

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique - Lyon Sud - Charles Mérieux
SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE de Bourg-en-Bresse

Naissance et intimité :

Regard des femmes en salle d'accouchement.

Le tact relationnel au cœur de notre pratique.

Mémoire présenté et soutenu par

Camille NICOL

Née le 29 Avril 1990

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

Promotion 2009-2013

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique - Lyon Sud - Charles Mérieux
SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE de Bourg-en-Bresse

Naissance et intimité :

Regard des femmes en salle d'accouchement.

Le tact relationnel au cœur de notre pratique.

Mémoire présenté et soutenu par
Camille NICOL
Née le 29 Avril 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme
Promotion 2009-2013

*« Redonner tout sens à la naissance, pour participer au changement fondamental
en ces temps d'éveil »*

Martine Montalescot ***Le toucher relationnel***

Je remercie,

Claudie Lallemand, anthropologue en Santé;

En qualité de directrice de mémoire. Merci tout particulièrement pour son soutien, son écoute, son savoir, son enthousiasme et ses précieux conseils.

Paola Bonhoure, formatrice à l'école de Sage-femme de Bourg-en-Bresse ;

En qualité de guidante . Pour sa patience, sa disponibilité, ses relectures attentionnées et ses conseils.

Nathalie Querol, directrice de cette école

Ainsi que toutes les sages-femmes enseignantes,

Françoise Morel, Florence Chichoux, Myriam Michel et

Paola Bonhoure ;

Pour le temps consacré à toute la promotion pour mener à terme un tel travail.

Toutes **les patientes ;**

Qui ont accepté de m'aider en participant aux entretiens proposés et de m'avoir encouragé dans mon travail.

Dr Barquero et Mr Andrieux ;

Pour leurs avis et l'expression de leur enthousiasme et motivations envers mon sujet.

Mme Guillaume ;

Pour ses précieux conseils de documentaliste.

Ma promotion, bientôt Sages-femmes ;

Pour tout ce que nous avons pu partager et vivre ensemble.

Ma famille, mes amis ;

Pour tout.

Sommaire

<u>ABREVIATIONS</u>	<u>1</u>
<u>AVANT-PROPOS</u>	<u>2</u>
<u>INTRODUCTION</u>	<u>4</u>
<u>PREMIERE PARTIE</u>	<u>6</u>
<u>1. L'APPROCHE DU CORPS</u>	<u>7</u>
1.1 Définition et évolution	7
1.2 Le corps dans la société et sa perception	7
1.3 Le corps : une éthique de l'intime	8
1.3.1 Le respect et la dignité	8
1.3.2 L'intimité	8
1.3.3 La pudeur	9
1.4 L'institution hospitalière et son rapport au corps	9
1.4.1 L'institution hospitalière et les professionnels	9
1.4.2 L'aspect médico-légal autour du soin	10
<u>2. LE TOUCHER VAGINAL</u>	<u>12</u>
2.1 Définition	12
2.2 Les objectifs de l'examen	12
2.2.1 En consultation prénatale	13
2.2.2 Au cours du travail	14
2.2.3 En post-partum	14
2.3 Le toucher vaginal dans l'histoire	15
<u>3. L'APPROCHE INTERACTIONNISTE DE LA RELATION DE SOIN</u>	<u>16</u>
3.1 L'interactionnisme : les grands principes	16
3.1.1 Une définition par Erving Goffman	16
3.1.2 La notion de self et le rôle social	16
3.1.3 Les rites de l'interaction	17
3.2 Le toucher	18
3.2.1 La notion de proxémie	18
3.2.2 La sécurité affective, la sécurité médicale	19
3.3 Une dimension éthique : tact ou toucher relationnel	19

1. L'ENQUETE **21**

1.1	L'enquête et son cadre	21
1.1.1	Le thème	21
1.1.2	Présentation de la problématique	22
1.2	Les objectifs et les hypothèses de l'enquête	23
1.3	Le matériel et les méthodes	25
1.3.1	Le choix de l'outil	25
1.3.2	La population cible	25
1.3.3	Le déroulement des entretiens et les modalités de réalisation	25
1.3.4	Le recueil de données et moyens d'évaluation	26
1.4	Les limites de l'enquête	27
1.4.1	Les difficultés	27
1.4.2	Les biais	28
1.5	Les forces de l'étude	29

2. LES RESULTATS DE L'ENQUETE **30**

2.1	Taux de réponse et entretiens exploitables	30
2.2	Faire connaissance avec les patientes : un profil général de notre population	31
2.3	Le contexte : un retour sur l'accouchement	31
2.3.1	Le motif de consultation	31
2.3.2	Le travail	32
2.3.3	Une première impression générale	33
2.3.4	L'accompagnement	35
2.4	Le toucher vaginal	37
2.4.1	La présentation du geste	37
2.4.2	Les modalités de pratique et ressentis	38
2.4.3	La place du conjoint ou de la tierce personne	40
2.4.4	La place de la péridurale	43
2.4.5	La perception du geste et le ressenti global	45
2.4.6	L'importance du premier contact en salle de naissance	47
2.4.7	La singularité des personnes et les caractéristiques individuelles	48
2.5	Les ressentis et vécus généraux : des réflexions en regard à la pudeur	50
2.5.1	Ressenti global	50
2.5.2	D'autres pistes de réflexion	54

<u>TROISIEME PARTIE</u>	<u>58</u>
<u>1. LE TOUCHER VAGINAL, UN GESTE AU CŒUR DE L'INTIMITE</u>	<u>59</u>
1.1 Analyse du vécu du toucher vaginal et son impact	59
1.2 Les conditions de réalisation	60
1.2.1 Le toucher vaginal en salle de naissance	60
1.2.2 La place de l'étudiant	62
1.3 Un simple regard en Europe	63
<u>2. PUDEUR ET HUMANITE DU CORPS</u>	<u>65</u>
2.1 Perception de la pudeur	65
2.2 Le poids de l'institution	68
2.3 Préserver la pudeur : quelques règles simples	70
<u>3. ADOPTER UN DISCOURS PHILOSOPHIQUE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME</u>	<u>73</u>
3.1 Les attentes des patientes	73
3.2 Le rôle de la sage-femme au cœur de l'interaction	74
3.2.1 Une position délicate	74
3.2.2 Des gestes humanisés	77
3.2.3 Une parole humanisée	79
3.2.4 A la rencontre des femmes issues de toutes cultures	80
<u>CONCLUSION</u>	<u>82</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>84</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>88</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>96</u>

Abréviations

ESF	Etudiant sage-femme
SF	Sage-femme
TV	Toucher vaginal

Avant-propos

Etudiante sage-femme, j'ai pu arpenter le terrain très rapidement de part le cursus proposé, doté d'une transmission très riche. C'est un embrasement de nouvelles connaissances médicales, un travail sans cesse d'acquisition de notre future pratique, des gestes, des protocoles en vigueur...

De mon regard observateur, avide de savoir-faire et douée d'un œil neuf sur les pratiques, sont nées des interrogations, au fondement même des motivations qui ont animées ce travail.

Alors, souvenez-vous comme je l'ai fait. C'est en explorant les souvenirs et les situations qui bousculent notre esprit que nous faisons avancer notre pratique. Je vous parle plus particulièrement de toute sorte de situations au cours desquelles le mot pudeur n'a plus eu aucune signification. Des circonstances pourtant rendues tolérables et légitimées bien qu'elles ne le soient pas tant à mon sens. Il n'est alors pas impossible que se façonnent dans votre mémoire autant de situations où la pudeur fut totalement mise à nu.

Dans un deuxième temps, une autre question m'est apparue : comment la singularité de chaque histoire de maternité est-elle préservée face au monde médical et ses protocoles, face au vécu quotidien de l'intimité des praticiens ?

Ce qui m'interpella également fut la pauvreté en matière de littérature en regard à ce sujet. Etonnement, à travers mes recherches il m'a semblé que la question de la pudeur en maternité a été très peu explorée. Un comble pour une profession exerçant au cœur de l'intimité des couples, parcourant leur propre histoire de vie.

Bientôt diplômée, j'ai décidé de développer le thème de la pudeur et force m'a été d'adopter un esprit critique pour explorer cette dimension. Passionnée par le sujet encore trop méconnu, j'ai tenté de le relier à la raison d'être de mon métier, à notre pratique quotidienne ainsi qu'aux conséquences de ces gestes banalisés imposés en salle de naissance.

Cette réflexion qui relève dès lors du domaine des sciences humaines et éthiques est à mon sens primordiale pour notre exercice que je perçois comme une relation humaine forte.

Sage-femme de demain, quel sens ai-je envie de donner et de transmettre de ma profession ? Je n'ai en aucun cas la prétention de remettre en cause les protocoles ou de répondre strictement à une interrogation précise. Il s'agit plutôt de donner l'élan d'une réflexion ou d'un questionnement autour de ce sujet :

Aujourd'hui, et si maternité rimait avec respect et humanité ...

Introduction

Sage-femme,

Derrière ce terme se profile de multiples aspects s'inscrivant dans le domaine des sciences médicales et humaines. Ces dernières décennies ont vu évoluer cette profession. Aujourd'hui, de part une formation universitaire, solide et rigoureuse, cette figure emblématique de la naissance est une technicienne compétente. Mais que reste-t-il de ses qualités humaines ?

Ce travail met l'accent sur le tact relationnel, une recherche fondée sur l'analyse de nos gestes pratiqués de manière quotidienne en salle de naissance. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur un seul geste : le toucher vaginal. Ce qui a permis d'amorcer une réflexion de manière plus globale sur la perception de la pudeur à travers le regard des patientes.

Au préalable, il est certain que ce geste apparaît comme touchant à l'intimité propre de la femme, et qui plus est à celui du couple. Aujourd'hui, rares sont les moments où le sujet de la pudeur est abordé que ce soit avec les patientes, avec les couples ou en école de sage-femme au cours de notre formation. Alors que l'image corporelle se dévoile de plus en plus dans notre société actuelle, il n'en demeure pas moins que l'approche de la nudité reste un sujet compliqué à aborder. Elle renvoie chacun à une réflexion personnelle. Dès lors que la pudeur présente des limites au bien-être physique, elle peut interférer sur le vécu de la naissance. Or, un couple se présente en salle d'accouchement pour vivre un évènement des plus essentiels dans le cheminement vers la parentalité.

Certes, sous ce terme de toucher vaginal se profile en obstétrique une notion primordiale qui est celle de la surveillance du travail. Avertis des recommandations actuelles sur le sujet, les professionnels le pratiquent de manière systématique dans le cadre d'une bonne surveillance du travail. Ce qui est tout à fait légitime. Néanmoins, cet examen au recours aisé peut être nuancé et peut nous permettre d'amorcer une réflexion sur le tact relationnel dans notre pratique quotidienne.

Il devient nécessaire de se poser la question de la place que nous laissons à la pudeur en maternité et plus spécifiquement en salle de naissance, où s'articulent de multiples enjeux, habitudes et tabous.

L'objectif est donc de percevoir si notre pratique quotidienne au travers du toucher vaginal peut avoir un impact sur le vécu de l'accouchement.

Ce travail se déclinera en trois parties. Il couvrira dans un premier temps, un aspect général, reflet de la perception du corps dans notre société actuelle fondée sur une éthique de l'intime. Nous nous pencherons ensuite sur la notion du toucher vaginal en obstétrique et aborderons quelques notions de l'approche interactionniste dans la relation de soin.

Dans un deuxième temps, nous vous exposerons les résultats émergents des échanges que nous avons pu partager avec les patientes.

Enfin, dans une troisième partie à la lueur des données et par la retranscription des ressentis, nous tâcherons d'énoncer des pistes de réflexion et propositions. Et ce, dans le but d'améliorer le vécu des femmes en suggérant une nouvelle approche dans nos pratiques quotidiennes.



Première partie

1. L'APPROCHE DU CORPS

1.1 Définition et évolution

Le corps se définit d'une manière générale comme « la partie matérielle d'un être animé considérée en particulier du point de vue de son anatomie, de son aspect extérieur. » d'après une définition du Larousse [1].

La place du corps dans la société occidentale a évolué au fil des siècles. Durant l'antiquité, l'homme est entièrement matière y compris son âme. Au moyen-âge, le corps se définit à la fois comme un composant de la nature, une partie intégrante de l'individu et un élément de la société. Dans notre société contemporaine avec l'émergence de l'individualisme le corps prend une nouvelle dimension : celle du paraître.

1.2 Le corps dans la société et sa perception

Voici ce que propose David Le Breton sur la vision du corps : « Chaque société, à l'intérieur de sa vision du monde dessine un savoir singulier sur le corps : ses constituants, ses performances, ses correspondances... Elle lui donne sens et valeur... Nos conceptions actuelles du corps sont liées à la montée de l'individualisme en tant que structure sociale, à l'émergence d'une pensée rationnelle positive et laïque sur la nature, au recul progressif des traditions populaires locales, liées aussi à l'histoire de la médecine qui incarne dans nos sociétés un savoir en quelque sorte officiel sur le corps. » [2]. Le corps humain est animé et chargé de significations.

1.3 Le corps : une éthique de l'intime

La référence à l'intériorité de la personne, à ce qui est privé, personnel, rend difficile, délicate et complexe une définition de l'intime et de la pudeur.

Ceci dit, c'est sans conteste une dimension majeure de l'être humain. « Le corps naît humain et demande à être humanisé » d'après les propos de Pascal IDE, médecin et docteur en philosophie. [3] C'est une histoire d'identité, d'histoire secrète, dont la non-intrusion implique le respect et engage l'éthique.

1.3.1 Le respect et la dignité

Le respect d'une personne est un sentiment de considération envers l'autre, qui porte à le traiter avec des égards particuliers.

Ainsi, le respect consiste à prendre soin d'une personne dans sa globalité Bio Psycho Sociale en regard à sa pudeur et son intimité. Le soignant est à l'écoute du patient et a de la considération pour ses demandes. Il doit obtenir son consentement et établir une communication sincère et adaptée au contexte de soin. [4]

En découle la notion de dignité qui représente le respect que mérite chacun. Si on interroge le droit sur la dignité, ce n'est pas une définition que l'on trouvera, mais une sorte de " catalogue " : la dignité, c'est le droit à la vie, l'interdit de la torture, l'interdit d'expériences sans consentement, le droit à l'intégrité du corps.

1.3.2 L'intimité

L'intime fait partie intégrante de l'identité d'une personne et c'est la représentation que chacun se fait de son propre corps, de son schéma corporel en relation avec l'autre.

Chaque personne, chaque culture, chaque époque codifie l'espace d'intimité, qui est loin d'être statique et figé. C'est au contraire un sentiment structurant et mobile selon les circonstances, intérieures comme extérieures.

Ainsi, toute clinique confronte le praticien à la question de l'intimité, celle du patient bien sûr, mais aussi la sienne, même si les modalités diffèrent selon le cadre d'exercice. La fréquentation de l'intime engage la responsabilité du praticien tant du point de vue technique de la conduite du travail que du point de vue éthique de sa position subjective d'après les propos de Jean-Pierre Durif-Varembont [5] C'est dans le secret de l'intime qu'émerge la pudeur.

1.3.3 La pudeur

La pudeur est un comportement. Le dictionnaire « le Robert » introduit deux distinctions dans sa définition: la pudeur corporelle ou sexuelle et la pudeur des sentiments. Ce serait un «sentiment de honte, de gêne qu'une personne éprouve à faire, à envisager des choses de nature sexuelle». Il s'agirait également d'une «gêne qu'éprouve une personne délicate devant ce que sa dignité semble lui interdire». Ce serait encore «un malaise devant des choses que l'on ne devrait pas voir ou que l'on ne montre que contre son gré». La pudeur dresse une frontière entre le monde interne et le monde externe. Le premier est ainsi préservé, mis à distance, sauvegardé. C'est dans le secret de l'intériorité que se construisent la conscience, la psyché et l'identité. Sans pudeur, le sujet n'existe pas : il n'est qu'objet. La pudeur est une alliée dans le processus de bien-être et témoigne de l'existence d'un corps-sujet. [6]

1.4 L'institution hospitalière et son rapport au corps

1.4.1 L'institution hospitalière et les professionnels

L'institution hospitalière recouvre l'ensemble des praticiens au contact des patients. Elle est régie par des normes, des règles formelles, des protocoles, des usages mais également par des contraintes ou des routines. La chambre d'hôpital par exemple concentre l'ensemble de la fonction corporelle. En effet, c'est en ce seul et même lieu que l'on peut manger, dormir, éliminer, faire sa toilette, recevoir des proches... Il y a comme une perte de la frontière entre le privé et le public. Le corps devient corps objet, manipulé, contrôlé, normalisé. Michel Foucault va jusqu'à décrire l'hôpital comme une « machine à guérir ».

La dignité, le respect du patient et de son corps sont des valeurs fondamentales dans la relation de soins où la notion de pudeur et d'intimité est sans cesse interpellée.

Travailler avec l'intime comme nous le faisons dans toute relation thérapeutique nous amène à entrer dans cette bulle et en appelle à une éthique que Jean-Pierre Durif-Varembont propose d'appeler l'éthique de la proximité [5].

1.4.2 L'aspect médico-légal autour du soin

Toute pratique autour du soin est régie par de nombreux textes législatifs que les professionnels de santé s'engagent à respecter tout au long de leur carrière. Le toucher vaginal constitue un acte clinique médical, un grand nombre de textes de loi font référence à ce geste pratiqué le plus souvent par la sage-femme et le médecin.

[ANNEXE 1]

Tout d'abord, les professionnels ont une *obligation d'informer* leurs patientes et notamment sur l'utilité de cet acte. En effet, d'après le code de la Santé Publique, l'article L1111-2 stipule que toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (hormis urgence ou impossibilité). Ceci est repris également dans le Code de déontologie des médecins, article 35 qui précise que cette explication doit « être loyale, claire et appropriée ». Nous pouvons aussi nous référer à la Charte européenne de la parturiente indiquant qu'il est dans l'intérêt de la femme aussi bien que de la société en générale de lui fournir une information complète et appropriée qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée.

Ensuite il est important de mentionner l'obligation du recueil du *consentement* de la personne examinée qui reste indéniablement un droit essentiel pour la personne soignée (il est exigé depuis la loi du 4 mars 2002). Bien qu'il paraisse naturel de recueillir le consentement de la femme enceinte avant de pratiquer un toucher vaginal, il ne faut, en fait, pas perdre de vue que l'accord de la patiente est une obligation légale. Dans ce cadre, on peut citer l'article 16-3 du Code Civil, l'article R.417-36 du Code de Déontologie Médical, l'article R4127-308 du Code de Déontologie des Sages-femmes ainsi que la Charte du patient hospitalisé qui précisent qu'aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient.

De plus, il est pertinent de souligner l'importance du *respect de l'intégrité humaine* dans ce geste et insister sur la qualité du soin : l'article 16-3 du Code de la Santé Publique précise qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne. L'article R4127-302 du code de déontologie des sages-femmes insiste lui aussi sur le respect de la vie et de la personne humaine dans l'exercice de sa profession. La charte du patient hospitalisé précise de même que le respect de l'intimité du patient doit être préservé à tout moment. L'article R 4127-325 du code de la santé publique concernant plus particulièrement les sages-femmes précise que dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, elle s'engage à assurer

personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.

Le référentiel métier et compétence des sages-femmes réalisé en octobre 2007 à l'initiative du Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-femmes avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes concerne l'examen obstétrical et précise que le TV doit être réalisé : soit systématiquement, en respectant le ressenti et la culture de la patiente, soit sur indication.

Ainsi, gardons précieusement en tête le plus célèbre et le plus ancien principe, celui

d'Hippocrate :

« Primum non nocere »

(D'abord ne pas nuire)

2. LE TOUCHER VAGINAL

2.1 Définition

Le toucher vaginal est un examen effectué grâce à l'introduction de deux doigts (l'index et le majeur) dans le vagin dans le but d'explorer méthodiquement l'appareil génital féminin interne et les organes pelviens avoisinants. Il est habituellement combiné à la palpation abdominale externe par la main mineure ce qui lui permet d'apprécier l'utérus, les ovaires, les trompes et les organes pelviens. [7].

Préalablement, la femme est installée en position gynécologique sur un plan dur, vessie vide et si possible rectum vide pour une meilleure appréciation clinique. L'utilisation d'un doigtier à usage unique lubrifié ou non, après un lavage systématique des mains est de rigueur.

La réalisation uni-digitale est également concevable chez certaines patientes pour qui l'examen est susceptible d'être plus désagréable (femme ménopausée, jeune fille pré-pubère pour exemples).

