

2018-2019

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque.

Etude qualitative menée dans le Maine et Loire

JUSTEAU (née GAUDENZI) Claire ■

Née le 29/04/1989 à Angers (49)

VUILLERMET (née VACCARO) Sophie ■

Née le 13/07/1989 à Tours (37)

Sous la direction de Mme Catherine DE CASABIANCA ■

Membres du jury

Monsieur le Professeur Laurent CONNAN	Président
Madame le Professeur Catherine DE CASABIANCA	Directeur
Madame le Docteur Anne-Victoire FAYOLLE	Codirecteur
Monsieur le Professeur Guillaume LEGENDRE	Membre

Soutenue publiquement le :
26 avril 2019

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

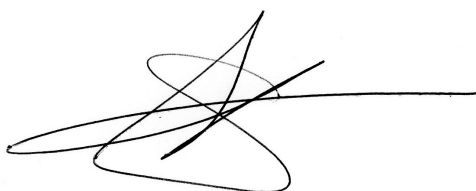
Je, soussignée Claire JUSTEAU déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **22/03/2019**

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'C' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Je, soussignée Sophie VUILLERMET déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **22/03/2019**

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'S' with a horizontal line extending to the right.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

Remerciements communs :

A Monsieur le Professeur Laurent Connan,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et merci pour votre implication dans notre formation médicale.

A Madame le Professeur Catherine De Casabianca,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Vos conseils, toujours bienveillants et appropriés au cours de nos séances de travail nous ont été d'une grande aide. Merci de nous transmettre votre passion du métier. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

A Madame le Docteur Anne-Victoire Fayolle,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Ta rigueur scientifique, ta motivation et ta bonne humeur nous ont été précieuses lors de la réalisation de ce travail. Nous t'en remercions.

A Monsieur le Professeur Guillaume Legendre,

Merci de nous apporter votre expertise et d'avoir accepté de juger ce travail.

Merci à toutes les patientes d'avoir participé à nos entretiens et d'avoir permis l'accomplissement de ce travail.

Remerciements de Claire :

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie lors de ma formation : Dr Geneviève Betton, Dr Caroline Roland, Dr Luc Arbaud, Dr Stéphanie Gennetay, Dr Michel Moneger, Dr Annie Petit. Vous m'avez ouvert la porte de vos cabinets et m'avez confié vos patients. Merci d'avoir participé à ma formation de médecin généraliste, merci pour votre implication dans la transmission du savoir. Vous êtes pour moi une source d'inspiration.

Aux médecins des CH de Laval et du Mans et du CHU d'Angers suivant par ordre chronologique : Dr Apollinaire Karirisi, Dr Linda Lassel, Dr Antoine Likose, Dr Daniela Molinier, Dr Karina Osmaeva, Dr Cécile Marteau, Dr Lucie Tremblay N'Guyen, Dr Aurore Armand, Dr Blandine Bourgeois, Dr Violette Boiveau, Dr Quentin Carraro Dr Marion Cerutti, Dr Maud Delori, Dr David Hamdan, Dr Pierre-Loïc Jouan, Dr Kamelia Marouf, Dr Caroline Soulié, Dr François Templier, Dr Julien Verchère,. Merci à vous tous. J'ai passé 6 mois dans vos services et vous avez tous été essentiels à ma formation. J'ai pu partager avec vous toutes mes difficultés ainsi que tous les bons moments. Vous m'avez tant appris. Merci de m'avoir aidée à devenir médecin.

A toutes les équipes médicales et para-médicales rencontrées lors de mes stages. Merci pour votre accueil, votre écoute et votre dévouement. Votre métier est parfois difficile, bien au-delà de ce qu'on peut imaginer et votre premier souci reste le bien-être des patients. J'ai pu trouver au sein des différentes équipes des oreilles attentives, à l'écoute et j'ai tellement appris à vos côtés. Pour cela, je vous remercie.

A mes co-internes,

Les débuts de mon internat ont été chaotiques et vous avez tous su m'épauler, me soutenir et être bienveillants. Merci à tous d'avoir été sur mon chemin : Camille, Thibault, Alexandre, Alix, Julia, Alice, Ségolène, Mathilde, Adeline, Djelika, Alexandre, Maximilien, Mathilde.

A mes parents,

Merci d'avoir été présents tout au long de ma formation. Vous faites carrière auprès des patients et vous avez probablement été une source d'inspiration pour ma vocation. Merci d'avoir supporté les difficiles premières années de médecine et d'avoir toujours voulu notre bien-être à Maxime et à moi. Vous avez fait de nous des adultes heureux et épanouis.

Papa, merci pour ta passion et ta rigueur permanente. Maman, merci pour ta créativité, ton soutien et ta générosité.

J'espère faire votre fierté aujourd'hui.

A Maxime,

Mon petit frère, mon confident, mon compagnon de bêtises. Tu as toujours été auprès de moi, même si tu étais loin. Ta bonne humeur et ton petit grain de folie sont tes plus grandes qualités.

A mes grands-parents,

Merci pour votre soutien perpétuel et pour cette petite lueur dans vos yeux, qui me fait dire que vous êtes fiers de moi. J'ai tellement de chance de vous avoir.

A ma famille,

Merci à tous de m'avoir aidée à grandir. J'espère pouvoir rester proche de vous tous.

A ma belle-famille,

Vous m'avez, il y a maintenant 13 ans, accueillie à bras ouverts au sein de votre grande famille. Je vous en serai éternellement reconnaissante. Vous avez su, chacun à votre manière, faire de moi un nouvel élément à part entière dans cette famille. Jamais je n'aurais pu imaginer mieux.

Bénédicte, merci pour votre rigueur, vos encouragements et votre altruisme qui sont autant d'exemples que j'aimerais atteindre. Christophe, merci pour votre positivisme permanent, votre bienveillance et votre ouverture d'esprit. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et que vous continuez à m'aider à développer. Vous m'aidez au quotidien.

A mes co-externes,

Nous avons partagé des moments de fête comme en P2 et D1 notamment, des moments de stress comme les partiels et le concours de l'internat. Vous êtes tous partis, plus ou moins loin, mais à chaque fois, vous revoir est un vrai plaisir.

REMERCIEMENTS

A tous les internes (et rapportés) rencontrés au cours de mon internat : Amélie et Samuel, Thibaut et Yenofa, Louis et Ana Paola, Yasmina et Adrien, Martin Planchais, Jean-Baptiste et Marine, Florian et Elo. Vous avez été sur mon chemin et m'avez aidée à avancer. Pour cela, merci.

Aux GDHD,

Depuis la P2, soudés comme les doigts de la main, vous êtes là. Nous avons construit un petit groupe fraternel, bienveillant et sincère. Votre amitié m'est des plus précieuses et savoir que vous êtes là me permet d'avancer. Vous êtes un vrai soutien pour moi. Merci pour tous ces bons moments. David, tu veilles maintenant sur chacun de nous. Pas un jour ne passe sans qu'on pense à toi.

A Marie,

Devenue brestoise depuis 4 ans maintenant, tu es partie loin (beaucoup trop loin). Néanmoins, l'amitié qui nous lie est toujours la même : sincère, intègre et immense. Tu es de chaque joie, de chaque peine et je ne pourrais espérer mieux. Chaque moment passé ensemble me réjouit. Tu peux être fière de votre belle famille avec Nico. Merci d'être là.

A Cécile,

Ma voyageuse préférée. Tu sillones l'Australie au moment où j'écris ces mots et tu me parais bien loin. Même au bout du monde, tu n'as jamais cessé de penser aux autres. Tu feras une merveilleuse maman, j'en suis sûre. Merci pour ta présence permanente.

A Chatboomba,

Depuis notre première rencontre dans le quartier à Montreuil-Juigné, tu as toujours été là. Joies, peines, difficultés, grands bonheurs, on a tout partagé. On a grandi ensemble et je suis maintenant très fière de voir qu'on est toujours là l'une pour l'autre. Ton amitié m'est précieuse.

A Marion,

Le paracétamol et les problèmes d'oreille interne n'ont plus de secret pour toi. Même en étant avocate, tu connais toutes les ficelles du métier de médecin. Merci pour ta bienveillance, ta bonne humeur et ton amitié.

A Domitille,

Notre rencontre pendant l'internat a donné naissance à une belle amitié. Les nombreux restos, week-ends et séjours à Puy Saint Vincent ou ailleurs sont autant de moments de joie et j'espère en partager encore beaucoup avec toi. Merci d'être là.

A Amélie,

On a commencé notre internat ensemble puis j'ai choisi une autre voie. Néanmoins, nous sommes restées proches et c'est à chaque fois un plaisir de partager du temps avec toi. Merci d'avoir toujours été là. J'ai hâte de voir Margot jouer avec Philippine.

A Sophie,

Externes à Angers ensemble, puis internes, nous avons travaillé conjointement sur ce travail de thèse. Travailler à tes côtés est d'une facilité déconcertante. Toujours motivée, de bonne humeur, c'est un vrai plaisir d'avoir partagé ces moments studieux. De ces années passées ensemble est née une amitié qui m'est chère. Merci pour ton soutien au quotidien, pour ta bienveillance et on a hâte de rencontrer votre 3ème merveille.

A ma princesse Philippine,

Tu nous apportes à ton papa et à moi, une motivation quotidienne et une force à toute épreuve. Tu nous a fait grandir et tu nous a fait découvrir la parentalité. Tu as fait de moi une maman, merci pour ce cadeau dont j'espère être à la hauteur tous les jours. Je suis aujourd'hui très fière de te voir progresser et découvrir la vie avec autant de curiosité. Notre Amour pour toi est sans limite. Merci d'être là ma chérie.

A mon mari Grégoire,

Tu m'apportes au quotidien un bonheur immense depuis notre rencontre. Avec toi, la vie est facile, joyeuse, animée, belle. Nous avons traversé ensemble de vraies épreuves et tu as toujours su relever la tête et me soutenir. Tu es le pilier sur lequel m'appuyer quand je flanche. Merci pour ton humour, ta bienveillance, ton optimisme débordant et ta motivation. Ton dévouement à ton travail et ton implication auprès de tes patients et des étudiants m'impressionne. Je suis extrêmement fière de toi. Sans toi, je n'y serai jamais arrivée et je n'en serai pas là aujourd'hui. J'espère partager encore de longues et belles expériences à tes côtés. Je t'aime.

