de la population totale réalise un toucher vaginal systématique car cela fait partie de l'examen clinique obligatoire. D'autres raisons, comme la ré-assurance de la patiente, ou des bonnes pratiques et recommandations de la HAS sont évoquées.

La figure 10 représente les raisons de la réalisation d'un toucher vaginal lors des consultations aux urgences gynécologiques-obstétricales lorsqu'il est réalisé de manière non systématique.

**Figure 10 : Raisons d'un toucher vaginal non systématique aux urgences gynécologiques-obstétricales**

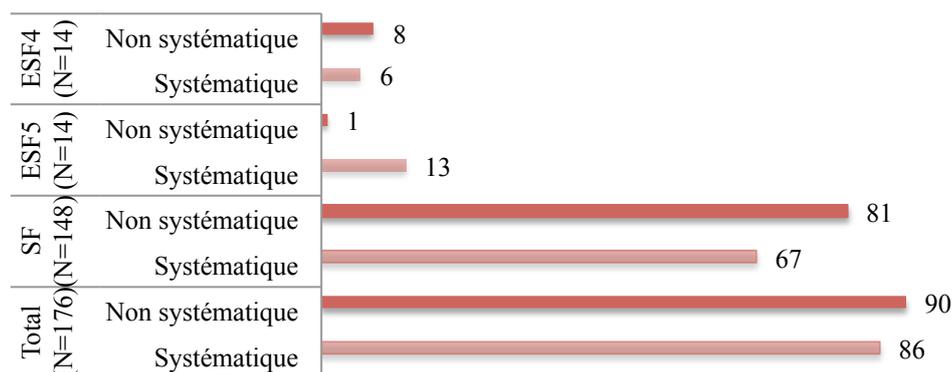


Nous remarquons que la raison principale d'un toucher vaginal aux urgences gynécologiques-obstétricales est la présence de contractions utérines soit 98% de la population répondante. La menace d'accouchement prématuré ou la demande de la patiente représentent 77% et 69,7% respectivement des réponses pour la population totale. D'autres raisons sont évoquées comme les métrorragies (23,7%) ou les pertes vaginales (21%). Ces tendances de réponses se retrouvent chez les sages-femmes et les étudiants sages-femmes sauf pour les ESF 4 où aucun ne déclare réaliser un toucher vaginal lors de métrorragies. Il est à noter que 2 sages-femmes qui réalisent un toucher vaginal lors de métrorragies, pratiquent ou demandent une échographie au préalable.

### 2.4.3 Salle de naissances

La figure 11 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal en salle de naissances. Les sages-femmes ayant déclaré ne pas faire de salle de naissances ont été exclues. (N=148)

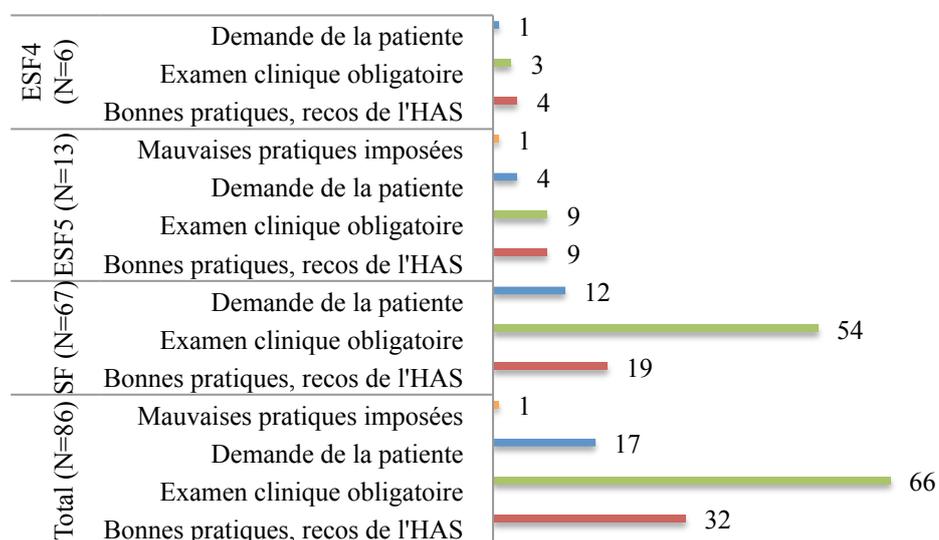
**Figure 11 : Réalisation du toucher vaginal en salles de naissances**



Pour la totalité de la population, les proportions du toucher vaginal réalisé systématiquement ou non systématiquement sont à peu près équivalentes (respectivement 48,9% et 51,1%). Cela se retrouve dans les différentes catégories de population à l'exception des ESF 5 où une seule étudiante le réalise de manière non systématique.

La figure 12 représente les raisons de la réalisation du toucher vaginal lorsqu'il est fait de façon systématique en salles de naissances.

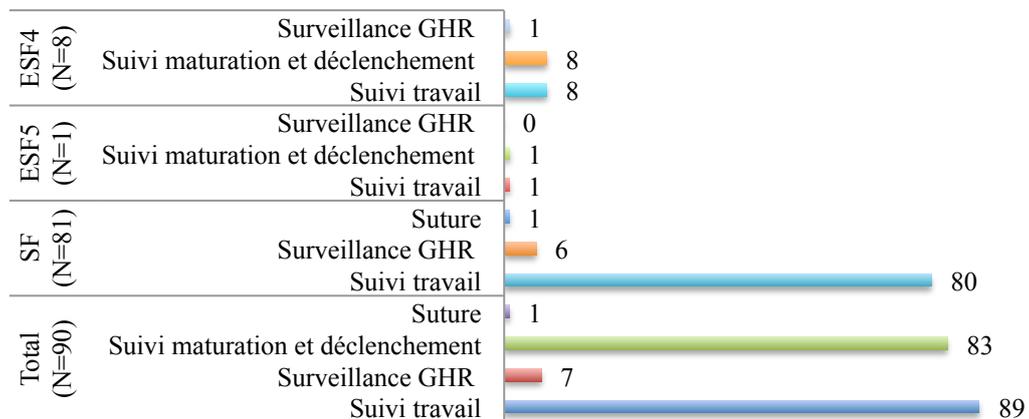
**Figure 12 : Raisons du toucher vaginal systématique en salles de naissances**



Nous remarquons que 76,4% de la population totale réalise un toucher vaginal systématique en salles de naissances car c'est un examen clinique obligatoire. 37,2% de la population le fait car ce sont les bonnes pratiques ou recommandations de l'HAS. Une ESF 5 a répondu qu'elle effectuait un toucher vaginal systématique car cela est « une mauvaise pratique imposée. »

La figure 13 représente les raisons de réaliser un toucher vaginal en salle de naissances lorsqu'il est fait de façon non systématique.

**Figure 13 : Raisons d'un toucher vaginal non systématique en salles de naissances**

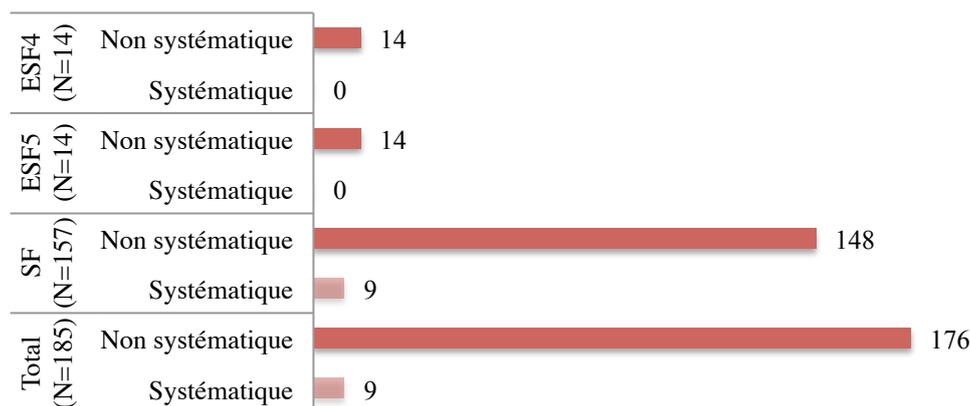


La réalisation de touchers vaginaux lorsqu'ils sont non systématiques en salles de naissances se fait en grande majorité pour le suivi de travail (98,9%) ou des maturations et déclenchements (92,2%). Cela se retrouve pour toutes les catégories de population interrogées.

#### 2.4.4 Suite de couches

La figure 14 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de populations interrogées à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal en suite de couches. Les sages-femmes ayant déclaré ne pas faire de suite de couches ont été exclues. (N=157)

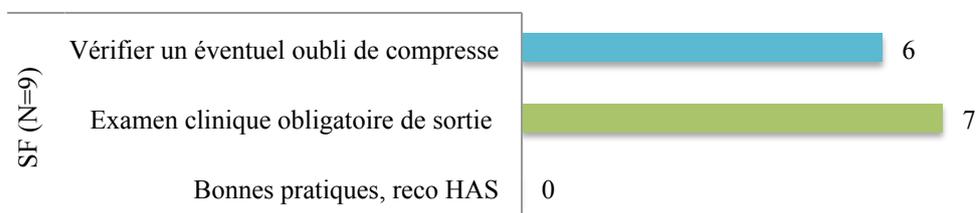
**Figure 14 : Réalisation du toucher vaginal en suites de couche**



La majorité de la population réalise le toucher vaginal en suite de couches de manière non systématique (95,1%). En fait, seulement 9 sages-femmes le font de façon systématique.

La figure 15 représente les raisons de la réalisation du toucher vaginal systématique en suite de couches.

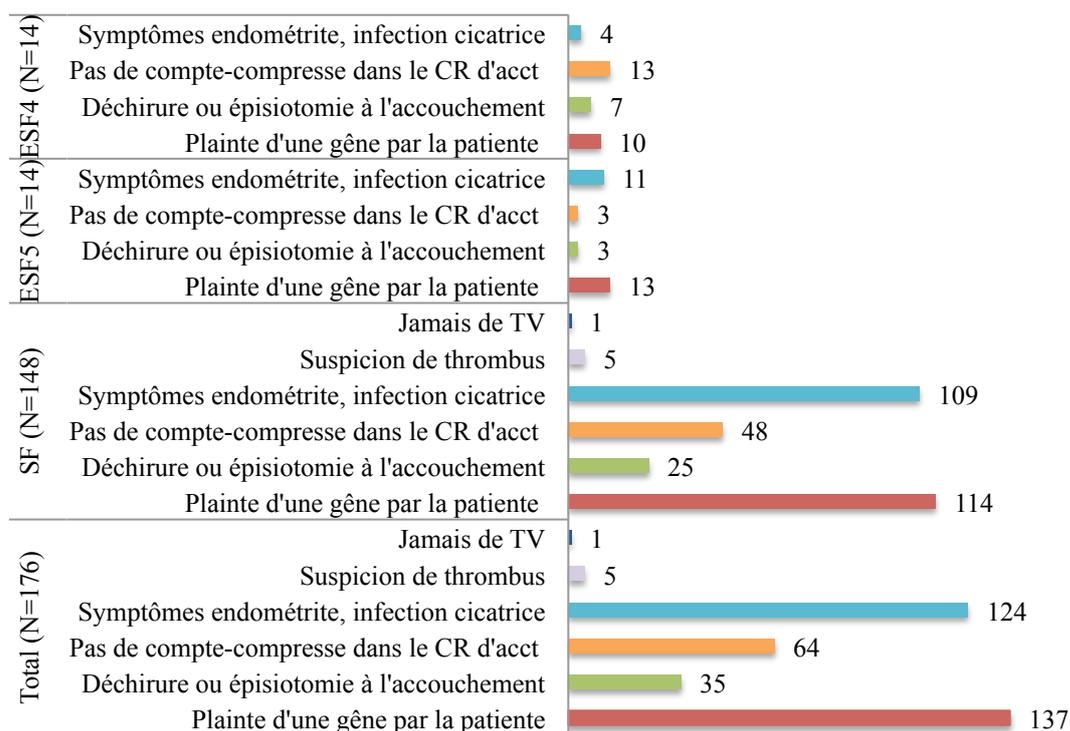
**Figure 15 : Raisons du toucher vaginal systématique en suite de couches**



Nous observons que le toucher vaginal systématique en suites de couche pour les sages-femmes ayant déclaré cette pratique est réalisé pour 7 sur 9 dans le cadre de l'examen clinique obligatoire de sortie. Pour 6 d'entre-elles, c'est pour vérifier un éventuel oubli de compresse.

La figure 16 représente les raisons du toucher vaginal en suites de couches lorsqu'il est réalisé de manière non systématique.

**Figure 16 : Raisons du toucher vaginal lorsqu'il est réalisé de manière non systématique en suite de couches**

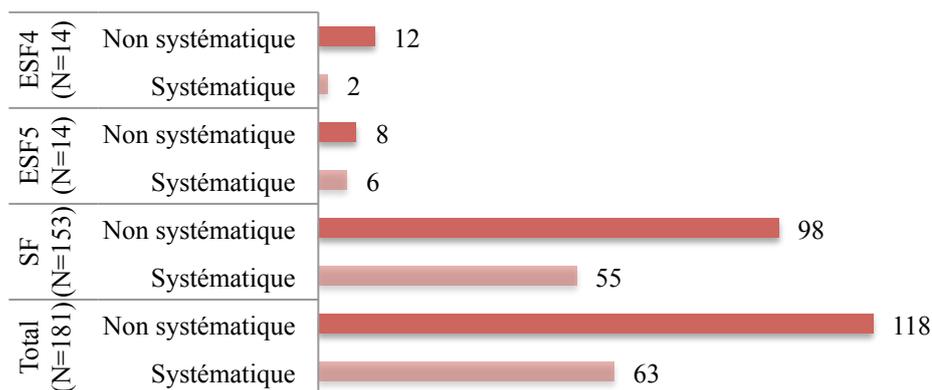


La réalisation d'un toucher vaginal en suite de couches intervient lorsque la patiente se plaint d'une gêne : 77,8% de la population interrogée. Des symptômes d'endométrites ou une infection de cicatrice amènent à réaliser un toucher vaginal pour 70,4% de la population. D'autres réponses comme une déchirure ou une épisiotomie, un compte rendu d'accouchement ne mentionnant pas le compte de compresses ou une suspicion de thrombus sont aussi évoquées. Les tendances de réponses se retrouvent pour les différentes catégories de population.