Pour faciliter le TV, le professionnel qui examine la patiente écarte doucement les petites lèvres d'une main et introduit le majeur, une phalange en contact avec la fourchette postérieure. Il applique une légère pression. L'index passe au dessus du majeur et les doigts sont introduits vers l'arrière. Il tourne ensuite sa main en supination. Les doigts sont en arrière du col et doivent sentir sur la pulpe le col de l'utérus.

2.2 Les objectifs de l'examen

Le toucher vaginal peut offrir un large éventail de renseignements cliniques que ce soit en gynécologie (dépistage de pathologies oncologiques, kystiques, fibromateuses, infectieuses pouvant intéresser l'ensemble des organes génitaux) ou en obstétrique où il est un geste référent dans la sphère de la grossesse et de la naissance. Loin d'être délaissé, ce geste fait partie intégrante de « l'art obstétrical ». Les manuels classiques d'obstétrique présentent le TV comme un examen à réaliser systématiquement au cours d'une consultation ou au cours du travail. Celui-ci est destiné à explorer méthodiquement chacun des paramètres suivants :

2.2.1 En consultation prénatale

Une grossesse peut être diagnostiquée par le TV dans les premières semaines de gestation à travers les signes *de Noble et d'Hégar*, confirmée par l'échographie et la biologie (dosage de bêta-HCG). De même, le TV peut intervenir dans le dépistage des grossesses extra-utérines, ainsi que dans celui des béances et incompétences cervicales.

Au cours des deuxième et troisième trimestres (l'Organisation Mondiale de la Santé ayant situé la limite de viabilité à 22 SA), le TV permet de dépister principalement la menace d'accouchement à la recherche essentiellement de modifications :

- cervicales (position, longueur, consistance, dilatation)
- de la hauteur de la présentation fœtale dans le pelvis maternel
- membranaires (protrusion ou rupture des membranes)

En fin de grossesse, le TV participe à l'élaboration du pronostic de l'accouchement à travers l'appréciation clinique des conditions locales :

- Le conduit cervico-segmentaire : ampliement, minceur et sensibilité du segment inférieur (témoin de la descente et de l'application du mobile fœtal sur le col utérin), position, maturité, degré d'effacement et de dilatation du col. Le score de Bishop peut ainsi être établi (score qui date de 1964).
- Le diagnostic de la présentation : hauteur et diamètre d'engagement, degré de flexion.
- L'intégrité des membranes.
- La filière pelvis-périnéale : qualité des parties molles (vagin et périnée) ; mesure clinique des diamètres du bassin osseux par la pelvimétrie interne : recherche du promontoire, en suivant la concavité sacrée, suivi des lignes innominées, et palpation des épines sciatiques et de l'arche pubienne. [8]

2.2.2 Au cours du travail

Le TV occupe une place centrale dans la surveillance de l'avancement du travail obstétrical. De nos jours, notre exercice est régi par des protocoles sur lesquels nous devons baser notre pratique. Il concourt à la surveillance du déroulement physiologique du travail en participant au diagnostic de situations pathologiques ou dystociques. Son intérêt et sa pratique fréquente repose sur son caractère simple, peu onéreux et indispensable. Deux paramètres sont ainsi évalués systématiquement :

- Surveillance de la cinétique de dilatation du col utérin
- Progression physiologique de la présentation fœtale : hauteur et variété.

C'est effectivement sur cet aspect que reposera mon travail. A l'époque où l'Evidence-Based Medecine remet en cause un certain nombre de dogmes, et même, si tout ne doit pas nécessairement être décliné en termes d'études prospectives randomisées, il apparaît nécessaire de réfléchir à notre pratique quotidienne. Emerge ainsi l'intérêt que pourrait trouver les patientes dans la remise en question de nos pratiques autour de cet examen qui est loin d'être anodin pour une femme.

2.2.3 En post-partum

Nous serions tentés de concevoir qu'après l'accouchement le TV n'a plus sa place ; cependant il reste un outil nécessaire au diagnostic de complications tel que l'endométrite ou le thrombus vaginal corrélé à d'autres signes cliniques. C'est aussi par ce geste que nous proposerons et pratiquerons une rééducation périnéale (la méthode de la CMP « Connaissance et Maîtrise du Périnée » notamment).

2.3 Le toucher vaginal dans l'histoire

D'après la littérature, pas moins de quelques milliers d'années semblent nous séparer de la pratique des premiers touchers vaginaux. Nous nous situons en Grèce Antique, berceau de la médecine moderne cinq siècles avant Jésus-Christ ; C'est à Hippocrate « père de la médecine » que nous devons les premiers écrits. Ainsi les sages-femmes ou plus particulièrement les femmes accompagnant leurs parturientes, qualifiées à l'époque de prêtresses donnent naissance à un art obstétrical nettement plus rationnel mais surtout fondamentalement clinique, régit par le TV notamment.

Chez les Romains, nous retrouverons des spéculum et écrits sur l'examen vaginal, ce qui suggère que l'examen ait été pratiqué.

Soranos d'Ephèse, médecin grec du début du II^{ème} siècle après Jésus-Christ va exposer toutes les précautions pour éviter la mortalité périnatale : les mains d'une sage-femme doivent être douées, ce qui s'obtient en évitant de travailler la laine et par des onctions [9] « *ses doigts seront longs et minces, les ongles coupés et arrondis afin qu'ils ne puissent occasionner aucune lésion dans la profondeur des organes* » [10]. Malgré tout pour des raisons de pudeur, il est surtout confié à des femmes (le médecin homme intervient dans les cas difficiles).

La période du moyen-âge est synonyme de recul pour l'art médical tout entier et la religion prend de l'importance .L'examen est presque complètement abandonné par le corps médical.

Seuls les chirurgiens s'y livrent, et notamment les accoucheurs, à partir du XVII^e siècle.

Ce n'est qu'à la fin du siècle suivant, sous l'impulsion de Mme Angélique Boursier de Coudray, sage-femme devenue célèbre, qu'une formation prit essor en France pour remédier à l'ignorance meurtrière des matrones ; Cela notamment grâce à l'invention de la « machine » qui servait à l'enseignement de l'art des accouchements. Petit à petit, l'art obstétrical reprend sa place et à l'unanimité, il est essentiel de s'exercer au toucher vaginal pour bien le pratiquer et en retirer tous les renseignements utiles à un diagnostic précis. [11]

3. L'APPROCHE INTERACTIONNISTE DE LA RELATION DE SOIN

Désormais je vous propose de lire une parabole [ANNEXE 2]. Cet extrait écrit par Arthur Schopenhauer porte un regard sur les relations sociales. Ce célèbre philosophe pessimiste n'hésite pas à comparer les hommes à des porcs-épics. Il illustre de façon originale le paradigme de la juste proximité humaine que l'on pourrait transposer dans le contexte de notre exercice professionnel : l'attente des patientes et celle des professionnels ne sont parfois pas les mêmes, c'est là que se trouve une des difficultés de la relation avec l'autre.

Ainsi, nous aborderons dans cette dernière partie plus spécifiquement l'aspect psychologique et anthropologique de la relation de soin : l'approche interactionniste, une réflexion sur la relation de soin à l'aide des sciences humaines et sociales.

3.1 L'interactionnisme : les grands principes

3.1.1 Une définition par Erving Goffman

C'est à Erving Goffman (1922-1982), sociologue canadien rattaché à l'Ecole de Chicago que nous devons ce concept. A travers une étude d'observation des « micro relations » qui peuvent s'établir dans les asiles, il va rapidement pouvoir décrire l'interactionnisme symbolique. Il s'agit de « l'influence réciproque que les partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate ». Pour lui, l'interaction sociale est guidée par le souci de ne pas perdre la face (cf. 3.1.2).

3.1.2 La notion de self et le rôle social

Nous ne pourrions parler de ces notions sans se référer à la sociologie compréhensive qui pense la société à partir des relations entre acteurs sociaux et tente de livrer une vision du monde des acteurs.

La *notion de self (soi) ou notion de face* définit l'ensemble des interactions ne faisant jamais perdre la face c'est-à-dire toujours faire bonne figure face à la société, face aux autres ou face à une personne en particulier. Cette notion est étroitement liée avec la dignité de tout un chacun, perpétuellement modulée par des conventions, des codes ou des étiquettes.

Le *rôle social* de chaque personne est alors de sauvegarder l'interaction ; le but étant de maintenir la face de l'autre positive. [12]

3.1.3 Les rites de l'interaction

Les rites concernent l'ensemble des conduites socialement codifiées permettant la conduite et la poursuite harmonieuse des échanges interindividuels :

- Rites de présentation: salutation, accueil, prise de contact, information ; on peut parler ici de la spécificité du toucher vaginal. La patiente est habituée lors des consultations mensuelles de suivi de grossesse à être touchée (palpation abdominale, toucher vaginal) par la sage-femme. En salle de naissance tout particulièrement, le toucher vaginal qui touche au territoire interne est un des premiers gestes pratiqué en consultation dite d'urgence ou de surveillance de terme. Celui-ci s'inscrit dans une rencontre entre la sage-femme et la femme qui est connue, codifiée, ritualisée. Cela va permettre entre autre de savoir si la patiente est en travail, si le col s'est modifié. Ainsi c'est un des éléments diagnostic très attendu par les patientes. En tant que soignants il va de soit que nous nous occupons quotidiennement de personnes que nous ne connaissons pas, dotées d'une histoire personnelle et unique.
- Rites d'évitement : la fuite, feindre de ne pas voir, entendre (faute, impair, bruit...).
- Rites de réparation : échanges réparateurs (excuses, gestes d'apaisement...).
- Rites de protection : de la pudeur notamment, sauver les apparences, masquer un problème humiliant.
- Rite de séparation : mettre fin à l'interaction, saluer, prendre congé.

Cette liste non exhaustive permet de voir la diversité des rites composant une relation. L'interaction est une interprétation permanente des signes verbaux et non verbaux d'autrui. Comme le soulignent France Bonneton-Tabarriès et Anne Lambert-Libert, [13], rester dans la relation à l'autre est rendu possible à la fois par les mots, mais aussi par le regard ou le toucher.

3.2 Le toucher

Selon « Le Robert » le toucher se définit par le fait d' « entrer en contact avec quelqu'un ou quelque chose de façon légère ou violente ; c'est aussi atteindre, affecter d'une telle manière, faire telle impression sur. »

Il existe une grande variété de touchers qui vont du soin au corps au geste de soutien.

Les sages-femmes se trouvent à la frontière entre le médical pur et l'accompagnement. Elles doivent à la fois pratiquer des touchers gnostiques, c'est-à-dire réalisés pour évaluer de façon technique, mais aussi des touchers « pathiques » permettant une communication et le réconfort. Elles entrent alors dans ce que l'anthropologue Edward T.HALL a nommé la distance intime.

3.2.1 La notion de proxémie

C'est en 1971 que nous voyons apparaître grâce à Edward T.HALL la notion de proxémie. Une dimension cachée qui met en scène les relations et les territoires du Moi. Autour de chaque individu en situation, une zone spatiale comme une bulle invisible définit la distance autour du corps qui une fois franchie permet de sentir la chaleur de la personne, son odeur. C'est la distance intime, réservée aux intimes mais aussi aux soignants, les rites d'approche sont variables selon les cultures. A moins de 45 cm de la personne, c'est la distance que nous empruntons au quotidien soit pour des relations sensuelles ou sexuelles, soit pour agresser ou pour réconforter. A cette distance, la voix est plus basse, la vision du visage de l'autre est brouillée ou déformée en même temps qu'on acquiert une forte perception de son corps, via l'odeur, la chaleur ou le rythme de sa respiration. Lors des TV, le paroxysme de l'intimité est atteint.

On peut citer aussi la distance personnelle (à environ 1 mètre) qui est la distance entre 2 personnes relativement proches ou bien la distance sociale, publique ou corporelle... [14].

Cette approche particulière de la proxémie est une ouverture à l'approche de la diversité culturelle. Cette dimension est de fait différente d'une culture à l'autre.

3.2.2 La sécurité affective, la sécurité médicale

Selon Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste et psychothérapeute : « la sécurité affective ne peut pas être séparée de la sécurité médicale » [15]. Elle nous propose ici une réflexion sur la relation de soin et met en lumière l'importance du soutien à travers les soins que nous pouvons prodiguer aux patientes, aux couples. Un homme et une femme arrivant à la maternité viennent pour la naissance de leur enfant et pour vivre une des étapes les plus importantes de leur vie de couple : naître parent. Ainsi, en tant que soignant il est nécessaire de trouver sa place entre le geste technique et le geste humain afin de ne pas entraver le vécu des patientes et des couples.

3.3 Une dimension éthique : tact ou toucher relationnel

Il serait difficile de donner une définition de manière absolue du tact relationnel de part l'ambivalence du toucher. La réponse se trouve plutôt dans la question : dans une relation jusqu'où ne pas aller ?

En tant que soignant, il est nécessaire de prendre conscience des dimensions anthropologiques inconscientes qui entrent en jeu dans les relations de soins.

« Dans la pratique du toucher, on se trouve face à 3 éléments primordiaux qui sont : soi, l'autre et la relation » [16]

Une prise de contact avec l'autre sous-entend que l'on touche au langage mais aussi à la sphère corporelle et symbolique, hautement sacrée. [17]

En obstétrique, où le corps et l'âme sont souvent à découvert, une réflexion sur l'approche des patientes se révèle essentielle. Un contact humain et respectueux participe au bon déroulement d'une grossesse et de l'accouchement.

La naissance constitue un mouvement de vie durant lequel la femme rencontre le monde médical et la science. [18] La sage-femme y apporte son savoir, ses facultés, tant physiologiques qu'humaines, dans le cadre d'un accompagnement ne devant jamais altérer le sens de ce que vit la femme. C'est pour elle un temps d'exploration intérieure où tout est à découvrir. Un parcours traversé de symboles individuels et collectifs. Il lui faut comprendre pour ne jamais s'y abandonner entièrement et toujours s'associer afin de ne pas être mise au second plan.



Deuxième partie

1. L'enquête

1.1 L'enquête et son cadre

1.1.1 Le thème

Le thème exploré dans ce travail est donc

Le tact relationnel en salle de naissance et la notion de pudeur

Afin de pouvoir rendre les entretiens comparables et exploitables le plus objectivement possible, nous avons choisi de centrer l'étude sur le toucher vaginal.

Pourquoi ce geste en particulier ?

Le toucher est un élément essentiel entre un professionnel et son patient dans l'établissement d'un lien et d'une confiance entre eux. Il est évident que chaque profession de santé établit une relation au soin et au toucher qui lui est propre (autant en tant que professionnel et dans sa spécialité). Le TV en salle de naissance fait partie intégrante de « l'art obstétrical » et s'intègre dans cette relation entre une sage-femme et une patiente venant accoucher. En effet, cet examen est pratiqué fréquemment par les sages-femmes, et se révèle indispensable à la surveillance du travail. Mais il est aussi légitime de préciser ici que lors des touchers vaginaux, le paroxysme de l'intimité est atteint. Ce qui en fait une relation si singulière. C'est donc à travers l'étude du vécu de ce geste que nous pourrions élargir le sujet sur la place de la pudeur en salle de naissance.

1.1.2 Présentation de la problématique

La problématique de ce travail naît de la confrontation de deux constats :

- Tout d'abord du côté des patientes, il est nécessaire ici de souligner l'importance de l'expérience unique que vont vivre une femme, un couple venant en salle d'accouchement : celle de la découverte de la maternité. Ils viennent pour la naissance de leur enfant et pour vivre une des étapes les plus importantes de leur vie de couple : naître parent. Ils arrivent à un instant précis de leur vie avec leur propre histoire personnelle et leur propre vision de l'intimité et de la nudité. Mais c'est aussi à ce moment tout particulier dans la vie d'une femme que son corps et son âme vont être mis à découvert. C'est un dévoilement de soi autant physique que psychique. Cela touche au plus proche de l'intimité et de l'intégrité personnelle. Sans oublier le contexte de vulnérabilité et parfois de douleur dû aux contractions dans lequel les patientes sont amenées à venir consulter en salle de naissance. Quel vécu ont-elles de cet évènement qui se veut d'être unique ? Quel impact peut-il y avoir sur le vécu de part les conditions si particulières d'exposition du corps ?
- Dans un second temps une réflexion du côté des professionnels et plus précisément sur la pratique quotidienne de la sage-femme a émergé. La sage-femme est elle aussi emprunt de son histoire personnelle et culturelle, de sa vision de la nudité, de l'intime, de la pudeur et possède sa propre expérience. Il s'agit alors d'une rencontre entre deux visions différentes de la pudeur. En maternité, elle est confrontée tous les jours à cette dimension de l'intime. Cette « vision habituelle » de la nudité à laquelle se réfère la sage-femme est renforcée par le poids de l'institution hospitalière ainsi que par le suivi des bonnes pratiques (on cite ainsi les protocoles). Le toucher vaginal, indispensable à la surveillance du travail est un exemple concret de geste pratiqué très régulièrement, de manière systématique en salle de naissance. Néanmoins, c'est un geste très intime et délicat qui touche à l'intégrité personnelle.

Qu'en est-il de la pudeur en salle de naissance et du vécu des patientes ? Comment la sage-femme, forte de son savoir médical, de sa compétence technique et de son vécu quotidien en maternité peut-elle pratiquer ses gestes sans risquer d'altérer le sens de ce que vit la femme ? Comment est-il possible de faire coexister une vision quotidienne de la nudité et une expérience unique ?

Alors, une interrogation autour de l'importance du toucher relationnel à émerger à la suite de ces deux constats. Le toucher vaginal est donc le geste choisi pour être au centre de cette étude.

Existe-il un impact sur le vécu des patientes engendré par la pratique systématisé du toucher vaginal en salle de naissance ?

1.2 Les objectifs et les hypothèses de l'enquête

Ainsi, pour répondre à cette interrogation, les objectifs de recherche fixés sont les suivants :

•Objectif N°1

Comment le toucher vaginal est-il réalisé en salle de naissance ?

•Hypothèses

- 1- Le toucher vaginal est un geste pratiqué très régulièrement en salle de naissance pour une même patiente. Il tend à être banalisé par le praticien du fait de ce vécu quotidien de la nudité.
- 2- De cette première hypothèse en découle le fait que le professionnel à son insu n'accorde pas autant de précaution à la réalisation de chaque examen, et notamment après la pose d'analgésie péridurale.

•Objectif N °2

Comment ce geste est-il vécu par les patientes ?

•Hypothèses

- 1- L'examen vaginal en salle de naissance provoque un sentiment d'inconfort, de malaise. Il est vécu comme un dévoilement de soi et est ainsi préjudiciable au vécu de l'accouchement.
- 2- Il est vécu comme une atteinte à la pudeur à l'insu des professionnels.
- 3- Le poids de l'institution hospitalière, des protocoles et l'expérience d'une première maternité font que ce ressenti est comme occulté, mis de côté au profit d'une sécurité médicale.
- 4- Il est gênant pour les patientes de se faire examiner à deux reprises du fait de la présence d'un étudiant mais elles n'osent pas l'exprimer.

•Objectif N °3

Comment ce geste intime qui touche à l'intégrité personnelle met en jeu la perception de la pudeur d'après les patientes en salle de naissance ?

•Hypothèses

- 1- Le contexte de vulnérabilité dans lequel les patientes sont amenées à consulter pour donner naissance à leur enfant fait qu'il peut y avoir un relâchement absolu. Ces situations d'absence de pudeur sont rendues tolérables par la nécessité des soins et donc légitimées.
- 2- Ces comportements sont induits par l'institution elle-même.

Ce travail a donc pour dessein d'affirmer ou d'infirmer les conjectures émises précédemment en laissant la parole aux patientes elle-même. Cela permettra d'explorer leurs ressentis, d'étudier ces comportements. Cette enquête a la volonté de porter un questionnement sur nos pratiques dans le domaine des sciences humaines d'un point de vue anthropologique et éthique. Ainsi, l'objectif est qu'une réflexion prenne essence autour de ce sujet afin de faire ressortir l'intérêt positif d'adopter une approche philosophique autour de notre pratique quotidienne. Ce n'est pas la technique qui est à remettre en cause, mais la façon de s'en servir.

1.3 Le matériel et les méthodes

1.3.1 Le choix de l'outil

L'objectif de ce travail était de recueillir en premier lieu les ressentis des patientes face à ce geste qu'est le toucher vaginal afin de déterminer s'il y a un impact sur leur vécu. La méthode qui paraissait la plus disposée à répondre à cette interrogation était l'entretien semi-directif. Ainsi, l'étude s'est bâtie au fil d'entretiens menés au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, à Fleyriat, dans les deux unités de suites de couches. Il s'agit d'un établissement de niveau IIB.