Remerciements de Sophie :

MERCI

A tous mes maîtres de stage, qui m'ont accompagnée chaque jour avec bienveillance et patience. En particulier Dr Vanessa Bernard, Dr William Maurice, Dr Denis Vatelot, Dr Emilie Chaillou, Dr Ombelin Roche, Dr Aurélie Donzeau, Dr Françoise Troussier, Dr Patrick Lepage, Dr Gaelle Château, Dr Emil Grumetz. Merci de m'avoir transmis votre passion Contagieuse !

A tous les patients rencontrés pendant ces années, grâce à qui j'ai tout appris.

A Baudouin,

Le chemin paraissait si long pour en arriver jusque-là depuis notre mariage, grâce toi tout a été possible ! Merci pour tes encouragements, ton admiration. Merci pour tous tes sacrifices au quotidien pour me permettre de terminer mes études.

Merci pour ton intégrité, tu es mon roc !

Merci pour nos trois trésors.

Merci de m'avoir donné ta confiance depuis notre rencontre. Je t'aime !

A mes enfants, merci de vous être adaptés avec gaieté au rythme que l'on vous a imposé ces dernières années, merci de m'avoir permis de terminer !

A Louis,

Mon premier trésor. Merci pour toute la joie que tu répands à la maison depuis que tu es né ! Grâce à toi nous avons appris à devenir parent. Tu m'impressionnes chaque jour, tu es ma fierté. Je t'aime !

A Augustin,

Mon deuxième trésor. Ton rire communicatif est pour moi une motivation quotidienne ! Merci pour ta joie, pour ton émerveillement de tout, je suis fière de toi, je t'aime !

A mon tout petit qui arrive bientôt,

Mon troisième trésor. Quelle joie depuis que tu grandis dans mon ventre, j'ai hâte de te connaître, j'espère que tu m'aimes !

A mes parents,

Toujours présents depuis le début, j'ai toujours pu compter sur vous. Vous me l'avez souvent rappelé. Merci pour toute votre aide, votre soutien, votre amour pour notre famille.

Papa, merci pour ton exemple si précieux de rigueur, de solidité, de travail. Merci pour ton humour qui aide à surmonter les épreuves ! Merci pour tout ton amour.

Maman, merci pour ta présence et ton soutien sans limite. Merci pour ta générosité et ton dévouement pour nous quatre qui sont un bel exemple. Tu nous as consacré toute ta vie, merci.

Merci pour ton aide au quotidien pour notre famille.

A mes beaux-parents,

Merci pour votre aide si précieuse qui nous a permis d'arriver jusque-là ! Merci pour votre présence et tout votre amour. Merci de nous avoir fait confiance et nous apporter votre soutien au quotidien. Merci pour tous ces moments familiaux qui m'ont redonné à chaque fois une motivation incroyable !

A Anne et Vincent, merci pour votre exemple, merci pour votre joie tous les jours, votre équilibre et vos conseils toujours fiables et solides ! On sait que l'on peut toujours compter sur vous, merci.

A Laure, ma petite sœur chérie, merci de m'avoir fait tant rire pour me changer les idées. Tu sais créer les liens entre nous tous, grâce à ta présence et ta joie de vivre. Merci d'être revenue de ton pays lointain !

A Thomas, merci de m'avoir supportée en colloc pendant ces années d'externat. Heureusement que tu étais là ! Merci pour toutes tes petites attentions lorsque je travaillais.

REMERCIEMENTS

A mes beaux-frères et belles-sœurs, Anne-Cécile et Renaud, Raphaëlle et Vincent, Aymeric, Jean-Gael et Pauline, Melchior, Bertrand et Cyrille. Pour vos attentions constantes et toute votre aide pour notre famille.

A Bonne maman, Pour tous ces moments passés ensemble qui me sont si chers, qui m'ont permis d'avancer.

A Constance, mon amie de toujours, merci pour ces belles années depuis l'école primaire, qui nous ont permis d'affronter ces « années de médecine » ! Ton amitié sûre et solide m'a aidée à prendre des décisions et à avancer. Merci pour tout !

Et enfin,

A Claire, pour ta précieuse amitié. Quelle chance d'avoir pu préparer cette thèse avec toi, merci pour ta confiance. Pour tous ces bons moments partagés depuis la D4, merci !

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement**
- 2. Guide d'entretien et recueil des données**
- 3. Analyse des données**
- 4. Considérations éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. Description de la population**
- 2. Données recueillies**
 - 2.1. Généralités
 - 2.2. Le vécu du toucher vaginal
 - 2.2.1. Le vécu de l'examen clinique
 - 2.2.2. Le TV : une exposition de la nudité
 - 2.2.3. Le TV : un geste à caractère sexuel
 - 2.3. Le TV : un examen mystérieux

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. FORCES ET LIMITES**
- 2. QUE SE JOUE T-IL LORS DU TV ?**
 - 2.1. L'intimité et la décision médicale partagée
 - 2.2. Le toucher vaginal considéré comme un acte sexué
- 3. Quelles pistes de réflexion pour le médecin généraliste ?**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

REPARTITION DU TRAVAIL

Auteurs

Après acceptation par le Dr DE CASABIANCA et le Dr FAYOLLE de diriger cette thèse, les recherches bibliographiques, le choix de la méthodologie et la rédaction de la fiche de thèse ont été communes.

Claire JUSTEAU et Sophie VUILLERMET ont chacune réalisé le recrutement et respectivement 8 et 7 entretiens individuellement.

L'analyse des entretiens sur Excel a été individuelle puis mise en commun.

Enfin, la rédaction de ce travail et de son résumé a été commune.

RESUME

Introduction : le TV est un examen du suivi de grossesse mais il n'est plus systématique depuis 2005. L'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti et l'opinion des femmes quant à la réalisation du TV lors de leur suivi de grossesse à bas risque.

Méthode : Étude qualitative réalisée de février à octobre 2018. Quinze femmes étaient interrogées par le biais d'entretiens semi-dirigés. Le recrutement s'est fait dans des cabinets de médecine générale. La saturation des données était visée. Le codage et la thématisation ont été faits manuellement et séparément par les deux chercheurs puis les données ont été triangulées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats : la plupart des femmes étaient surprises par le fait de ne pas avoir de TV. Il représentait pour certaines, un facteur rassurant, même si sa réalisation restait peu agréable. Il était globalement jugé utile pour le suivi de la grossesse. Plusieurs facteurs influençaient le ressenti des femmes sur le TV notamment la relation avec le professionnel de santé ainsi que la manière de le réaliser. Le TV était vécu comme une exposition à la nudité et le caractère sexuel du geste était marqué. Le genre du médecin n'était pas mis de côté et il était un élément central dans le vécu de l'examen. Le TV apparaissait comme un examen mystérieux et source de beaucoup de questionnements et représentations.

Discussion et conclusion : l'intimité des patientes, exposée lors du TV, crée une relation médecin-patient parfois déséquilibrée. La décision médicale partagée, pour mettre la patiente dans une position de « patient-acteur » semble être une solution pertinente pour rétablir l'asymétrie parfois provoquée par l'examen gynécologique. Elle pourrait être une solution à différentes situations courantes et parfois délicates en médecine générale, afin d'améliorer la relation de confiance et donc le soin.

INTRODUCTION

En France, le nombre de naissances est estimé à environ 758 000 en 2018 (1)(2). La plupart des grossesses (3) dont le suivi peut se faire par un médecin généraliste, un gynécologue obstétricien, une sage-femme ou un gynécologue médical, se déroulent sans complication et sont dites à bas risque, c'est à dire ne comportant pas un haut niveau de risque.

Le niveau de risque de chaque grossesse est évalué par le professionnel de santé lors d'une consultation prénatale en fonction de critères médico-sociaux. Cette évaluation permet ainsi d'orienter la femme pour son suivi dans la structure de soin la plus adaptée à sa situation. Cependant, le niveau de risque de chaque grossesse pouvant évoluer au fur et mesure du suivi, il doit être réévalué régulièrement.

Le suivi de grossesse consiste, en France, en 7 consultations prénatales et un entretien individuel ou en couple au cours du 1^{er} trimestre (4). Au cours des consultations prénatales, un interrogatoire et un examen clinique sont effectués avec, parfois, la réalisation d'un toucher vaginal (TV).

Le TV fait partie de l'examen clinique gynécologique au même titre que la palpation des seins, l'inspection de la vulve et l'examen au spéculum. Il est traditionnellement réalisé en position dite gynécologique : décubitus dorsal, jambes repliées. L'opérateur insère 2 doigts gantés dans le vagin, s'appuyant sur la fourchette postérieure et dirigés en bas et en arrière, permettant une exploration de la cavité pelvienne.

Le TV est un toucher bi-manuel : il est donc couplé à une palpation abdominale avec une deuxième main, permettant de ramener le contenu viscéral pelvien (5).

Le TV permet d'explorer plusieurs structures pelviennes : le vagin et le cul de sac postérieur (de Douglas), la face postérieure de la vessie et la portion terminale de l'urètre, le col et le corps utérin et les annexes.

Depuis avril 2005, les recommandations de la HAS ne préconisent plus la réalisation systématique d'un TV à chaque consultation lors du suivi des grossesses à bas risque: « En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du TV » (6)(7)

Une grossesse à bas risque est définie, selon ces recommandations, par une grossesse ne comportant pas un haut niveau de risque. Ainsi, ces recommandations (8) listent les éventuelles situations à risque et proposent une catégorie de suivi pour chaque situation. Trois niveaux de suivi sont proposés, le suivi A1, le A2 et le B. Les patientes présentant des situations à risque nécessitent un suivi de grossesse de type B par un gynécologue.

Alors que de nombreux pays comme l'Angleterre, l'Espagne, les Pays-Bas, la Finlande, la Suède ne pratiquent plus le TV de manière systématique dans le suivi de grossesse (9), certains médecins et maïeuticiens en France continuent de le pratiquer pour diverses raisons (demandes des patientes, réassurance, examen systématique...) (10).