#### 2.4.5 Consultations post-natales

La figure 17 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal lors des consultations post natales. Les sages-femmes ayant déclaré ne pas faire de suite de couches ont été exclues. (SF = 153)

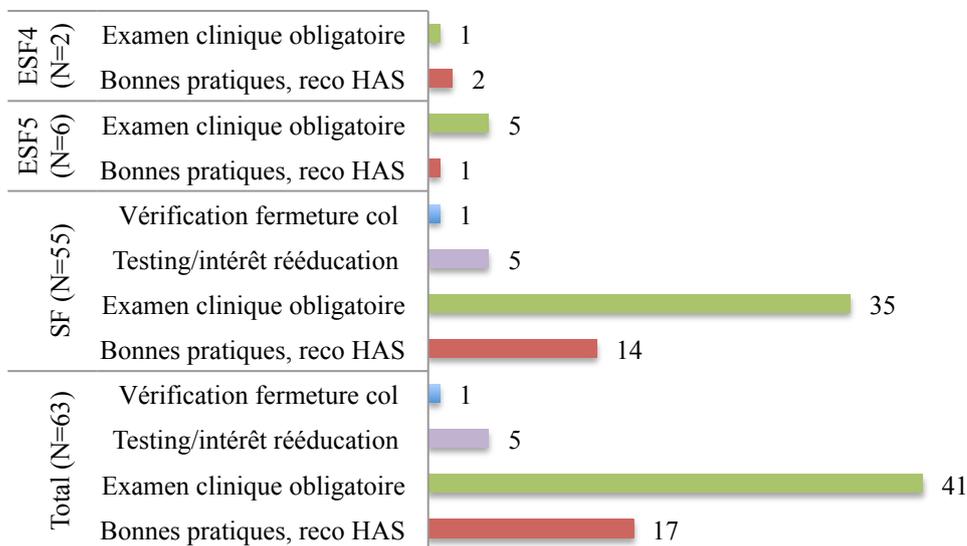
**Figure 17 : Réalisation du toucher vaginal lors des consultations post-natales**



Nous observons que 65,1% de la population effectue un toucher vaginal de manière non systématique lors des consultations post-natales. Concernant les sages-femmes, 64% d'entre-elles le font de manière non systématique. Pour les ESF 5 et ESF 4, 8 sur 14 et 12 sur 14 respectivement, le font de manière non systématique.

La figure 18 représente les raisons de la réalisation du toucher vaginal de manière systématique en consultations post-natales.

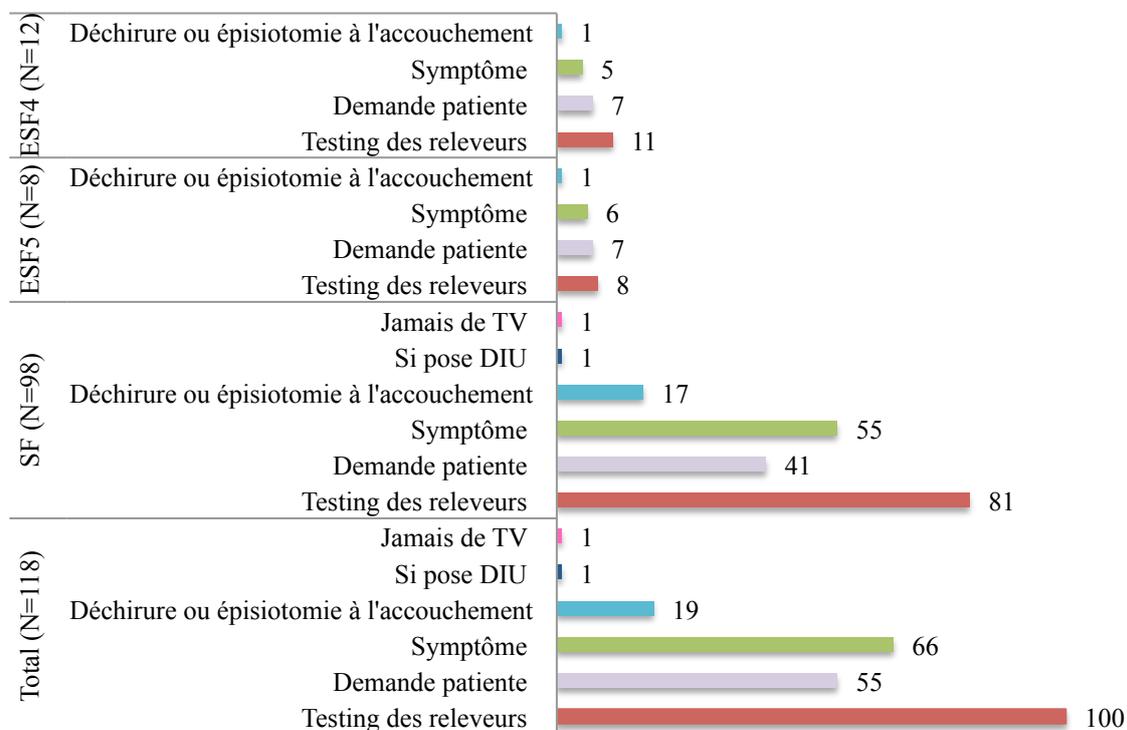
**Figure 18 : Raisons du toucher vaginal systématique lors des consultations post-natales**



La réalisation d'un toucher vaginal systématique lors des consultations post-natales s'explique pour 65% de la population ayant déclaré cette pratique par le fait que cela fait partie de leur examen clinique obligatoire. Pour 26%, ce sont des bonnes pratiques ou les recommandations de l'HAS. Enfin, le testing des releveurs de l'anus ou bien la vérification de la fermeture du col sont évoqués.

La figure 19 représente les raisons de la réalisation d'un toucher vaginal en consultations post-natales lorsqu'il est réalisé non systématiquement.

**Figure 19 : Raisons du toucher vaginal lorsqu'il est réalisé de manière non systématique lors des consultations post-natales.**

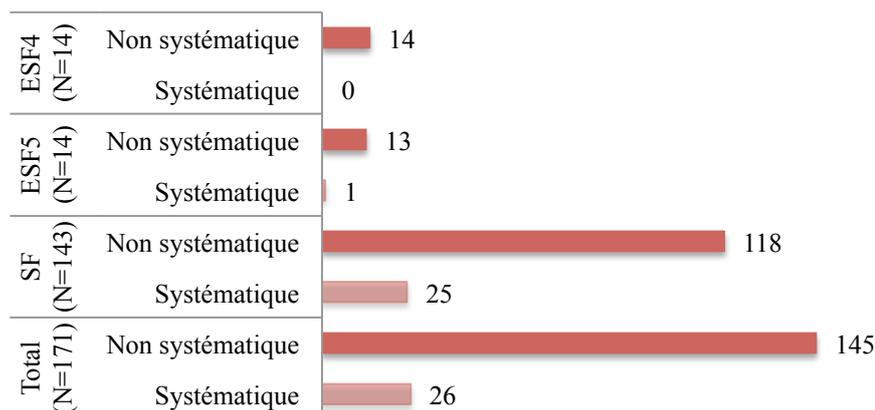


La principale raison de la réalisation d'un toucher vaginal en consultations post natales lorsqu'il est réalisé de manière non systématique est le testing des releveurs (84,7%). D'autres raisons comme un symptôme ou la demande de la patiente sont évoquées dans 56% et 46,6% des cas respectivement. Ces tendances de réponses se retrouvent dans les différentes catégories de population interrogée.

#### 2.4.6 Consultations de gynécologie

La figure 20 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogée à propos de la réalisation systématique ou non du toucher vaginal lors des consultations de gynécologie. Les sages-femmes ayant déclaré ne pas faire de gynécologie ont été exclues. (SF = 143)

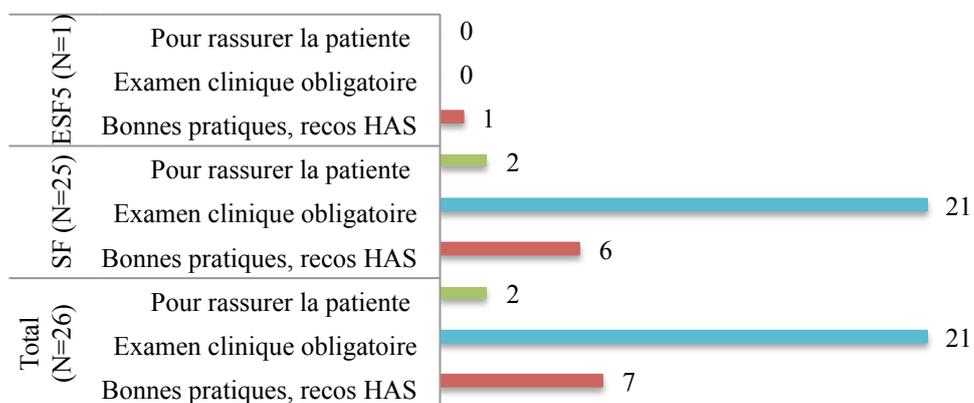
**Figure 20 : Réalisation du toucher vaginal lors des consultations de gynécologie**



Nous observons que la majorité de la population totale interrogée réalise le toucher vaginal de manière non systématique (84,8%). On retrouve cette tendance pour les sages-femmes. En revanche, concernant les étudiantes sages-femmes, seulement une, déclare réaliser un toucher vaginal de façon systématique.

La figure 21 représente les raisons de la réalisation du toucher vaginal de manière systématique en consultations de gynécologie

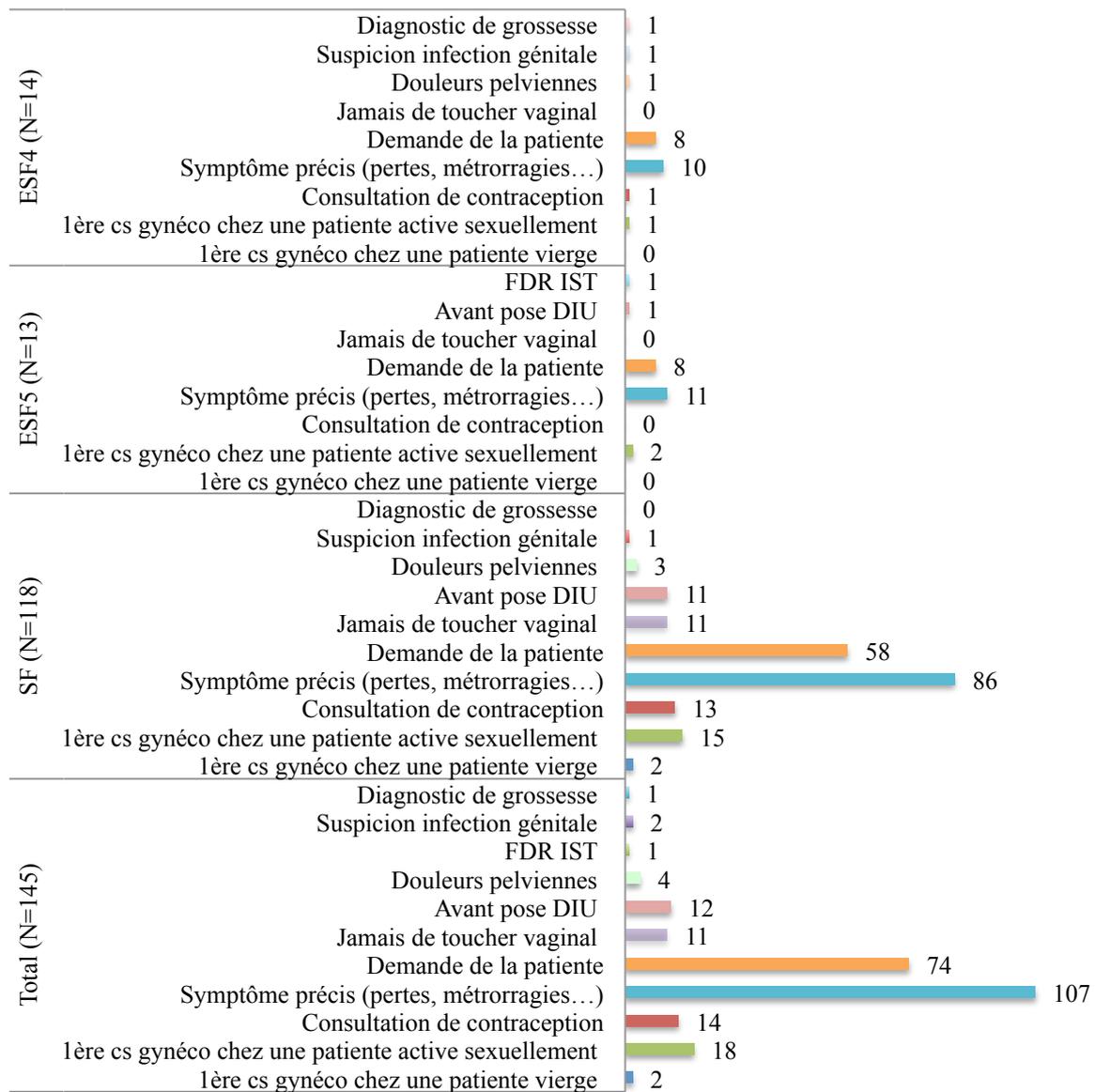
**Figure 21 : Raisons du toucher vaginal systématique en consultations de gynécologie**



80,8% de la population ayant déclaré réaliser un toucher systématique en consultations de gynécologie le fait car cela fait partie de leur examen clinique obligatoire. Pour 23%, cela se justifie par les bonnes pratiques et les recommandations de la HAS. La réassurance des patientes est également évoquée. Pour l'ESF 5 ayant déclaré réaliser un toucher vaginal de manière systématique la raison donnée est les bonnes pratiques et les recommandations de la HAS.

La figure 22 représente les raisons de la réalisation d'un toucher vaginal en consultations de gynécologie lorsqu'il est réalisé non systématiquement.

**Figure 22 : Raisons du toucher vaginal lorsqu'il est réalisé de manière non systématique lors des consultations de gynécologie.**



Nous constatons que beaucoup de réponses différentes sont données par la population ayant déclaré réaliser un toucher vaginal de manière non systématique en consultations de gynécologie. La principale raison étant un symptôme précis (pertes, métrorragies) pour 73,8% des répondantes. La demande de la patiente est aussi souvent évoquée : 51% de la population. 11% déclare ne jamais réaliser de toucher vaginal, cela ne concerne que les sages-femmes. Chez les étudiants sages-femmes, il y a moins de diversité dans les réponses ; on retrouve principalement un symptôme précis ou une demande de la patiente.