1.3.2 La population cible

L'échantillon concernait les patientes séjournant dans les unités de suites de couches.

La méthode de recrutement des cas s'est faite selon les critères d'inclusions suivants :

- Primigestité
- Primiparité
- Absence d'antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques ou obstétricaux particuliers.
- Travail eutocique
- Accouchement voie basse normal.

1.3.3 Le déroulement des entretiens et les modalités de réalisation

Les entretiens ont été possibles après l'autorisation verbale et la validation de la trame d'entretien par les cadres de santé du Pôle Mère Enfant et de la maternité.

Deux entretiens tests (dont un non enregistré) ont été menés ce qui a permis de réajuster la trame et ainsi le discours tenu aux patientes pour améliorer la qualité et combler ce manque d'expérience en conduite d'entretien.

L'enquête en elle-même s'est étendue sur une période allant du 10 octobre 2012 au 08 décembre 2012 à l'occasion de neuf matinées. Le matin a été jugé comme le moment le plus opportun par rapport à la dynamique des services de suites de couches.

D'un point de vue matériel, a été exigée la tenue professionnelle (la blouse seulement). La trame d'entretien papier quant à elle fut assimilée au préalable et non présente durant les entretiens. Et ce dans le but de réduire la distance, et de rechercher un climat de confort pour la conduite de ces entretiens.

En amont, l'accord de la sage femme en poste a été recherché avant de rencontrer la patiente. De même, un recueil de certains critères présents dans le dossier ont été relevés. [ANNEXE 3] Ces démarches ont été entreprises d'une part dans le souci de ne provoquer aucun malaise quel qu'ils soient en rapport à des événements douloureux. Cela aurait pu inconsciemment provoquer un mal être chez la mère, mais également tronquer la qualité de l'entretien. Ceci n'était pas dans l'intérêt de cette étude. D'autre part, ces éléments permettront peut-être de mettre en exergue d'autres aspects utiles à cette étude.

La procédure éthique sous entend qu'avant tout entretien l'accord de la patiente ait été recherché. Après l'explication du contenu de cette recherche, une autorisation à cet entretien ainsi qu'un accord pour enregistrer l'échange au dictaphone ont été indispensables. Précisons également que l'ensemble de la démarche est tenue au secret professionnel et à l'anonymat des éléments.

Enfin, pour permettre l'interprétation des résultats, les données recueillies par enregistrement ont été retranscrites sur ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word.

1.3.4 Le recueil de données et moyens d'évaluation

Les données recherchées au travers des entretiens constituent ainsi les critères d'analyse essentiellement basées sur le vécu des femmes.

La méthode d'analyse utilisée après retranscription peut se définir par une hiérarchisation des éléments recueillis par mots clefs. Ce qui permettra alors d'élaborer une analyse thématique dite transversale des données.

1.4 Les limites de l'enquête

Pour apprécier la qualité de ce travail, il convient ici d'avoir un regard critique sur les limites de l'enquête par une présentation des difficultés rencontrées au cours de ce travail et une prise de conscience des biais de cette étude :

1.4.1 Les difficultés

Au cours de cette étude, plusieurs difficultés se sont présentées.

Néanmoins on peut les regrouper dans un seul et même groupe lié à la contrainte même de la nature du sujet. Il impose de parler d'une dimension qui relève de l'intime et touche à l'intégrité personnelle de chacun.

En effet, c'est un sujet délicat et complexe, très peu abordé avec les patientes. Ce qui a pu contribuer à un défaut de compréhension parfois mais également à une retenue dans leur propos. Il peut être difficile pour les patientes de cerner le sens de cette recherche.

De plus le choix de la méthode employée par entretiens semi-directifs a été une autre difficulté à pallier. L'absence d'expérience en matière d'entretien est à souligner. Il constitue une limite à la qualité et l'objectivité de cette étude.

Ainsi, compte tenu de ces difficultés, une trame d'entretien a été travaillée et validée par plusieurs personnes qui ont une certaine expérience dans le domaine des sciences humaines. L'utilisation de cette trame a permis de structurer les entretiens afin d'améliorer leurs pertinence et limiter les hors sujet. [ANNEXE 4]

A noter aussi dans les difficultés la présence du père lors des entretiens. En effet, lors de certains, le père était présent et pouvait aussi donner son avis, des données très intéressantes ont pu également être recueillies. Cependant la question de l'influence de la présence du père sur le discours de la mère s'est posée. Ainsi, il a été décidé de faire autant d'entretiens avec et sans le père pour affirmer ou infirmer le fait qu'il ait une influence sur le cours des entretiens. Il est difficile de répondre à cette question du fait

des multiples éléments rentrant en compte et influençant l'élaboration d'une telle étude. Mais il semble globalement que la présence du père ne soit pas un facteur de réserve pour les femmes.

Enfin, une autre difficulté fut celle de l'interprétation des résultats de part la diversité des propos. Cela constitue un biais à l'objectivité encore une fois de cette étude. Il a donc été décidé de hiérarchiser les données par mots clefs. De plus dans le cadre de la détermination de l'échantillon, le choix a été de ne traiter que le vécu chez des primipares à la suite d'un accouchement voie basse normal afin de rester le plus objectif possible. En effet, relater un vécu d'une première expérience de maternité rend plus neutre les propos du fait d'une absence d'autre expérience de la sorte à laquelle elles pourraient se référer. Un sondage a montré « combien les multipares étaient moins « dociles », plus à même d'exprimer leurs souhaits » en salle de naissance face aux gestes qui leur sont imposés [34].

1.4.2 Les biais

Nous citerons donc :

- Le principal qui est celui relevant de la difficulté lié à la nature et à la compréhension du sujet. Ce qui a favorisé les patientes ayant l'habitude d'aborder ce genre de thème (exerçant un métier dans la profession de santé par exemple) à s'exprimer plus facilement.
- Il est aussi important de critiquer le choix du moment des entretiens qui se sont déroulés durant le séjour en suites de couches entre le deuxième et le cinquième jour; Cela peut sembler trop précoce par rapport à l'accouchement et son ressenti psychologique. Dans quel état d'esprit se trouve la patiente au moment précis de l'entretien (fatigue, difficultés pour la mise en place de l'allaitement...) ? Cependant, il a été retenu ce moment pour plusieurs raisons : la difficulté de recrutement des patientes après le séjour en maternité ; la visite post natale aurait pu être un moment opportun mais il paraissait trop éloigné par rapport à l'accouchement (défaut de mémorisation).

- De plus, les entretiens ayant été menés au sein de la maternité en tenue professionnelle, il a été indispensable de préciser qu'il ne s'agissait en aucun cas d'une critique pouvant porter atteinte à l'établissement ou au personnel. Cependant, les patientes ont pu limiter leurs propos venant réserver les réponses, biaiser la neutralité de leur discours. De même pour l'enregistrement par dictaphone qui a pu constituer un biais.
- Enfin, il existe un biais de qualité à la conduite de cette étude. Cette limite non négligeable est liée en grande partie à la faible expérience en matière de sciences humaines dans le cadre de la conduite des entretiens.

1.5 Les forces de l'étude

Ce sujet revêt une certaine originalité. Au travers de nos recherches bibliographiques, la pauvreté en matière de littérature nous montre que le sujet a été très peu évoqué. On ne trouve guère que quelques références sur la pudeur et son ressenti en salle de naissance. Et pourtant, nous sommes confrontés quotidiennement à cette question de l'intimité en tant que professionnel. Etonnement, ce sujet est très peu exploré au cours de notre formation. Mais il apparaît également très peu abordé au sein des couples et des soignants. Il s'agit de traiter d'un sujet délicat où se mêlent habitudes et tabous.

De plus, ce travail s'inscrit dans cette mouvance actuelle qui suggère une réflexion et une remise en question de nos pratiques professionnelles. En effet, à l'ère où les protocoles se font lois de l'obstétrique, il est indispensable de baser notre pratique en cohérence avec l'Evidence-Based Medicine au profit d'une sécurité médicale. Néanmoins, il est nécessaire de s'interroger sur notre profession et le sens que nous lui donnons. Il n'est question ici de remettre en cause ces institutions mais il s'agit d'instaurer une réflexion sur notre rôle au-delà de la technicité.

2. Les résultats de l'enquête

2.1 Taux de réponse et entretiens exploitables

Cette enquête a fait l'objet dans un premier temps de deux entretiens tests qui ont permis de retravailler et préciser la trame d'entretien.

Ainsi, nous avons pu mener en totalité 25 entretiens dont 20 entretiens enregistrés, 3 non enregistrés (refus de l'enregistrement par dictaphone, le recueil de données s'est donc effectué par prise de notes des mots clés) et 2 entretiens non exploitables car non pertinents pour l'étude.

Nous avons décidé d'inclure les 3 entretiens non enregistrés dans les résultats car les réponses recueillies nous ont semblées particulièrement intéressantes. Certes, cela constitue un biais supplémentaire du fait de la difficulté de retranscrire exactement les propos comme pour les autres entretiens enregistrés. Cependant, ne pas les exploiter et les retirer de l'enquête aurait constitué un manque dans ce travail.

Nous n'avons été confrontés à aucun refus de la part des patientes.

Ces entretiens ont été menés principalement au deuxième jour d'hospitalisation en suites de couches pour douze d'entre eux, au troisième jour pour quatre, au quatrième jour pour six autres et au cinquième jour pour le dernier.

Il est important de préciser que pour 10 entretiens le père était présent alors que pour les 13 autres, nous étions seules à échanger. Nous avons essayé d'avoir autant d'entretiens avec et sans le père afin de voir si sa présence pouvait influencer ou non les propos de la femme. En comparant les discours de chacune, il semblerait qu'il n'y ait pas d'impacts notables sur leurs propos.

Ces entretiens ont duré entre 7 à 45 minutes.

2.2 Faire connaissance avec les patientes : un profil général de notre population

Cette enquête ne concerne que des primipares. La plus grande majorité était des primigestes et deux d'entre elles étaient deuxième geste (fausse couche pour la première grossesse dans les deux cas).

L'âge de ces patientes se situe entre 19 et 33 ans.

Toutes les patientes interviewées étaient de nationalité française. Il est par contre pertinent ici de noter que six d'entre elles étaient de religion musulmane.

Aucun antécédent particulier n'a été relevé chez ces patientes, ce qui aurait constitué un critère d'exclusion.

2.3 Le contexte : un retour sur l'accouchement

Au cours des entretiens nous nous sommes intéressés dans un premier temps aux piliers généraux qui ont contribué au déroulement du travail et de l'accouchement. Il nous a semblé nécessaire de revenir sur les circonstances ayant amenées la patiente à consulter afin de fixer un « cadre » et ainsi de pouvoir interpréter les éléments recueillis avec le plus de pertinence.

2.3.1 Le motif de consultation

Les indications de consultation en salle de naissance qui ont donné suite à un passage en salle d'accouchement étant en général liées à un début de travail, une rupture de la poche des eaux ou à un déclenchement, nous retrouvons ainsi :

- Dix patientes qui sont venues pour début de travail suite à la présence de contractions régulières.
- Dix patientes pour rupture de la poche des eaux.
- Trois patientes pour une prise en charge par déclenchement (les indications étaient les suivantes : fissuration de la poche des eaux, terme dépassé et une dystocie de démarrage)

Il est important de resituer le contexte dans laquelle s'est fait la rencontre entre la parturiente et la sage-femme. En effet l'interprétation des résultats se fera de manière différente. Par exemple, une patiente en souffrance venant consulter suite à des contractions et à une douleur intense appelle à un « contact soutien » différent de la patiente se présentant avec une rupture de la poche des eaux sans contraction. La composante de la **douleur** est essentielle et bouleverse les codes et rituels comparée à une consultation mensuelle normale.

2.3.2 Le travail

Nous avons pu relever trois aspects importants faisant partie intégrante du travail :

- La durée du travail : nous avons pu dissocier deux catégories. Une première que l'on peut caractériser de travail rapide pour des primipares soit entre 4h30 et 7h00 pour seize patientes. Une deuxième catégorie concernant un travail plus long entre 11h30 et 13h00 pour sept patientes
- La pose d'analgésie péridurale a concerné dix-huit patientes.
- Les patientes ont eu en moyenne pour un travail rapide cinq examens vaginaux et pour un travail plus long entre huit et quinze TV. Nous avons pu recueillir ces données grâce au dossier obstétrical et à l'analyse du partogramme. Ce nombre n'est pas forcément exact car il n'est mentionné à aucun moment si la patiente a été examinée par la sage-femme et l'étudiant à chaque fois. Néanmoins, les patientes n'ont pas été capable pour la plupart de rapporter le nombre d'examens qu'on a pu leur faire.

2.3.3 Une première impression générale

Avant même de parler plus particulièrement du toucher vaginal il était nécessaire de s'enquérir du vécu général concernant cette première expérience de la maternité.

La notion de **bonne expérience** est citée dans la moitié des cas : « *Cela s'est très bien passé* », « *une très belle expérience* », « *C'était sport mais un moment très fort en émotion, une superbe expérience* ».

Six d'entre elles vont même exprimer leur satisfaction et leur étonnement face à la rapidité du travail et de l'accouchement « *C'est allé vite pour un premier* ».

Cependant cette notion de vécu positif est à contrebalancer avec deux autres éléments que l'on a retrouvés dans la plupart des entretiens, exprimés de façon plus intenses:

- La douleur :

Cette composante est citée globalement chez toutes les patientes ; que ce soit chez les patientes consultant pour un début de travail ou après une rupture de la poche des eaux. On peut relever que cette douleur est comme paralysante et entrave le vécu. Certaines patientes vont jusqu'à la qualifier d' « *horrible* », « *insupportable* », « *très intense* », « *trop longue à supporter* », « *j'aurais jamais imaginé une douleur si forte* », « *on ne peut pas savoir tant qu'on n'a pas vécu la douleur des contractions* ». Cette douleur est d'autant plus forte que la fatigue se fait sentir au bout d'un certain temps. Le fait que le travail soit « *long* » et « *douloureux* » est exprimé par bon nombre de patientes. Une patiente résume bien tous ces ressentis : « *Ce n'est pas le travail qui est long en soit, c'est la douleur qui est extrêmement longue* »

- L'appréhension et l'angoisse:

Il s'agit d'une population de primipare, le monde de la maternité, l'expérience du travail et de l'accouchement leur sont totalement inconnus. Ceci est confirmé dans leurs propos par l'expression de leurs peurs. Le mot « *appréhension* » est exprimé littéralement par six patientes. On peut citer dans le même cadre l'émoi de la douleur qui les attend : « *J'avais très peur que cela fasse mal* », l'appréhension de l'inconnu : « *j'avais peur qu'il sorte d'une minute à l'autre, je voulais qu'il y ait tout le temps quelqu'un dans la salle,*

j'avais peur », « je me rend compte à quel point c'était ridicule maintenant » (propos d'une même patiente), « même si on nous explique comment ça marche en préparation, on ne sait vraiment pas à quoi s'attendre »

Cette première exploration des ressentis généraux permettent de cerner l'état d'esprit dans lequel les patientes sont amenées à consulter. Certes, il en ressort globalement un bon vécu mais celui-ci est entravé par cette souffrance physique due aux contactions et une souffrance psychique exprimée par cette appréhension qui crée de l'angoisse, du stress. C'est à ce contexte d'une extrême vulnérabilité que la sage-femme est confrontée en premier lieu.

2.3.4 L'accompagnement

Il était question ici d'étudier tout le « réseau » gravitant autour de la patiente durant le travail et l'accouchement. En effet, plusieurs individus entrent en interactions et se côtoient : la parturiente, la personne accompagnante ainsi que tout le personnel soignant. Il a semblé nécessaire de préciser ces éléments afin de se projeter le plus précisément et concrètement dans la situation vécue par la patiente.

2.3.4.1 Le conjoint ou la tierce personne

Dans la plupart des cas soit vingt patientes, la mère était accompagnée de son conjoint. C'est une situation qui est régulièrement constatée en salle de naissance.

Dans les autres cas, elles étaient accompagnées soit par leur belle-mère, leur mère ou leur sœur.

Aucune patiente interviewée n'était seule durant le travail.

2.3.4.2 Une surveillance globale : le personnel soignant rencontré

En ce qui concerne le côté professionnel, les patientes ont pu rencontrer plusieurs intervenants durant leur surveillance.

Le soignant cité en tout premier lieu est la **sage-femme**; La plupart du temps elle figure parmi les premières personnes rencontrées. Elle incarne la personnalité de la salle d'accouchement, de la maternité avec qui vont se créer les premières interactions.

La plupart des sages-femmes était des femmes ; seulement trois patientes ont été prises en charge par des sages-femmes homme.

Il peut s'agir toutefois dans certaines circonstances d'une ou d'un **étudiant sage-femme**. En effet, ceux-ci sont mentionnés par la plupart des patientes, et semblent bien pris en compte.

Elles ont pu rencontrer aussi l'**anesthésiste réanimateur** le plus souvent dans le cadre d'une pose d'analgésie péridurale. Ce soignant est cité facilement. De même pour l'**interne en gynécologie obstétrique ou le médecin** qui ont été cités dans six situations où leur présence semblait nécessaire à la poursuite du travail et de l'accouchement.

L'**auxiliaire puéricultrice** est nommée dans quelques cas, surtout en fin de travail lors des efforts expulsifs, c'est la « coach » comme disait une patiente.

Il paraît utile de préciser également que dans dix-huit situations, les parturientes ont côtoyé **deux équipes de gardes**, ce qui constitue un autre élément important à relever.

En effet, cela sous-entend que la patiente a été vue, touchée, prise en charge par deux fois plus de personnel.

« C'est quand même plus sympa d'avoir les mêmes personnes. »

« Je ne voulais pas arriver à la fin d'une garde, encore des personnes différentes. »

Cependant, il est curieux de relever que finalement lorsqu'on demande aux femmes combien de personnes elles ont rencontrées dans le service, elles ne sont souvent pas en mesure de nous préciser qui elles ont croisé mais surtout combien de personnes elles ont côtoyé. Nous avons pu faire ce lien en regardant dans le dossier médical notamment mais également grâce aux dires des papas.

Certaines vont néanmoins évoquer un malaise quant à la présence trop importante de personne dans la salle d'accouchement, sans savoir réellement le statut de chacune d'elle. Il s'agit déjà ici de mettre en évidence l'importance de la présentation. Nous reverrons cette notion dans les ressentis (cf. 2.4.2)

Dans ce premier état des lieux, nous avons essayé de dresser un tableau général de l'environnement dans lequel les patientes ont été amenées à vivre cet événement de la naissance. Elles se présentent ainsi chacune dans toute leur singularité. Elles portent avec elles leurs histoires personnelles, leurs angoisses, leurs douleurs, leurs questionnements. C'est à ce moment là aussi, dans des circonstances empruntées d'une extrême vulnérabilité, qu'elles vont rencontrer tout un réseau de personnes qui leur ait totalement inconnu.

Nous avons pu poursuivre notre enquête en exploitant plus précisément la question de la place du toucher vaginal dans le vécu de ces patientes.

2.4 Le toucher vaginal

Nous avons souhaité éveiller leurs ressentis au regard de ce geste pratiqué très régulièrement en salle de naissance par les sages-femmes ou les étudiants.

Les questions ont tenté de traiter essentiellement le vécu relatif aux conditions des examens afin d'évaluer l'impact que cela pouvait induire sur le vécu général des patientes.

2.4.1 La présentation du geste

- L'objectif

Il a semblé nécessaire d'évaluer la connaissance des patientes quant à l'objectif du toucher vaginal.

Globalement, les patientes savaient bien **expliquer** l'objectif général des examens vaginaux :

« *C'est pour voir à combien est dilaté le col.* »

« *Voir si le bébé descend bien* »

« *Où en est le travail* »

Elles ont déjà été confrontées à ce geste pendant les consultations mensuelles de grossesse ou le sujet avait déjà été abordé soit en préparation à la naissance soit avec des connaissances proches. Les professionnels en salle de naissance quant à eux n'accordent pas forcément de temps pour expliquer cet examen mais ceci ne fait à priori pas partie des attentes des patientes.

- La fréquence

Un autre aspect importe nettement plus aux patientes : la fréquence des examens vaginaux. Les femmes enceintes sont plus sensibles et trouvent cet examen nettement plus désagréable en fin de grossesse, d'autant plus qu'en salle de travail la douleur des contractions exacerbe ces sensations. Or, c'est à ce moment précis que les femmes vont avoir le plus de touchers vaginaux : « *On ne vous dit pas combien de fois ils vont devoir aller toucher* » cela paraissait très angoissant pour une patiente.