En janvier 2017, la chaîne télévisée LCI relayait une information importante : une femme enceinte a dénoncé sur Twitter un TV non consenti lors de son suivi de grossesse (11). Ce

fait nous rappelle la complexité du ressenti des femmes par rapport au TV car il intéresse plusieurs champs : médical, psychologique, médico-légal, sociologique.

La littérature regorge d'études s'intéressant à la grossesse de manière très globale, que ce soit sur le versant médical ou sur le versant subjectif/vécu (12)(13)(14). Cependant, peu d'études ont été réalisées sur le toucher vaginal et encore moins sur le ressenti des femmes concernant le TV (15)(16).

Une thèse a été réalisée en 2016 à Angers, sur l'attitude des médecins généralistes par rapport à la réalisation du TV (17) et les auteurs ont proposé comme ouverture d'étudier l'opinion et le ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal.

L'objectif était de connaître et d'analyser le vécu et le ressenti des femmes par rapport à la réalisation du toucher vaginal lors du suivi de grossesse.

MÉTHODES

1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés de février à octobre 2018, menés auprès de femmes ayant accouché entre 6 mois et un an avant l'entretien.

L'échantillonnage visait la variation maximale sur les critères suivants : âge, classe socio-professionnelle, statut marital, nombre et déroulement des grossesses antérieures. Ces éléments étaient recueillis à travers une fiche remplie par la personne interrogée en fin d'entretien (annexe 1).

Le recrutement s'est fait au sein de plusieurs cabinets de médecine générale du Maine et Loire. Lors d'une consultation auprès de leur médecin, la participation était proposée aux femmes potentiellement éligibles. Après la remise d'une lettre d'information sur le déroulement de la thèse et de l'entretien, les femmes étaient contactées par les chercheurs. Il était alors convenu d'un rendez-vous dans un lieu choisi par la patiente. Un questionnaire préalable à l'entretien (annexe 2) permettait d'évaluer le niveau de risque de la grossesse. Seules les grossesses non pathologiques étaient éligibles.

2. Guide d'entretien et recueil des données

Le guide d'entretien a été réalisé au préalable, à partir des hypothèses des chercheurs associées aux données de la littérature sur le sujet. Il était constitué d'une trame de

questions ouvertes afin de laisser une liberté de réponse et de favoriser les associations d'idées. Une rencontre avec les directeurs de recherche après les deux premiers entretiens a permis de modifier quelques questions.

Le début de l'entretien était constitué de questions très générales en rapport avec la grossesse, et permettait de recueillir les informations démographiques nécessaires. Il comportait ensuite des questions ouvertes portant sur le déroulement de la grossesse précédente, son suivi, le contenu des consultations, la réalisation ou non de gestes comme le TV et leur ressenti par la patiente (annexe 3).

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone, après avoir donné à la patiente des informations sur la confidentialité et le traitement ultérieur des données.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité mot pour mot puis anonymisés. Les enregistrements audios ont été supprimés et seules les retranscriptions anonymisées ont été conservées.

3. Analyse des données

Les données ont été analysées selon une méthode inductive. Les verbatims ont été codés, thématiques manuellement, séparément par les deux chercheurs puis triangulés à l'aide du logiciel Excel.

4. Considérations éthiques et réglementaires

Compte-tenu des enjeux éthiques soulevés par le sujet de l'étude et dans la perspective d'une publication ultérieure du travail de recherche, un avis préalable au Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers a été demandé. Le Comité a rendu un avis favorable (annexe 4).

Le consentement des femmes était recueilli après remise d'une lettre d'information (annexe 5) et le lieu du déroulement de l'entretien était choisi par les femmes interrogées.

À tout moment, les femmes pouvaient mettre fin à l'entretien.

RÉSULTATS

1. Description de la population

Quinze femmes ont été interrogées. La durée moyenne des entretiens était de 39 minutes avec une durée minimale de 11 minutes et une durée maximale de 67 minutes.

L'âge moyen des femmes interrogées était de 32 ans, la plus jeune ayant 21 ans, la plus âgée 45 ans.

Seules 5 femmes sur 15 ont été interrogées sur leur première grossesse, les autres l'ont été sur leur deuxième ou troisième grossesse voire quatrième pour deux d'entre elles.

La plupart des femmes exerçaient, au moment de l'entretien, une activité salariée ou indépendante.

Aucune femme n'a souhaité arrêter l'entretien avant la fin.

	Age	Nombre de grossesses	Nombre d'enfants	Profession	Statut marital	Suivi de la grossesse
<u>Chercheur n°1</u>						
Entretien 1	30	4	3	Mère au foyer	Mariée	Conjoint ¹
Entretien 2	31	2	3	Employée banque	Mariée	Conjoint
Entretien 3	33	2	2	Employée fromagerie	Mariée	Médecin généraliste
Entretien 4	33	3	2	Employée banque	Mariée	Médecin généraliste
Entretien 5	28	1	1	Sage-femme	Mariée	Conjoint
Entretien 6	27	1	1	Jockey	Concubin	Médecin généraliste
Entretien 7	32	2	2	Éducatrice milieu spécialisé	Mariée	Conjoint
Entretien 8	33	3	1	Aide médico psychologique	Mariée	Conjoint
<u>Chercheur n°2</u>						
Entretien 9	30	3	2	Mécénat	Mariée	Médecin généraliste
Entretien 10	28	3	3	Assistante juridique	Mariée	Conjoint
Entretien 11	34	3	2	Pharmacien	Concubin	Conjoint
Entretien 12	21	1	1	Agent de service hospitalier	Concubin	Médecin généraliste
Entretien 13	38	1	1	Pharmacien	Pacsée	Médecin généraliste
Entretien 14	33	1	1	Directrice centre culturel	Mariée	Conjoint
Entretien 15	45	4	4	Mère au foyer	Concubin	Médecin généraliste

Tableau 1 : Descriptif de la population (¹Suivi conjoint : suivi médecin généraliste et sage-femme ou gynécologue)

2. Données recueillies

2.1. Généralités

La plupart des patientes s'attendaient à ce qu'on leur propose la réalisation d'un TV au moins une fois au cours de leur grossesse et elles l'estimaient même parfois indispensable à leur suivi : « **on ne peut pas faire une grossesse sans qu'il n'y ait de vérification de col** » (E8) car il témoignait d'une compétence médicale. Ainsi, lorsqu'il était absent au cours du suivi, il pouvait questionner : « **j'aurais trouvé le médecin léger et pas bon si je n'avais pas eu de toucher vaginal à chaque consultation** » (E13).

Le TV était un geste s'inscrivant dans le réel pour les femmes : « **Oui, c'est concret et c'est rassurant** » (E3). Lorsqu'il n'était pas fait, les femmes pouvaient être surprises par son absence : « **j'ai été surprise sur le fait qu'on ne regarde pas mon col** » (E3), « **pour ma 2^{ème} grossesse on me l'a pas fait et ça m'a inquiétée** » (E10).

Le TV apportait de la réassurance et permettait de mettre à distance la crainte de la menace d'accouchement prématuré : « **Clairement, pour moi, le TV c'était super rassurant** » (E11), « **Bah juste qu'on me dise que l'accouchement n'était pas imminent** (E9) ».

En fonction des résultats du TV, les femmes pouvaient en tirer des conséquences et adapter leurs comportements pour le reste de la grossesse : « **Si on me dit que mon col à bouger, je change mon quotidien** » (E15).

Le TV pouvait également, lorsqu'il n'était pas proposé spontanément par le professionnel de santé, être réalisé à la demande de la patiente : « **Elle le fait si je le demande** » (E7).

Par ailleurs, les patientes ne savaient pas toujours si elles pouvaient refuser la réalisation du geste : « **on ne sait pas en fait si on a le droit de dire non** » (E8). Lorsqu'il n'était pas réalisé, les femmes en tiraient parfois une certaine satisfaction : « **ça m'arrangeait bien de ne pas en avoir** » (E1).

2.2. Le vécu du toucher vaginal

2.2.1. Le vécu de l'examen clinique

La réalisation du geste clinique était vécue de façon très différente par les femmes. Certaines femmes signalaient le vivre parfaitement bien, la réalisation du TV ne laissait alors aucune trace : « **c'est pas quelque chose qui m'inquiète, ce n'est pas quelque chose qui me rassure non plus** » (E10).

Pour d'autres, le TV était subi, redouté « **je stressais** » (E13) et certaines pouvaient même le voir comme une contrainte imposée et douloureuse « **elle me faisait mal, c'était une douleur** » (E8). Certaines femmes décrivaient même une telle appréhension du geste qu'elles accrédaient cette douleur à leur propre attitude pendant l'examen « **elle vous décrispe les jambes, alors vous vous faites mal** » (E8), « **il faut que je me concentre un peu pour me détendre, pour que l'examen se passe bien** » (E7).

L'appréhension était souvent liée à une expérience ancienne du toucher vaginal. « **J'ai peur qu'on me refasse mal en fait** » (E8).

Enfin, certaines exprimaient leur appréhension par rapport aux conséquences du geste : « **à la fin de la grossesse, après le toucher vaginal, c'est vrai que dans la journée ou le**

lendemain, j'avais des contractions quand même très importantes en fait » (E2).

Parfois le TV avait pu entraîner des symptômes directement visibles par la patiente et être une source d'inquiétude « **après un TV, j'ai perdu du sang » (E15).**

La préparation du TV semblait déterminante pour son vécu. Par exemple, la demande du consentement « **ils me demandaient mon accord avant d'en faire » (E14)** et non « **"on passe à l'examen!" et puis basta » (E11)** mettait les patientes dans un état d'esprit différent « **je ne le vivais pas mal parce que c'est pas fait comme ça, euh sans prévenir » (E7).**

Le fait d'avoir préparé l'examen « **je m'attendais à ce qu'elle me le propose pendant la grossesse. On en avait déjà parlé » (E6)** et d'« **expliquer avant l'examen » (E13)** permettait à la patiente de réfléchir en amont à la question « **moi je n'ai pas voulu mais elle me l'a proposé » (E7).**

Certaines femmes étaient indignées du manque de préparation à l'examen « **elle a prévenu l'interne mais pas moi » (E13).**

La bienveillance lors de la réalisation du TV par le professionnel de santé était plusieurs fois mise en évidence « **à partir du moment où il m'explique, il y a de l'empathie et de la bienveillance il n'y a pas de problème » (E8).**

Les femmes semblaient apprécier les attitudes permettant de mieux vivre l'examen : lorsque le médecin « **se mettait bien sur le côté » (E9)** et « **me parlait d'autre chose » (E9)** ou « **regardait dans les yeux » (E9).**

Expliquer pendant l'examen « **elle m'expliquait ce qu'elle faisait** » (E2) était déterminant pour plusieurs patientes.