## 2.5 Information, objectifs et consentement

### 2.5.1 *Information*

Le tableau 2 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de l'information systématique ou non faite aux patientes avant la réalisation d'un toucher vaginal.

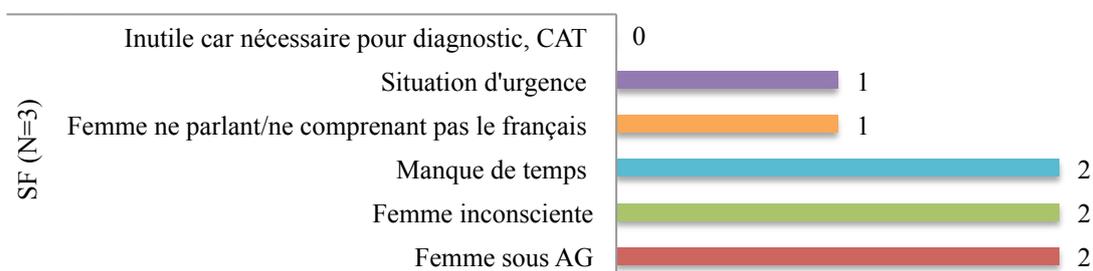
**Tableau 2 : Information du geste avant la réalisation d'un toucher vaginal**

|                      |                          | Nombre | %    |
|----------------------|--------------------------|--------|------|
| <b>Total (N=190)</b> | Oui à chaque examen      | 187    | 98,4 |
|                      | Non pas systématiquement | 3      | 1,6  |
| <b>SF (N=162)</b>    | Oui à chaque examen      | 159    | 98,1 |
|                      | Non pas systématiquement | 3      | 1,9  |
| <b>ESF5 (N=14)</b>   | Oui à chaque examen      | 14     | 100  |
|                      | Non pas systématiquement | 0      | 0    |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui à chaque examen      | 14     | 100  |
|                      | Non pas systématiquement | 0      | 0    |

La très grande majorité de la population (98,4%) interrogée déclare informer les patientes à chaque fois. En effet, seulement 3 sages-femmes ont répondu ne pas le faire systématiquement. Concernant les étudiantes sages-femmes, toutes informent le patient avant la réalisation du toucher vaginal.

La figure 23 représente les raisons de la non information de la réalisation d'un toucher vaginal des patientes pour les sages-femmes ayant déclaré ne pas le faire systématiquement.

**Figure 23 : Raisons de la non information du geste avant le toucher vaginal**



Les raisons de la non information sont variées. Le manque de temps, le fait que la femme soit inconsciente ou sous anesthésie générale sont évoqués respectivement par 2 sages-femmes sur les 3. Une situation d'urgence ou le fait que la femme ne parle pas ou ne comprenne pas le français sont respectivement cités une fois.

### 2.5.2 Objectifs

Le tableau 3 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de l'information des objectifs du toucher vaginal. On veut savoir si les objectifs sont expliqués à la patiente avant chaque examen ou non.

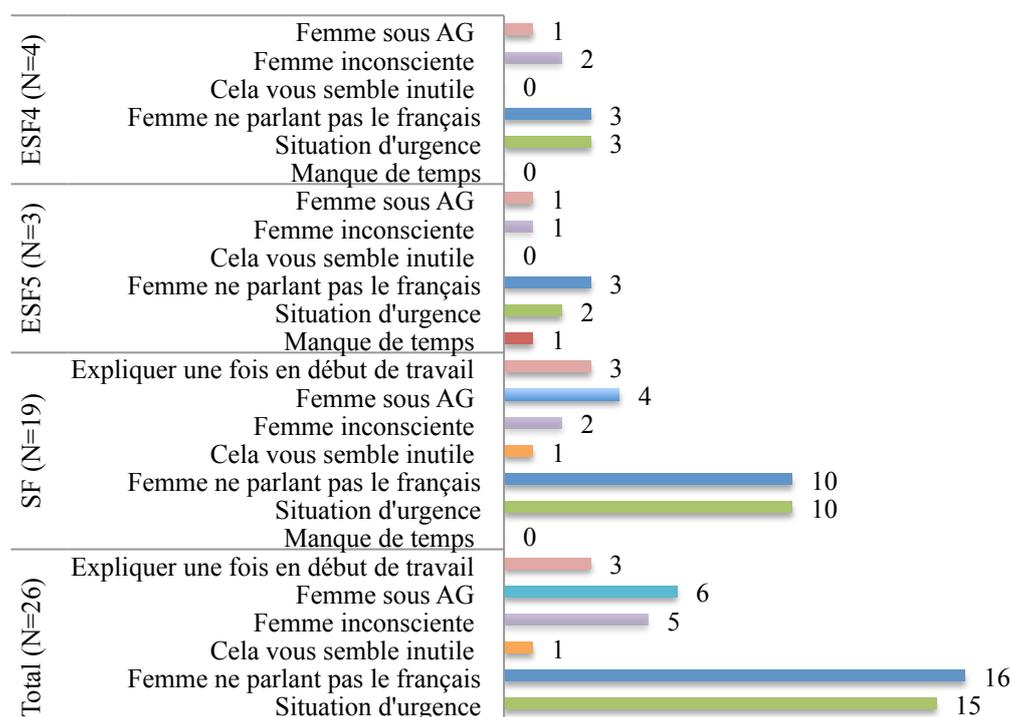
**Tableau 3 : Information des objectifs avant la réalisation du toucher vaginal**

|                      |                         | Nombre | %    |
|----------------------|-------------------------|--------|------|
| <b>Total (N=190)</b> | Oui à chaque examen     | 164    | 86,3 |
|                      | Non pas à chaque examen | 26     | 13,7 |
| <b>SF (N=162)</b>    | Oui à chaque examen     | 143    | 88,3 |
|                      | Non pas à chaque examen | 19     | 11,7 |
| <b>ESF5 (N=14)</b>   | Oui à chaque examen     | 11     | 78,6 |
|                      | Non pas à chaque examen | 3      | 21,4 |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui à chaque examen     | 10     | 71,4 |
|                      | Non pas à chaque examen | 4      | 28,6 |

Les objectifs du toucher vaginal sont expliqués à la patiente à chaque examen pour 86,3% de la population répondante. 88,3% des sages-femmes déclarent les dire avant chaque examen. 7 étudiantes sages-femmes sur 28 ne les expliquent pas avant chaque acte.

La figure 24 représente les raisons de la non information des objectifs du toucher vaginal des patientes pour la population ayant déclaré ne pas les dire de façon systématique.

**Figure 24 : Raisons de la non information des objectifs avant le toucher vaginal**



Les raisons de la non information des objectifs du toucher vaginal à la patiente sont principalement le fait que la femme ne parle ou ne comprenne pas le français (61,5% de la population totale). Les situations d'urgences représentent 57,6% des réponses. Le fait que la femme soit sous anesthésie générale ou inconsciente est également évoqué. Ces tendances se retrouvent pour les différentes catégories de population.

### 2.5.3 Consentement

Le tableau 4 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de la demande de consentement systématique ou non à la réalisation du toucher vaginal.

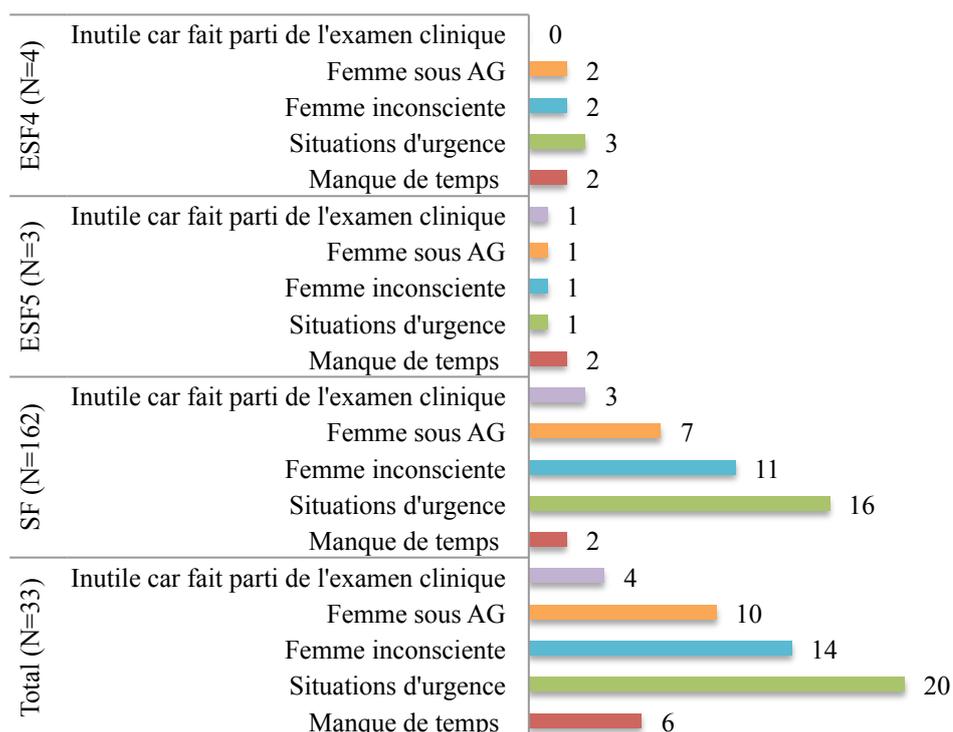
**Tableau 4 : Demande de consentement avant la réalisation du toucher vaginal**

|                      |              | <b>Nombre</b> | <b>%</b> |
|----------------------|--------------|---------------|----------|
| <b>Total (N=190)</b> | Oui toujours | 157           | 82,6     |
|                      | Parfois      | 33            | 17,4     |
| <b>SF (N=162)</b>    | Oui toujours | 136           | 84       |
|                      | Parfois      | 26            | 16       |
| <b>ESF5 (N=14)</b>   | Oui toujours | 11            | 78,6     |
|                      | Parfois      | 3             | 21,4     |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui toujours | 10            | 71,4     |
|                      | Parfois      | 4             | 28,6     |

La demande de consentement systématique n'est pas effectuée pour 17,4% de la population. Cela correspond à 26 sages-femmes et 7 étudiantes sages-femmes.

La figure 25 représente les raisons de la non demande de consentement au toucher vaginal pour la population ayant répondu ne pas le faire à chaque examen.

Figure 25 : Raisons de la non demande de consentement avant le toucher vaginal



Nous observons que la non demande de consentement par la population ayant déclaré ne pas le faire de façon systématique s'explique en majorité par les situations d'urgences (60,6%). Le fait que la femme soit inconsciente ou bien sous anesthésie générale est évoqué dans 42,4% et 30,3% des cas respectivement. Une ESF 5 et 3 sages-femmes déclarent que cela est inutile car cela fait partie intégrante de leur examen clinique.

#### 2.5.4 Formulation du consentement

Le tableau 5 représente les différentes manières de demander le consentement à la femme. Toutes les réponses exprimées précisément sont disponibles en annexe (annexe II).

Tableau 5 : Formulation du consentement

| Formulation        | Nombre | %    |
|--------------------|--------|------|
| Interrogation      | 142    | 74,7 |
| Déclaration        | 24     | 12,6 |
| Autre              | 24     | 12,6 |
| <b>Notion de :</b> |        |      |
| Installation       | 5      | 2,6  |
| Femme prête        | 45     | 23,7 |
| Explications       | 30     | 15,8 |
| Conseils           | 7      | 3,7  |

Nous constatons que le recueil de consentement sous forme d'interrogation concerne 74,7% de la population interrogée. Dans 23,7% des cas, on a la notion de savoir si la femme est prête pour le geste. Les explications liées à l'acte sont données dans 15,8% des formulations.

## 2.6 Avis à propos du consentement

Le tableau 6 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de leur avis sur la demande de consentement avant la réalisation du toucher vaginal.

**Tableau 6 : Avis au sujet de la demande de consentement avant le toucher vaginal**

| <b>Population totale</b>  | <b>N=190</b> | <b>%</b> |
|---------------------------|--------------|----------|
| Obligatoire               | 177          | 93,2     |
| Systématique              | 127          | 66,8     |
| Utile                     | 104          | 54,7     |
| Dépendant de la situation | 17           | 8,9      |
| Inutile                   | 0            | 0        |
| Non systématique          | 3            | 1,6      |
| Non obligatoire           | 1            | 0,5      |
| <b>SF</b>                 | <b>N=162</b> | <b>%</b> |
| Obligatoire               | 150          | 92,6     |
| Systématique              | 80           | 49,4     |
| Utile                     | 103          | 63,6     |
| Dépendant de la situation | 14           | 8,6      |
| Inutile                   | 0            | 0        |
| Non systématique          | 3            | 1,9      |
| Non obligatoire           | 2            | 1,2      |
| <b>ESF 5</b>              | <b>N= 14</b> | <b>%</b> |
| Obligatoire               | 14           | 100      |
| Systématique              | 11           | 78,6     |
| Utile                     | 12           | 85,7     |
| Dépendant de la situation | 2            | 14,3     |
| Inutile                   | 0            | 0        |
| Non systématique          | 0            | 0        |
| Non obligatoire           | 0            | 0        |
| <b>ESF 4</b>              | <b>N= 14</b> | <b>%</b> |
| Obligatoire               | 13           | 92,9     |
| Systématique              | 13           | 92,9     |
| Utile                     | 12           | 85,7     |
| Dépendant de la situation | 1            | 7,1      |
| Inutile                   | 0            | 0        |
| Non systématique          | 0            | 0        |
| Non obligatoire           | 0            | 0        |

Le consentement est obligatoire pour 93,2% de la population totale. Il est considéré comme systématique pour 66,8% de la population. 63,6% des personnes interrogées pensent que la demande de consentement est utile. Pour 8,9% de la population, c'est dépendant de la situation. Ces tendances se retrouvent dans les différentes catégories de population. Le toucher vaginal est non systématique pour 3 sages-femmes et non obligatoire pour 2. Aucune personne répondante ne trouve la demande de consentement inutile.