« Si on nous explique le déroulement des événements, alors après on sait à quoi s'attendre ». Ainsi une explication plus fondée sur le déroulement et la fréquence des examens ferait partie des attentes des patientes, ce qui permettrait de les rassurer.

- **Un geste associé à une parole**

En évoquant cette question de la présentation du geste, la plupart des patientes ont souligné spontanément l'importance de la parole. On parle ici d'une parole bienfaisante, accompagnant nos gestes. En effet, plusieurs patientes ont regretté ce manque de contact verbal :

« Elle me disait laissez vous faire, mais ça fait super mal ! Il faut y aller plus lentement et demander si ça va au lieu de forcer sans rien dire. » Dans ce cas, il s'agirait d'adopter une parole empathique et toujours associer au geste des mots pour rassurer.

« Je ne me doutais pas qu'il fallait aller aussi loin, elle ne m'a rien demandé [...] je n'ai pas bien aimé. »

Nous citerons le témoignage d'une patiente qui pendant l'expulsion se faisait examiner, mais la sage-femme lui faisait extrêmement mal : « j'aurais aimé qu'elle me dise simplement je suis désolée je suis obligée de faire ça pour [...] je lui en aurais peut être moins voulu et j'aurais compris »

Le contact verbal fait partie intégrante de la relation.

2.4.2 Les modalités de pratique et ressentis

Nous avons demandé aux patientes des précisions concernant les modalités de pratique en regard des soignants examinateurs.

De façon majoritaire, les parturientes ont été examinées par la sage-femme ainsi que par l'étudiante sage-femme. Plusieurs éléments ont été recueillis à ce sujet :

- Presque toutes les personnes ayant pratiqué l'examen étaient des **femmes**.

Dans les trois cas où elles ont été examinées par un homme, elles n'ont pas exprimé une gêne particulière.

Une patiente va cependant d'elle-même exprimer ses craintes devant la possibilité de croiser un soignant homme durant le travail vis-à-vis de son conjoint et d'elle-même :

« Par rapport au conjoint ce n'est pas pareil de se faire examiner par un homme ou par une femme, c'est gênant par un homme. », elle rajoute aussi :

« J'ai tout le temps été observé par une femme, c'est gênant face à un homme. »

- La question de **la place de l'étudiant** a aussi été abordée.

En effet, la majorité des patientes a été examinée à deux reprises à chaque examen par la sage-femme puis par l'étudiante ou inversement. Globalement, les étudiants sont appréciés des patientes. Elles soulignent l'importance de leur présence et de leur soutien pendant le travail et l'accouchement. Cependant, ce discours est à nuancer vis-à-vis du toucher vaginal. Certains aspects ont été nécessaires à rapporter :

Les patientes ont exprimé une gêne à se faire examiner à deux reprises à chaque fois. Une gêne cependant trop souvent laissée sous silence:

« Déjà que c'est douloureux, en plus on a deux fois plus de touchers »

« Faut bien apprendre mais on s'en passerait bien »

« C'est pénible, elle n'était pas sûre de son geste, mais bon on ose pas le dire »

Quelques femmes ont aussi signalé le fait qu'on ne leur demandait pas forcément leur avis :

« Elle [la sage-femme] disait: tu veux essayer ? Mais c'est vrai qu'on m'a pas demandé à moi, j'aurais aimé. »

« Elle ne demandait pas forcément avant, enfin si la première fois oui mais après plus du tout. »

Deux patientes ont rapporté aussi un défaut de présentation :

« Dans la précipitation, elles ne se présentaient pas forcément, c'est gênant de pas savoir. »

Enfin, un autre aspect a émergé de ces discussions. Certaines patientes ont exprimé une nette préférence lorsque c'était la sage-femme qui examinait avant puis l'étudiante :

« Si l'étudiante se trompe sur la dilatation, quel faux espoir »

« Ça permet à la sage femme de mieux guider l'étudiante lorsque c'est à son tour d'examiner, qu'elle cherche pas pendant trois heures, c'est déjà assez gênant »

Cette réflexion sur la place de l'étudiant fait état d'inconfort, de gênes pour les patientes. Il conviendrait alors d'apporter des améliorations. (Nous validons ici l'objectif n°2 hypothèse 4).

- Enfin en ce qui concerne les conditions d'**installation** pour les examiner, les femmes n'ont pas évoqué de gêne particulière.

« Elle attendait bien que la douleur des contractions passe »

« Pas de souci de ce côté-là, elles font bien attention pour ça »

« On ne réfléchit pas trop à ça, ce qu'on veut c'est savoir à combien est le col »

Les femmes se sentaient globalement bien **disponible** à recevoir ce geste. Aucun mécontentement n'a été relevé pour cet aspect là.

«Oui, l'étudiante notamment a vraiment fait attention à chaque fois, elle attendait que je sois disponible.»

2.4.3 La place du conjoint ou de la tierce personne

Le toucher vaginal est un geste qui touche à l'intimité propre de la femme mais également à la sphère intime du couple. Il réside ainsi dans ce geste des enjeux que nous ne pouvons appréhender en tant que soignant. L'histoire personnelle du couple est hors de portée de la connaissance de la sage-femme.

Nous avons voulu ainsi étudier un autre aspect que peut suggérer ce geste. Il s'agit de la place de la tierce personne accompagnant la parturiente en regard de cet examen qui pose la question de l'intimité et des enjeux que cela suppose dans la mise en place des interactions.

- Le conjoint

Dans la majorité des cas, ce sont les conjoints qui étaient présents durant le travail et l'accouchement. Et elles n'ont pas exprimé de gênes quant à leur présence lors des examens vaginaux, bien au contraire. Il est ainsi approprié à ce stade d'introduire la notion du regard du père et de l'impact que cela peut supposer face à la pratique de ce geste intime.

Les conjoints sont perçus pour la plupart des mères essentiellement comme un **soutien** :

« Ils sont là pour soutenir. » « Qu'il soit là pour moi. »

« Être là, me soutenir, qu'il participe à sa manière. »

Elles accordent aussi une grande importance à leur place en salle de naissance et certaines regrettent le fait qu'ils ne soient **pas assez considérés** par l'équipe :

« A partir du moment où on est en salle de travail, le père on le laisse totalement de côté. »

« Il est comme un spectateur mais il va devenir papa aussi, c'est très important. »

Nous avons demandé aux patientes la position « spatiale » du père lors des examens. Dans sept cas, les patientes ont pu préciser qu'ils étaient à leur tête, comme soutenant, contenant. Elles ont d'ailleurs exprimé une nette préférence pour que ce soit à cet endroit :

« A côté de moi, pour me soutenir. »

« Il est resté à côté de moi et il m'a soutenue »

« Je ne voulais pas qu'il soit en face, je trouve que c'est un peu n'importe quoi que les papas soient en face. Ils sont plus là pour nous soutenir qu'observer. »

« J'ai envie que ça reste mon conjoint, j'ai pas envie que ça le dégoûte [...] donc il était très bien vers moi. »

Néanmoins, nous avons pu remarquer que le reste des patientes n'a pas forcément fait attention à la place de son conjoint. Il se trouvait dans la salle, soit devant, soit loin de la table d'examen ne sachant pas trop où se mettre. Deux d'entre eux sortaient à chaque examen.

C'est ici que le regard et le ressenti des pères interviewés entrent en jeu. En effet, contrairement aux femmes qui n'exprimaient relativement pas d'inconfort du fait de leur présence, ceux-ci n'étaient pas du même avis :

« On est totalement impuissant »

« On est spectateur, c'est très gênant »

« [Le père] On s'en préoccupe pas »

« J'ai trouvé ça terrible, j'étais dans un coin et puis bon elle est restée carrément toute nue là »

« Je ne savais pas où me mettre, on a l'impression de gêner tout le temps »

« J'avais pas envie de regarder, je suis sorti spontanément mais personne ne m'a rien demandé »

Et en effet, dans la plupart des entretiens nous pouvons faire ressortir cet autre élément. L'examineur ne prend pas forcément soin de demander ni au père s'il souhaite rester près de sa femme ou sortir de la salle, ni à la parturiente si cela ne l'a dérange pas. Cette personne est inconsciemment mise de côté alors qu'elle incarne des enjeux particuliers : celui du regard sur sa femme qui souffre, qui subit un examen intrusif et intime.

Il est ainsi recevable de souligner l'importance du regard et des ressentis de ces hommes.

De plus, il est surprenant de découvrir que ces sujets de l'intime et de la pudeur sont rarement abordés au sein du couple en amont. Plus précisément, le toucher vaginal est très peu abordé : il est perçu comme un geste tabou, ils n'en parlent pas avant.

« Non on en n'a pas parlé avant, je lui ai dit si tu veux rester reste, mais tu restes vers moi à ma tête et c'est tout. »

Un père a pu expliquer que lors des consultations mensuelles ce n'est pas dérangeant car ils peuvent rester à l'écart lors de l'examen *« On ne préfère pas aller voir, on reste dans le bureau et il fait ce qu'il a à faire. C'est moins gênant pour ma femme aussi »*. Cependant, en salle d'accouchement, cet homme explique que dès lors que son rôle est d'être présent pour sa femme, il s'obligeait à rester à chaque moment alors que lors des examens vaginaux plus particulièrement il aurait préféré sortir de la salle. A ce moment précis, il a décrit sa présence comme *« implicite et gênante »* et regrette le fait de ne pas avoir abordé ce sujet auparavant avec son amie.

Une patiente souligne entre autre l'importance de suggérer la discussion d'un tel sujet avant d'être en salle de travail :

« En parler pendant les rendez-vous du 8^{ème} mois parce que sur le moment on y pense pas forcément. »

- **La tierce personne**

Dans trois situations, la patiente a été accompagnée soit par sa belle-mère, soit par sa mère ou par sa sœur. Dans ces cas-là, le sujet de leur place durant les gestes touchant à l'intimité comme le toucher vaginal a été abordé au préalable. Ainsi, les personnes accompagnantes sortaient spontanément de la salle dans deux des trois situations. Le professionnel aurait tendance à plus facilement demander l'autorisation à la mère lorsqu'il ne s'agit pas du conjoint.

Même si dans le cas où la parturiente était accompagnée par sa sœur elle a précisé :

«Ca dépendait des examinateurs, mais j'aurais souhaité qu'on me demande si ma sœur pouvait rester ou sortir plutôt [...] si elle avait pu elle aurait carrément fait l'accouchement ma sœur. »

« Je n'ai pas osé le dire, j'étais déjà assez embêtante comme ça mais j'aurais voulu qu'elle sorte, c'est à eux [les examinateurs] de demander »

2.4.4 La place de la péridurale

La plupart des femmes a opté pour une analgésie péridurale pour soulager la douleur des contractions.

Nous avons pour objectif de voir si les patientes percevaient une différence en matière de condition d'examens, de précaution, de disponibilité entre les examens qu'elles avaient pu avoir avant la pose de l'analgésie péridurale et après.

Cependant, cette question fut difficile à comprendre de la part des patientes et nous ne pouvons pas répondre strictement à nos hypothèses en ce qui concerne le toucher vaginal et la place de l'analgésie péridurale. Les patientes n'expriment pas de différence.

« La seule différence c'est qu'on n'a plus mal »

Néanmoins, nous avons pu rapporter un autre aspect qui peut nous aider à saisir les enjeux que ce geste suppose. En effet, la plupart des patientes perçoivent la pose d'analgésie péridurale comme un soulagement à cette douleur omniprésente et insupportable, elle est très attendue. Ainsi, les examens vaginaux pratiqués, au risque de

provoquer une douleur supplémentaire, d'entraver leur pudeur, sont perçus comme un geste « diagnostic » qui permettra la pose de la péridurale.

« On ne pense pas à tout ce qui est pudeur, quand on arrive à la maternité, c'est l'objectif des trois centimètres pour la péridurale, le reste on s'en fout. »

« C'est un réel soulagement. »

« Après on peut profiter à deux cents pourcents. »

« On sent vraiment plus rien avec la péri, on peut se reposer, dormir. »

« A ben ça n'a rien à voir, oui on ne sent plus rien. »

Nous n'avons donc pas pu évaluer concrètement si les précautions d'examen étaient différentes.

Le geste est d'autant plus accepté que la douleur anesthésiante des contractions est révolue.

Ainsi aucune gêne n'a été relevée.

Nous ne pouvons pas conclure sur l'hypothèse n°2 de l'objectif n°1 qui supposait que le praticien n'accordait pas autant de précaution à chaque examen vaginal.

2.4.5 La perception du geste et le ressenti global

Ce travail s'était fondé sur la notion que le toucher vaginal est un geste intrusif mais nécessaire à la surveillance du travail. Mais qu'en pensent réellement les patientes? Nous avons voulu pointer ici leur perception de ce geste.

Plusieurs tendances ont été mises en évidence pendant le travail :

- Ce geste est perçu en tout premier lieu comme une **obligation** :

« On n'a pas le choix de toute façon. »

« Je ne supporte pas qu'on me triture mais c'est une nécessité, alors je me tais. »

- Une obligation perçue comme **douloureuse**, ce symptôme qu'est la douleur a été exprimé par la plupart des patientes interviewées :

« C'est horrible comme c'est douloureux »

« Ca fait super mal surtout avant la péri »

Deux patientes vont jusqu'à exprimer l'angoisse et l'appréhension des prochains examens vaginaux face à cette douleur : *« C'est horrible, on veut plus du tout être touchée après »*

- Le mot **délicat** a fait partie des propos de certaines patientes mais pas pour la majorité :

« C'est gênant quand même »

« Ca paraît délicat de savoir qu'on se fait toucher là en bas plusieurs fois »

- Enfin, nous avons pu retrouver l'aspect **intrusif** de ce geste chez certaines patientes :

« C'est intrusif de ne pas connaître la personne qui vous examine. »

« Votre intimité n'est plus intime à ce stade. »

Puis nous nous sommes intéressés au ressenti général que pouvaient éprouver ces patientes de manière plus global. Et cette démarche a permis de faire ressortir le sens que revêt cet examen pour les patientes :

A la question suivante « le toucher vaginal est-il angoissant, rassurant, les deux ou rien ne correspond à ce que vous ressentez ? » toutes les patientes sans exception, ont répondu sans hésiter : **« rassurant »**. Il faut ainsi comprendre que malgré la douleur, l'intrusion, la notion d'obligation, ce geste est in fine extrêmement important pour les parturientes et elles projettent beaucoup d'espoir dans la réalisation de ce geste.

« On espère juste être ouverte. »

« Savoir à combien on est dilaté, savoir si on doit attendre encore longtemps »

« Je savais où j'en étais en fait, c'est rassurant »

Nous pouvons ainsi infirmer notre hypothèse n°1 de l'objectif n°2. En effet, l'examen vaginal ne provoque pas de sentiment d'inconfort ou de malaise. Bien au contraire, même s'il est perçu comme une obligation, il reste un geste légitimé et perçu comme rassurant de manière générale.

Enfin, il est intéressant de voir que même les patientes perçoivent ce geste comme une habitude. En fait, le toucher vaginal est ressenti comme intrusif lors des premières consultations chez le gynécologue ou auprès d'une sage-femme en début de grossesse, surtout lorsque ce sont des examinateurs différents à chaque fois :

« Intrusif de ne pas connaître la personne. »

« Au début, ça surprend », « ça choque »,

« La première fois qu'on sait qu'on va avoir un examen gynéco, j'avais envie de pleurer [...] ça rentre dans mon intimité [...] après on s'y fait, tu le fais pour toi et le bébé. »

« Il faut s'habituer à ce que tout le monde touche »

« On s'est fait tellement examiné pendant la grossesse, on prend l'habitude », « On l'accepte plus », « A la fin ça devient un geste plus ou moins banal. »

Une patiente déclare plus précisément qu'en salle de naissance

« C'est vraiment un sujet délicat, mais aussi du fait de l'expérience [de la sage-femme] et après je pense que c'est un peu la routine, allez hop, c'est comme à la chaîne. »

Il a donc été bien fondée dans l'hypothèse n°1 du tout premier objectif de supposer que le toucher vaginal est un geste qui tend à être banalisé. D'autant plus, que cet élément fut rapporté par les patientes elles-mêmes.

2.4.6 L'importance du premier contact en salle de naissance

Au fil des entretiens, nous avons pu mettre en évidence un autre aspect qui peut être judicieux de mentionner : il s'agit du **premier contact** entre la patiente et le personnel soignant qu'elle va rencontrer. Cette dernière n'était autre que la sage-femme ou l'étudiante dans la majorité des discours. Cet instant est imprégné d'enjeux pouvant influencer le vécu et les interactions entre les individus. Il est recevable ici d'insister sur ce point.

Le sentiment d'**inconfort** était la toute première notion exprimée par les patientes :

« Ce n'est pas confortable » « Pas à l'aise. »

Plusieurs patientes ont insisté sur l'importance de ce moment, et leurs propos revêtent bien l'envergure des attentes qu'elles projettent dans cet instant :

« C'est super important »

« Côté pudeur c'est plus au début, au premier toucher vaginal en salle de travail.»

« Ca conditionne »

« Ca angoisse pour la suite sinon »

« J'étais impatiente de voir l'autre équipe, mais en même temps angoissée si c'était pire »

« Après on appréhende le prochain toucher vaginal » (cela crée de l'angoisse)

« Elle est sortie de la pièce, j'ai dit à mon copain : tu vois avec elle je sens que ça va pas passer.»

« J'avais hâte de voir l'autre équipe et de voir justement la sage femme comment elle se comportait. »

«Nous dès qu'on est là on attend le soutien de la sage-femme si elle est désagréable avec nous...Juste le premier contact déjà, c'est un des premiers contacts le fait de faire un toucher vaginal et en fait si on part sur de mauvaise base avec le toucher vaginal je pense que après on n'ose pas trop demander, on est plus braqué, et on n'a pas à demander de l'aide à cette personne.»

«On attend d'être rassuré en fait et ça rassure pas du tout parce que ça fait vraiment mal et on se dit c'est qu'un début après il y a toutes les contractions et c'est encore plus douloureux.»

On peut constater que le premier contact est un moment important dans le déroulement du travail et dans la mise en place des interactions entre les individus.

2.4.7 La singularité des personnes et les caractéristiques individuelles

Force est de préciser que l'ensemble des relations est dépendante des caractères personnels de chaque individu.

•En salle de naissance, le plus souvent les patientes ne connaissent pas les personnes constituant l'équipe de garde. On insiste alors sur cet aspect de découverte de l'autre dans ce moment de vulnérabilité, la rencontre d'histoires et de vécus différents. Ceci a été notifié par la plupart des patientes et quelques pères.

« La personne qui s'occupe de vous, c'est très important. »

«Et puis je pense que ça dépend des personnes aussi, ça dépend des sages-femmes et de la personnalité des sages-femmes.»

« C'est plus intrusif dans le sens où au début en fait je ne connaissais pas la personne qui était devant moi »

« Surtout quand il y a d'autre personne qu'on ne connaît pas, qu'on a jamais vu ça peut être gênant mais après ça dépend du personnel »

« Ca dépend aussi de la vision de chacun, on n'a pas tous la même vision de la pudeur.»

•Une autre relation qui est judicieuse de mettre en valeur, c'est celle de la sage-femme à l'étudiante :

« Il y a aussi la relation que vous avez avec vos titulaires »

« Les petites remarques qu'elle faisait à l'étudiante, elle pouvait se les garder pour elle et lui dire en sortant de la salle, c'est gênant »

•La place de l'homme sage-femme a été mentionnée dans deux cas

« Et puis je pense que s'il y avait eu des hommes, ça aurait été différent »

« Après s'il y a possibilité d'avoir une femme c'est mieux [...] c'est pas quelque chose de la religion, c'est une question de pudique ou pas pudique. »

•Une autre composante qui est celle de la religion a vu le jour. Nous avons pu relever l'influence que peut avoir l'histoire culturelle et notamment concernant les femmes de religion musulmane :

« Ils font bien attention surtout quand ils voient qu'on est voilée. »

•D'après les ressentis d'une patiente, nous avons pu recueillir un nouvel élément. Il s'agit du fait que la sage-femme ait elle-même vécu l'expérience de la maternité :

« Avoir l'expérience de la maternité en tant que sage-femme, on sent une certaine sincérité, elles nous comprennent mieux. »

Le concept qui ressort ainsi est que les patientes n'accordent pas autant d'importance au toucher vaginal que nous aurions pu le supposer. Nous pensions que cet examen pouvait être au cœur d'une problématique. Finalement, il s'avère que cet aspect de l'intime et de la pudeur est totalement mis de côté. Cependant, nous avons pu constater qu'elles accordaient plus d'intérêt au regard que nous portions sur elles, au soutien et au soulagement qu'on pouvait leur apporter. Le toucher vaginal est vraiment perçu comme un geste « ponctuel » et « rassurant », c'est celui qui leur apporte une information importante sur la suite des événements.