La relation que les patientes avaient avec le médecin ou la sage-femme qui réalisait le TV influençait largement leur ressenti.

La communication était un facteur important que plusieurs femmes remarquaient lorsqu'elle faisait défaut « **pas assez de communication avec elle** » (E13), et appréciaient lorsqu'elle était présente « **Dr C m'explique toujours ce qu'il va faire** » (E8).

L'explication du geste et son intérêt restaient essentiels « **j'aurais aimé qu'on m'explique exactement à quoi cet acte sert s'il sert vraiment et s'il est nécessaire aujourd'hui** » (E8) car ils entraînaient la confiance dans la relation.

« **Une relation de confiance dès le début** » (E9) créait entre les femmes et leur médecin un lien indispensable pour la réalisation du toucher vaginal dans de bonnes conditions « **je lui faisais confiance, je me suis laissée faire** » (E12).

Cette confiance avait une place toute particulière dans la relation de la patiente avec son médecin généraliste « **mon médecin généraliste c'est vraiment une personne de confiance** » (E7)

Ainsi « **ça peut changer en fonction de l'attitude du médecin** » (E8). Ce manque de confiance pousserait même deux patientes à changer de médecin s'il était trop présent « **si je n'ai pas confiance je change de médecin** » (E12), ou même à douter de l'intérêt de l'examen « **est ce que c'est vraiment pour le bien ?** » (E14).

Le respect a été plusieurs fois mentionné « **des professionnels de santé très respectueux** » (E9) et l'écoute occupait une place importante « **il faut être à l'écoute** » (E13).

Les qualités humaines des médecins étaient relevées « **il est très humble** » (E14). Le « **contact très humain** » (E9) permettait de ne pas voir le geste de manière intrusive « **le fait d'être bien traitant bah ça change toute la situation** » (E8).

2.2.2. Le TV : une exposition de la nudité

La description de l'examen gynécologique était souvent analysée de « l'extérieur » vers « l'intérieur » « **j'ai été examinée de façon extérieure** » (E9), « **elle commençait par l'extérieur, et après c'était l'examen gynéco** » (E11).

« **C'est le fait d'écarter les jambes** » (E13) et donc la position qui gênait « **écarter les jambes devant le médecin c'est pas ma tasse de thé** » (E13). De la même façon, le fait d'être déshabillée était gênant : « **écarter les jambes à moitié à poil** » (E13)

Certaines femmes se sentaient atteintes dans leur intimité « **c'est quand même l'endroit le plus intime de la personne** » (E5) et cela les rendait mal à l'aise « **là c'était limite j'existais pas** » (E13).

La manière de faire « **elle faisait quand même un toucher vaginal avec des gants** » (E12), « **elle a mis quand même un drap** » (E13), « **habillée du coup** » (E9) semblait modifier le ressenti de la patiente lors de l'examen.

Le TV exigeait une certaine mise à nue « **c'est mon intimité que je mets à nue** » (E11) et exigeait de découvrir une partie intime de son corps « **c'est pas une partie de mon corps que je montre facilement** » (E11). Certaines femmes pouvaient appréhender d'être jugée par le médecin : « **je suis un peu stressée parce que je me sens mal à l'aise, pas épilée, en plus j'ai un piercing** » (E8).

Le médecin était la seule personne qui pouvait accéder au corps intime de la femme, mais il restait cependant un étranger « **je suis pudique vis-à-vis des inconnus** » (E11), « **c'est quand même une zone intime, on n'a pas envie que tout le monde voit cette zone là** » (E3).

Cependant, la grossesse semblait parfois modifier le regard porté sur la situation « **je suis moins pudique dans le cadre de la grossesse** » (E12), « **quand on a accouché une fois, on est moins pudique déjà** » (E3).

2.2.3. Le TV : un geste à caractère sexuel

Beaucoup de femmes ont expliqué la difficulté liée à l'image que renvoyait leur corps au moment de la réalisation du TV, la position semblait être parfois difficile à assumer « **c'est vraiment écarter cette partie-là je pense** » (E11), « **tu as vraiment les jambes écartées !** » (E11).

La considération du conjoint était également prise en compte « **c'est pas très agréable de voir un autre homme manipuler sa femme** » (E15), « **je n'aime pas du tout l'image que ça renvoie à mon conjoint** » (E15), « **ce n'est pas une image que j'ai envie qu'il**

garde de moi » (E15). Et si le conjoint avait la possibilité d'assister à l'examen, la proposition était globalement refusée.

Les femmes exprimaient un certain inconfort à être examinée sous le regard de leur partenaire sexuel par un autre homme : **« j'étais bien gênée, j'étais un cobaye » (E13).** La femme devenait alors plus objet que sujet de considération.

Enfin, pour d'autres, la position semblait gêner et mettre la femme dans une situation d'infériorité, voire d'humilité **« Je lui ai dit enfin, les cuisses écartées vous voulez que je vous dise quoi? » (E8).**

Le TV était fréquemment vécu comme une violence, une agression, voire une intrusion. La violence concernait la douleur **« elle me brassait à l'intérieur » (E13)** souvent liée à la manière de faire et de se comporter **« il n'avait pas l'allure de cette dame, il n'y avait pas cette violence » (E8), « le fait d'être psychorigide fait que la situation devient agressive alors on se sent agressée » (E8).**

Face à la **« la brutalité du corps médical » (E14),** certains médecins étaient jugés supérieurs **« il y a des médecins qui sont au-dessus, des avocats aussi » (E8),** ce qui ne permettait pas d'accepter le geste facilement et **« vous vous sentez complètement agressée » (E8), « en fait il n'y avait plus d'égal à égal. C'était le médecin tout seul et voilà » (E8).**

Le comportement du professionnel semblait déterminant car la patiente pouvait alors se sentir déshumanisée et éprouvait le besoin de s'opposer.

Le TV apparaissait comme un geste invasif, « **le fait de rentrer comme ça dans quelqu'un** » (E5), une intrusion dans le corps humain jugée difficile « **le fait de pénétrer, enfin de rentrer comme ça dans la personne je trouve ça dur** » (E5).

Le TV est un geste qui renvoyait à la réalisation de l'acte sexuel et qui prenait donc une dimension toute particulière pour certaines femmes.

L'intrusion dans le corps était plus ou moins acceptée, même lorsque la femme considérait le geste utile et essentiel « **il faut passer par là mais moi je trouve ça invasif** » (E5).

Le sexe du professionnel de santé était peu important pour certaines femmes « **que ce soit une femme ou un homme c'est pareil** » (E15). Cependant, plusieurs ont souligné l'avantage du professionnel homme peut être parce qu'« **il ne l'a pas vécu lui-même dans son corps** » (E14) et ainsi « **il ne veut pas brusquer la femme** » (E14).

2.3. Le TV : un examen mystérieux

Les femmes qui avaient eu un TV au cours de leur suivi de grossesse le décrivaient comme un geste permettant de voir « **je trouve ça normal qu'elle aille voir le col quoi** » (E13).

Le TV aurait de nombreuses fonctions au cours du suivi de grossesse et pourrait permettre de vérifier, contrôler : « **bah c'est normal qu'ils le fassent, c'est pour contrôler si tout va bien** » (E12).

Le verbe « voir » a été utilisé par les patientes à de nombreuses reprises, alors qu'elles avaient toutes très bien pu décrire l'examen et qu'elles savaient notamment que pour le réaliser, le professionnel de santé n'utilise pas ses yeux « **tout avait été vu** » (E9). On

peut donc penser que dans l'imaginaire des femmes, réaliser ce geste permettrait de « voir » avec les doigts.

Pour certaines patientes, il dépisterait des pathologies au cours de la grossesse et en dehors : « **Pour moi, il en faut et heureusement parce que sans ça il y aurait beaucoup de maladies et d'anomalies qui ne seraient pas détectées** » (E8).

Pour d'autres, il permettrait de faire le diagnostic de pathologies diagnostiquées selon d'autres critères, le TV aurait de nombreuses vertus : « **j'ai jamais eu de TV, elle a pas pu savoir que j'avais eu une mycose** » (E5).

Ainsi, plusieurs femmes ont rapporté méconnaître l'objectif de cet examen. La position de la femme lors de la réalisation du TV en plaçait certaines dans une position d'objet et même animal plus que sujet : « **mais je lui ai dit non, vous ne décollez pas la viande, vous la laissez, elle est très bien** » (E8).

Ainsi le TV restait, pour certaines femmes, un examen mystérieux.

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. FORCES ET LIMITES

Les femmes ont toutes choisi le lieu pour la réalisation de l'entretien. La plupart ont souhaité qu'il soit réalisé chez elle. Plusieurs patientes ont préféré que l'entretien se déroule dans le cabinet médical. Le fait que l'environnement ait été choisi a probablement aidé à libérer la parole des femmes interrogées.

Le double codage et l'analyse triangulée du verbatim des trente entretiens ont permis de limiter les biais de l'analyse inductive.

Les âges des patientes s'étalaient de 21 ans à 45 ans, offrant une représentation intéressante des points de vue. En effet, l'échantillon était varié en termes d'âge et de nombres de grossesse.

La durée moyenne des entretiens était satisfaisante pour la qualité de l'étude.

Au sein des patientes, les professions de soins étaient majoritairement représentées (pharmaciens, aide-soignante, sage-femme): on peut penser que ces professions sont plus sensibles à la question de recherche puisqu'ayant fait partie de leur formation, et parfois vécue au quotidien.

La question des violences sexuelles dans l'enfance aurait pu être abordée dans le questionnaire, aucune femme n'a relaté de faits par rapports à cela. Il est probable qu'avoir subi des abus sexuels modifie le ressenti et l'opinion par rapport au TV.