## 2.7 Polémique

Le tableau 7 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos des polémiques concernant l'apprentissage des touchers vaginaux par les étudiants.

**Tableau 7 : Information de la population interrogée à propos des polémiques concernant l'apprentissage du toucher vaginal par les étudiants**

|                      |     | <b>Nombre</b> | <b>%</b> |
|----------------------|-----|---------------|----------|
| <b>Total (N=190)</b> | Oui | 135           | 71,1     |
|                      | Non | 55            | 28,9     |
| <b>SF (N=162)</b>    | Oui | 111           | 68,5     |
|                      | Non | 51            | 31,5     |
| <b>ESF5 (N=14)</b>   | Oui | 10            | 71,4     |
|                      | Non | 4             | 28,6     |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui | 14            | 100,0    |
|                      | Non | 0             | 0,0      |

Nous observons que 71,1% de la population interrogée est au courant des polémiques concernant le toucher vaginal. Pour les sages-femmes ce chiffre est à 68,5%. Les ESF 4 ont toutes entendu parler de ces polémiques.

Le tableau 8 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos de leur changement de pratiques quant à la réalisation du toucher vaginal pour les personnes informées des polémiques à propos de la réalisation du toucher vaginal.

**Tableau 8 : Changement des pratiques suite à l'information concernant les polémiques**

|                      |     | <b>Nombre</b> | <b>%</b> |
|----------------------|-----|---------------|----------|
| <b>Total (N=135)</b> | Oui | 25            | 18,5     |
|                      | Non | 110           | 81,5     |
| <b>SF (N=111)</b>    | Oui | 19            | 17,1     |
|                      | Non | 92            | 82,9     |
| <b>ESF5 (N=10)</b>   | Oui | 1             | 10,0     |
|                      | Non | 9             | 90,0     |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui | 5             | 35,7     |
|                      | Non | 9             | 64,3     |

Nous constatons que suite à ces polémiques, 18,5% de la population a changé ses pratiques.

## 2.8 Refus de TV

Le tableau 8 représente la répartition des réponses selon les différentes catégories de population interrogées à propos des refus au toucher vaginal de la part des patientes.

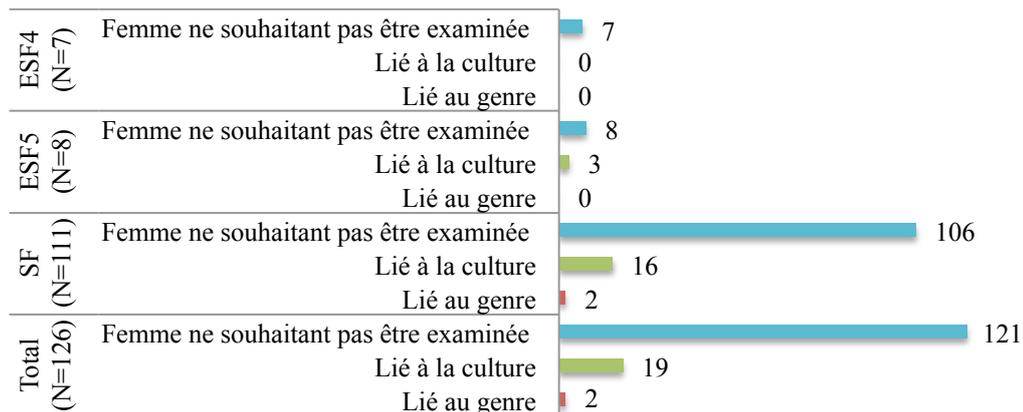
**Tableau 8 : Refus du toucher vaginal par les patientes**

|                      |     | <b>Nombre</b> | <b>%</b> |
|----------------------|-----|---------------|----------|
| <b>Total (N=190)</b> | Oui | 126           | 66,3     |
|                      | Non | 64            | 33,7     |
| <b>SF (N=162)</b>    | Oui | 111           | 68,5     |
|                      | Non | 51            | 31,5     |
| <b>ESF5 (N=14)</b>   | Oui | 8             | 57,1     |
|                      | Non | 6             | 42,9     |
| <b>ESF4 (N=14)</b>   | Oui | 7             | 50       |
|                      | Non | 7             | 50       |

66,3% de la population a déjà au moins été une fois en situation de refus de réalisation d'un toucher vaginal. Chez les étudiants sages-femmes, cela semble être un peu plus égal : respectivement 8 sur 14 et 7 sur 14 pour les ESF 5 et ESF 4.

La figure 26 représente les raisons du refus au toucher vaginal selon les différentes catégories de population interrogée.

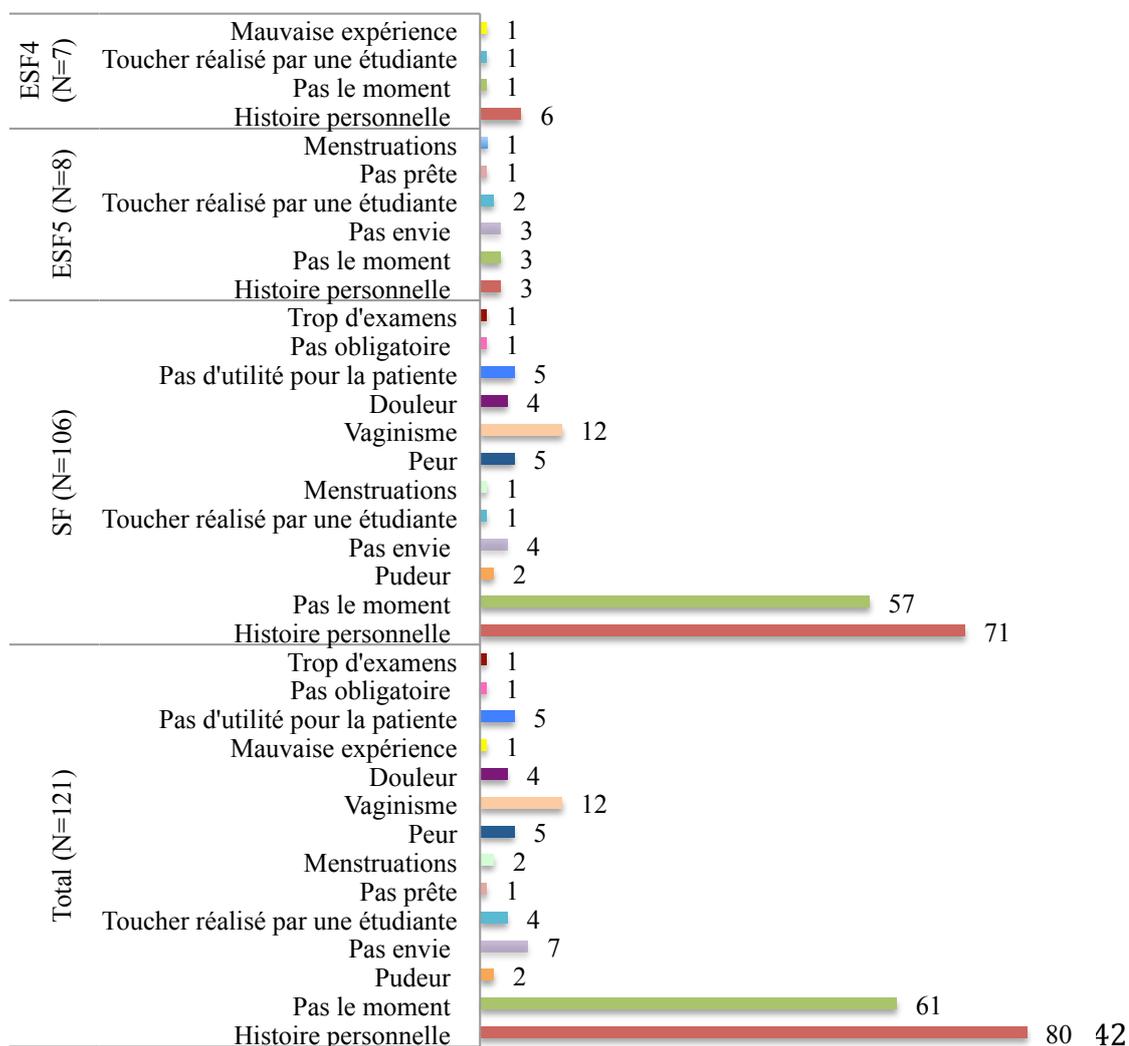
Figure 26 : Raisons du refus à la réalisation d'un toucher vaginal



La raison principale du refus est la femme qui ne veut pas être examinée (96%). Certaines femmes refusent l'examen car c'est un homme qui est le professionnel de santé ou bien du fait de leur culture.

La figure 27 représente les raisons du refus du toucher vaginal par la femme quand elle ne souhaite pas être examinée selon les différentes catégories de populations interrogées.

Figure 27 : Raisons du refus d'examen lorsque la femme ne souhaite pas être examinée



De nombreuses raisons justifient le fait que la femme ne souhaite pas être examinée. En effet, on recense 14 réponses différentes ; cependant les étudiants sages-femmes ont beaucoup moins de variétés de réponses.

Une des principales raisons est l'histoire personnelle de la patiente (66,1%) et, aussi tout simplement, que ce n'est pas le « bon » moment pour la femme (50,4%).

D'autres raisons sont évoquées comme le vaginisme, le fait que la patiente n'ait pas envie ou encore, la réalisation de l'examen par deux fois et notamment par une étudiante.

## 2.9 Encadrement

Le tableau 9 représente la réponse des sages-femmes concernant l'encadrement des étudiants sages-femmes à propos de la demande de consentement pour qu'il puisse réaliser le toucher vaginal.

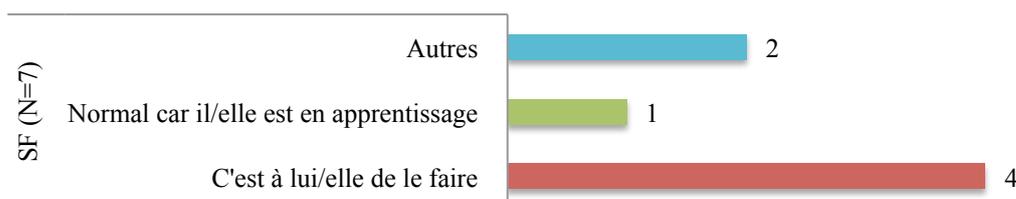
**Tableau 9 : Demande de consentement par les sages-femmes encadrant un étudiant pour qu'il réalise le toucher vaginal**

|             |     | Nombre | %    |
|-------------|-----|--------|------|
| SF (N= 162) | Oui | 155    | 95,7 |
|             | Non | 7      | 4,3  |

7 sages-femmes ne demandent pas le consentement à la patiente pour que l'étudiant réalise le toucher vaginal.

La figure 28 représente les raisons de la non demande de consentement par les sages-femmes pour que l'étudiant réalise un toucher vaginal.

**Figure 28 : Raisons de la non demande de consentement par les sages-femmes dans l'encadrement des étudiants**



Autres :

- « *Cela dépend des situations, des patientes que je sais difficiles à examiner, je ne demande même pas et je le fais moi-même. D'autres, je demande (car je pense que quelque part je sais qu'elles vont dire oui), pour d'autres encore je formule une affirmation incitant la patiente à acquiescer le fait que ce soit l'étudiante qui examine, mais lui laissant la possibilité de refuser si elle ne veut vraiment pas. Si je dois vérifier derrière, je demande toujours par contre* ».
- « *Demande de consentement si étudiant en début de formation et nécessité de réaliser 2TV, mais pas de consentement supplémentaire si un seul TV par l'étudiant (étudiant en cours ou en fin de formation qui sait évaluer les cols)* ».

On constate donc que 4 sages-femmes sur 7 encadrant un étudiant ne demandent pas le consentement car dans la plupart des cas elles considèrent que c'est à lui de le faire. Une seule d'entre elles pense qu'il n'y a pas besoin de faire cette démarche puisqu'il est en formation.

## Troisième partie : Analyse et discussion

---

### 1. Critiques de l'étude

#### 1.1 Points forts de l'étude

Pour commencer, le principal point fort de l'étude est le sujet traité. En effet, c'est un sujet d'actualité ; beaucoup de sages-femmes ont répondu très positivement par rapport à ce sujet avec des demandes d'envoi du mémoire une fois ce dernier rédigé. Cela montre l'importance de ce thème auprès des sages-femmes et l'intérêt qu'elles y portent. Cependant, c'est à nuancer : 162 sages-femmes ont répondu ce qui représente 27,5% de l'ensemble des sages-femmes exerçant en Loire-Atlantique. On peut donc supposer que celles qui ont répondu avaient une appétence antérieure pour ce thème.

D'autre part, le nombre de participants (pour rappel : N = 190) est un chiffre globalement satisfaisant pour pouvoir tirer des conclusions et analyser les résultats.

La population est assez hétérogène en termes d'années de diplôme et de lieux d'exercice concernant les sages-femmes avec 40% d'entre elles qui travaillent en structure hospitalière ou en clinique et 29% en libéral et enfin 1% en PMI. Certaines sages-femmes ayant répondu seulement par un niveau de maternité et non par le type de structure.

Cette étude amène également à réfléchir sur les bonnes pratiques de la réalisation du toucher vaginal en gynécologie et en obstétrique. En effet, cela permet de revoir les recommandations des différentes sociétés savantes et d'aborder la notion de l'éthique clinique, parfois méconnue des professionnels de santé.

#### 1.2 Limites et biais de l'étude

Pour la réalisation de cette étude, du fait du temps imparti et des contraintes liées à l'écriture de ce mémoire, la population interrogée a été réduite aux sages-femmes de la Loire-Atlantique et étudiants sages-femmes de l'école de Nantes. Cela ne représente donc pas les pratiques de l'ensemble des sages-femmes. La participation de ces dernières est relativement faible comme nous l'avons dit précédemment.

Concernant les étudiants sages-femmes la participation est de 53,4% pour chaque niveau d'études. C'est donc plus élevé que pour les sages-femmes mais cela reste faible par rapport aux nombreuses relances effectuées via les réseaux sociaux.

Seules des sages-femmes ont été interrogées, cela représente donc un seul corps de métier des professionnels effectuant des touchers vaginaux. Il serait donc intéressant de faire une étude pour les autres professionnels de santé notamment les gynécologues-obstétriciens et les internes.