C'est en quelque sorte une habitude qui s'est instauré au cours de la grossesse, cela leur paraît banal, elles n'expriment donc pas de gêne ou de mal être considérables face à ce geste.

Néanmoins, nous allons voir en poursuivant l'interprétation de nos résultats qu'elles accordent nettement plus d'importance aux petits gestes et paroles qui entrent en interaction, ce qui ne suppose pas que le toucher physique à proprement parler...Nous avons été amené ainsi à élargir le sujet et à parler du toucher relationnel dans tout son ensemble.

2.5 Les ressentis et vécus généraux : des réflexions en regard à la pudeur

2.5.1 Ressenti global

- Le respect de la pudeur

Il ressort des entretiens que la majorité des patientes ne se questionnaient pas tant que cela sur la pudeur. Il apparaît que très peu de femme ont ressenti une gêne, un quelconque mal être ou une crainte à ce sujet.

A la question « *vous êtes-vous sentie nue, dévoilée à un moment donné ?* », elles ont majoritairement répondu **négativement**.

Et pourtant « *Je suis très pudique à la base* » est une phrase qui est ressorti dans la plupart des discours. De même, il est surprenant de constater une **discordance** en confrontant le discours des patientes à celui de leurs conjoints. De fait, ceux-ci ont pour la plupart fait état de gênes envers leur femme totalement dénudée durant le travail.

« Elle était nue, c'est moi qui suis allé chercher des draps »

« Elle est restée carrément toute nue »

« C'est mon mari qui remettait le drap automatiquement en plus avec la péridurale je ne sentais pas, je m'en foutais »

« Il n'y a pas d'excès dans le mauvais sens mais on pourrait se rapprocher un peu plus d'un monitoring affectif et pudique de la maman [...] à un moment oui je t'ai recouverte, j'ai mis un drap. »

Afin de comprendre cette discordance, nous pouvons insister sur ce que beaucoup de femmes ont exprimé : la pudeur et le corps face à la douleur et à la vulnérabilité. **La pudeur est totalement mise de côté** au profit de l'expression de la douleur.

« Dans l'action on pense pas vraiment. »

« Dans la douleur, autant vous dire que tout ce qui est pudeur on oublie [...] on aurait pu me couper un bras, mettre à poil enfin voilà on est dans une bulle. »

« Moi qui suis plutôt pudique, il n'y a plus de sens pour tout ça à ce moment »

« Toutes les personnes, on s'en fout. »

« La pudeur est complètement de côté avec la douleur des contractions. »

« C'est mon compagnon qui m'a dit après qu'il y avait trois personnes sur moi. Moi j'ai pas calculé. »

« On est dans le vif de l'action » « Quand on est dans le feu de l'action, on se laisse faire. »

« J'appréhendais beaucoup mais au bout d'un moment la douleur est tellement forte, on sent même plus, on est limite toute découverte [...] en fait on ne pense même plus à la pudeur »

« On a beau être pudique l'accouchement on s'y prépare, on le sait quoi »

Toutefois, il a été vérifié que la pudeur est nettement plus ébranlée lors des consultations mensuelles de suivi de grossesse. En effet, la plupart des patientes reconnaissent avoir été plus mal à l'aise lors des premiers TV faits au cours de leur surveillance. Celui-ci est perçu comme nettement plus intrusif. Il s'agit pour la plupart des femmes de leurs premiers touchers vaginaux, elles ne savent pas réellement à quoi s'attendre.

« Ce n'est pas une partie de plaisir d'aller chez le gynéco, au début ça surprend, ça choque après ça va un peu mieux »

Une patiente a formulé une gêne face au fait de se faire examiner par une personne à chaque fois différente en début de grossesse. *« Votre intimité n'est plus intime. », « Il faut s'habituer à ce que tout le monde examine... »* Elle a ensuite pu bénéficier d'un suivi par la même sage-femme en fin de grossesse. De fait, elle a indiqué le confort que cela pouvait procurer d'être suivie par un seul et même praticien.

Dans le cadre de la surveillance, une patiente a relevé un aspect qui peut éveiller une autre réflexion sur les gestes touchant à l'intimité. Lors de la première échographie, celle de la déclaration de grossesse, elle s'est trouvée agréablement surprise face au respect que le praticien a pu avoir envers-elle, d'autant plus que le père était présent à cette consultation :

« A la première écho, il m'a mis un drap sur moi ça m'a mis vachement à l'aise ; les autres ils ne l'ont pas fait et c'est très dommage ».

- **Le respect de l'intégrité personnelle**

Aucune patiente n'a exprimé de vécu négatif en regard au respect de leur personne et de leur intégrité personnelle.

Elles se sont senties corporellement respectées par les personnes qui se sont occupées d'elles.

Néanmoins, avec du **recul** certaines femmes ont tout de même exprimé le fait que les soignants auraient pu un peu plus veiller à cette question du respect de la pudeur et du corps:

« Mais c'est vrai que en y repensant avec les douleurs j'étais nue. »

« Alors avec du recul peut-être que oui on aurait pu faire attention, mais on est tellement pas là dedans. »

« Moi ça ne m'a pas dérangé plus que ça mais je vous dis avec du recul [...] c'est quand même une personne qu'on ne connaît pas qui passe par là en bas, pour le papa ça peut être gênant aussi »

C'est alors aux professionnels d'être vigilants à cet aspect, d'être attentif à leur bien-être et de travailler sur toutes les dimensions du prendre soin.

Certaines ont fait ressortir un autre aspect, celui des personnes faisant acte de présence autour d'elles mais n'ayant aucun statut à leurs égards.

« Il y avait beaucoup trop de monde c'était gênant, surtout sur la fin. »

« C'est rassurant de voir les même personnes, sinon c'est embêtant. »

« Vers la fin quand il y avait le bébé qui faisait pression en bas, j'avais l'impression d'aller à la selle et c'est vrai que là il y avait plein de gens qui faisaient des aller retours dans la salle [pour prendre du matériel] là c'était vraiment gênant »

« Tous ces gens qui frappent et rentrent directement et que des têtes différentes [...] je n'étais pas forcément couverte et j'aurais aimé l'être à ce moment-là »

Nous avons demandé aux mères si le thème de la pudeur avait été abordé avec le professionnel de santé au cours des consultations, au cours de la grossesse. La majorité des femmes a répondu négativement. Certaines ont même exprimé un manque de ce côté ci.

« Finalement on en parle jamais alors que c'est hyper important. »

« C'est la première fois qu'on accouche, alors on ne sait pas comment ça se passe concrètement, on nous dit pas réellement [...] il faudrait en parler en préparation par exemple »

« On pourrait en parler au moment des rendez-vous du huitième mois parce que sur le moment on n'y pense pas forcément. »

Ainsi, nous pouvons mieux comprendre pourquoi notre pratique ne constitue pas une atteinte à la pudeur d'après les patientes. Ce qui réfute l'hypothèse n°2 de notre deuxième objectif. Il est cependant conséquent de souligner que les pères ne soutiennent pas nécessairement les mêmes propos.

Nous pouvons désormais conclure sur l'objectif n°3 sur le constat que certaines situations d'absence de pudeur sont rendues tolérables du point de vue des patientes par la nécessité des soins visant à diminuer la douleur physique des contractions mais aussi psychique. Dans un contexte d'extrême vulnérabilité, la pudeur est alors mise à l'écart et ainsi son absence légitimé, s'exprimant par un relâchement absolu de la part des parturientes.

2.5.2 D'autres pistes de réflexion

2.5.2.1 Un retour sur le contact verbal

De quelques entretiens a émergé l'idée que la parole est une composante essentielle dans la mise en place de la relation.

Ce contact verbal s'est trouvé être **soutenant** pour certaines :

«Une bonne parole soutenant en plus de ces gestes et de la douleur surtout, c'est très important »

«Le soutien ça passe aussi par les mots, heureusement qu'elles étaient là pour m'expliquer»

Nous avons pu constater que les patientes accordent beaucoup d'**importance** au contact verbal.

« On est très sensible de ce qu'on nous dit »

Cette relation verbale a pu se trouver **heurtée** dans certains cas :

« Le toucher a la limite on s'en fout, c'est vraiment le contact le plus important, un peu plus expliquer les choses. »

« Ah oui je lui ai dit qu'elle m'avait fait vraiment mal et justement elle m'a dit : oh ben non ça vous a pas fait si mal quand même ! Et ça je l'ai vraiment pris mal »

« C'est plus sa façon de parler, sa façon d'être qui m'a crispée, son attitude.»

Elles recherchent ainsi une **parole empathique et bienfaisante**.

On retrouve par ailleurs dans plusieurs discours cette peur d'exprimer ses gênes, ses craintes, ses angoisses.

«On a peur de dire.»

«On ose pas dire.»

« Quand elle parlait j'avais trop envie de lui dire ce que je pensais mais je me suis retenue parce que c'est délicat. »

2.5.2.2 L'Influence du poids de l'institution.

L'échange avec les patientes a permis d'aborder un autre sujet influençant la perception de la pudeur. Nous avons ainsi remarqué que l'institution incarne un facteur limitant à l'expression de leur ressenti. Elles s'en remettent au « *secret professionnel.*»

« *Après on se dit c'est le corps médical, mais c'est gênant vraiment.* »

« *Pour moi c'est comme ça, il faut passer par là* »

« *C'est une équipe médicale, ils sont là pour ça, ce n'est pas des étrangers.*»

L'Objectif n°2 hypothèse n°3 est donc validée.

2.5.2.3 L'après-accouchement

C'est en laissant la parole aux patientes elles-mêmes que nous avons pu voir émerger de nouvelles pistes de réflexion.

En effet, à travers les discussions nous nous sommes aperçus qu'il y avait comme un retour à l'expression d'une certaine pudeur à la suite même de la naissance, de l'expulsion.

« *Ca allait, franchement c'était plus vraiment après, une fois que le bébé été là en fait.*»

« *Après l'accouchement écarter les cuisses c'est super agressif* »

« *Après l'accouchement, je voulais pas qu'on me touche.*»

Une patiente a déclaré avoir été mal à l'aise surtout lors de la suture de l'épisiotomie :

« *Par contre c'est vrai que quand ils m'ont recousu avec tout le monde qui était devant moi.* »

Une autre patiente a d'ailleurs apprécié le peau-à-peau avec son enfant durant la suture pour oublier ce que les professionnels étaient en train de faire.

« *Le réel soulagement, c'est quand le placenta sort, une véritable délivrance. Mais une délivrance dans tous les sens du terme [...] après par contre c'est beaucoup plus gênant comme quand on nous vide la vessie, ou quand on nous nettoie là en bas.*»

Nous avons pu interpréter ces propos de la sorte :

Les femmes se présentent en salle de naissance avec leur futur enfant à naître dans le ventre. Elles vont donner la vie. Cependant, ce corps a souffert d'une extrême douleur, il a travaillé intensément jusqu'à atteindre l'objectif ultime de la naissance. Une fois l'aventure achevée, il apparaîtrait que ce corps se renferme et laisse la pudeur reprendre son rôle de protection de soi.

2.5.2.4 Un regard sur notre profession

Enfin, cette enquête a amené certaines patientes à exprimer spontanément leurs ressentis concernant la relation qui unit une sage-femme à la parturiente :

« C'est quand même une relation humaine forte »

« On les sent proche les sages-femmes »

« Heureusement qu'elles sont là, les sages-femmes et les étudiantes »

« Ça aurait pu être ma sœur à côté, elle me tenait la main. Vraiment un bon soutien »

Elles relatent ainsi la singularité de cette relation. En ressort ainsi la portée de notre rôle en tant que partenaire de soins en maternité.

Une mère a signifié la nécessité de la remise en question en tant que soignant.

« C'est bien de se poser ces questions là. Vous verrez ça vous aidera pour vous plus tard en tant que sage-femme et future maman »

Enfin, de part les propos de certaines patientes, nous avons pu voir apparaître des pistes de réflexions relatives à notre exercice. Elles soulèvent de la sorte l'importance de la dimension humaine qui régit notre pratique quotidienne. Cela sous-entend encore une fois l'exigence d'une remise en question de notre profession d'un point de vue relationnel.

« Faut être fait pour ça je pense »

« Faut bien choisir ce métier »

« Faut essayer de rester comme au début, ne pas être lassée »

« Faut pas être gavée, [comme] la première sage-femme quand on est arrivés, ça se ressent tout de suite »

En définitive, toute l'ossature de ce travail s'appuie sur l'intérêt que pourrait trouver les patientes dans la remise en question de nos pratiques autour de cet examen qui est loin d'être anodin.

L'objectif de cette enquête était donc d'évaluer l'impact que pouvait avoir la pratique de ce geste sur le vécu de l'accouchement. Et ainsi avoir un aperçu de la place que nous laissons à la pudeur en maternité.



Troisième partie

« Etudie, non pour savoir plus, mais pour savoir mieux »

Sénèque

L'analyse de ces résultats permet de faire ressortir certains aspects sur lesquels il est intéressant qu'une réflexion prenne essence afin d'améliorer notre pratique quotidienne.

1. Le toucher vaginal, un geste au cœur de l'intimité

1.1 Analyse du vécu du toucher vaginal et son impact

A la lumière des résultats, il paraît certain de réévaluer notre hypothèse.

Ce n'est pas tant le TV en lui-même qui influencerait le vécu des femmes. En effet, il s'avère que les patientes n'accordent pas autant d'importance à ce geste en salle de naissance. Il apparaît comme rassurant, nécessaire et obligatoire à la surveillance du travail. Il est ainsi légitimé par la nécessité des soins dans le cadre de la surveillance obstétricale. Nous pouvons néanmoins spécifier que ce geste suppose des enjeux distincts à chaque étape de la maternité. Une certaine gêne ou crainte face à ce geste sont exprimées de manière inégale selon les circonstances. Nous avons pu remarquer que les patientes n'appelaient pas à la même précaution en salle d'accouchement que lors des premières consultations de grossesse, qui se révèle dès lors nettement plus intrusif.

La femme enceinte en salle de naissance, il est vrai, se trouve dans une situation de vulnérabilité. Elle est prête à accepter tout geste, le toucher vaginal dans le cas présent, dès lors qu'il lui est expliqué et qu'il en va de l'intérêt de son enfant.

L'enjeu de ce débat n'est pas de remettre en cause les protocoles ni la prise en charge technique. Il se veut une réflexion sur notre rôle en tant que protecteur de l'intimité en veillant à préserver une certaine sécurité affective du couple.

1.2 Les conditions de réalisation

1.2.1 Le toucher vaginal en salle de naissance

Même si les patientes n'accordent pas autant d'importance au TV en salle de naissance, lors de ce geste le paroxysme de l'intimité est néanmoins atteint. C'est à ce moment précis que le plus de TV vont leur être pratiqués.

Comme peut soutenir Jean-Pierre Durif-Varembont « *La fréquentation de l'intime engage notre responsabilité de praticien tant du point de vue technique de la conduite du travail que du point de vue éthique de notre position subjective.* »[5] Il est nécessaire de rester précautionneux face à ces pratiques qu'on leur impose durant le suivi. C'est ce que sous-entend le tact relationnel.

Nous rappelons ainsi quelques notions auxquelles nous devons porter une attention particulière lors de nos examens :

- **Adopter une parole sincère et transparente**, c'est savoir introduire et expliquer son geste clairement et le protocole d'examen. Il s'agit de préciser la fréquence des examens et pourquoi nous les faisons. Un climat de confiance s'instaure ce qui rassure et peut aider à diminuer l'asymétrie de la relation.

- Veiller à **la compréhension** des explications. C'est un élément indispensable pour diminuer l'angoisse de l'inconnu qui bien souvent participe et majore les douleurs.

- S'inquiéter de **l'installation** et de son **confort**. Dans ce contexte, il peut être opportun de disposer un drap sur les jambes et le bas du ventre afin de préserver un espace intime pour la patiente et le couple, en n'oubliant jamais que la pudeur ne concerne pas seulement le corps.

On peut introduire également la notion d'un confort psychologique en regard aux personnes l'entourant. En effet, il se révèle nécessaire de porter une attention particulière à la personne accompagnante. Le TV en salle de naissance est rarement abordé en amont au sein du couple. C'est un sujet tabou car cette sphère de l'intime leur appartient habituellement. Ainsi, s'interroger sur l'impact que peut avoir la présence et le regard de cette autre personne doit faire partie de notre réflexion et de notre discours.

- S'enquérir de sa **disponibilité** et de son **consentement**. C'est une question de respect mais également une obligation déontologique. Un geste est bien mieux accepté lorsqu'il est imprégné d'un discours empathique à la recherche du respect de l'intégrité personnelle et corporelle. Cela rassure et permet à la patiente de prendre part à ce qui se vit autour d'elle et en elle. Elle est directement impliquée.

Il est nécessaire d'attendre la fin d'une contraction pour examiner, ne pas retirer les draps sans leur autorisation.

Juger de sa disponibilité, c'est aussi savoir lui demander si elle est prête à recevoir ce geste :

« Dites moi quand vous êtes prête » ou « Puis-je vous examiner ? »

L'examen doit être fait avec **précaution**, avec des **explications** claires des résultats ; tout en veillant par la suite à **préserver la nudité** après le geste, en remplaçant les draps sur la patiente et en s'inquiétant de son installation.

Cela paraît évident au premier abord. Et pourtant il est nécessaire de le rappeler face aux multiples situations où le consentement n'est pas forcément recherché. Une relation se vit et se construit à plusieurs, ici il s'agit de la rencontre entre ces deux entités, la SF et la patiente. Le professionnel doit s'adapter à chaque interaction, qui s'enchaînent les unes derrière les autres chaque jour. Il n'existe pas de modèle prédéfini. Toute la richesse des sciences humaines réside en la multitude des rencontres possibles du fait de la singularité, de la variabilité de chacun et des milliards d'interférences qui entrent en jeu.

Néanmoins, à la décharge des professionnels, il paraît difficile de toujours être vigilant à chaque instant. Cela induit un réel travail sur soi, une certaine implication et un recul sur sa position qui demandent des efforts. Cela ne paraît pas forcément naturel. Pourtant, nous savons comment le psychologique peut interférer autant sur le climat du travail que sur l'état de bien-être maternel.

Il est alors indispensable de veiller à respecter toute cette dimension du prendre soin. Si nous nous obligeons dès maintenant à toujours porter une réflexion sur nos gestes emprunts d'une parole adaptée, force nous est donnée de persévérer et un jour les bénéfices deviendront palpables. Ce raisonnement deviendra en quelque sorte naturel et spontané.

1.2.2 La place de l'étudiant

Certaines patientes ont pu exprimer un embarras à être examinées à deux reprises, du fait de la présence d'un étudiant. Elles précisent aussi que nous ne leur donnons pas tellement le choix. Ainsi, cela apparaît comme une gêne laissée sous silence. Il est nécessaire de souligner l'importance de demander l'autorisation à la patiente pour que l'étudiant puisse examiner. Il n'est pas anodin pour une femme d'avoir deux TV à la suite. L'étudiant fait lui aussi partie des interactions qui entrent en jeu, ce qui induit que lui aussi doit se positionner dans cette réflexion.

Néanmoins, c'est un examen qui est pour lui difficile à maîtriser. Ce sujet a notamment été abordé dans le mémoire de fin d'études de Sophie Blond « *Etudiant d'aujourd'hui, sage-femme de demain. Perception par les professionnels de l'encadrement des étudiants sage-femme en stage* ». [19] Elle décrit ainsi la difficulté d'apprentissage de ce geste autant pour les sages-femmes que pour les étudiants.

Toutefois, face à cette limite nous devons nous munir de la plus grande précaution pour préserver leur intimité. Il est indispensable que l'étudiant se présente, qu'il demande l'autorisation à la parturiente et qu'il examine avec le plus de prudence.

Les patientes ont aussi révélé une nette préférence pour que ce soit d'abord la sage-femme qui examine puis l'étudiante sage-femme afin d'éviter les « *faux espoirs* » mais aussi pour permettre à la sage-femme de le guider lors d'examens difficiles.

Enfin, nous avons pu remarquer que les couples sont sensibles à la relation qu'une SF peut entretenir avec son ESF. On peut la décrire comme une autre dyade qui prend essence dans toutes les interférences qui s'entremêlent en salle de naissance. Il s'agit ici de revenir sur un point particulier qui est celui de la pédagogie. L'intimité du couple implique de les préserver tout en ne les réduisant pas à un objet de pédagogie.