2. QUE SE JOUE T-IL LORS DU TV ?

Selon l'HAS, « il n'y a pas d'argument pour la réalisation en routine du toucher vaginal chez une femme enceinte asymptomatique » (6). Ces recommandations ont mis un peu de temps à s'ancrer dans les pratiques médicales, qui variaient en fonction des professionnels (17). Actuellement, au cours du suivi de grossesse, le TV est de moins en moins réalisé mais reste un examen clinique qui pose question notamment du côté des patientes.

On assiste aujourd'hui à une appropriation de leur santé par les patients, et particulièrement des patientes par rapport à leur suivi de grossesse. Avec « *L'émergence du patient-acteur* » décrite dans Santé Publique 2018/1 (18), « le rôle de patient s'est (...) transformé. Acteur, le patient participe dorénavant aux soins ». Ce phénomène n'épargne pas le suivi de grossesse, et remet parfois en cause la pratique des médecins.

De plus, avec l'évolution permanente des différents systèmes d'informations (internet, réseaux sociaux etc), les patientes ont accès de manière précise, rapide et partagée à l'information. Selon une étude IPSOS parue en 2010, Internet apparaît comme la 2^{ème} source d'information médicale pour les patients après la consultation auprès d'un médecin (19).

Ceci n'est que peu critiquable, car selon Mougeot et al., « les patients sont parvenus à se constituer en acteurs ressources pour l'amélioration du système de santé » (18). Ils sont également « Inventeurs d'un nouveau rapport à la santé et à la médecine, ils ont contribué à réduire l'asymétrie relationnelle existant par le passé entre soignants et soignés » (18).

C'est ainsi qu'émerge, sur les réseaux sociaux notamment, et dans différents faits d'actualités, la force du « patient-acteur » et les conséquences qui en découlent.

Avec son blog « Marie accouche là » (20), Marie Hélène Lahaye, juriste et féministe belge, dénonce les violences gynécologiques et obstétricales. Elle permet aux femmes de se livrer, de dénoncer, de partager leur expérience gynécologique, notamment sur le toucher vaginal. Son rayonnement sur différents supports médiatiques, a fait naître ces dernières années des scandales allant parfois jusqu'au procès, suggérant une prise de conscience du droit à la parole des femmes.

En juin 2018, le Haut Conseil à l’Egalité entre les Hommes et les Femmes publie un rapport sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical en France (21) : 6% des femmes (soit environ 50000 femmes en 2016) se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites de leur suivi de grossesse ou de leur accouchement en France.

Le toucher vaginal semble être ainsi un geste critiqué, car plusieurs questions et problématiques se jouent autour de cet examen avec en particulier la question de l'intimité et de la décision médicale partagée mais également la particularité de l'assimilation du TV à un acte sexué.

2.1. L'intimité et la décision médicale partagée

Laurence GUYARD, sociologue, a exploré ce champ de l'intime dans *Consultation gynécologique et gestion de l'intime* (22) et décrit la question très sensible de l'intimité et la réalisation du TV : la consultation gynécologique a pour but d'explorer les organes génitaux des femmes et impose donc aux femmes d'exposer leur intimité, ce qu'elles appréhendent. L.GUYARD s'est intéressée plus particulièrement à la gestion de l'intime dans la consultation

gynécologique et aux moyens qui pourraient être mis en œuvre au cours de cette consultation et de la réalisation du TV afin d'en améliorer le ressenti.

Ainsi, la consultation gynécologique comporte plusieurs aspects : elle nécessite de se mettre nu et il y est parfois réalisé un TV, deux choses qui peuvent être source d'appréhension pour les femmes.

« Se mettre nu, c'est en quelque sorte se mettre « à nu » » selon L.GUYARD, la femme montre des parties d'elle-même habituellement cachées. Dévoiler au médecin des choses cachées, ou montrées uniquement dans le champ du sexuel, entraîne une attitude de gêne et la relation médecin-patient peine donc à s'installer.

La manière dont se déroule l'examen et la consultation aurait été intéressante à approfondir, car comme le soulève L. GUYARD, « la femme s'installe sur la table d'examen, les fesses à une extrémité, la tête à l'autre, jambes relevées et écartées exposant ainsi son sexe au gynécologue qui lui fait face » et « cette position, associée à la sexualité, place la patiente et le gynécologue dans une « distance intime » génératrice de gêne ». La manière de se déshabiller, avec le symbole du paravent qui « n'a qu'une fonction symbolique tant il est petit » est également importante : « se déshabiller en ne laissant que le haut, ou enlever la culotte en gardant sa jupe » peut avoir des connotations trop fortes pour que la patiente se dégage de la gêne occasionnée par l'examen. En effet, le seul autre moment où la femme se retrouve dans cette situation est probablement lors du rapport sexuel, moment intime s'il en est.

Il est intéressant de noter que la question de l'intime se pose également pour le professionnel : L.GUYARD prend l'exemple d'un interne qui porte des gants à la fois pour le

TV et pour la palpation des seins (qui se fait habituellement sans gants) tant il est mal à l'aise d'avoir un contact direct avec le corps de la patiente.

D'ailleurs, dans plusieurs témoignages de médecins, se pose la question de cette pudeur, étape délicate dans le déroulement d'une consultation, même non gynécologique. Dans « Promenade de santé, chronique d'une jeune médecin généraliste » (23), Fluorette nous fait part de son questionnement « Faire déshabiller les patients ou non est une question que je me pose souvent...quelle est la place de la pudeur en consultation ? ».

Un des principaux facteurs pouvant permettre de mieux appréhender cette question de l'intimité est probablement le fait de rendre la patiente libre d'accepter ou non l'examen et de permettre au praticien de pratiquer ou non l'examen : la réalisation de l'examen gynécologique serait alors une décision médicale partagée.

La décision médicale partagée a fait l'objet d'une recommandation HAS de 2013 (24) stipulant qu'elle entraînait « une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Elle a également été décrite comme « un soin à part entière » par C. Bouleuc et D. Poisson dans la revue LAENNEC (25).

Ainsi, ce concept est à étendre à tous les champs du soin et de la médecine, pas seulement à la gynécologie et au TV. De même, il s'agit d'un concept éthique évident, et il peut apparaître comme une faute médicale de ne pas la pratiquer.

2.2. Le toucher vaginal considéré comme un acte sexué

De la question de l'intime découle la question de l'acte sexué à travers le TV.

Le médecin est formé à soigner tous les patients, homme ou femme. D'un point de vue idéaliste, le caractère sexué du professionnel de santé n'entre pas en ligne de compte. On n'a pourtant pas de mal à observer qu'il est parfois difficile de mettre en pratique ce concept.

Plusieurs femmes ont dit « ça aurait été difficile si c'était un homme » (E11). Dans ces entretiens la patiente ne se détachait pas du caractère sexué du professionnel de santé. Il paraissait ainsi difficile de mettre de côté la question du sexe dans le geste intime qu'est le toucher vaginal, voire dans la consultation gynécologique au sens large.

En témoignait le vocabulaire employé par certaines femmes appartenant au domaine de la sexualité « le fait de pénétrer, enfin de rentrer comme ça dans la personne je trouve ça dur » (E5).

L. GUYARD relève par contre que « les moyens mis en œuvre afin de mettre le corps nu à distance, de neutraliser les actes et le corps en leur retirant le caractère intime dont ils sont socialement et symboliquement chargés, sont autant le fait des hommes que des femmes gynécologues » (22). Ainsi, « détourner le regard constitue une stratégie d'évitement permettant au médecin de rester dans son rôle » de même que « le port du gant peut aussi être le moyen mobilisé pour mettre à distance le corps de l'autre ainsi que la dimension érotique et sensuelle du contact charnel ». Le TV est souvent réalisé debout, le corps du gynécologue est « projeté en arrière et l'examen se fait bras tendus » : cela pourrait « permettre au médecin de ne jamais entrer en contact physique avec le corps de la patiente, à l'exception d'une main ».

Cette question de l'aspect sexuel du TV, touche à la fois la patiente et le professionnel. Le professionnel masculin apparaît comme sexe masculin, et le professionnel féminin se met à la place de la patiente, et ressent en même temps qu'elle la gêne de « se mettre à nu » (22).

Martin Winckler, dans « Le chœur des femmes » écrit à propos d'une femme médecin « tu as le même corps que celles que tu soignes » (26). Il décrit bien le sentiment de cette interne qui assiste à une consultation gynécologique, et qui se place dans le corps de la patiente en

pensant « il lui fourrera d'un coup deux doigts gantés dans le sexe et puis, la bouche animée de petites grimaces, il farfouillera en haut, en bas, à droite, à gauche ». La violence des termes employés suggère que le sentiment du praticien n'est pas neutre.

3. Quelles pistes de réflexion pour le médecin généraliste ?

Ce travail soulève plusieurs pistes de réflexion : l'imaginaire des patientes concernant le TV est sans limite et constitue, pour certaines, un geste sexué qu'il convient de prendre en compte lors de la consultation gynécologique.

Le caractère mystérieux et presque magique du TV « qui donne à voir » pose question : Eve ENSLER écrit « tout ce que je savais sur le vagin était fondé sur des oui-dire ou de la pure invention. Je n'avais jamais vraiment vu la chose. Il ne m'était jamais venu à l'esprit de le regarder. Mon vagin existait pour moi sur un plan abstrait » (27).

Lors de la réalisation du TV, le vagin devient accessible par le médecin, à travers ses doigts, mais il ne peut le voir qu'avec l'examen au spéculum. Le médecin a donc un privilège unique, d'autant plus que sa situation de professionnel le rend légitime.

Pour la femme, le vagin est probablement son seul organe invisible, source d'autant de sentiments et sensations (plaisir, souffrance, cruauté, violence, fécondité, bonheur etc). Le toucher vaginal peut réveiller ces différents sentiments lorsqu'il n'est pas associé à un geste parfaitement neutre.

Les femmes connaissent souvent moins bien cet organe intime que leur médecin, sage-femme ou gynécologue, comme l'explique Eve ENSLER dans « Les monologues du vagin » : « les hommes, qu'ils soient amants ou médecins, en savaient plus sur le corps des femmes que les femmes elles-mêmes » (27).

Finalement, que se passe-t-il à l'intérieur ? Le vagin, organe invisible pour la femme est bien une source de mystère et de mythe. Il reste un mot presque tabou, qui renvoie directement à la sexualité et alimente l'imaginaire « ce qu'on ne dit pas devient un secret, et les secrets engendrent souvent la honte, la peur et les mythes » (27).