Un des biais principaux de mon étude repose sur le fait que les sages-femmes ne font pas forcément tous les actes et consultations.

En effet, je suis partie du principe que même si les sages-femmes libérales ne sont plus en salle de naissances, elles sont allées pendant leurs études et peut-être une partie de leur carrière. Elles ont donc un avis sur chacune des pratiques que la sage-femme peut avoir. Au contraire, certaines sages-femmes hospitalières qui ne font pas de consultations gynécologiques ou de visites post natales de manière régulière n'ont pas répondu à ces items. Afin de limiter ce biais au maximum, qui est apparu pendant le recueil de données, j'ai exclu les sages-femmes qui ne répondaient pas à une question sur la pratique ou bien qui répondaient « pas de consultations de gynécologie » par exemple.

Le biais de mémorisation peut aussi se retrouver : certaines sages-femmes ont des pratiques dans des services donnés qui sont anciennes ou bien certaines répondantes ne se rappellent plus de leur premier toucher vaginal par exemple.

## 2. Discussion

### 2.1 La réalisation du premier toucher vaginal et son apprentissage

La réalisation du premier toucher vaginal est pour la majorité des personnes interrogées effectué sur une patiente plutôt que lors des travaux pratiques (TP) de simulation (82,6% versus 17,4%). On note une évolution concernant les étudiantes sages-femmes de cinquième année avec des proportions plus équilibrées (respectivement 6 et 8) mais que l'on ne retrouve pas pour les étudiants sages-femmes de quatrième année. Pourtant, les recommandations de la HAS concernant l'apprentissage du toucher vaginal préconisent celui-ci grâce à une simulation lors de la première fois [36]. Les ESF4 ont répondu en majorité un toucher vaginal réalisé sur une patiente alors que nous avons eu des TP de simulation pour apprendre à les réaliser et savoir ce qu'il faut chercher. Il y a donc probablement un biais de mémorisation ou un biais de compréhension de l'outil de simulation utilisé. En effet, l'école de Nantes a mis en place ces TP depuis une dizaine d'années.

L'apprentissage du toucher vaginal a ensuite été effectué par toute la population interrogée sur des patientes éveillées. Aucune des personnes qui a répondu ne s'est « entraînée » à faire des touchers vaginaux sur des patientes endormies. Cela ne veut pas dire qu'il y a eu une information et une demande de consentement à chaque fois, mais un apprentissage sur des patientes conscientes. C'est donc plutôt positif, même si bien-sûr il faut prendre ce résultat avec précaution car nous avons une population réduite et il peut y avoir des biais de déclaration.

### 2.2 Analyse des pratiques

#### 2.2.1 *La réalisation du toucher vaginal*

À propos de la pratique du toucher vaginal, nous pouvons dire à partir des résultats de cette étude que les étudiantes sages-femmes, que ce soit en quatrième ou cinquième année réalisent beaucoup moins de touchers vaginaux de manière systématique. En effet, en consultations prénatales et en suites de couches, aucune étudiante ne réalise cet acte de cette façon. Aux urgences gynécologiques-obstétricales, cela est rare : seulement 1 ou 2 respectivement par année d'études et enfin en gynécologie une étudiante en cinquième année.

En ce qui concerne les sages-femmes, les résultats sont plus nuancés. En consultations prénatales, 4,9% des sages-femmes le font de manière systématique, aux UGO cela représente 17%, en suites de couches 5,7%, en gynécologie 17,5% et en consultations post-natales 36%. Pour finir, le cas particulier de la salle de naissances. Les tendances s'équilibrent que ce soit pour les sages-femmes ou les étudiants ; cela peut s'expliquer par le fait qu'en salle de naissances, les femmes sont en général en travail. Il est encore d'actualité dans beaucoup de maternités d'examiner les femmes une fois par heure lorsqu'elles sont en salle d'accouchements afin de vérifier la progression de la dilatation puis la descente du mobile foetal.

### 2.2.2 *Motifs de réalisation*

Comme nous avons pu l'observer dans la partie « Résultats », les raisons motivant un toucher vaginal sont très diverses selon les sages-femmes et étudiantes sages-femmes.

Bien-sûr, des tendances se retrouvent notamment les contractions utérines qui sont un motif très important de toucher vaginal en consultations prénatales ou aux urgences gynécologiques obstétricales.

Concernant la salle de travail, les raisons sont moins nombreuses : c'est en général pour suivre le travail de la patiente, qu'il soit spontané ou déclenché.

En suite de couches, les causes d'un toucher vaginal sont principalement la plainte d'une gêne par la patiente ou bien une suspicion d'endométrite. L'absence de compte de compresses est également évoquée.

Lors des consultations post-natales, les motifs principaux sont un symptôme évoqué par la patiente ou le testing des releveurs afin de déterminer si la femme a besoin de séances de rééducation périnéale.

Enfin, en consultation de gynécologie, il y a également de multiples indications qui font que les sages-femmes et étudiantes sages-femmes font un toucher vaginal. La demande de la patiente et l'évocation d'un symptôme reviennent tout de même en majorité.

Face à ces diverses réponses et indications, nous constatons que les recommandations concernant les différents exercices de la sage-femme pour la réalisation d'un toucher vaginal sont définies de manière imprécise et interprétées de façon différente.

Ce mémoire nous amène donc à porter un regard critique sur nos pratiques. En effet, certaines sages-femmes réalisent un toucher vaginal systématique par habitude ou parce

qu'elles pensent que ce sont les recommandations. Or, comme nous avons pu le décrire dans la première partie, le toucher vaginal n'est pas indiqué en systématique. En salle de naissances, l'OMS préconise un toucher vaginal toutes les 4 heures ; il n'y a pas d'autre recommandation, c'est donc très souvent des protocoles de service qui s'appliquent. Il est également important de noter que les habitudes à réaliser un toucher vaginal lors d'une consultation de suivi de grossesse ou de gynécologie sont encore bien ancrées dans les pratiques françaises. Cela parfois, au point d'être perçues comme des recommandations.

### 2.2.3 *Information, objectifs et consentement*

Concernant l'information délivrée aux patientes, 1,8% des sages-femmes n'informent pas avant la réalisation du geste tandis que toutes les étudiantes sages-femmes le font. Les raisons données sont diverses : manque de temps, femme sous AG, femme ne comprenant pas le français etc.

Pour l'explication des objectifs à la patiente, 11,7% des sages-femmes ne les disent pas de manière systématique et cela concerne 7 étudiantes sages-femmes sur 28.

Enfin, pour la demande de consentement, elle est non systématique pour 20,4% des sages-femmes et 7 étudiants sages-femmes sur 28.

Nous remarquons donc que le consentement est moins recherché par rapport à l'information qui, au contraire est faite quasiment par toute la population. Pourtant l'un comme l'autre sont des obligations légales et déontologiques. Il est important de souligner la différence entre « informer » et « recueillir le consentement ». Ce n'est pas parce que l'on dit à la patiente ce que l'on va lui faire qu'elle accepte de principe.

Nous devons alors remettre en question nos pratiques professionnelles concernant ce geste, pourquoi réaliser un toucher vaginal à ce moment précis ? Que va t-il m'apporter pour l'élaboration du diagnostic et les propositions thérapeutiques ? Ai-je informé la femme et ai-je son accord pour réaliser cet acte ?

Si ce dernier est médicalement justifié (ce qui est le cas la plupart du temps), et que les conditions nécessaires à sa réalisation le sont aussi, ce dernier ne sera que mieux accepté et toléré par la patiente.

C'est pourquoi, il est nécessaire de se poser ces questions avant d'entreprendre la réalisation du toucher vaginal et, plus largement, tous les actes que nous réalisons.

Suite à cette étude et au delà, ce sujet revient aujourd'hui au cœur des questionnements et des problématiques de la profession de sage-femme, et plus largement de la périnatalité et de la gynécologie.

En effet, il faut tout d'abord prendre en compte que le toucher vaginal est vu de deux façons différentes par le corps médical et les femmes. La banalité de ce geste pour les professionnels de santé le réalisant plusieurs fois par jour peut en rendre la pratique non adaptée envers les patientes et non conforme au respect de la loi.

Cet examen semble être appréhendé par les femmes et la consultation de gynécologie semble être la plus redoutée à cause de ce geste en particulier. [12]

Pendant la grossesse, cela peut-être différent ; deux manières de voir les choses peuvent être envisagées. Tout d'abord, les femmes enceintes peuvent considérer que c'est normal que l'on vérifie le col et que cela fasse partie de la consultation de grossesse. Elles acceptent ce geste car elles pensent tout d'abord à leur enfant et souhaitent que tout se déroule dans les meilleures conditions. Elles accordent une grande confiance envers les sages-femmes et ne posent pas forcément de questions concernant cet examen. Cela peut également s'expliquer par le fait que la grossesse est une période de vulnérabilité chez la femme enceinte et l'accouchement son apogée ; la femme s'en remet donc au professionnel. La femme enceinte reste une personne autonome mais avec des contraintes internes (future mère en devenir) et externes (représentations sociales de la grossesse et de l'accouchement) qui augmentent. Un refus semble-t-il possible dans ces conditions ?

Néanmoins, la grossesse est une période particulière dans la vie d'une femme, avec des bouleversements psychiques et des transformations physiques. Le corps change, il faut alors se le réapproprier, avec un regard porté sur soi-même qui évolue et le regard des autres également : le conjoint et le professionnel de santé. Les notions d'intimité et de pudeur peuvent être modifiées. C'est alors à nous, sages-femmes, ou professionnels de santé prenant en charge la femme, de considérer la patiente avec respect et dignité et de ne pas se focaliser uniquement sur le ventre ou le col, mais de ne pas oublier la femme, la conjointe et la future mère qu'elle est.

Nous constatons donc par cette étude que la sage-femme ne prend pas toujours le temps ou « la peine » d'effectuer cette recherche de consentement avant l'examen. Pourtant, cela permet la mise en confiance de la patiente.

En effet, le fait d'informer la femme du geste que nous allons réaliser ainsi qu'expliquer pourquoi et ce que va nous apporter l'examen lui permet d'être plus avertie et ainsi de mieux

accepter le geste. Enfin, demander le consentement, rend la femme véritable actrice des soins et examens, c'est une construction de co-décision.

On peut donc dire que par cette information et ce consentement, nous contribuons à rendre la patiente autonome car libre de faire un choix. D'un point de vue psychique, lorsque les gens ont le choix c'est-à-dire lorsque nous demandons s'ils acceptent que l'on fasse tel ou tel acte, ils ont tendance à accepter plus facilement ce qu'on leur propose. Demander l'autorisation c'est donner du pouvoir au patient, lui donner le choix et alors, la plupart du temps il n'y a pas de refus prononcé.

Certaines situations peuvent parfois mettre en difficulté l'information que nous devons aux patientes et la recherche de consentement avant l'examen comme le montrent les résultats : situations d'urgences, manque de temps, femme sous anesthésie générale, pronostic vital maternel ou fœtal engagé. Mais nous nous devons d'informer et de rechercher le consentement de la patiente avec les limites fixées par la loi que nous avons vues dans la première partie.

Dans ces moments particuliers que sont les urgences, un équilibre est à trouver entre donner trop d'informations ou au contraire ne pas en dire assez. Nous sommes pris par le temps, par le stress et on peut parfois émettre certaines informations, ou pour le bien de la patiente et de son enfant quand elle est enceinte, se passer du consentement.

Nous pouvons donc trouver ici tout l'intérêt d'informer en amont des situations d'urgences.

La femme dans ces situations stressantes, est-elle réellement autonome pour consentir librement à un geste ? Peut-on se passer de son consentement si cela est nécessaire pour sa bonne santé et celle de son futur enfant ?

D'ailleurs, il est important d'appliquer cet équilibre dans n'importe quelle situation, trouver le juste milieu afin de délivrer les informations essentielles, c'est-à-dire les hiérarchiser pour permettre à la patiente, au couple, de prendre une décision éclairée.

Des solutions existent dans ces circonstances. Par exemple, lors du travail qui est la période la plus « à risque » pour la mère et l'enfant, on peut demander à la patiente en début de celle-ci son accord pour la réalisation d'un toucher vaginal dans une situation d'urgences ou dans une situation où elle ne serait pas en mesure de répondre. Nous pouvons également demander à l'accompagnant, la plupart du temps le conjoint, qui est aussi la personne de confiance. Enfin, si le pronostic vital est engagé, nous pouvons passer outre ce consentement comme nous l'avons précédemment évoqué. [37]

D'autre part, parfois nous pouvons penser que nous demandons le consentement alors que ce n'est pas le cas. La sage-femme pose t-elle réellement la question du consentement ? Rend-elle la recherche de consentement claire et indentifiable ? La recherche d'une non opposition est-elle une recherche de consentement ?

Comme nous avons pu le voir dans les résultats concernant la formulation de la demande de consentement, beaucoup de façons différentes sont décrites. Certaines personnes demandent le consentement par une déclaration telle que « *Je vais réaliser un TV pour examiner votre col, puis-je le faire ?* », « *Je vais vous examiner, d'accord ?* » ou bien par une interrogation : « *Est-ce que je peux vous examiner ?* » qui revient à de très nombreuses reprises.

Cependant, certaines écrivent aussi « *J'explique le déroulement de l'examen et si pas de refus, je considère que la patiente accepte* » : la sage-femme considère alors le non refus de la patiente comme un consentement.

Un refus et donc un non consentement traduit-il un échec d'informations ? L'information doit-elle nécessairement aboutir à un consentement ?

Nous remarquons également dans les formulations de consentement, au delà de la question de l'examen, les sages-femmes demandent très souvent au moment de le réaliser : « *Êtes vous prête ?* » ou « *Je peux y aller ?* », cela est intéressant pour prévenir la femme mais ne doit pas être considéré comme un consentement. Les professionnels et étudiantes interrogées pour rendre l'examen moins désagréable et permettre la mise en confiance utilisent également des conseils tels que « *respirez, détendez-vous* » ou s'assurent pour certaines qu'elles sont confortables : « *Êtes-vous bien installée ?* ». C'est également important pour détendre la femme et la mettre à l'aise avant de faire le geste.

Enfin, concernant les objectifs, seulement 15,7% des formulations retrouvent une explication des buts de l'examen. Cela veut dire que dans la très grande majorité des cas, la patiente ne sait pas pourquoi nous réalisons un toucher vaginal. Pouvons-nous alors considérer la patiente comme autonome à accepter l'examen ?