Ainsi, s'il y a des remarques à faire à l'ESF, des paroles décrites comme « *parasites* », le couple n'a pas besoin d'être présent et le cas échéant, le discours de la SF doit être emprunt d'une parole adaptée. Cela doit être propre à la SF et l'ESF. On pourrait décrire cette relation comme une autre sphère de l'intimité.

1.3 Un simple regard en Europe

Il est peut s'avérer intéressant et utile pour étayer notre réflexion, de porter un regard sur les pratiques adoptées dans d'autres pays développés.

En France, le TV est la plupart du temps pratiqué à chaque visite prénatale ainsi que toutes les heures en cours de travail. Ce fonctionnement n'apparaît pas comme une figure de référence dans de nombreux pays tels que l'Angleterre, l'Espagne, les pays nordiques... Pourtant, ces derniers affichent un taux de prématurité semblable voire inférieur au notre.

L'**Angleterre** est connue pour ses maisons de naissance. Le suivi des femmes au sein de ces structures répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une SF référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En France notamment, les usagers déplorent l'absence de relation continue entre un praticien et une famille se préparant à accueillir un enfant. Dans le cadre de l'eutocie, ce type de suivi permet d'augmenter la confiance et donne à la patiente un sentiment de sécurité. Elle n'est pas perturbée par des interventions ou gestes intrusifs médicaux systématiques. Elle est libre de choisir. La SF de son côté offre à la femme temps et patience en veillant avec tact et mesure à ce que tout reste dans le domaine de la physiologie. C'est ainsi une des bases des Maisons de naissance, de respecter la liberté et le besoin d'intimité des parents. [20]

À ce titre, nous pouvons également nous projeter dans la vision néerlandaise. C'est ce que proposent AKRICH Madeleine et PASVEER Bernike dans leur livre *Comment la naissance vient aux femmes* [21]. Elles insistent sur la qualité de la sage-femme à déterminer l'avancement du travail à la simple observation de la parturiente :

« Les femmes aussi bien que les sages-femmes insistent sur cette proximité physique et émotionnelle, ces mécanisme d'empathie qui donnent aux sages-femmes la capacité de deviner l'état d'une femme à un moment donné. Tout se passe comme si le corps de la femme parlait de lui-même, au moins pour ceux qui savent déchiffrer son langage. »

Au **Pays-Bas**, les moyens de surveillance reposent sur la capacité de perception de la SF, sa clinique et sa connaissance intime de la femme. Le toucher relationnel est ainsi

incorporé au suivi du travail comme moyen de percevoir, de rassurer, et d'assurer le lien entre la SF et la femme.

Il serait aisé de calquer nos modalités de surveillance sur ces modèles. Néanmoins ces oppositions de pratique sont loin d'être, à elles seules, suffisantes pour bouleverser les habitudes de l'hexagone. La technicité française représente une certaine réponse à une appréhension, une inquiétude et les patientes ne paraissent pas prêtes à y renoncer. Ces modèles anglo-saxons et nordiques ont toutefois le mérite d'éveiller les professionnels à la réflexion.

2. Pudeur et humanité du corps

L'analyse du TV nous amène à élargir notre réflexion sur la pudeur et la place que nous lui laissons en salle de naissance.

2.1 Perception de la pudeur

Il n'y a pas qu'une seule perception de cette notion. C'est pourquoi nous la développerons sous quatre angles différents :

- **Vision par les patientes**

En salle de naissance, l'apparence de leur corps ainsi que l'expression de leur pudeur sont mises de côté. Quand elles se présentent pour la naissance de leur enfant, bien souvent la composante de la douleur est omniprésente. Elles attendent de nous que l'on se préoccupe plus de leur état que de l'aspect de leur corps.

On peut décrire cet état comme un « *relâchement absolu de son corps* » [22]

En effet, il apparaît que ce sentiment est en quelque sorte mis de côté en salle de naissance au profit d'une sécurité médicale.

L'intimité est mise à rude épreuve et peut se voir heurter au gré des événements jalonnant le parcours vers la naissance. Cependant, les femmes semblent inconsciemment faire abstraction de cette notion de pudeur lors du travail.

Il est toutefois important de relever qu'avec du recul certaines femmes s'étonnent de leur comportement « *Moi qui suis très pudique* ». Elles ont pu se sentir mal à l'aise pour elle ou leur conjoint en repensant à certaines positions dans lesquelles elles se trouvaient. Ce n'est qu'à posteriori qu'elles affirment l'importance de respecter cet intime alors qu'elles se laissent totalement submerger par les émotions en salle de naissance.

• Vision des conjoints.

Le discours des pères a amené un autre point de vue qui peut s'avérer pertinent d'explorer.

Dans de telles circonstances le père incarne un regard extérieur en rapport à la pudeur et aux gestes touchant à l'intime. On pourrait le considérer comme étant neutre face à cette dyade sage-femme/parturiente. Néanmoins, faisant partie intégrante de ce couple, il jette un regard très particulier sur ces interactions, à ces gestes emprunts d'intime, de pudeur mais également d'un certain aspect d'usage et de banalisation.

Voici l'expression des ressentis d'un père « *Il n'y a pas d'excès dans le mauvais sens mais on pourrait se rapprocher un peu plus d'un monitoring affectif et pudique de la maman [...] à un moment oui je t'ai recouverte, j'ai mis un drap.* » Ce regard insiste sur la nécessité de veiller à préserver, protéger cette pudeur. Le conjoint se sent mal à l'aise. Il se veut alors protecteur pour sa femme. Cependant, un autre aspect peut venir bousculer son esprit celui de voir le corps de sa femme exposé de la sorte sans que cela lui importe. Pour les conjoints il est alors difficile de se positionner.

Alors que le père fait partie lui aussi de ce couple voué à devenir parents, quelle place lui accordons-nous ?

D'après l'article « *Les femmes se sont appropriées la surmédicalisation* », l'écrivain Béatrice Jacques précise que le discours des soignants à ce sujet est paradoxal à l'égard des conjoints : « *à la fois les papas sont tenus d'être présents lors de la grossesse, de l'accouchement, et en même temps, ils n'ont pas de place véritable.* » [23]. Et ce sont tout à fait les éléments que nous avons recueillis dans notre enquête. Les pères se sentent spectateurs, démunis, avec un sentiment de solitude et de gêne face à certaines situations où leurs femmes souffrent et où leurs corps sont totalement mis à nu.

Et pourtant, l'aventure de la grossesse et de l'accouchement les concernent également. La présence des pères en salle de naissance est une notion récente.

Leurs points de vue et leurs ressentis conditionnent également ceux de leurs femmes. Ces dernières elles-mêmes s'inquiètent du bien-être paternel.

Ainsi, ce regard de l'Autre et son impact renvoie à la question de la place que nous accordons au conjoint, qui lui aussi est dans un processus en éveil. Il devient papa !

De la sorte, portons une attention supplémentaire à cette personne et tâchons de nous enquérir de son bien-être à lui aussi.

• Vision du couple

Il est intéressant de faire ressortir que la notion de pudeur est rarement abordée au sein du couple. Comme celle de la femme, celle du couple est totalement mise à nue en salle d'accouchement. Cependant, ils ne peuvent savoir quelles seront leurs réactions face à des situations qu'ils ne connaissent pas encore. Alors, il appartient aux professionnels de prévenir ces circonstances qui pourraient être gênantes pour l'un et pour l'autre membre du couple.

Lors d'un entretien, une patiente nous a suggéré d'aborder ce sujet de l'intimité au cours des dernières consultations de grossesse afin d'y préparer le couple.

• Vision des soignants

Enfin, la pudeur est aussi confrontée à la vision du professionnel, en dehors de la sphère de l'intime appartenant au couple. La sage-femme en effet porte un regard biaisé du fait du vécu quotidien de la nudité, de « l'exposition » des corps et de la pratique régulière de tels gestes.

2.2 Le poids de l'institution

Nous avons pu confirmer notre hypothèse dans le sens où l'institution a un impact sur le déroulement des événements et de surcroît peut influencer le vécu de l'accouchement.

Nous ne pouvons critiquer les avancées médicales qui ont permis d'améliorer la prise en charge des complications materno-fœtales. Cependant, sous cet aspect s'est développé en parallèle une appropriation à la médicalisation de la part des femmes, et ce au détriment de la véritable expression de leurs ressentis. Wagner M. à travers une étude danoise, déclare que l'hyper médicalisation occidentale déshumanise et mène bien souvent à une prise en charge instituée par des protocoles à des conduites obstétricales invasives, dangereuses, coûteuses et inutiles. [24]

« Se dévêtir, être « jambes-écartées-les-pieds-dans-les-étriers » sont autant de situations où l'absence de pudeur est rendue tolérable par la nécessité des soins et donc légitimée. Elie Azria, gynécologue-obstétricien à l'hôpital de Cochin (75), doctorante d'éthique, s'étonne même du relâchement absolu de quelques patientes » [22] Les pères et certaines patientes l'ont très bien évoqué dans notre étude. Socialement reconnu et à l'insu des professionnels, la pudeur est comme déposée à l'entrée de la maternité. Toutes ces situations d'apparence choquante sont sans doute induites par l'institution elle-même.

« Ce poids de l'institution, même en dehors de toute pathologie-ce qui est la majorité des grossesses et des accouchements-, place d'emblée la patiente dans la situation d'abandonner son corps à d'autres mains et dans un rapport asymétrique avec les soignants voire de soumission. »[22] La salle d'accouchement est un lieu où s'entremêlent les habitudes de service et les non dits, elle se trouve alors à un carrefour entre l'hyper médicalisation et le respect de la physiologie.

Voici une preuve soulevée dans notre étude. Une fois l'accouchement achevé, la douleur s'arrête et les femmes semblent se renfermer et cachent ce corps meurtri par le travail. Il n'a plus de signification, l'enfant étant né. Dès lors, les gestes que l'on peut pratiquer de la simple petite toilette, prise tensionnelle au sondage évacuateur, ceux-ci apparaissent nettement plus intrusif. La pudeur réapparaît au profit d'une protection de son corps.

Un constat à relativiser tout de même. Les patientes reconnaissent les compétences de la sage femme sur un plan médical et lui font tout à fait confiance quant au suivi du travail. Néanmoins de l'accueil en salle de naissance au moment de l'accouchement, la mère passe par de nombreux actes pouvant entraver le bon déroulement et pouvant provoquer un sentiment de solitude voire de dépersonnalisation. Le conditionnement des femmes fait que le discours médical est entendu et accepté. Et si en repensant à tous ces gestes prodigués en salle de naissance de façon systématique nous repensions plutôt l'idée d'une médicalisation raisonnée de la maternité prônant le respect de la physiologie. Tel est notre dessein en tant que sage-femme.

Cessons de voir la femme se présentant avec son utérus qui en devient objet de soin qui vient accoucher, une humiliation pour une femme qui vient pour la mise au monde de son enfant.

La problématique cependant persiste. La femme enceinte rencontre le monde médical. Il lui faut alors le comprendre pour ne jamais s'y abandonner entièrement et toujours s'associer afin de ne pas être mise au second plan. Et ce projet doit être soutenu par la sage-femme en tout premier lieu malgré la difficulté de se positionner en tant que soignant.

Elle est certes devenue une professionnelle techniquement compétente, mais qu'en reste-il des qualités humaines ?

2.3 Préserver la pudeur : quelques règles simples

Les propos de cet homme éveillent encore à la réflexion : « *Il n'y a pas d'excès dans le mauvais sens mais on pourrait se rapprocher un peu plus d'un monitoring affectif et pudique de la maman* ».

Il serait plus aisé de dresser un « mode d'emploi », une liste à suivre dans le cadre de la prévention de la pudeur. Néanmoins, les sciences humaines comme les connaissances médicales ne se prétendent pas être des sciences exactes. De surcroît, il apparaît d'autant plus difficile de veiller à chaque instant au respect de cette pudeur tant ce sentiment est complexe, variable et subjectif.

Nous avons tâché tout de même de proposer quelques pistes et « règles » sur lesquelles une certaine méfiance et une précaution serait de rigueur pour nous, praticiens.

- **Savoir frapper** avant d'entrer dans une salle de travail, même si c'est la dixième fois.

- **Veiller à limiter** le nombre de personnes au contact de la patiente, dans la chambre, pendant l'accouchement.

- **Se présenter** est essentiel : cela permet de réduire la distance entre la patiente et le professionnel. En plus de la relation de confiance qui pourra s'instaurer, cela leur permettra de se rendre compte de la pertinence de la présence et des actes des professionnels.

- **Veiller à préserver leur nudité.** Même si les patientes n'expriment pas majoritairement de gêne à cet égard, les propos des pères mais aussi celui des mères s'éveillant avec du recul montrent que c'est de notre ressort de veiller à cette pudeur. Pensez ainsi à mettre un drap lors des examens vaginaux, à le repositionner après. Veillez à ne pas enlever les couvertures sans l'autorisation de la patiente. Il s'agit d'éviter toute sorte de situations où le corps est totalement mis à nu.

•**Veiller au confort** de l'accompagnant et le prendre en compte, cela ne fera qu'améliorer la relation. Il est de notre rôle de mettre le couple à l'aise alors qu'ils sont confrontés à des situations encore totalement inconnues. Il s'agit de prévenir certaines circonstances qui pourraient être gênantes pour l'un ou l'autre membre du couple. Il en est de même lorsque la personne accompagnante est une tierce personne autre que le conjoint.

•**Veiller à adopter une proximité rassurante** mais également **prudente**

Avoir en tête les moments instants « charnières » nécessitant plus de précaution : l'accueil en salle de naissance et son premier contact, la première échographie endovaginale, les consultations de grossesse ... De toutes ces rencontres se forge une image dans l'esprit des patientes qui peut rester à vie. Nous entrons dans le réel, l'histoire d'une personne et d'un couple et ce n'est pas anodin.

•**Préserver la pudeur** de nos patientes c'est aussi savoir garder en soi une part de **remise en question** chaque jour.

Un dernier aspect sur lequel il est nécessaire de s'attarder est celui de la période après l'accouchement :

•**L'après-naissance :**

Cette femme, qui a accouché en passant par des moments d'une douleur extrême, submergée par les émotions, passe du statut de femme à celui de mère. Dès la naissance, on peut relever que les patientes se « renferment » en quelque sorte pour se recentrer sur elles et leur enfant. C'est en cela que Donald W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais définit la préoccupation maternelle primaire, [25] état dans lequel la maman se montre exclusivement tournée vers son bébé. La naissance est un moment critique de rupture et appelle à des solutions réparatrices. Dès lors, les gestes pratiqués prennent une dimension nettement plus intrusive que pendant le travail. La mère va mettre en place une sorte de défense, or, le premier organe de protection est la peau. C'est une sorte de défense que la mère adopte. Nous pouvons ainsi introduire la notion du « Moi-peau ». Freud S. va insister sur l'importance de la surface du corps, des sensations du corps, des expériences et des échanges tactiles pour la constitution du psychisme de l'individu, pour la constitution de son Moi [26].

Selon Didier Anzieu, de même que la peau enveloppe tout le corps, le Moi-peau contient tout l'appareil psychique. Cette fonction est exercée principalement par le Handling maternel. [27] C'est à nous soignant d'y être vigilant. Il s'agit de préserver cette intimité en limitant et en portant une attention à nos gestes.

L'envergure de cette réflexion repose dans la nécessité de permettre l'accès à la parentalité. Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais s'est attaché tout particulièrement à cette dyade mère-enfant [28]. A travers des travaux d'observation, sur la théorie de l'attachement, il décrit que *«la propension à établir des liens forts avec des personnes particulières existe dès la naissance et se maintient tout au long d'une vie»*. Le besoin d'attachement est un besoin primaire et inné chez l'homme. C'est de notre rôle de préserver les liens précoces en veillant à leur intimité par nos attitudes, nos actions et comportements emprunts de tact. Cela implique tous les gestes techniques qui au nom d'une sécurité médicale sont imposés aux patientes et aux nouveaux-nés. Il est intéressant de voir que certains soignants se rendent compte de cette mouvance et adoptent une démarche différente. Prenons un exemple : la désobstruction nasale ne se fait plus systématiquement pour tous les enfants, on utilise plus facilement un miroir.

En conclusion à cette partie, nous pourrions donner l'image suivante : imaginons une salle de travail telle une bulle dans laquelle se trouve au centre un couple voué à naître parents. Celle-ci est traversée par nombre de concepts philosophiques, par des symboles individuels et collectifs. Elle se constituerait de trois parties. Le noyau serait ce « Moi-peau » incarné par la mère et l'enfant. Ils sont supportés et soutenus par le conjoint qui alors formerait une deuxième enveloppe protectrice. Enfin les soignants, eux, représenteraient le contenant qui se doit de préserver cette intimité partagée à trois. C'est à travers cette sphère que s'expriment une multitude de ressentis. Ainsi, se forge l'histoire de chaque maternité. Cette bulle est fragile, alors préservons là !

Ainsi, nous pouvons introduire une notion aspirant à une dimension éthique particulièrement mise en jeu dans l'approche de l'intime qui fera l'objet de la présente réflexion.

3. Adopter un discours philosophique de la profession de sage-femme

L'approche psychologique de notre pratique émet in fine une question primordiale pour nous, futures diplômées: Quelle sage-femme voulons-nous devenir ?

En tant que professionnels exerçant au cœur de la maternité, comment agir pour que chaque personne se sente accompagnée et respectée selon ses spécificités ?

Auprès de la femme enceinte, la sage-femme entre dans un rapport au corps, à la douleur, à la médicalisation qui est ainsi à la base de son accompagnement aussi bien sur le plan médical que relationnel et humain.

3.1 Les attentes des patientes

L'interprétation de nos résultats a permis de laisser entrevoir la formulation d'attentes profondes des patientes relatives au rôle de la sage-femme. Elles énoncent ainsi certains besoins qui doivent alors régir notre profession dans le cadre d'un accompagnement ne devant jamais altérer le sens de ce que vit la femme.

- Sur le plan médical, les parturientes recherchent des **professionnels techniquement compétents**, nous nous devons d'assurer une sécurité dite médicale.

- Néanmoins, les patientes accentuent nettement plus leurs propos sur le plan relationnel. Selon elles, un bon praticien, c'est celui qui sait instaurer un **accompagnement rassurant**. La sage-femme doit incarner une **figure maternante** guidée par une **parole attentionnée et empathique**.

Elles ressentent le besoin d'un premier contact qui se veut **soutenant** en tout premier lieu. La SF incarne cette place particulière de **référence**. En effet, à l'heure actuelle où les cocons familiaux se sont dilués, la politique de transmission de mère à fille n'existe plus tellement. Ainsi, l'étymologie propre de notre profession nous rappelle notre mission de «*passeuse de vie* » [29]

De fait, les patientes recherchent un **accompagnement empathique** au travers duquel le tact relationnel prend tout son sens.

3.2 Le rôle de la sage-femme au cœur de l'interaction

Pour nous sage-femme de demain, il s'avère nécessaire désormais de nous positionner par rapport à cette question que suscite le tact relationnel. C'est pourquoi, nous soulignons l'importance de la remise en question sur notre pratique quotidienne. La rencontre entre deux individus suppose la coexistence de deux histoires différentes. En ce qui concerne la sage-femme, son rôle est d'assurer la poursuite de la relation avec tact, délicatesse et élégance.

Ce que l'on ne peut faire par le toucher, il faut savoir le compenser par une parole d'humanité, rassurante, et par un regard aspirant à l'empathie et le soutien comme le soulignent France Bonneton-Tabariès et Anne Lambert-Libert, auteurs d'un livre sur le toucher [13]. C'est en cela que résonne le tact relationnel. Dans toute interaction avec l'Autre, il est alors essentiel de prendre conscience des enjeux de communication verbale et non verbale.

3.2.1 Une position délicate

Il en va certes de l'intérêt des patientes et appartient aux professionnels de savoir remettre en question leur pratique. Mais encore faut-il que les praticiens puissent se positionner. La sage-femme peut se trouver dans des situations délicates, venant nuancer le pouvoir de sa réflexion. Plusieurs aspects vous sont exposés :

•Un premier constat : un défaut de formation

Dans le cursus, il faudrait inclure une unité traitant du tact relationnel et introduire l'importance de la notion interactionniste dans la relation de soin, dans la formation maïeutique. Très peu d'intervenant aborde ce sujet ; Il y a certes des cours sur

la communication, sur le positionnement personnel face à certaines situations, sur la mise en échec...

Avec le nouveau programme, une alternative se met en place. Les étudiants ont la possibilité de choisir des compléments à la formation grâce aux UE Optionnels en local ou à la faculté (anthropologie du vivant par exemple). Une sensibilisation à cette question qui touche au relationnel se révélerait utile afin d'amorcer d'ors et déjà une réflexion sur l'impact de nos gestes sur la relation.