Le médecin qui réalise un TV, est ainsi le seul, hormis le partenaire sexuel, à avoir légitimement accès au vagin de la femme. On comprend donc sans mal, l'ajustement délicat de la relation médecin-patiente lors de l'examen gynécologique.

L'ampleur de l'imaginaire aboutit souvent à une revendication parfois exagérée. L'ignorance inquiète et questionne. Le médecin généraliste a probablement à prendre conscience de cela afin d'améliorer la relation de confiance qu'il a avec sa patiente, et ainsi restaurer, même à travers le TV, l'image du « patient-acteur » (18) qui se pose « en acteurs ressources pour l'amélioration du système de santé ». L'enjeu est donc d'expliquer, de décrire, voire de schématiser la description de l'examen et de construire une réalité médicale.

De même, le praticien doit pouvoir expliquer clairement l'intérêt du geste afin de le resituer comme geste médical potentiellement informatif pour le suivi de la grossesse, s'inscrivant ainsi comme une compétence professionnelle.

Enfin, il est nécessaire de réaffirmer que ce geste technique si particulier ne peut être réalisé qu'avec l'approbation de la patiente et serait ainsi le fruit d'une décision médicale partagée.

De plus, la confiance du patient semble essentielle à acquérir, afin de ne pas déstructurer de manière très asymétrique la relation médecin- patient, avec « le patient tout puissant » comme en témoignent plusieurs blogs sur le sujet (28).

CONCLUSION

Le TV n'est plus un examen de routine dans le suivi de la grossesse à bas risque. Les patientes se sont d'ailleurs de plus en plus approprié le sujet, et leur opinion et leur ressenti quant à l'examen sont affirmés.

Même si le TV pouvait avoir une fonction de réassurance pour la majorité des patientes, il était surtout attribué à une exposition parfois gênante de leur nudité et était sexualisé.

Le TV apparaissait comme un **examen mystérieux**, source d'imaginaire et de questionnement.

Ainsi, la question de l'intimité de la patiente « mise à nue » par le TV et donc source d'une relation médecin-patiente parfois difficile à équilibrer peut-être résolue grâce à la notion de **décision médicale partagée**, qui permet de rétablir une symétrie au sein de la relation des deux protagonistes. Impliquer la patiente dans le soin, « **le patient acteur** », dans son suivi de grossesse, décider avec elle, permet la « **sécurité des soins** » et donc une meilleure qualité de suivi. La relation médecin-patiente n'est donc plus altérée, et la question du caractère sexué du professionnel de santé est atténuée.

L'enjeu pour le médecin généraliste, serait donc d'expliquer le geste et le suivi médical en général.

Il conviendra pour la suite, d'**élargir cette notion de décision médicale partagée** dans tout le **champ du soin en général**, pas seulement dans le suivi de la grossesse et du toucher vaginal.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ben Soussan P. La grossesse n'est pas une maladie. Syros; 2000. 214 p.
2. Santé de la reproduction et de la périnatalité. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques / Santé publique France [Internet]. 2017 [cité 9 avr 2017]; Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_6b_sante_populationnelle.pdf
3. INSERM - DRESS. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. 2017 oct.
4. INPES. Le suivi médical de la grossesse - Suivi et orientation de la femme enceinte. 2009 Juin.
5. CNGOF. Examen gynécologique - Polycopié national [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-examen-gynecologique.pdf>
6. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé [Internet]. 2005 [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
7. HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [Internet]. 2009 Décembre. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
8. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 Mai [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
9. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised

controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. Lancet. 24 sept 1994;344(8926):841-4.

10. Lorion R. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ? [Internet]. Angers; 2012. Disponible sur:

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00658331/PDF/memoire_lorion.pdf

11. « J'ai dit non, elle l'a fait quand-même » : les touchers vaginaux non consentis ont la vie dure [Internet]. LCI. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur: <https://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>

12. Ben Soussan P. Cent mots pour les bébés d'aujourd'hui [Internet]. ERES. 2009 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/buadistant.univ-angers.fr/cent-mots-pour-les-bebes-d-aujourd-hui--9782749210575.htm>

13. Missonnier, Golse, Soulé S Bernard, Soulé. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Presses universitaires de France.

14. Bessis R. Qui sommes-nous avant de naître? calmann-lévy. 2007. 211 p.

15. Morvan P. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales [Mémoire Diplôme d'Etat de Sage-femme]. Caen - Campus 5; 2015.

16. Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste... [Internet]. 2012 [cité 7 juill 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742596/document>

17. Duchateau C, Martin M. Attitude des médecins généralistes, quant à la réalisation du toucher vaginal, dans le suivi des grossesses à bas risque Étude qualitative menée dans le Maine et Loire et la Sarthe [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117148/2016MCEM6740/fichier/6740F.pdf>

18. Mougeot F, Robelet M, Rambaud C, Occelli P, Buchet-Poyau K, Touzet S, et al.

L'émergence du patient-acteur dans la sécurité des soins en France : une revue narrative de

la littérature entre sciences sociales et santé publique. Sante Publique (Bucur). 27 mars 2018;Vol. 30(1):73-81.

19. Internet ne remplace pas encore le médecin [Internet]. Ipsos. [cité 27 févr 2019].

Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/internet-ne-remplace-pas-encore-le-medecin>

20. Blog Marie Accouche-là [Internet]. Disponible sur:

<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>

21. Bousquet D, Couraud G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les Hommes et les Femmes [Internet].

2018 [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.haut-conseil-](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetric)

[egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetric](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetric)
[al_20180629.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetric)

22. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom.

2002;no 27(3):81-92.

23. Fluorette. Promenade de santé [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur:

<http://fluorette.over-blog.com/>

24. HAS. Patients et professionnels de santé: décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la décision médicale partagée. [Internet]. 2013 [cité 27 févr

2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf)
[10/synthese_avec_schema.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf)

25. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. Laennec. 15 oct 2014;Tome 62(4):4-7.

26. Winckler M. Le chœur des femmes. Gallimard. 2009. (Folio Les Merveilles).

27. Ensler E. Les monologues du vagin. Denoël. 1996. 112 pages.

28. Toucher vaginal | Le blog de Borée [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur:

<http://boree.eu/?tag=toucher-vaginal>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Descriptif de la population (¹ Suivi conjoint : suivi médecin généraliste et sage-femme ou gynécologue)	10
---	----

TABLE DES MATIERES

RESUME	2
INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	6
1. Stratégie d'échantillonnage et de recrutement	6
2. Guide d'entretien et recueil des données	6
3. Analyse des données	7
4. Considérations éthiques et réglementaires	8
RÉSULTATS.....	9
1. Description de la population	9
2. Données recueillies.....	11
2.1. Généralités.....	11
2.2. Le vécu du toucher vaginal	12
2.2.1. Le vécu de l'examen clinique	12
2.2.2. Le TV : une exposition de la nudité	15
2.2.3. Le TV : un geste à caractère sexuel	16
2.3. Le TV : un examen mystérieux.....	18
DISCUSSION ET CONCLUSION	20
1. FORCES ET LIMITES	20
2. QUE SE JOUE T-IL LORS DU TV ?	21
2.1. L'intimité et la décision médicale partagée	22
2.2. Le toucher vaginal considéré comme un acte sexué	24
3. Quelles pistes de réflexion pour le médecin généraliste ?	26
BIBLIOGRAPHIE	30
LISTE DES TABLEAUX	34
TABLE DES MATIERES.....	35
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche permettant le recueil des caractéristiques socio-démographiques

Fiche remise à la fin de l'entretien :

Age :

Nombre de grossesses :

Nombre d'enfants :

Profession :

Situation familiale :

Annexe 2 : Questionnaire préalable à l'entretien

Questionnaire préalable à l'entretien Évaluation du niveau de risque de la grossesse

Merci d'avoir accepté de participer à notre travail. Afin de savoir si nous pouvons poursuivre notre entretien, nous aurions besoin d'en savoir un peu plus sur votre dernière grossesse et sur son suivi médical.

Je vais vous poser des questions concernant vos antécédents (éventuels problèmes de santé). Vous êtes libre de ne pas répondre à ces questions.

Les réponses resteront bien entendu confidentielles et les données seront anonymisées lors de l'analyse.

Antécédents chirurgicaux généraux :

- Avez-vous un antécédent de chirurgie ou pathologie cardiaque (avec retentissement hémodynamique) dont Ehler Danlos, Marfanet autres ?
- Avez-vous un antécédent d'hémorragie cérébrale ou d'anévrisme ?

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques :

- Avez-vous de l'hypertension (traitée ou non) ?
- Avez-vous du diabète ?
- Avez-vous déjà fait une TVP ou une EP ?
- Avez-vous une maladie de Basedow ?
- Avez-vous de l'asthme ou une pathologie pulmonaire (avec retentissement sur la fonction respiratoire) ?
- Avez-vous une drépanocytose ou autre hémoglobinopathie ?
- Avez-vous des anomalies de la coagulation, une thrombopénie ou un purpura thrombopénique auto-immun ?
- Avez-vous une maladie de système ou maladie rare (SEP, Addison, Cushing, LED, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde) ?
- Avez-vous une néphropathie ?
- Êtes-vous séropositive pour le VIH ?

Antécédents personnels gynécologiques :

- Avez-vous une malformation utéro-vaginale ?
- Avez-vous un syndrome Distilbène ?

Antécédents liés à une grossesse précédente :

- Avez-vous eu une incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire ou plaquettaire) ?
- Avez-vous eu une béance cervicale ou un cerclage ?
- Avez-vous eu une pré-éclampsie ou un HELLP syndrome ? Avez-vous eu de l'HTA gravidique ?
- Avez-vous eu des FCS répétées au cours du 1er trimestre avec diagnostic de SAPL ?
- Avez-vous eu des FCS au cours du 2ème trimestre ?
- Avez-vous eu un hématome rétro-placentaire ?
- Avez-vous eu une MFIU avec étiologie vasculaire ?
- Avez-vous eu un RCIU ?