La définition et la représentation de l'information et du consentement sont donc différentes selon les sages-femmes et étudiants sages-femmes interrogés.

Les résultats concernant l'avis à propos du consentement montrent ces disparités, pour les sages-femmes, 92,1% pensent que c'est obligatoire. 8,6% des sages-femmes trouvent que cela dépend de la situation. 1,2% des sages-femmes pensent que ce n'est pas obligatoire et 1,8% non systématique. Concernant les étudiantes sages-femmes, aucune n'a répondu non obligatoire ou non systématique.

Pour cela, la communication dans la relation soignant-soigné est un point clé et elle ne doit pas être mise de côté.

Parfois dans les situations où les femmes ne comprennent pas le français, les urgences, les femmes sous AG, les conditions de communication optimales ne sont pas réunies ce qui peut alors expliquer certains dérapages.

Les interprétations des gestes ou attitudes des patientes que font les professionnels de santé peuvent parfois amener à l'inverse de ce que le protagoniste souhaiterait.

Cela amène donc certaines femmes à libérer leurs paroles pour dénoncer des pratiques qui leur semblent non respectueuses, et des conflits peuvent apparaître (cf. Lyon).

### 2.3 Connaissances des polémiques concernant le toucher vaginal

On voit que malgré les polémiques face à l'apprentissage du toucher vaginal sur des patientes endormies, tout le monde n'est pas informé. Cela pose question sur les connaissances des pratiques et leurs évolutions.

Concernant les sages-femmes, 68,5% en ont entendu parler. Les ESF 5 sont 10 sur 14 et enfin les ESF 4 sont toutes au courant de ces polémiques. On remarque donc que les étudiantes sages-femmes sont plus au fait, cela montre-t-il un plus grand intérêt à cette problématique ? Ou cela est-il simplement le fait qu'ils soient plus sensibilisés pendant leurs études ?

Parmi la population qui est en connaissance de ces polémiques en France (sages-femmes et étudiants sages-femmes), 18,5% ont changé leurs pratiques. Ce faible pourcentage peut s'expliquer par le fait que les personnes répondantes avaient déjà des habitudes qui leur semblaient cohérentes et donc n'ont pas eu la nécessité de les modifier.

Un changement des pratiques passe donc par un apprentissage de l'information et du consentement par les étudiants ; cela est du ressort des sages-femmes et du personnel les encadrant.

Il serait intéressant de voir lesquelles ont été modifiées : les motifs de réalisation du TV ? Les informations données et le recueil de consentement ?

### 2.4 Encadrement des étudiants

L'organisation des établissements, et notamment celle des centres hospitaliers universitaires permet l'apprentissage des étudiants en formation. La plupart du temps, les personnes venant dans ces centres universitaires savent que des étudiants peuvent être

présents. Bien-sûr les patients sont en droit de refuser la présence de celui-ci. Mais la question de la présence est-elle réellement posée ? Considérons-nous que parce que les patients viennent au CHU, les étudiants soient acceptés d'office ? Les patients connaissent-ils ce droit de refuser ?

Au delà de la présence, il y a également la réalisation des actes par les étudiants. Là encore, il est normal et indispensable que les stagiaires se forment et apprennent à exécuter les actes ; ce sont des futurs professionnels en devenir et l'observation ne peut suffire à acquérir toutes les capacités et compétences nécessaires à la pratique future.

Concernant les sages-femmes de notre étude, elles sont 7 à ne pas demander le consentement pour que l'étudiant réalise un toucher vaginal. La principale raison est qu'elles considèrent que c'est à l'étudiant de le faire. Cela permet, en effet, de responsabiliser l'étudiant et de lui donner les bons réflexes. Pour une sage-femme, il n'est pas nécessaire de le faire car le stagiaire est en apprentissage donc il est normal qu'il réalise les gestes. Cependant, cela est une obligation : la formation doit respecter les mêmes règles que pour les professionnels de santé c'est à dire l'information et le consentement comme c'est décrit dans la loi que nous avons évoquée en première partie. Au delà du respect légal, il est nécessaire de montrer le bon exemple afin d'avoir des bonnes pratiques et d'en faire des futurs professionnels de santé responsables, sachant respecter les refus des femmes.

## 2.5 Refus du toucher vaginal

Le refus du toucher vaginal par les patientes n'est pas quelque chose de rare. En effet, 66% de la population a déjà été en situation de refus au moins une fois au cours de sa carrière ou formation. Nous pouvons penser que ce chiffre est sous-estimé car, à priori, celles qui refusent sont celles à qui le consentement a été préalablement demandé.

Il existe différentes raisons évoquées par la femme qui sont très variées. Notamment, liée à sa culture ou sa religion ou bien lié au genre de la personne réalisant le toucher vaginal. Mais la plupart du temps, c'est tout simplement qu'elle ne souhaite pas être examinée : histoire personnelle, trop d'examens, pas envie, menstruations ou encore vaginisme... Lorsque le toucher vaginal nous apparaît comme nécessaire, nous nous devons de convaincre la femme et si elle réitère son refus ; nous devons respecter son choix.

Dans une époque où les violences faites aux femmes sont de plus en plus dénoncées, véritable sujet d'actualité (dénonciations via les réseaux sociaux, les médias #balancetonporc) ; les violences gynécologiques et obstétricales n'y échappent pas [38], cela

doit amener tous les professionnels de santé s'occupant des femmes à remettre leurs pratiques en cause.

La maltraitance est, selon le Conseil de l'Europe, « 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 ». [39]

La maltraitance ordinaire est tout acte, volontaire ou non, effectué par les professionnels de santé ainsi que la maltraitance liée à l'institution et à son organisation. Prendre l'absence d'opposition comme un consentement relève de cette dernière.

Il ne faut pas oublier que la réduction de mortalité maternelle et infantile en France est passée par une médicalisation de l'accouchement grâce à une surveillance plus accrue et notamment grâce au toucher vaginal. Même si aujourd'hui, la tendance est plutôt à une « démedicalisation » de l'accouchement, avec le moins d'actes intrusifs possibles tout en ayant une mère et un enfant en bonne santé.

Nous réalisons donc ce geste pour étayer un diagnostic, afin de garantir à nos patientes, la meilleure prise en charge possible et être le plus bienfaisant possible. Les professionnels de santé sont soumis à de nombreuses contraintes, pour que tout se déroule toujours dans les meilleures conditions.

Mais ce que nous considérons parfois comme bienfaisant ne l'est pas forcément pour les femmes. La maltraitance due à la réalisation de touchers vaginaux non consentie peut passer inaperçue car c'est ancré dans la pratique de tous les jours.

De plus l'organisation des institutions et structures hospitalières rend le temps de consultation restreint. Le professionnel de santé n'a donc pas le temps nécessaire pour écouter la femme comme il le voudrait. Il va donc le plus souvent à l'essentiel, sans connaître ses pensées, ses doutes et ses peurs. Le temps de paroles est donc réduit au profit de l'examen clinique et gynécologique. La femme peut alors se sentir comme « agressée » par cette rapidité de consultation et penser qu'elle n'est « qu'un corps, qu'une vulve et un col » parmi tant d'autres, sans singularité.

Cela est peut être moins vrai lors des consultations dans les cabinets de sages-femmes libérales où les patientes semblent moins stressées et plus écoutées. Le temps des consultations est également plus long.

C'est donc au professionnel de santé, à la sage-femme, qu'elle soit libérale ou hospitalière de replacer ce temps d'écoute et de communication au cœur de sa prise en charge.

## 2.6 Axes d'amélioration

Suite aux résultats de cette étude et face à des recommandations de la part des sociétés savantes imprécises et divergentes, que faire ?

Nous pouvons alors penser que des groupes de travail notamment, le CNSF ou le CNOSF, se saisissent de la question du toucher vaginal dans les différents secteurs d'activités de la sage-femme. Il serait notamment intéressant dans le suivi des grossesses physiologiques et également lors des consultations de contraception où les diversités de réponses sont les plus importantes.

Des recommandations précises, à partir d'études, pourraient alors être établies permettant d'avoir des pratiques plus adaptées et permettre une meilleure prise en charge.

En ce qui concerne l'information et le recueil de consentement, même si la plupart des sages-femmes et étudiantes sages-femmes perçoivent leurs importances, il y a encore certaines situations où ce n'est pas réalisé. Dans les études de sages-femmes, nous pourrions alors proposer des cours d'éthique clinique et de déontologie médicale. C'est réalisé à l'école de Nantes, mais est-ce le cas partout en France ?

D'autre part, pour les professionnels, des formations en éthique et sur les droits des patients pourraient également être proposées comme c'est déjà le cas pour d'autres thématiques.

## 2.7 Conclusion de la discussion

On peut donc dire qu'il semble légitime de proposer un examen gynécologique et plus particulièrement un toucher vaginal si cela est nécessaire à la prise en charge de la patiente, quel que soit le service ou la période de la vie de la femme. Cela fait bien entendu partie de la bienfaisance que tout professionnel de santé doit mettre en œuvre pour sa patiente. Cependant, ce dernier ne doit pas être imposé pour ne pas être, au contraire, dans une situation malfaisante. Il ne faut pas oublier que ce qui semble bienfaisant pour nous, sage-femme, étudiante sage-femme et plus largement professionnel de santé, ne l'est pas forcément pour la patiente.

Il faut donc respecter le choix de la femme, respecter son autonomie tout en expliquant les raisons du toucher vaginal et les bénéfices que celui-ci peut apporter pour sa prise en charge.

En effet, l'impact d'une mauvaise expérience concernant le toucher vaginal peut influencer les futures approches avec la gynécologie et l'obstétrique. Certaines femmes peuvent ne plus consulter à cause de cet examen traumatisant. Qu'en est-il alors de leur suivi ? Cela pourrait à

terme devenir un problème de santé publique avec une recrudescence des cancers du col de l'utérus par exemple.

Comme nous l'avons vu, la communication entre le soignant et le soigné est primordiale. Pour que celle-ci s'effectue correctement, il faut une mise en confiance du patient et plus particulièrement de la femme dans notre contexte. Informer, donner les objectifs et rendre clair et identifiable la recherche de consentement. Cela participe alors à l'autonomie de l'utilisatrice du système de soins, c'est à elle de faire le choix d'accepter ou de refuser ce geste.

Ainsi, nous contribuons au respect de la femme, de son corps, de sa dignité et de son intégrité psychique et physique.

Plus largement, nous agissons pour le bien-être féminin et la santé gynécologique des femmes. Cela peut effectivement passer par le toucher vaginal si celui-ci est nécessaire. Il convient alors de se poser les bonnes questions, de respecter les règles déontologiques, légales et bien-sûr les principes de l'éthique clinique.

## Conclusion

---

Pour conclure, nous pouvons dire que l'information et la demande de consentement sont dans la majorité des cas effectuées par les sages-femmes et étudiantes sages-femmes de cette étude. Néanmoins, certaines habitudes ou non recueils de consentement entraînent une remise en question de nos pratiques.

Il est de notre devoir, d'évoluer vers des pratiques moins intrusives et d'appliquer les principes de l'éthique clinique (autonomie, bienfaisance, non malfaisance notamment) afin de mieux prendre charge les femmes, et ainsi d'éviter des dérives et de mauvaises expériences pour les patientes. Pour cela, il faut donc réaliser des touchers vaginaux seulement lorsque cela est nécessaire et communiquer avec la patiente, l'informer sur les objectifs de l'examen pour la mettre en confiance comme nous l'avons évoqué.

Donner à la patiente toute l'importance qu'elle est en droit et en devoir d'avoir, qu'elle soit actrice de ses soins, passe par une place primordiale et nécessaire de l'information et du consentement. C'est à remettre au cœur des pratiques et des mœurs, quelque soit la situation.

Enfin, pour compléter cette étude et ce mémoire, il serait nécessaire à présent de savoir ce que les femmes pensent de ce toucher vaginal, la manière dont elles l'appréhendent et comment elles le vivent. Une étudiante l'a fait pour le suivi des grossesses considérées à bas risque et retrouve que le toucher vaginal représente un élément gênant pour 75,6% des femmes et 46,4% appréhendent le geste. [40]. Il faudrait à présent, interroger toutes les femmes concernant leur vécu du toucher vaginal afin de déterminer s'il existe des différences entre les femmes enceintes et non enceintes, les situations « ordinaires » et les situations d'urgences.

D'autre part, il serait également intéressant d'interroger d'autres professionnels de santé effectuant des touchers vaginaux dans leur pratique courante.

À l'heure où les polémiques médiatiques sont de plus en plus présentes concernant les maltraitances obstétricales, avoir une étude objective des deux points de vue (professionnels de santé et patientes) permettrait de clarifier la situation et de prendre les bonnes dispositions. Au niveau national, le Haut Conseil à l'égalité homme-femme s'est emparée de la question et établit un rapport sur les violences obstétricales qui sera remis en mars 2018, dans lequel l'Ordre National des Sages-Femmes a été interrogé.