Nous pouvons prendre pour exemple l'unité optionnelle « Les soins à l'hôpital » instituée à l'école de Bourg en Bresse qui permet d'apporter la technicité mais aussi d'aborder la dimension du prendre soin. Mr Andrieux L. a notamment fait une intervention sur « *L'approche interactionniste de la relation de soins* » [12] et a permis de souligner l'importance de prendre en compte des dimensions anthropologiques inconscientes qui entrent en jeu dans les relations de soins.

Avec la création des nouveaux programmes de Master, nous pourrions intégrer un cours traitant spécifiquement de la dimension du tact relationnel. Cela devrait être unanimement proposé dans les écoles de sage-femme.

•La difficulté actuelle de positionnement pour les nouvelles sages-femmes

En effet, Jacques Béatrice à travers une publication « Sociologie de l'accouchement » [23] a pu décrire la difficulté actuelle des sages-femmes à se positionner entre l'accompagnement de l'eutocie et la technicisation de leur savoir. Les nouvelles diplômées surtout semblent totalement « *socialisées à ces techniques* » [23]. La sage femme moderne est une professionnelle techniquement compétente, bénéficiant d'une formation solide, axée sur les pathologies, le rendement, la rapidité et l'efficacité. Ce discours est soutenu par le regard critique des sages-femmes exerçant depuis plusieurs dizaines d'années constatant l'avènement de cette surmédicalisation, gain d'une sécurité médicale au détriment d'une sécurité affective. [23]. Alors que reste-il des qualités relationnelles et humaines ?

Dans le même registre, un constat curieux a éveillé une autre piste de réflexion. Une patiente a abordé le sujet des caractéristiques propres à chacun jouant un rôle dans la relation. Elle a notamment fait référence aux sages-femmes elle-même mère, ayant elle

aussi éprouvé l'expérience de la maternité. Les patientes perçoivent en elle un discours plus sincère et vive une relation plus vraie.

Cet aspect relève d'un autre débat, qui a été exploité entre autre par Emilie Monjon, dans son travail soutenu en 2009 [30]. Néanmoins, ces propos mettent tout de même en lumière la difficulté de positionnement pour les jeunes diplômés. C'est pourquoi, nous mettons l'accent sur l'importance de cette transmission de sage-femme à femme et réciproquement, un élément d'envergure pour les patientes vu qu'elles le ressentent et qu'elles l'expriment.

Revenons-en simplement à ce qui nous a nommé sage-femme. La relecture de l'Histoire nous instruit aussi. Nous pouvons retenir cette phrase de Socrate « *L'art de la sage-femme doit être exercé par une femme âgée ayant eu des enfants* ». On les appelait les Matrones. Elles seules avaient le savoir de l'enfantement, le pouvoir de cette transmission. Cela insiste encore une fois sur la difficulté d'une telle transmission et les enjeux que revêt la mise au monde.

• La recherche d'une naissance personnalisée ?

Malheureusement dans notre pratique actuelle il y a trop souvent une logique de rentabilité et de rendement. Nous n'avons souvent pas assez de temps ni assez de personnel pour répondre à un modèle de naissance personnalisée. Cela est d'autant plus difficile lorsque seules deux sages-femmes sont de garde pour un bloc accouchement accueillant parfois beaucoup de personnes en même temps. Le manque d'effectif, la répétition de certaines tâches ne permettent pas toujours de rester avenant. Il en découle dès lors qu'il est plus confortable de traiter autant de patientes selon le même protocole que de s'adapter à chaque situation. La porte de sortie pourrait être de s'inspirer du modèle que proposent les maisons de naissance pour les accouchements eutociques. Ce faisant, une prise en charge qui en découlerait pourrait ensuite être adaptée à des situations plus « médicalisées ». Une réflexion autour de l'accompagnement global à la naissance [31] devrait prendre essence pour palier à cet effet de surmédicalisation que les femmes se sont appropriées.

3.2.2 Des gestes humanisés

A travers nos gestes, nous pouvons transmettre beaucoup de choses. Notre pratique quotidienne est régie par des protocoles. Dans la partie qui va suivre, nous nous sommes largement inspirés des propos de Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste [15].

« Actuellement sécurité médicale signifie plateau technique irréprochable, où tout est là en cas de... Certes, c'est bien. Et nous ne sommes pas du tout braqués contre le progrès de la médecine obstétricale. Elle a sauvé beaucoup de vies de femmes, de bébés dans des complications obstétricales. Seulement on peut aussi privilégier l'accueil d'un couple et d'un bébé et respecter ce qu'il se passe dans cette intimité à 3. »

Alors ne nous assujettissons pas aux règles simples dictées par l'institution et humanisons les protocoles ! Remplaçons nos gestes de soin par des gestes d'humanité accompagnés d'une parole humaine et de soutien.

• **Un contexte ambivalent**

Même si d'après les résultats les patientes n'accordent pas autant d'importance au toucher vaginal et à l'aspect pudique de leur corps en salle de naissance, ne le percevons pas comme un garde fou.

La naissance se fait dans un contexte ambivalent. Il se doit de procurer une certaine joie, celle de l'attente de cet enfant et la finalité d'une grossesse. En même temps, c'est aussi un moment intense, fort et douloureux chargé d'angoisse et de stress. Nous devons avoir en tête la notion que les patientes traversent en ce temps des zones de turbulences émotionnelles, comme peuvent le décrire certains psychanalystes [15]. La proximité que va entretenir la sage-femme avec la patiente de part ses gestes, mots et regards, doit se faire de manière prudente.

•L'art du toucher :

Notre profession est ancrée au cœur du tact relationnel. Sous ce concept se profile la notion capitale du toucher. Il est régi dans l'alliance entre les touchers gnostiques, réalisés pour évaluer le côté techniques et les touchers « pathiques », permettant une communication et un réconfort. Ainsi, les sages-femmes se trouvent à la frontière entre le médical pur et l'accompagnement. Elles entrent alors dans ce que l'anthropologue Edward T.Hall [14] a nommé la distance intime. La main de la sage femme s'avère être un **outil ambivalent d'exploration mais également de réconfort**. C'est pourquoi le toucher vaginal fait partie intégrante de l'art obstétrical.

•Défions la « routine ».

Frapper avant d'entrer, se présenter, attendre le consentement de la patiente avant tout geste la touchant...Tout cela semble évident. Et pourtant, le vécu quotidien de nos gestes, de l'intimité nous confronte à une certaine « banalisation » de notre pratique. En effet, certaines ont relaté ce ressenti d'habitudes, de routine. Les femmes se sont approprié cette pratique. Même si elles ne l'ont pas exprimé de façon négative, cela reflète encore bien la difficulté de prendre en charge chaque patiente dans sa singularité. Alors pour éviter à long terme de réduire les femmes à n'être plus que des utérus performants, méfiance et précaution sont de rigueur face à la portée de nos gestes.

•« Laisser être » et faire confiance :

« Les sages-femmes doivent être capables de « laisser être ». Et ce, dans le but de laisser une certaine autonomie, une liberté de choix. Ce n'est pas de l'ordre d'un savoir. C'est accepter, à un moment donné, d'oublier tout ce qu'on sait pour être au plus près de ce qui se passe pour nous, soignants, ainsi que pour les parents et leur bébé. Cela n'empêche pas d'être vigilant techniquement. Toute la difficulté est de tenir ces deux positions » d'après les propos de Catherine Bergeret-Amselek [15]

Le tact relationnel en cela peut participer activement à une relation de confiance réciproque entre la sage-femme et la parturiente ce qui permettra sans doute un meilleur

vécu de cet évènement si unique nécessitant du soutien. Néanmoins, cette éducation doit se faire des deux côtés.

La SF, dotée d'un savoir technique axé sur les pathologies et la connaissance de l'eutocie, doit en tout premier lieu apprendre à se faire confiance. Elle doit savoir maîtriser ses gestes et mobiliser son savoir à bon escient. Elle doit aussi savoir « laisser être » la parturiente et respecter son autonomie et ses choix.

Ce qui permettra alors, dans un deuxième temps, de sécuriser et de rassurer la patiente sur le bon déroulement du travail et sur sa capacité à enfanter.

C'est en cela que, dans le cadre de la physiologie, l'accompagnement empathique occupe une place centrale car il est au fondement même d'une relation de confiance entre la femme et la sage-femme.

3.2.3 Une parole humanisée

Le tact relationnel engage la parole. Celle-ci se doit d'être accessible et sincère. En effet, le tout premier contact que nous établissons avec une patiente passe par les mots. Adoptons alors une attention particulière à la portée de nos mots. Ce sont eux qui accompagnent nos gestes, qui soignent les maux parfois, qui soutiennent et rassurent. La sage-femme doit emprunter une parole travaillée mais en même temps vraie, engagée et éthique afin de ne jamais altérer le sens de ce que vit la femme.

Les conditions de réussite résident également pour une plus grande part dans l'écoute. Nous avons d'ailleurs relevé cet aspect au travers des attentes que certaines patientes ont pu exprimer. Il faut savoir recevoir de manière empathique l'expression de leurs douleurs, de leurs émotions...

Finalement, il s'agit de se soucier de la singularité de chacun dans des circonstances d'extrême fragilité psychique et physique. C'est un réel travail de remise en question.

C. Bergeret-Amselek nous soumet ceci : «*La sécurité affective est à la base de la sécurité médicale.*» [15]

Le « garder-contact » par la parole est une notion essentielle même dans les cas d'extrême urgence. Lors d'un passage en césarienne code rouge, la patiente aura un souvenir nettement plus positif si la sage-femme a pris ne serait-ce que quelques secondes pour lui expliquer ce qu'il se passe en la regardant dans les yeux. La patiente doit avoir le souvenir d'un accouchement humain. Et c'est à nous d'adapter nos gestes et paroles même pour un accouchement des plus techniques en gardant un semblant de respect et d'humanité.

3.2.4 A la rencontre des femmes issues de toutes cultures

Professionnels d'aujourd'hui, nous sommes et serons amenés à être confrontés à cette diversité des cultures. En effet, notre maternité occidentale est amenée à accueillir chaque jour des personnalités différentes et ainsi repousser les frontières culturelles. Elle n'a de cesse d'arpenter de nouveaux horizons mais rencontre aussi la difficulté d'appréhender une pudeur qui n'a pas forcément les mêmes codes. Marie Rose Moro décrit néanmoins une tendance à figer les personnes dans un modèle. Elle parle ainsi de « fixité culturelle ». [32] Là est toute la difficulté pour les soignants de savoir rester attentif à la singularité de chacun. De même pour les patientes d'autres cultures pour qui il ne s'avère pas si facile de se positionner. Nous pouvons prendre pour exemple les futures mères venant du Maghreb. Soumaya Naame-Guessous a exploré le domaine de la sexualité féminine au Maroc et introduit son ouvrage « Au-delà de toute pudeur » en parlant de la « *hchouma* ». Elle précise « *Plus que la honte, plus que la pudeur elle [la hchouma] est présente constamment, en tout lieu, en toute circonstance [...] c'est un code auquel on se conforme sans réfléchir, et qui légifère toutes les situations de l'existence* ». [33] Dictée par les préceptes de l'Islam, ce code constitue une barrière, l'exposition du corps est dès lors perçue comme une honte. Ainsi, dans ce contexte, la difficulté est de laisser exprimer leur ressenti, sans pour autant altérer le vécu de la naissance ni violer le code de la « *hchouma* » que leur culture leur a donné en héritage.

On parle de sciences humaines. Certes, nous ne pouvons avoir l'emprise sur la totalité des situations. Cependant, il serait nécessaire de se former sur une approche globale de ces concepts et représentations de la pudeur au sein d'autres cultures. Ce qui fixerait des « bornes » guidant ensuite nos gestes de la manière la plus satisfaisante. Et ce pour que le professionnel puisse acquérir des clefs de compréhension pour être à même d'accompagner ces femmes vers la naissance dans un contexte où il n'y a plus de codes. C'est ainsi que nous achèverons notre réflexion sur la manière dont l'anthropologie de la santé peut faire évoluer nos pratiques.

Conclusion

A l'heure actuelle, nous nous trouvons à un carrefour entre l'hyper médicalisation et le respect de la physiologie. On peut alors incriminer une certaine influence socioculturelle française avec le poids de l'institution qui joue assurément un rôle primordial dans le rapport que peuvent entretenir les professionnels de santé avec leur pratique quotidienne ; d'autre part, dans ce cheminement vers la naissance, les patientes recherchent une certaine technicité médicale qui se veut sécurisante. La question des conditions de naissance reste alors en débat. Néanmoins sa difficulté relève du fait qu'il ne s'agit pas seulement d'un sujet médical mais également sociétal. Une réflexion commune doit prendre essence. Le métier de sage-femme est naturellement touché par ces évolutions. C'est pourquoi il est apparu opportun d'établir une réflexion de fond sur notre rôle en tant que sage-femme de l'obstétrique moderne afin de nous repositionner dans notre pratique au quotidien.

Ainsi, nous avons voulu répondre à la question de la portée de nos gestes sur le vécu de l'accouchement. Globalement les femmes ont un vécu plutôt positif. Il apparaît qu'elles n'octroient pas autant d'importance à la pudeur en salle de naissance que nous le supposions. Néanmoins, une réflexion de fond s'est posée sur le tact relationnel et notre rôle en tant que sage-femme.

« Ainsi que ce soit avec les mots, le regard ou le toucher, le tact est nécessaire et apprécié des patientes. Un accueil humanisé contribuera à mettre en confiance les patientes et à les détendre, ce qui reste primordial pour un accouchement serein. Elles seront alors à même de bien accueillir leur enfant » [22]

C'est dans ce cadre que le tact relationnel prend tout son sens. Intégré dans l'accompagnement des patientes et des couples, il permet un meilleur vécu de cet évènement unique qu'est la naissance de leur enfant. Rigueur théorique et exigence éthique sont nécessaires pour baliser ce qu'il convient de faire ou de dire dans toute relation.

La sage-femme confrontée dans sa pratique quotidienne au génital et au sexuel, doit garder en tête la conciliation de deux fonctions essentielles, maternité et sexualité.

Emprunt d'une parole accueillante et sincère, il est indispensable de toujours se poser la question de la portée de sa présence, de ses gestes, de ses mots lorsqu'elle entre dans l'histoire et dans le présent d'une femme et d'un couple. Cela forge l'humanité et la singularité de notre profession.

« L'humanisation des soins n'est pas une perte de temps » estime Gérard Lévy, ancien doyen de la faculté de médecine et directeur de l'école de sage-femme de Caen. *« Elle fait partie des soins eux-mêmes »* précise-t-il.

Un contact humain et respectueux participe au bon déroulement d'une grossesse et d'un accouchement.

Ainsi, humanisons nos protocoles et portons un regard sur notre pratique chaque jour.

Soyons sages, accueillons ces futures mères et ces couples

avec bienveillance et humanité ;

Soyons femmes, respectons leur pudeur pour une

naissance en toute intimité.

Références

Bibliographiques

- [1] LAROUSSE (Usuel), 2011
- [2] LE BRETON D. ***Anthropologie du corps et modernité***. Paris, Editions Presses Universitaires de France (PUF), 1990, 4^{ème} édition, p. 8
- [3] IDE P. ***Le Corps à Cœur : essai sur le corps humain***. Paris, Editions Saint Paul, p. 343 (Annexe 1)
- [4] TURNOCK C., KELLEHER M., WALSC K., KOWENKO I. ***Intensive and Critical Care Nursing***, 2001, International Journal of Nursing Practice 2002, issue de la 10^{ème} journée paramédicale des services d'urgences et de reanimation: Respect du patient et pratique de soins, état des lieux, Hôpitaux Universitaire de Genève, juin 2005
- [5] DURIF-VAREMBONT J.P. ***La proximité : une éthique de l'intime. Le divan familial***, n°11, 2003, p.191
- [6] CINQ-MARS J.M. ***Quand la pudeur prend corps***. Paris, Editions Presses Universitaires de France (PUF), 2002, pp. 7-38, pp. 39-51, et pp. 53-85
- [7] Aly-abbara.com (Site) Toucher vaginal :
[En ligne] : www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/toucher_vaginal.html
(Consulté le 12/10/2012)
- [8] LANSAC J., DESCAMPS P., OURY J.F. ***Pratique de l'accouchement***. Paris, Elsevier Masson, 2011, pp. 28- 49, et p. 50
- [9] ROUSSELLE A. ***Observation féminine et idéologie masculine: le corps de la femme d'après les médecins grecs***, 1980, p. 1115. Source internet Persée :
Portail Persée [en ligne]
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ahess_0395-2649_1980_num_35_5_282687 (Consulté le 11/09/2012)
- [10] ROUSSELLE A. ***Observation féminine et idéologie masculine: le corps de la femme d'après les médecins grecs. Annales Economies Sociétés Civilisations***, 1980, vol. 35, n°5, pp. 1089-1115
- [11] ARNAUD-LESOT S., HOERNI B. ***Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours. La Revue Du Praticien***, n°58, 2008/05, pp. 1154-1157
- [12] ANDRIEUX L. *Cours dispensés à l'Ecole de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse*, intitulé : ***«l'Approche interactionniste de la relation de soin»***. Unités Optionnelles Master 2, année 2012

- [13] BONNETON-TABARIÈS F., LAMBERT-LIBERT A., PÉRON C. ***Le toucher dans la relation soignant-soigné***. Paris, Med-Line Éditions; 2009, 2^{ème} édition, pp. 23-26
- [14] HALL E.T. ***La dimension cachée***. Edition Le Seuil, 1971, pp. 145-157, Coll. Points Essais
- [15] BERGERET-AMSELEK C. (Entretien) **La sécurité affective ne peut pas être séparée de la sécurité médicale**. *Revue Profession Sage-femme*, n°62, 2000/01, pp. 21-26.
- [16] MONTALESCOT M. ***Le toucher relationnel***. Saint-Jean-de-Braye, Edition Dangles, 1999, p.2
- [17] LE BRETON D. ***La saveur du monde une anthropologie des sens***. Paris, Métailié, 2006, pp. 219-220
- [18] LEGOEDEK B. **Approche philosophique du discours de la sage-femme**. *Vocation Sage-femme* n°94, 2012/01-02, p. 28.
- [19] BLOND S. ***Etudiant d'aujourd'hui, sage-femme de demain. Perception par les professionnels de l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage***. Mémoire de sage-femme, Ecole de Bourg-en-Bresse, 2008, 55 p.
- [20] COMBIER E., De POUVOURVILLE G. **Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France**. Paris, Editions La Mutualité Française, 1999, vol. 1, pp.98-102
- [21] AKRICH M., PASVEER B. ***Comment la naissance vient aux femmes ? Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas***. Edition Synthélabo, 1996, p.91, et pp. 113-117
- [22] R-GUERROUDJ N. ***Soignant-soigné, Une relation à humaniser***. *Profession Sage-femme*, n°136, 2007/06, p. 36.
- [23] JACQUES B. (Entretien) **Les femmes se sont appropriées la surmédicalisation**. *Profession Sage-femme*, n°133, 2007/03, pp. 16-17.
- [24] WAGNER M. ***Fish can see water: the need to humanize birth***. [en ligne]: http://www.pbh.gov.br/smsa/bhpelopartonormal/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf (consulté en juillet 2012)
- [25] WINNICOTT DW. ***De la pédiatrie à la psychanalyse***, Paris, Payot, 1976, pp. 33-48, Coll. Petite Bibliothèque Payot
- [26] FREUD S., ***Le Moi et le ça***. In : ***Essai de psychanalyse***, Paris, Payot, 1981, p.75.
- [27] ANZIEU D. ***Le Moi-peau***. Editions Dunod, Paris, 1995, pp. 1-8.