Antécédents liés à l'enfant à la naissance :

- Asphyxie péri-natale avec séquelles ?
- Mort périnatale inexpliquée

Intoxications :

- Intoxication au plomb
- Intoxication à l'oxyde de carbone ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Nous sommes actuellement internes en médecine et nous faisons un travail pour obtenir notre doctorat en médecine générale. Merci d'avoir accepté de participer et de nous aider dans notre travail qui porte sur l'examen gynécologique lors des consultations de suivi de grossesse. Le travail est anonymisé et enregistré. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous adresser l'entretien pour que vous le validiez. A la fin de l'entretien, je vous remettrai une fiche pour recueillir quelques données socio-démographiques. Vous pouvez choisir d'interrompre l'entretien à n'importe quel moment.

- 1) Pouvez-vous me raconter votre dernière grossesse ?
 - comment cela s'est passé pour vous ?
 - dans la prise en charge médicale ?
 - dans les relations avec les professionnels de santé ?
 - dans votre exercice professionnel ?
 - dans vos relations familiales ?
- 2) Pourriez-vous me raconter une consultation de suivi de votre grossesse ?
 - Qu'en attendiez-vous ?
 - Pourriez-vous décrire le déroulé de l'examen médical ?

Soit la patiente aborde le TV :

- Qu'en avez-vous pensé ?

Soit elle ne l'aborde pas :

- A aucun moment vous n'avez évoqué le TV. Qu'en pensez-vous ?

- 3) Pouvez-vous m'expliquer ce que vous ressentez lorsque le professionnel de santé réalise un TV pour le suivi de votre grossesse ?

(Questionner les effets de l'annonce et de la réalisation)

- Comment la réalisation du toucher vaginal a-t-elle été abordée ?

- 4) Le toucher vaginal n'est pas recommandé de façon systématique lors d'une consultation de suivi de grossesse. Qu'en pensez-vous ?

Si la patiente a évoqué spontanément la notion de plusieurs grossesses :

Comment pensez-vous que ce ressenti ait pu évoluer au fil de vos grossesses ?

Annexe 4 : Avis du Comité d’Ethique



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 12 février 2018

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aurore.armand@chu-angers.fr

A Madame JUSTEAU GAUDENZI Claire
A Madame VUILLERMET Sophie

Mesdames,

Le Comité d’Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d’Angers a examiné dans sa séance du 31 janvier 2018 votre étude « **Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque. Etude qualitative** » enregistrée sous le numéro 2017/74.

Après réception des modifications proposées suite aux commentaires transmis, après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d’interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s’acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Mesdames, en l’expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

Annexe 5 : Lettre d'information remise aux patientes



UFR SANTÉ

Angers, le 19/10/2017

Bonjour Madame,

Nous sommes actuellement deux internes en médecine générale et nous faisons une thèse pour obtenir notre doctorat en médecine générale.

Notre sujet porte sur **l'examen gynécologique lors des consultations de suivi de grossesse.**

Nous sollicitons votre participation pour ce travail.

Nous réalisons des entretiens individuels avec des femmes ayant un enfant de moins de 12 mois.

Ces entretiens comportent des questions concernant le suivi de grossesse. Les entretiens sont enregistrés et seront intégralement retranscrits par écrit. Si vous le souhaitez, une fois l'entretien retranscrit par écrit, nous pourrions vous le transmettre afin de le consulter et de nous autoriser, ou pas, à l'utiliser pour notre thèse.

Vous pouvez choisir d'interrompre l'entretien à n'importe quel moment, sans justification nécessaire.

Les données seront entièrement anonymisées et nous recueillerons quelques données socio-démographiques vous concernant.

Nous réalisons ce travail avec l'accord du médecin et de la direction de la structure accueillant votre enfant. Par ailleurs ce travail est encadré par des enseignants du Département de Médecine Générale de l'UFR Santé d'Angers.

Nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires et pour toutes questions.

Si vous acceptez de participer, merci de nous contacter.

Claire JUSTEAU et Sophie VUILLERMET

Claire JUSTEAU : 06.33.62.22.65, claire.justeau@gmail.com

Sophie VUILLERMET : 06.86.57.60.66, sosse_vac@hotmail.fr

Annexe 6 : Exemple d'entretien

Bonjour, est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière grossesse, celle de S ? Comment ça s'est passé pour vous dans la prise en charge médicale, dans la prise en charge avec les professionnels de santé, au point de vue global ?

Alors la grossesse s'est très bien passée, c'était une grossesse qui était désirée. J'ai été suivie par mon médecin généraliste tous les mois puis pour la préparation à l'accouchement par une sage-femme en libéral qui a aussi pu me faire les 2 dernières consultations et j'ai trouvé ça très très bien, très agréable car je trouve ça difficile d'avoir plein de professionnels de santé différents, jusqu'à la fin plusieurs sages-femmes différentes, surtout que mon médecin généraliste c'est vraiment une personne de confiance avec qui je m'entends très bien.

Donc c'était un choix d'être suivie par votre médecin généraliste ?

Ah oui oui, cette médecin là elle fait aussi mon suivi gynécologique hors grossesse. Et puis c'est quelqu'un qui bosse aussi en crèche, en PMI. Elle s'intéresse beaucoup aux enfants, à la gynécologie. Sur le plan familial, rien de particulier. Tout s'est bien passé. Et puis sur le plan professionnel ça s'est bien passé aussi. J'ai un travail où j'accompagne des jeunes qui sont en situation de handicap moteur donc on porte beaucoup donc assez vite comme pour A. je me suis retrouvée à avoir pas mal de contractions. Donc j'ai été arrêtée à 6 mois et puis j'ai pas repris avant la fin.

D'accord. A ce moment-là, il n'y avait pas d'inquiétude sur la suite de la grossesse, c'est vraiment votre travail qui vous a fait vous arrêter ?

Non aucune inquiétude, j'avais beaucoup beaucoup de fatigue et puis le fait d'avoir des contractions assez tôt, le médecin m'a arrêtée tôt.

Très bien. Donc votre médecin, vous le voyiez tous les mois ? C'était des consultations systématiques, prévues ? Il n'y a pas eu de consultation supplémentaire ?

Non, non non, vraiment une grossesse simple. Et un accouchement royal.

Bon bah super. Est-ce que vous pourriez me raconter une consultation de suivi de grossesse, n'importe laquelle ? En gros comment ça se passe la consultation de suivi de grossesse avec le médecin ?

Euh... Je suis reçue par le médecin qui commence donc par me poser des questions sur comment je me sens, tant sur le plan physique que moral aussi. C'est important même si ça s'est bien passé. J'avais des questions par rapport à A, notre ainé, qui réagissait par rapport à l'arrivée d'un autre enfant, mais ne sachant pas ce que c'était non plus pour lui. Donc on avait abordé des questions par rapport à ça. Comment pouvoir profiter quand même de cette grossesse, comment envisager l'arrivée du bébé tout en étant respectueuse de A. et sans oublier des choses par rapport à lui.

Et ça s'est bien passé pour lui ?

Oui ça s'est bien passé mais ça a demandé des petits ajustements. Elle nous a aussi donné des conseils sur comment parler de l'arrivée avec lui avant et puis sur comment être au moment de l'arrivée du bébé pour qu'il puisse être serein. Donc on avait pas mal d'échanges là-dessus et puis ensuite, bah l'examen pour voir si tout va bien. Elle essayait de me faire écouter le cœur du bébé quasiment à chaque fois.

D'accord. Donc est-ce que vous pourriez me préciser, l'examen clinique en lui-même, ça se passait comment ?

Euh... bah euh... surveillance du poids, elle prenait la tension, le cœur du bébé. Et ensuite, toucher vaginal pas systématique et puis après mesurer la hauteur de l'utérus, voir si le bébé grandissait bien. Et puis je sais plus.

C'est déjà bien. Vous m'avez parlé du toucher vaginal, en disant qu'elle ne le faisait pas de façon systématique. A quel moment de la grossesse elle a pu le faire, à quelle occasion ? Et est-ce que vous savez pourquoi il est fait, comment il a été abordé ?

Alors. Elle le fait si je le demande sauf du coup à la fin, les 2 ou 3 dernières consultations. Juste pour voir un petit peu où ça en est, voir si le col est dilaté ou pas et puis en fonction aussi de si moi je lui amène des éléments sur le plan clinique qui lui font penser qu'il faudrait vérifier.

Mais sinon, c'est pas systématique. Elle le dit elle-même que c'est pas systématique parce que voilà c'est pas très agréable et qu'elle voit pas non plus l'intérêt de le faire à chaque fois.

Est-ce que vous avez eu l'occasion du coup de lui demander de vous en faire un au cours de la grossesse ?

Non, pas particulièrement. Elle a fait les 2 ou 3 à la fin de la grossesse et c'est tout.

D'accord, très bien. Est-ce que vous pourriez m'expliquer comment vous le vivez ce TV, comment c'est apporté par le professionnel de santé qui va le faire ?

On m'a laissé le choix de le faire. Après moi j'ai toujours vu de l'intérêt à le faire au moment où il était fait donc je n'ai pas refusé qu'on me le fasse ou je ne me suis pas sentie mal à l'aise.

Elle me prévient tout le temps qu'elle va faire le toucher, elle met une petite serviette sur moi pour des questions d'intimité et puis elle m'installe, enfin elle veille à ce que je sois installée confortablement et elle me demande tout le temps si je suis prête. Donc en fait, à chaque fois je le vis pas comme un moment agréable mais je ne me sens pas mal à l'aise, je ne trouve pas ça horrible.

D'accord. Donc c'est justement ça, il n'y a pas chez vous de sentiment d'être mal à l'aise.

Non pas du tout. Je le vis plutôt comme un geste rassurant, enfin moi ça me rassure parce que ça me permet de m'assurer par un professionnel que tout est dans l'ordre. Du coup ça évite aussi plein de questions, si on a des contractions, bah on se dit bon bah tout est dans l'ordre, ça a été vérifié. Parce que parfois on peut se dire « ah ça se trouve j'ai le col ouvert, je ne m'en rends pas compte ». Là, c'est vérifié comme ça. C'est des trucs, quand on est pas dans la partie bah on ne sait pas tout ça.

Je suis arrivée chez ce médecin là, qu'on m'a conseillé parce qu'elle faisait de la gynécologie. Avant j'étais suivie par un gynécologue qui pour le coup avec lequel je ne me sentais pas du tout à l'aise. J'ai du avoir une écho pelvienne un jour par ce gynécologue et je l'ai très très mal vécue.