## Bibliographie

---

[1] Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis. Le Monde.fr [Internet]. 2015 Fev 06. [Cité 2017 Sept 30]; Disponible sur : [http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/06/une-tribune-denonce-le-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies\\_4571810\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/06/une-tribune-denonce-le-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies_4571810_1651302.html)

[2] Condomines A. « J'ai dit non, elle l'a fait quand-même » : les touchers vaginaux non consentis ont la vie dure. LCI.fr [Internet]. 2017 Jan 10. [Cité 2017 Sept 30]; Disponible sur : [http://www.lci.fr/societe/j-ai-dit-non-elle-l-a-fait-quand-meme-les-touchers-vaginaux-non-consentis-ont-la-vie-dure-2021110.html?utm\\_source=dlvr.it&utm\\_medium=twitter](http://www.lci.fr/societe/j-ai-dit-non-elle-l-a-fait-quand-meme-les-touchers-vaginaux-non-consentis-ont-la-vie-dure-2021110.html?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter)

[3] Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Examen gynécologique. Université Médicale Virtuelle Francophone. [Internet] 2010-2011. [Cité 2017 Sept 30]; Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie\\_examen/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf)

[4] Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé. [Internet] 2005. [Cité 2017 Sept 30]; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)

[5] Haute Autorité de santé (HAS). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonnes pratiques. [Internet] 2013 avr. [Cité 2017 Nov 01]; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201306/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

[6] Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet] 2016 Mai. [Cité 2017 sept 30]; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)

[7] Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles. [Internet]. 2003. [Cité 2017 sept 30]; Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43227/1/9242590843\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43227/1/9242590843_fre.pdf)

[8] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétence des sages-femmes. [Internet]. 2010 Janv. [Cité 2017 sept 30]; Disponible sur : [http://sagefemme.chru-lille.fr/metier/666\\_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf](http://sagefemme.chru-lille.fr/metier/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf)

[9] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes. [Internet]. 2002. [Cité 2017 oct 01]; Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PURPC\\_10.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_10.HTM)

[10] Observatoire Régional de la Santé (ORS). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les pays de la Loire. [Internet]. 2016 Oct. [Cité 2017 oct 01] ; Disponible sur : [http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016\\_15\\_suivi\\_gyneco\\_panel3mgpdl.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf)

[11] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. (CNGOF). Directive qualité – Contenu obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. [Internet]. 2010 Juin 18. [Cité 2017 oct 01] ; Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/dossier\\_gyneco.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/dossier_gyneco.pdf)

[12] Rondel M. Intérêt de l'examen pelvien annuel de routine chez la femme adulte, asymptomatique, en dehors de toute grossesse. Une revue de la littérature. [Mémoire pour le diplôme universitaire de « Formation complémentaire en Gynécologie-Obstétrique pour le Médecin Généraliste]. Nantes : UFR de Médecine et Techniques Médicales. 2017 sept.

[13] Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Examen gynécologique. Université Médicale Virtuelle Francophone. [Internet] 2010-2011. [Cité 2017 Sept 30]; Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie\\_examen/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf)

[14] Monteux T. La pratique du toucher vaginal lors des consultations prénatales au sein d'une population de grossesses à bas risque. [Mémoire pour diplôme d'état de sage-femme]. UFR de Médecine et de Maïeutique de Lyon Sud, école de sages-femmes de Bourg en Bresse. 2014.

[15] Lorigoux R. Y'a t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Angers : UFR des Sciences Médicales, école de Sages-femmes René Rouchy. 2010. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331/document>

[16] Asselin C. Évaluation des pratiques professionnelles sur le toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Angers : UFR des Sciences Médicales, école de Sages-femmes René Rouchy. 2015. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20100470/2015MFASMA3649/fichier/3649F.pdf>

[17] B.Langer, M-P. Caneva, G.Schlaeder. « La surveillance prénatale de routine en Europe : comparaison de l'expérience de 9 services de Gynéco-Obstétrique situés dans 8 pays différents ». Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 1997 Jun ;26(4) : 358-66.

[18] Europeristat. European Perinatal Health Report. [Internet] 2010. [Cité 2017 Dec 09]; Disponible sur : [http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf)

[19] Blandine. Il y a quelque chose dont j'aimerais te parler ... L'Officiel de la Sage- femme. 2015 Mar ; 476 : 13.

[20] Durif-Varembont J-P. L'intimité entre secrets et dévoilement. Cahiers de psychologie clinique. 2009 Jan 01 ; 32 : 57-73.

[21] Tabouy T. La place de la pudeur pendant la maternité : étude rétrospective réalisée auprès de 303 femmes accouchées au CHU de Nantes. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Nantes : UFR de Médecine, école de Sages-femmes de Nantes ; 2013. Disponible sur :

<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d2058631-feb-40c9-bc59-5b98e9af4ccb>

[22] Vasse D. Un monde sans pudeur ? Études. 2002 Fev 01 ; 396 : 197-205.

[23] Dabouis G, Durand G, Tessier Ph. La Consultation d'Éthique Clinique : le principisme en action in *L'Éthique clinique et les normes*. Editions Cécile Defaut. 2013 ; pp 75-90

[24] Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2003 ;6 : 235-46.

[25] Calvès A-E. « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*. 2009 Avril 01 ; 200 : 735 – 49.

[26] Dabouis G, Durand G. Qu'est ce qu'une éthique minimaliste ? *Recherches en éducation*, 2014 Fev ; hors-série n°6

[27] Rousset G. Comment nommer la personne prise en compte par le système de santé ? *Recherches en communication*. 2009 ; 32 : 104 – 17.

[28] Thiriet A. Du patient au client : le pouvoir des mots. [Internet] 2011 Fev 09. [Cité 2017 Oct 05] ; Disponible sur : <http://www.actusoins.com/3232/du-patient-au-client-le-pouvoir-des-mots.html>

[29] Droit des Usagers, relation partenariale et formation des professionnels de santé. Rapport 2015 - Conférence nationale de santé. 2016 Nov. p 7

[30] Durand G, Jean M. L'autonomie à l'épreuve du soin. Nantes. Édition Cecile Defaut. 2015

[31] Moutel G. Décision médicale : Comment s'articule autonomie du patient et responsabilité du médecin ? *Santé Mentale*. 2011 Oct ; 161.

[32] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[33] Article n°35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) du code déontologie médicale. Ordre national des médecins – Conseil national de l'ordre. [Internet] 2017 avr. [Cité 2017 oct 10] ; Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

[34] Durand G. Qu'est ce que l'autonomie du patient ? Revue Soins Gériatrie. 2016 nov-dec ; 122

[35] Derendinger I. Repenser le modèle de périnatalité français ; la théorie des biens communs d'Elinor Ostrom. Éditions Universitaires Européennes. 2014 ; 28 -31

[36] Haute Autorité de Santé (2010). La simulation en santé. 2010 [Cité 2017 Dec 23]; Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_930641/fr/simulation-en-sante](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante)

[37] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1111-4

[38] Richard-Guerroudj N. Violences obstétricales : de quoi parle-t-on ? Profession Sage-Femme. 2016-2017 Dec-Janv ; 231: 16 – 22.

[39] 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](http://www.serpsy.org/actualites_2010/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf)

[40] Pauline Morvan. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Caen : École de Sages-femmes ; 2015. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01194852>

# Annexes

---

## Annexe I : Questionnaire à destination des sages-femmes et des étudiant sages femmes

### **La place de l'information et du consentement dans la pratique du toucher vaginal**

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un questionnaire auprès des sages-femmes et étudiant(e)s sages-femmes du département de Loire-Atlantique, afin d'évaluer les pratiques concernant le toucher vaginal réalisé par les sages-femmes ou les étudiant(e)s sages-femmes de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> année.

Vos réponses sont donc importantes pour ce travail dans le but d'avoir un aperçu global des pratiques du toucher vaginal dans les différentes structures et lieux d'exercice.

J'effectue ce travail sous la direction d'Isabelle Derrendinger et Guillaume Durand.

Je vous remercie par avance du temps que vous accorderez à remplir ce questionnaire et de votre aide pour mener à bien ce projet.

Marine Gall, étudiante M1 maïeutique

Dans ce questionnaire, nous excluons les patientes mineures, sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice ainsi que la réalisation des touchers vaginaux lors des séances de rééducation périnéale.

#### **Données générales**

**1. Êtes-vous ?**

- Un homme
- Une femme

**2. Quel est votre statut ?**

- Sage-femme
- Étudiant sage-femme en 4<sup>ème</sup> année
- Étudiant sage-femme en 5<sup>ème</sup> année

*Les deux prochaines questions sont destinées uniquement aux professionnels déjà diplômés*

**3. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme : \_\_\_\_\_**

**4. Quel est votre lieu d'exercice ? (plusieurs réponses)**

- Hôpital public
- Clinique privée
- Maternité de niveau III
- Maternité de niveau II
- Maternité de niveau I
- Cabinet libéral

#### **La pratique du toucher vaginal**

**1. Dans quel contexte a été réalisé votre premier toucher vaginal ?**

- Par simulation sur des mannequins ou autre matériel pédagogique lors de travaux pratiques
- Sur une patiente lors d'un stage

## 2. Ensuite, comment avez-vous appris la pratique des touchers vaginaux ?

- Sur des patientes endormies lors d'opérations puis ensuite sur des patientes éveillées
- Sur des patientes éveillées directement

## 3. Dans quelles situations réalisez-vous un toucher vaginal ?

- Consultations prénatales
  - Systématique : si oui pourquoi ?
    - Bonnes pratiques de consultation, recommandations de l'HAS
    - Par habitude, cela fait partie de votre examen clinique
    - Pour rassurer la patiente
    - Pour dépister d'éventuelles menaces d'accouchement prématuré
    - Autre :
  - Non systématique : dans quelles situations ?
    - Pertes vaginales inhabituelles
    - Contractions utérines
    - Examen du bassin
    - Demande de la patiente
    - Vous ne réalisez jamais de toucher vaginal
    - Si la patiente a un antécédent d'accouchement prématuré
    - Métrorragies
    - Autre :
- En salle de naissances,
  - Systématique : si oui pourquoi
    - Bonnes pratiques, recommandations de l'HAS
    - Cela fait partie de votre examen clinique obligatoire
    - Demande de la patiente
    - Autre :
  - Non systématique : dans quelles situations ?
    - Suivi de travail
    - Suivi de maturation et/ou déclenchement
    - Surveillance GHR
    - Surveillance VME
    - Autre :
- Consultations aux urgences gynécologiques-obstétricales
  - Systématiquement : Si oui pourquoi ?
    - Bonnes pratiques, recommandations de l'HAS
    - Cela fait partie de votre examen clinique obligatoire
    - Pour rassurer la patiente
    - Autre :
  - Non systématiquement : dans quelles situations ?
    - Contractions utérines
    - Pertes vaginales inhabituelles
    - Dépistage d'une éventuelle menace d'accouchement prématuré
    - Demande de la patiente
    - Métrorragies
    - Autre :
- Consultations de gynécologie

- Systématiquement : Si oui pourquoi ?
  - Bonnes pratiques, recommandations de l'HAS
  - Cela fait partie de votre examen clinique obligatoire
  - Pour rassurer la patiente
  - Autre :
- Non systématiquement, dans quelles situations ?
  - Lorsque la patiente vient pour sa première consultation de gynécologie et qu'elle est vierge
  - Lorsque la patiente vient pour sa première consultation de gynécologie et qu'elle est active sexuellement
  - Lorsque la patiente vient pour un symptôme précis : pertes vaginales inhabituelles, métrorragies
  - Sur demande de la patiente
  - Vous ne réalisez jamais de toucher vaginal
  - Autre :
- En suites de couche
  - Systématiquement : Si oui pourquoi ?
    - Cela fait partie de votre examen clinique de sortie
    - Bonnes pratiques, recommandations de l'HAS
    - Pour rechercher d'éventuels oublis de compresse
    - Autre :
  - Non systématiquement, dans quelles situations ?
    - Si la patiente se plaint d'une gêne
    - Si la patiente a eu une déchirure ou une épisiotomie
    - Si le compte-rendu d'accouchement ne mentionne pas le compte de compresses
    - Si la patiente a des symptômes d'endométrite, infections de cicatrice
    - Autre :
- Consultations post natales
  - Systématiquement : Si oui pourquoi ?
    - Bonnes pratiques, recommandations de l'HAS
    - Cela fait partie de votre examen clinique obligatoire
    - Autre :
  - Non systématiquement, dans quelles situations ?
    - Sur demande de la patiente
    - Si la patiente a eu une déchirure ou une épisiotomie
    - Si la patiente se plaint d'un symptôme : pertes vaginales inhabituelles, métrorragies...
    - Testing des releveurs de l'anus
    - Autre :

**4. Lorsque vous réalisez un toucher vaginal, informez vous la patiente du geste que vous allez faire ?**

- Oui à chaque examen
- Non pas systématiquement

**5. Si vous avez répondu non à la question précédente, dans quel contexte n'informez vous pas la patiente ?**

- Manque de temps
- Situations d'urgences, précisez :

- Femme ne parlant pas/ne comprenant pas le français
- Cela vous semble inutile car le toucher vaginal est nécessaire à votre diagnostic, conduite à tenir etc.
- Femme inconsciente
- Femme sous anesthésie générale
- Autre :

**6. Expliquez vous les objectifs de l'examen à la femme ?**

- Oui à chaque examen
- Non pas à chaque examen

**7. Si vous avez répondu non à la question précédente, dans quel contexte n'expliquez vous pas les buts du toucher vaginal ?**

- Manque de temps
- Situations d'urgences
- Femme ne parlant pas/comprenant pas le français
- Cela vous semble inutile
- Femme inconsciente
- Femme sous anesthésie générale
- Autre :

**8. Lorsque vous réalisez un toucher vaginal, recueillez-vous le consentement de la femme ?**

- Oui toujours
- Parfois

**9. Lorsque vous ne demandez pas le consentement à la femme, quelle en est la raison ?**

- Manque de temps
- Situation d'urgences, précisez :
- Femme inconsciente
- Femme sous anesthésie générale
- Inutile car fait partie de l'examen clinique
- Autre :

**10. Comment formulez-vous la question du consentement ?**

---

**11. Demander le consentement à la patiente vous paraît être :**

- Obligatoire
- Non obligatoire
- Utile
- Non utile
- Systématique
- Dépendant de la situation

**12. Avez-vous entendu parler des « polémiques » autour de la pratique du toucher vaginal et de l'enseignement du toucher vaginal ?**

- Oui
- Non

**13. Si vous avez répondu oui à la question précédente, depuis ces récentes affaires, avez-vous changé vos pratiques professionnelles quant à la réalisation de ce geste ?**

- Oui
- Non

**14. Avez-vous déjà été en situation de refus d'examen de la part d'une patiente ?**

- Oui
- Non

**15. Si vous avez répondu oui à la question précédente, précisez le motif du refus :**

- Lié à votre genre (toucher vaginal réalisé par un homme)
- Lié à la culture (religion etc.)
- Femme qui ne veut pas être examinée :
  - Histoire personnelle
  - « Ce n'est pas le moment » (non douchée...)
  - Autre :

*Les 2 dernières questions sont destinées uniquement aux professionnels de santé déjà diplômés*

**16. Lorsque vous encadrez un(e) étudiant(e), demandez vous l'accord à la patiente pour qu'il/elle réalise le toucher vaginal ?**

- Oui
- Non

**17. Si non pourquoi ?**

- Vous estimez que cela est normal car il/elle est en apprentissage
- Vous estimez que c'est à lui/elle de le faire
- Autre :

Si vous avez des remarques, des questionnements, suggestions, n'hésitez pas à m'en faire part :

---

---

Merci pour le temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire.