- [28] BOWLBY J. *Attachement et Perte*. volume I : Attachement, Paris, Presses Universitaires de France (PUF), pp.10-150
- [29] HOARAU D. *10 ans et 100 numéros de Vocation Sage-femme, un rêve devenu réalité*. *Revue Vocation Sage-femme*, n°100, 2013/01-02, p.4.
- [30] MONJON E. *Vécu d'accouchement de la sage-femme : quelle influence sur sa pratique professionnelle en salle de naissance?* Mémoire de sage-femme, Ecole de Bourg-en-Bresse, 2009, p.74
- [31] BEAU S. *Regards des sages-femmes sur l'accompagnement global à la naissance*. Mémoire de sage-femme, Ecole de Bourg-en-Bresse, 2008, p. 73
- [32] COLLECTIF D'AUTEURS. *Devenir parent en exil*, Edition Erès, 1999, pp. 7-10
- [33] NAAMANE-GUESSOUS S. *Au-delà de toute pudeur, la sexualité féminine au Maroc*. Edition Karthala, 1991, pp. 5-25
- [34] MIGNOT S. *Sondage : pratiques obstétricales, 39% des femmes frustrées par leur accouchement*. *Profession Sage-Femme*, n°103, 2004/03, p. 14

Bibliographie

Ouvrages

- AKRICH M., PASVEER B. ***Comment la naissance vient aux femmes ? Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas.*** Edition Synthélabo, 1996, 194 p.
- BLANCHON C. ***Le toucher relationnel au cœur des soins.*** Paris, Elsevier, 2006, 123 p.
- BONNETON-TABARIÈS F., LAMBERT-LIBERT A., PÉRON C. ***Le toucher dans la relation soignant-soigné.*** Paris, Med-Line Éditions, 2009, 153 p.
- BRUCHON-SCHWEITZER M. ***Une psychologie du corps.*** Presses Universitaires de France (PUF), 1990. 265 p.
- CINQ-MARS J.M. ***Quand la pudeur prend corps.*** Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 2002, 302 p.
- COMBIER E., de POUVOURVILLE G. ***Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France.*** Paris, Editions La Mutualité Française, 1999, vol. 1, 138 p.
- CONSEIL NATIONAL de L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. ***Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie.*** 2012, 144 p.
- DESCAMP M.A. ***L'invention du corps.*** Paris, Presses Universitaires de France (PUF), 1986, 191 p.
- GREIS B. ***De la perte de soi au soin des autres : Essai de psychologie autour de la relation soignant/soigné.*** Doin Editions, 2007, 127 p.
- HALL E.T. ***La dimension cachée,*** Edition Le Seuil, 1971, 245 p., Coll. Points Essais
- LANSAC J., DESCAMPS P., OURY J.F. ***Pratique de l'accouchement.*** Elsevier MASSON, 2011, 594 p.
- LAROUSSE 2011, 1811p.
- LE BRETON D. ***Anthropologie du corps et modernité.*** Paris, Editions Presses Universitaires de France (PUF), 1990, 4^{ème} édition, 263 p.
- LE BRETON D. ***L'Adieu au corps.*** Paris, Editions Métailié, 1999, 237 p.
- LE BRETON D. ***La saveur du monde une anthropologie des sens.*** Paris, Editions Métailié, 2006, 451 p.
- LEVY I. ***Soins, cultures et croyances : Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux.*** Paris, Estem De Boeck Supérieur, 1999, 2^{ème} édition, 246 p.

- LOUX F. *Traditions et soins d'aujourd'hui*. InterÉditions; 1983, 315p.
- MONTALESCOT M. *Le toucher relationnel*. Saint-Jean-de-Braye, édition Dangles, 1999, 155 p.
- PAGE L.A., PERCIVAL P., KITZINGER S., Et Al. *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*. Elsevier Masson, 2004, 418 p.
- POUVREAU-ROMILLY O.Y. *L'évènement De La Naissance*. Editions Erès, 1995, 110 p.
- TISON B. *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris, Masson; 2007, 247 p.
- VEGA A. *Soignants/Soignés : Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, De Boeck, 2001, 2e édition, 156 p.

Articles

• Consultés via revue.org :

Portail de revues en Sciences Humaines et Sociales

- ANDRIEU B. **Le soin de toucher**. *Le Portique*, 2006/03, -Soin et éducation (I)-, 6 p.
- BROMBERGER C. **Toucher**. *Terrain*, n°49, 2007/08, pp. 5-10
- DE GRAVE J.M. **Quand ressentir c'est toucher**. *Terrain*, n°49, 2007/08, pp. 77-88
- JACQUES B. **L'expérience de la maternité sous influence médicale**. *Face à face*, n°2, 2000, 8 p.
- POUCHELLE M.C. **Quelques touches hospitalières**. *Terrain*, n°49, 2007/08, pp. 11-26
- SOLA C. **Y a pas de mots pour le dire, il faut sentir**. *Terrain*, n°49, 2007/08, pp. 37-50

• Consultés via Elsevier.com :

- LEWIN D., FEARON B., HEMMINGS V., JOHNSON G. **Women's experiences of vaginal examinations in labour**. *Midwifery*, n°21, 2005/09, pp. 267-277
- SWAHNBERG K., WIJMA B., SIWE K. **Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse ?**, *European Journal of Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology*, n°157, 2011/08, pp. 200-205
- YING LAY C., LEVY V. **Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour**. *Midwifery*, n°18, 2002/12, pp. 296-303
- WAGNER M. **Fish can see water: the need to humanize birth**. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n°75, 2001, pp. 25-37

• Articles de revues en version papier :

- ARNAUD-LESOT S., HOERNI B. **Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours**. *La Revue Du Praticien*, vol.58, 2008/05, pp. 1154-1157
- BERGERET-AMSELEK C. (L'Entretien) **La sécurité affective ne peut pas être séparée de la sécurité médicale**. *Profession Sage-Femme*, n°62, 2000/01, pp. 21-26
- CHAVET M., KOCHLI N. **Et si périnatalité rimait avec respect et humanité...** *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°415, 2012/05, pp. 4-6

- D'ERCOLE C., SHOJAI R., DESBRIERE R., THOREAU F., GOFFINET F., BOUBLI L. (Docteurs) **Exposé didactique, Faut-il encore réaliser des touchers vaginaux ?** *Profession Sage-Femme*, n°92, 2003/02, pp. 20-27
- DURIF-VAREMBONT J.P. **La proximité : une éthique de l'intime.** *Le divan familial* n°11, 2003, pp.191-201
- HANAFI N. **Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique.** *Bulletin du centre d'étude d'histoire de la médecine*, n°73, 2010, pp. 21-46
[En ligne] <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00556840> (Consulté le 20/07/2012)
- HOARAU D. **10 ans et 100 numéros de vocation sage-femme, un rêve devenu réalité.** *Vocation Sage-femme*, n°100, 2013/01-02, p. 4
- JACQUES B. (Entretien) **Les femmes se sont appropriées la surmédicalisation.** *Profession Sage-Femme*, n°133, 2007/03, pp. 16-17
- LEGOEDEEC B. **Approche philosophique du discours de la sage-femme.** *Vocation Sage-femme*, n°94, 2012/01-02, pp. 28-30
- McCULLOUGH L.B., CHERVENAK F.A., COVERDALE J.H. **Ethically justified guidelines for defining sexual boundaries between obstetrician-gynecologists and their patients.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, n°175, 1996/08, pp. 496-500
- MIGNOT S. **Sondage : pratiques obstétricales, 39% des femmes frustrées par leur accouchement.** *Profession Sage-Femme*, n°103, 2004/03, p. 14
- NOUR R.G., **Soignant-soigné, Une relation à humaniser.** *Profession Sage-Femme*, n°136, 2007/06, pp. 36-38
- MONTAZEAU O., «**Regarde elle a les yeux grands ouverts**», un film de Yann Le Masson (1980), **Pour relancer un débat nécessaire.** *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°413, 2012/03, pp. 30-32.
- ROUSSELLE A. **Observation féminine et idéologie masculine : le corps de la femme d'après les médecins grecs 1980.** vol. 35, n°5, pp. 1089-1115.
- TREBOS C. **Le toucher relationnel en salle de naissance.** [Extrait de mémoire], *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°391, 2010/03, pp. 9-19

Cours dispensés et supports délivrés lors de la formation maïeutique à : l'Ecole de Sages-Femmes de Bourg-en-Bresse, non publiés :

- Mr ANDRIEUX L., Cours dispensés à l'Ecole de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse par, intitulé « ***L'Approche interactionniste de la relation de soin*** », unités optionnelles Master 2, année 2012
- Mr MARGA, Cours de communication, unité Préparation à la parentalité, thème de « ***l'assertivité*** », juin 2012
- Formatrices de l'Ecole de Bourg- en- Bresse, Document guide pour la réalisation du mémoire, ***La méthodologie d'enquête*** (Volume I), 42p. , ***La rédaction du mémoire*** (Volume II) 29p. , 2011/09.

Littérature grise

- BLOND S. ***Etudiant d'aujourd'hui, sage-femme de demain. Perception par les professionnels de l'encadrement des étudiants sages-femmes en stage.*** Mémoire de sage-femme, Ecole de Bourg-en-Bresse, 2008, 55 p.
- BON-MARDION D. ***Intérêt du toucher vaginal systématique lors de la surveillance des grossesses normales.*** Mémoire de sage-femme, Ecole de Rouen, 2010, 87 p.
- LORIOUX R. ***Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?*** Mémoire de sage-femme, Angers, Ecole René ROUCHY, 2010, 91 p.
- MONJON E. ***Vécu d'accouchement de la sage-femme : quelle influence sur sa pratique professionnelle en salle de naissance ?*** Mémoire de sage-femme, Ecole de Bourg-en-Bresse, 2009, 74p.

Sites internet

- **Réseau Aurore,**
Réseau de santé autour de la naissance : <http://www.aurore-perinat.org/>
- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS):** www.who.int/fr
- **Collège National des Gynécologues et Obstétricien Français :** www.cngof.asso.fr
- **Semaine mondiale pour un accouchement respecté :**
Blog : <http://smar.info/>
- **Légifrance :** service public de la diffusion du droit par l'internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/>
- **Aly-abbara.com,** site personnel du Dr Aly Abbara, Gynécologue, Obstétricien
<http://www.aly-abbara.com/>
- **Portail de l'Université Lyon 1 :** <http://www.univ-lyon1.fr/>
- **Pubmed :**
Moteur de recherche de Base de données bibliographiques spécialisée en biologie et médecine : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- **Cismef :**
Catalogue et index des sites médicaux de langue française, CHU de Rouen,
Dont : Portail terminologique en santé : <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- **EmPremium :**
Portail médical électronique Elsevier-Masson : <http://www.em-premium.com/>
- **Persée :**
Base de données en Sciences Humaines et Sociales :
<http://www.persee.fr/web/guest/home>
- **DUMAS :**
Base de données mémoires : Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance
dumas.ccsd.cnrs.fr/

Personnes ressources

- Mr ANDRIEUX L., Formateur - l'IFSI de Hauteville-Lompnes - Sociologue, Doctorant en Philosophie des Sciences
- Dr BARQUERO F., Sexologue, Bourg-en-Bresse
- Mme BONHOUR P., Formatrice -Ecole de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse
- Mme CHICHOUX F., Formatrice - Ecole de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse
- Mme GUILLAUME M., Documentaliste - Association Migrations Santé Rhône-Alpes (MSRA)
- Mme KOLASSA D., Psychologue - Pôle Mère-Enfant/Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.
- Mme LALLEMAND C., Anthropologue en Santé - Migrations Santé Rhône-Alpes (MSRA).
- Mr SORET D., Documentaliste - Bibliothèque Universitaire Santé. Domaine Rockefeller.

Annexes

Annexe 1 : Extraits d'articles relatif à l'aspect médico-légal autour du soin

(Liste non exhaustive)

•Obligation d'informer

Code de la Santé Publique, Article L1111-2:

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.»

Code de déontologie des médecins, Article 35:

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

•Recueil du consentement

Code civil
Article 16-3 :

« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

Code de déontologie médical
Article R.417-36:

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

Code de déontologie des sages-femmes
Article R4127-308 :

« La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible. Lorsque la patiente est hors d'état d'exprimer sa volonté, ses proches doivent être prévenus et informés, sauf urgence, impossibilité ou lorsque la sage-femme peut légitimement supposer que cette information irait à l'encontre des intérêts de la patiente ou de l'enfant. »

La chartre du patient hospitalisé :

« Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient. »

Annexe 2 : Parabole des porcs-épics

"Par une froide journée d'hiver, un troupeau de porc-épics s'était mis en groupe serré pour se garantir mutuellement contre la gelée par leur propre chaleur.

Mais tout aussitôt ils ressentirent les atteintes de leurs piquants, ce qui les fit s'éloigner les uns des autres.

Quand le besoin de se chauffer les eut rapprochés de nouveau, le même inconvénient se renouvela, de façon qu'ils étaient ballotés de ça de là entre deux souffrances, jusqu'à ce qu'ils eussent fini par trouver une distance moyenne qui leur rendît la situation supportable.

Ainsi, le besoin de société pousse les hommes les uns vers les autres ; mais leurs nombreuses qualités repoussantes et leurs insupportables défauts les dispersent de nouveau. La distance moyenne qu'ils finissent par découvrir et à laquelle la vie en commun devient possible, c'est la politesse et les belles manières."

Arthur Schopenhauer, *Parerga et Paralipomena* (1851), § 396

Annexe 3 : Recueil de données d'après le dossier médical. Préalable à l'entretien

	Entretien N° 1	Entretien N°2	Entretien N°3	Entretien N°4
Enregistrement N°				
Jours entretien				
Gestité				
Parité				
Age				
Nationalité				
Antécédents particuliers				
Durée du travail Début : Accouchement :				
APD (heure pose)				
Nombre TV avant APD				
Nombre TV après APD				
Praticiens SF (Nombre) Médecin interne ESF				
Présence du père				
Durée de l'entretien				

Annexe 4 : Trame d'entretien

Synthèse trame entretien

Objectifs : comment le TV est-il réalisé ?

Comment ont-elles vécu ce geste ?

Présentation personnelle

Introduction du sujet de mémoire

« Je vous sollicite à l'occasion de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme. J'ai choisi d'exploiter comme thème le tact relationnel, un élément essentiel dans toute relation entre un professionnel et une patiente, entre vous et moi. Je voudrais étudier plus particulièrement ce qui est en rapport avec le toucher, composant essentiel de notre métier ; vous avez pu le constater par vous-même à travers la palpation de votre ventre, l'examen vaginal... »

Jours de l'entretien

J1 J2 J3 Jour de Sortie (de préférence le matin, voir avec les Auxiliaires Puéricultrices pour s'organiser)

Autorisation de la patiente pour enregistrer

Présentation du sujet

« Alors pourquoi s'intéresser au toucher relationnel ? Et bien je suis partie des expériences que j'ai pu avoir en stage depuis le début de mon cursus. Une des choses que j'ai pu retenir est que le fait d'exercer à l'hôpital nous impose de suivre des protocoles précis, assez stricts ; des protocoles qui se révèlent toutefois indispensables à la bonne pratique professionnelle ... Ce qui nous amène, et parfois trop souvent, à intervenir de manière protocolaire, systématique.

Alors je me suis intéressée plus particulièrement au toucher vaginal en salle de naissance, un examen qui fait partie intégrante de l'art obstétrical, pratiqué fréquemment par les sages-femmes ou médecins ; malgré tout, cela reste un geste très intime, qui touche à l'intégrité personnelle. »

Annnonce du déroulement de l'entretien

« Ainsi, j'essaie de comprendre ces comportements, je voudrais pointer du doigt cette relation qui nous est si singulière et tenter de voir si nous pouvons faire évoluer nos pratiques »

Donc comment va se dérouler notre rencontre ?

C'est un partage entre vous et moi sur votre vécu, vos ressentis...Je vous rappelle que je suis tenue au secret professionnel et que cet entretien est totalement anonyme bien sûr.

Ce partage va être guidé par des questions que je vais vous poser au fur et à mesure.

- Dans un premier temps, on va prendre le temps de faire connaissance, je vous poserai quelques questions toutes simples.
- Puis afin de remettre les choses dans leur contexte, vous aurez l'occasion de me faire un petit retour sur votre accouchement, le déroulement des évènements, votre vécu ;

Pour enfin, laisser exprimer dans un dernier temps vos ressentis, vos craintes, vos émotions ... »

I. Faire connaissance

-âge de la patiente

-Nationalité

-ATCD particuliers (à vérifier au préalable sur le dossier)

II. Retour sur l'accouchement

- Comment avez-vous vécu cette première expérience de l'accouchement ?APD ?
- Etiez-vous accompagné pour votre accouchement ?(conjoint, tiers)
- En ce qui concerne votre surveillance globalement :

-Combien de personnes avez-vous rencontrés durant tout le travail, les personnes qui se sont occupées de vous ?

-Etait-ce des SF ? ESF ? Médecins ?Hommes, femmes ?

III. Contexte, questions fermées concernant plus particulièrement les examens vaginaux pratiqués durant le travail

« Nous allons vraiment entrer dans le vif du sujet en parlant plus particulièrement du toucher vaginal. Vous savez que c'est un geste que nous pratiquons très régulièrement en salle de naissance. Vous avez donc été examiné, mais dans quelles conditions :

Comment ça s'est passé ?

- Comment le geste vous a-t-il été présenté, expliqué par le soignant ? la fréquence des examens ? avez-vous compris le pourquoi de ce geste ?
- Vous a-t-il semblé nécessaire que l'on vous examine ?
- Comment vous a-t-on installé pour cet examen ?
- Par qui avez-vous été examinée ?
- Par une seule personne à chaque fois ? ou par plusieurs personnes différentes ? ESF ? homme ou femme ?
- Si l'examineur est un homme : avez-vous ressenti un quelconque mal-être ? (vis-à-vis du conjoint si présent à l'accouchement)
- Cela vous a-t-il rassuré ? angoissée ? rien ?
- A chaque examen : autour du professionnel examineur, y'avait-il d'autres personnes (ESF, auxiliaire, médecin...) ?

Comment avez-vous perçu/ressenti la présence d'autre personne ?

- En ce qui concerne votre conjoint : était-il présent à chaque examen ? Consentiez-vous à sa présence ?

Si oui, sa place vous convenait-elle ? avez-vous osé le dire ? Pourquoi ?

Si non, avez-vous osé le dire ? Pourquoi ?

- Avant la péridurale (si APD) : les contractions sont douloureuses, elles se régularisent...le fait que l'on vous examine (geste inconfortable) a-t-il généré en vous plus d'angoisse, vous a-t-on posé la question si c'était un moment opportun pour vous examiner.

Après la péridurale : plusieurs examens sont pratiqués : ont-ils été faits de la même façon ? Cela vous a-t-il gêné ? Avez-vous accepté ce geste ?

IV. Ressentis

Première question générale : Comment avez-vous vécu ces différents moments?

Au final :

Pensez-vous que l'on vous a respecté ? (en tant que personne / Corporellement)

Trouvez-vous que l'on a respecté votre pudeur /votre intégrité personnelle

Qu'avez-vous pu éprouver à ces moments ?

Qu'avez-vous pu craindre lors de ces examens ?

Certes, cet examen qui s'inscrit dans la surveillance du travail, de son avancement, cela vous renvoie d'une certaine manière à votre enfant, sa surveillance, son bien-être ; cela vous renvoie aussi à votre intimité, votre pudeur, votre perception de votre corps :

A chaque examen, vous sentiez-vous prête à le recevoir ?disponible ?assez avertie ? »

V. Fin de la discussion

Refermer la discussion : « *Je pense avoir toutes les données nécessaires...*

Avez-vous des suggestions ? Des questions ?....»

VI. Conclusion, remerciements

« Je vous remercie d'avoir pris le temps pour ce partage, pour toutes les questions auxquelles je souhaite trouver une réponse. Ce fut un témoignage riche et qui, je l'espère, fera changer les choses, la vision du personnel soignant, une prise de conscience sur cette relation si particulière que nous établissons avec vous. »

Résumé

C'est à travers une dimension relationnelle que la profession de sage-femme prend tout son sens. Ainsi, ce travail met l'accent sur le tact relationnel, une analyse de nos gestes pratiqués de manière quotidienne en salle de naissance.

Nous nous sommes interrogés plus particulièrement sur l'impact qu'ils pouvaient avoir sur le vécu de l'accouchement chez les primipares. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur un seul geste : le toucher vaginal ; en un seul lieu : la salle de naissance, où s'articulent de multiples enjeux, habitudes et tabous.

C'est en laissant la parole aux premiers concernés, femmes et conjoints, qu'une réflexion sur la pudeur et sur la portée de nos gestes a pris essence.

Ainsi, nous avons effectué une analyse qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de vingt-trois patients.

Ben que les femmes n'aient pas exprimé un vécu négatif en regard à la pudeur, elles ont néanmoins soulevé certains aspects et attentes en regard à la profession de sage-femme.

Ce travail a permis de souligner l'importance de la remise en question dans notre pratique quotidienne.

Savoir humaniser nos protocoles est essentiel pour répondre aux besoins des patientes de la manière la plus adaptée possible.

Titre Naissance et intimité : Regard des femmes en salle d'accouchement.
Le tact relationnel au cœur de notre pratique.

Mots-clés Toucher vaginal – Pudeur – Vécu des patientes – Salle de naissance – Sage-femme – Sciences humaines et sociale – Tact relationnel – Toucher – Interactionnisme.

Auteur Camille NICOL née le 29 avril 1990
Etudiante sage-femme de l'école de Bourg-en-Bresse
camillenicol1@gmail.com