Ça a été compliqué parce que je voulais arrêter ma pilule et je me plaignais de douleurs du ventre ou je ne sais plus trop pourquoi et il m'a proposé pour voir ce qu'il se passait. De fait il y avait un petit fibrome, c'est dans ce cadre là qu'il me l'a faite.

Mais je ne l'ai pas bien vécue, j'en garde vraiment un mauvais souvenir. Il l'a mal amenée ou je ne sais pas.

C'était une échographie pelvienne ou une échographie endo-vaginale ?

Ah non c'était avec une sonde dans le vagin.

Et à ce moment-là il vous a laissé le choix ? Comment ça a été apporté en fait cette échographie ?

Bah pffff... Oui, enfin c'est un peu dur de dire s'il m'a laissé le choix. Je venais parce que j'avais mal au ventre, je voulais arrêter la pilule, il m'a proposé de faire et je ne me voyais pas dire bah non parce que je voulais savoir ce qu'il y avait, si tout allait bien ou pas.

Euh par contre quand il l'a fait, c'était pas... Pas du tout... Quand je dis mettre une serviette ou quelque chose et bien là rien du tout. C'était vraiment un acte qui semblait très mécanique pour lui et je me sentais pas du tout à ma place. Et j'ai pas non plus osé dire quelque chose.

Et là, comme je le vis avec mon médecin généraliste, c'est très différent, ça m'a réconciliée avec le suivi gynécologique.

C'était compliqué le suivi chez ce gynécologue ?

Non pas particulièrement. C'était quelque chose que je n'avais pas beaucoup fait mais bon. Je ne l'appréhendais pas forcément avec difficulté. Je trouve que c'est hyper important la relation qu'on a. J'en parlais avec des proches pour le suivi de grossesse.

Moi j'insistais tout le temps sur le suivi que ce soit par la sage-femme ou autre. Le premier contact est très important, comment on se sent avec le professionnel, comment ça va. On peut aller voir ailleurs aussi.

Pour moi c'est hyper important le contact qu'on va avoir avec les personnes qui vont faire ce geste là.

Ok. Donc le TV en lui-même il n'a pas de vécu particulier pour vous ?

Non, je ne le vivais pas mal parce que c'est pas fait comme ça euh, sans prévenir. Je ne le vis pas du mal, c'est un geste médical, je le vois vraiment comme ça.

Et il apporte quelque chose dans le suivi de grossesse ?

Ah oui oui, pour moi oui, c'est ça. C'est pas fait juste pour le faire, ça n'aurait aucun intérêt. C'est comme après l'accouchement quand les sages-femmes le font pour vérifier que tout va bien. Moi ça me paraît important et rassurant pour voir si dans le déroulement tout se passe bien, si par la suite tout rentre bien dans l'ordre.

Alors, est-ce que vous pourriez me parler un peu de l'émotion que suscite l'annonce de la réalisation d'un TV ?

Euh... Non je dirais peut-être un peu de crispation au moment où il faut s'installer, bien s'installer. Alors c'est pas la crainte d'avoir mal parce que c'est rare que j'ai mal mais c'est quand même se dire que bon, j'ai pas envie d'avoir mal. Il faut que je me concentre un peu pour me détendre, pour que l'examen se passe bien aussi.

Donc il y a un peu d'appréhension ?

Bah oui parce que c'est pas anodin non plus. Sans être invasif, ça reste quelque chose qui est un peu désagréable.

D'accord. Alors en fait, le TV n'est plus recommandé en pratique systématique dans le suivi des grossesses normales.

A la base c'était pour vérifier qu'il n'y allait pas avoir d'accouchement prématuré ?

Entre autres oui, pour surveiller que le col ne soit pas ouvert, qu'il n'y ait pas d'anomalie du col. Mais en fait on peut avoir un col normal au cours de l'examen et commencer à contracter 2h après.

Donc dans nos pratiques ce n'est plus vraiment recommandé. On en encore très nombreux à le faire et ce qu'on aimerait savoir c'est si sa réalisation apporte quelque chose aux femmes.

Qu'est-ce que vous pensez de ça vous ? Si on vous dit que la prochaine grossesse il n'y aura aucun TV ?

Bah je ne serais pas rassurée. Ça me paraît nécessaire au moins une fois dans la grossesse. Alors pas au départ, moi j'étais très contente que mon médecin me dise qu'elle n'en fait pas. Mais à la fin, je ne sais pas si je serai très rassurée qu'on ne soit jamais allé vérifier si tout était normal. Alors pas toutes les semaines, moi le suivi une fois par mois par ma sage-femme ça me suffit mais tout de même je trouve que les derniers mois c'est plus rassurant.

C'est rassurant par rapport à quoi ? Ca vous rassure par rapport à quel questionnement ?

Ouais si, c'est ça. C'est la peur que le col soit déjà ouvert et que du coup le bébé puisse naître trop tôt. Mais ouais, c'est vrai que c'est intéressant de poser la question. En fait on peut aussi se dire que le col peut être un peu ouvert et qu'il ne se passe rien ?

Complètement. En fait on ne sait trop bien pourquoi on le fait ni ce qu'il faut en déduire.

Ah oui, c'est intéressant de savoir ça. Et les médecins continuent à le faire parce que c'est rassurant pour les gens ?

Alors en fait il y a plusieurs raisons qui sont évoquées quand on pose la question, parmi lesquelles celle-ci effectivement. Certains le font à la demande de leurs patientes en effet, pour les rassurer.

En sachant ça, est-ce que pour une troisième grossesse vous le vivriez différemment ? Est-ce que c'est quelque chose d'inquiétant ?

Bah non mais du coup ça m'amène à réfléchir. C'est hyper intéressant. Du coup je ne sais pas. Du coup je me sentirais prête à relever le défi sans toucher vaginal... !

Ca n'empêche que si on a une femme qui nous interpelle sur des contractions nombreuses ou rapprochées, on le fera.

Et vous pouvez refuser de le faire vous, même si la patiente vous le demande ou pas trop ?

Je pense qu'on peut refuser, on est obligé à rien. Après ça dépend du lien qu'on souhaite maintenir avec la patiente. Je pense qu'il y a des patientes qui sont parfaitement réceptives à une éventuelle justification et d'autres pour lesquelles c'est plus difficile donc je pense que dans ce cas là je ne refuserai pas de le faire mais c'est très personnel.

D'accord. Bah moi en fait je trouve ça bien que ça ne soit pas fait systématiquement dès le début.

C'était le même suivi pour la première grossesse ? Est ce que vous pensez qu'au fur et à mesure des grossesses ou des TV dans le cadre du suivi gynéco, est-ce que vous pensez que votre perception du TV ait pu évoluer ?

Au fur et à mesure on sait où on va. Le suivi de manière générale pour la deuxième grossesse c'est un peu différent. Il y a moins de questions.

Le TV c'est un des moyens qu'il y a dans le suivi et je ne me focalise pas forcément dessus.

D'accord. Très bien, merci beaucoup pour votre participation.

Durée de l'entretien : 31 minutes

Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque.

RÉSUMÉ

Introduction : le TV est un examen du suivi de grossesse mais il n'est plus systématique depuis 2005. L'objectif principal de cette étude était d'analyser le ressenti et l'opinion des femmes quant à la réalisation du TV lors de leur suivi de grossesse à bas risque.

Méthode : Étude qualitative réalisée de février à octobre 2018. Quinze femmes étaient interrogées par le biais d'entretiens semi-dirigés. Le recrutement s'est fait dans des cabinets de médecine générale. La saturation des données était visée. Le codage et la thématisation ont été fait manuellement et séparément par les deux chercheurs puis les données ont été triangulées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats : la plupart des femmes étaient surprises par le fait de ne pas avoir de TV. Il représentait pour certaines un facteur rassurant, même si sa réalisation restait peu agréable. Il était globalement jugé utile pour le suivi de la grossesse. Plusieurs facteurs influençaient le ressenti des femmes sur le TV notamment la relation avec le professionnel de santé ainsi que la manière de le réaliser. Le TV était vécu comme une exposition à la nudité, et le caractère sexuel du geste était marqué. Le genre du médecin n'était pas mis de côté et il était un élément central dans le vécu de l'examen. Le toucher vaginal apparaissait comme un examen mystérieux et source de beaucoup de questionnements et représentations.

Discussion et conclusion : L'intimité des patientes, exposée lors du TV, crée une relation médecin-patient parfois déséquilibrée. La décision médicale partagée, pour mettre la patiente dans une position de « patient-acteur » semble être une solution pertinente pour compenser l'asymétrie parfois provoquée par l'examen gynécologique. Elle pourrait être une solution à différentes situations courantes et parfois délicates en médecine générale, afin d'améliorer la relation de confiance et donc le soin.

Mots-clés : toucher vaginal, grossesse à bas risque, décision médicale partagée, patient-acteur

Vaginal examination during low-risk pregnancy follow-up: women's opinions and feelings.

ABSTRACT

Introduction: vaginal examination (VE) is performed during pregnancy follow-up but not systematically anymore since 2005. The objective of this study was to analyze women's opinions and feelings about realization of VE during the follow-up of low risk pregnancies.

Methods: This qualitative study was realized between February and October 2018. Fifteen women were interrogated with semi-directive interviews. Women were recruited in the office of general practitioners. The objective was saturation of data. Coding and thematization were performed manually and separately by both researchers and data was triangulated with Excel software.

Results: most women were surprised when VE was not performed. VE was a reassuring factor for some women even if not pleasant. It was felt useful for pregnancy follow-up. Many factors influenced the feelings of women about VE particularly the relationship with the health professional and the way it was performed. VE was experienced as an exposition of nudity and the sexual connotation of this examination was important. The gender of the doctor was important and was a central element in VE perception. VE appeared as a mysterious exam and was at the origin of many questions and representations.

Discussion and conclusion: intimacy of patients, exposed during VE, may generate an unbalanced relationship between doctor and patients. Shared decision making, placing each patient in a position of "actor-patient", seems to be a relevant solution to compensate the asymmetry sometimes induced by gynecological examination. It could be a solution for many difficult situations encountered in medicine, to improve trust and therefore care.

Keywords : vaginal examination, low-risk pregnancy, shared decision making, actor-patient