## Annexe II : Détail des réponses concernant la formulation du consentement

- Est-ce que je peux vous examiner ? (48)
- Puis-je vous examiner ? (9)
- Je commence par échanger avec la patiente sur le contexte général, interrogatoire, etc, puis lorsque j'ai tous les éléments, j'informe la patiente que « j'aurais besoin de faire un TV, ou de vérifier votre col, pour telle ou telle raison. Est-ce que je peux ? Êtes vous bien installée, et j'explique: j'écarte légèrement les lèvres, est-ce que vous sentez mes doigts, surtout vous me dites c'est désagréable ou douloureux et je détaille ce que je sens au fur et à mesure de l'examen »
- Avant qu'elle ne se déshabille : "je vous propose de faire un examen vaginal pour telles raisons, avec votre accord" et si elle est d'accord une fois installée : "dites-moi lorsque je peux vous examiner", en débutant le toucher après son feu vert : "je me permets" ou "je vous examine"
- Je dis que je voudrais l'examiner pour telle ou telle raison, je lui explique ce que je vais chercher lors du TV et juste avant de faire le TV, je lui demande si je peux l'examiner, si elle est prête. En général, je leur demande de me dire quand je peux faire l'examen.
- Éventuellement nous pourrions vérifier qu'une compresse n'ait pas été oubliée, ce qui pourrait peut être la raison de vos soucis Dans ce cas il faudrait que je vous examine avec un toucher vaginal et j'explique... Êtes vous d'accord, cela ne vous dérange pas?
- Est-ce que vous voulez bien qu'on fasse le point sur le col? Du coup si elle dit oui ok je sors un doigtier et après je m'installe à coté de la patiente, prévenez moi quand vous êtes prête" et seulement une fois qu'elle m'a dit oui j'y vais.
- J'explique la raison (ex : je dois regarder la dilatation...) si elle a compris et veut bien que je l'examine je dis: Je peux? Si je vois qu'elle a de l'appréhension je rajoute: Dites moi quand vous êtes prête, respirez calmement...
- Pour compléter mon diagnostic/ faire le point sur l'avancement du travail... j'aurai besoin de vous examiner. Si vous êtes d'accord, je vous laisse me dire quand vous êtes prête pour que je vous examine.
- "Je vais vous examiner, d'accord ?" puis après quelques secondes "On y va quand vous voulez" puis enfin "je vous examine" en ouvrant les petites lèvres de mes doigts avant de réaliser l'examen.
- Madame, il serait nécessaire que j'examine le col afin de parfaire mon diagnostic (MAP, Metro...), est il possible que je vous examine ? Si oui, dites moi quand vous êtes prête.

- Vous êtes bien installée ? Vous me dites quand c'est ok pour vous ... Elle dit: ok c'est bon  
Moi: vous me dites si y'a des douleurs des inconforts en cours d'examen.

- Je vais devoir vous examiner pour ..... Est ce possible pour vous ? .... Je vais soulever le drap et approcher mes doigts, vous me direz quand vous êtes prête

- Je vais toucher votre col pour voir etc... C'est ok pour vous? Et juste avant l'examen "Respirez tranquillement, vous me dites quand vous êtes prête".

- Est ce que je peux vous examiner? Ou suivant la situation si le tv ne me paraît pas urgent ou nécessaire : souhaitez vous que je vous examine?

- Je lui explique en fin d'interrogatoire les examens que nous allons faire. Pendant la consultation "Puis-je vous examiner ?" Systématiquement

- Est-ce que vous m'autorisez à vous examiner afin que nous vérifions X ou Y raison? Vous me dites quand vous êtes prête et qu'on peut y aller.

- Puis-je examiner votre col? Si la réponse est oui je précise: vous pouvez m'arrêter à n'importe quel moment si cela devient inconfortable.

- Je mets la patiente à l'aise. Je lui demande si elle est bien installée si elle n a pas froid. Puis je lui demande si je peux l'examiner.

- Puis-je vous examiner ? Je leur explique le pourquoi du Tv et avant le geste je leur demande de me préciser quand elles sont prêtes.

- En salle de naissances, par exemple après avoir expliqué pourquoi un TV: "Est-ce que je peux y aller?" avant de réaliser le geste.

- Je vais faire un TV, il me permet de toucher le col de l'utérus permettez vous que je vous examine? --

- Vous me dite quand c'est OK

- Toujours après un temps de questions/consultation fait avant la partie examen clinique: "Est-ce que je peux vous examiner?"

- Êtes vous prête pour que je vous examine? S'il y a quoi que ce soit lors de l'examen dites le moi et on arrête tout de suite.

- Si vous êtes d'accord, je vous propose.... voilà ce que va nous apportez cet examen, voilà ce que je souhaite vérifier...

- Est ce que vous souhaitez être examinée? Si oui, dite moi quand vous vous sentez prête et dite moi si je vous fais mal.

- Est ce que vous acceptez que je vous examine en effectuant un toucher vaginal ? Vous me direz quand vous serez prête.
- Je vous propose de faire un examen, êtes vous d'accord ? (Et une fois sur la table : est-ce qu'on peut commencer ?)
- Permettez vous que je vous examine pour que je puisse savoir si le col est modifié / ou si le travail avance / etc.
- Est ce que vous acceptez que j'observe votre col avec mes doigts? Etes-vous prêtes pour que je pose mes doigts?
- Est-ce que je peux? Êtes-vous prête ? Cela dépend du contexte, de la personne mais je demande systématiquement
- J'explique le déroulement de l'examen et si pas de refus de l'examen, je considère que la patiente accepte.
- Pour avoir une bonne vision d'ensemble, je dois pratiquer un toucher vaginal, est-ce que cela vous dérange?
- Je souhaite t'examiner au niveau du vagin et utérus pour... (motif), es-tu d'accord ? Es-tu inquiète ?
- Très simplement et en fonction du contexte, en précisant bien que ce n'est pas toujours indispensable
- Pour avoir des informations complémentaires j'aimerais vous examiner, êtes-vous d'accord avec ce geste?
- Pour telle raison, j'aurais besoin de vous faire un toucher vaginal. Est-ce que c'est ok pour vous ?
- 1/"Est-ce que je peux vous examiner ?" 2/ Au moment de le faire : "est-ce que c'est bon pour vous ?"
- Je vais réaliser un TV pour examiner votre col, puis-je le faire et dites moi quand vous êtes prête?
- Selon le contexte j'explique le but de l'examen puis je lui demande son accord pour faire ce geste
- Puis-je vous examiner ? Si elle me répond oui je lui demande de me dire quand je peux y aller.
- Souhaitez-vous un examen pour savoir où en est la dilatation de votre col (si en travail)

- Je vais vous examiner pour (motif), êtes-vous d'accord? Dites-moi quand vous êtes prête.
- Est-ce que je peux examiner votre col? Détendez-vous et dites moi quand vous êtes prête.
- Est-ce que je peux vous examiner ? Dites moi quand vous êtes prête pour être examinée ?
- Êtes- vous d'accord pour que je vous examine et ensuite dites moi quand vous êtes prête.
- Est ce que vous êtes d'accord pour que je vous examine? Dites moi quand vous êtes prête.
- "Souhaitez-vous que je regarde comment est votre col?" Ou bien "Puis-je vous examiner?"
- Puis-je vous examiner et faire le toucher vaginal? Vous me dites quand vous êtes prête.
- Je vous propose de regarder [...] est-ce que ça vous convient ? êtes vous d'accord ?
- Je dis que je vais le faire. Si pas de refus exprimé, c'est un accord tacite pour moi.
- Est ce que vous m'autoriser à vous examiner par un toucher vaginal pour...(raison)?
- Vous me direz quand je pourrai vous examiner, quand vous serez prête pour l'examen.
- Je vais vous examiner pour telles ou telles raisons. Est-ce-que je peux y aller?
- "Est-ce que je peux vous examiner?" Si oui : "Dites-moi quand vous êtes prête."
- Êtes-vous d'accord pour que je fasse un toucher par voie vaginale aujourd'hui ?
- Est-ce que je peux vous examiner ? Après explications des raisons de l'examen.
- «Est-ce que je peux vous examiner? S'il y a une CU, j'attends qu'elle passe»
- J'aimerais vous faire un toucher vaginal pour....m'autorisez-vous ?
- Je vais vous examiner, est ce que je peux? Dites moi quand je peux y aller.
- Je vous laisse me dire quand vous êtes prête / quand je peux vous examiner.
- Est- ce que je peux vous examiner? Puis : Dites moi quand vous êtes prête.
- Est ce que je peux vous examiner pour ... (j'explique le but de mon examen)?
- Je demande si je peux faire l'examen dès que la patiente me le permettra.
- Est-ce que je peux vous examiner? Dites moi quand vous vous sentez prête.
- Est-ce que je peux vous examiner ? ("Oui"> dites quand vous êtes prête)
- Je demande "est-ce que je peux vous examiner pour (la raison de mon TV)"
- Est-ce que je peux vous examiner? Vous me dites lorsque vous êtes prête.

- Je vais vous examiner pour telle raison, vous avez le droit de refuser.
- Je lui explique pourquoi je souhaite l'examiner et si elle est d'accord
- Est ce que je peux vous examiner? Plus d'explications si nécessaire...
- Je peux vous examiner ? Prévenez-moi s'il y a une douleur ou une gêne.
- Si tu veux bien, je vais t'examiner, mettre mes doigts dans ton vagin.
- Est-ce que je peux vous examiner? Dites-moi quand vous êtes prête. ...
- Est ce que je peux faire l'examen? Vous me dites quand vous êtes prête
- J'ai besoin de vous faire un TV pour..... m'autorisez-vous?
- Un TV peut être utile, êtes vous d'accord pour que je vous examine ?
- Êtes vous prête ? Et j'attends que la patiente me donne son accord.
- Etes-vous d'accord pour que je vous examine? Puis-je vous examiner?
- Est ce que je peux vous examiner ? Dites moi quand vous êtes prête
- Si vous le permettez, je souhaiterais faire un TV pour "tel motif"
- Madame, est-ce que je peux vous examiner, pour faire le point ?
- Vous me dites quand je peux vous examiner, quand vous êtes prête
- J'explique la raison de l'examen, et demande si je peux examiner.
- Est ce que je peux vous examiner ? Est ce que vous êtes prête ?
- Est ce que vous voulez bien qu'on refasse le point sur le col ?
- Est-ce que je peux vous examiner ? Etes-vous bien installée ?
- Etes vous d'accord pour que j'effectue un toucher vaginal ?
- Je souhaite vous examiner, faire un TV, êtes-vous d'accord?
- Je vais devoir vous examiner, vous êtes d'accord ?
- Je voudrais vous examiner, cela est il possible pour vous?
- Si vous êtes d'accord je vais vous examiner ....
- Êtes-vous d'accord (et prête) pour que je vous examine?
- Puis je vous examiner? Dites moi quand vous êtes prête

- Puis je vous examiner? Ou puis je regarder votre col?
- Êtes vous d'accord pour que je vous examine ce jour?
- Est ce que je peux vous examiner/ examiner votre col
- Est ce que je peux vous examiner ? Etes vous prête ?
- Vous me donnez votre feu vert quand vous êtes prête
- Si vous êtes d'accord je vais vous examiner pour...
- Est-ce que vous me permettez d'examiner votre col ?
- Est-ce que vous acceptez que je vous fasse un TV ?
- M'autorisez vous à vous faire un toucher vaginal?
- Je peux vous examiner"?
- Êtes vous d'accord pour que j'examine votre col?
- Acceptez -vous que je fasse un toucher vaginal?
- Je peux vous examiner? On a tout notre temps....
- Puis je vous embêter et regarder le col? ...
- Si vous le voulez bien, je vais vous examinez
- Puis je vous examiner? Quand vous serez prête.
- Si vous êtes d'accord, je vais vous examiner.
- Etes-vous d'accord pour que je vous examine?
- M'autorisez-vous à faire un examen vaginal ?
- Si vous acceptez je vais examiner votre col.
- Je vais vous examiner si vous êtes d'accord.
- Acceptez-vous un examen afin de voir si...
- Madame, est ce que je peux vous examiner ?
- Vous me dites quand je peux vous examiner.
- Est-ce que je peux vous examiner madame?
- Puis je vous examiner afin de (objectif) ?

- Je peux vous examiner? Vous êtes prête?
- Puis je me permettre de vous examiner?
- C'est bon pour vous? Je peux y aller?
- Ça vous dérange si je vous examine ?
- "Est-ce que je peux vous examiner ?"
- "Est-ce que je peux vous examiner?"
- Me permettez vous de vous examiner?
- Acceptez-vous que je vous examine ?
- "Est-ce que je peux vous examiner?"
- Est ce que je peux y aller ? (3)
- Cela ne vous dérange pas?
- Je peux vous examiner ?
- Est-ce bon pour vous?
- Je peux ?

## L'information et le consentement dans la pratique du toucher vaginal

---

Résumé : Le toucher vaginal est un geste réalisé de façon quotidienne par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens. Acte médical et à visée diagnostique, le toucher vaginal est le plus souvent justifié pour nos prises en charge. Cependant, les recommandations par les sociétés savantes concernant le toucher vaginal sont assez disparates.

De nos jours, la pratique du toucher vaginal pose question et notamment, la place que nous donnons à l'information et au consentement. Informons-nous les patientes du geste ? Posons-nous la question du consentement à chaque fois que nous réalisons un toucher vaginal ?

L'objectif de ce mémoire est d'analyser les pratiques du toucher vaginal des sages-femmes et étudiants sages-femmes du deuxième cycle et plus particulièrement l'information et le recueil du consentement auprès des femmes. Dans un deuxième temps, il a pour but une sensibilisation à l'éthique clinique des professionnels de santé. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective auprès des sages-femmes et étudiants sages-femmes de Loire-Atlantique grâce à un questionnaire diffusé via un document Google Drive ®. Les principaux résultats sont une information et une demande de consentement effectuées dans la majorité des cas. Néanmoins, il persiste encore des situations, d'urgences notamment, où ce n'est pas fait. Certains professionnels considèrent, encore, que le consentement n'est pas utile et nécessaire à la réalisation du toucher vaginal.

Mots clefs : information, consentement, toucher vaginal, pratiques professionnelles, éthique clinique