La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : ce que les femmes ont à nous dire. Étude qualitative auprès de 15 patientes de 3 maternités des Hauts-de-France

Éléonore de Bardonnèche-Richard

▶ **To cite this version:**

Éléonore de Bardonnèche-Richard. La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : ce que les femmes ont à nous dire. Étude qualitative auprès de 15 patientes de 3 maternités des Hauts-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02170153

HAL Id: dumas-02170153

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170153

Submitted on 1 Jul 2019

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

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

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE

FILIÈRE MAÏEUTIQUE

La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : Ce que les femmes ont à nous dire

Etude qualitative auprès de 15 patientes de 3 maternités des Hauts de France

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme,

Présenté et soutenu par
Eléonore DE BARDONNECHE-RICHARD
Sous la direction de
Mme Rozenn LE BERRE
Enseignante-Chercheuse au Centre d'Ethique Médicale de l'ICL

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2017-2018

Remerciements :

Je remercie Mme Le Berre, directrice de ce mémoire, qui m'a encadrée pour ce travail. Elle a su me répondre rapidement et efficacement dès que j'en avais le besoin.

Merci également à Mme Henrard, sage-femme enseignante référente, qui a toujours été disponible pour m'aiguiller dans mes nombreuses impasses au cours de la rédaction de ce travail.

Merci à l'intégralité de l'équipe pédagogique de la filière maïeutique qui a su nous donner le goût de notre future profession et les bases essentielles pour avancer.

Merci à ma famille : papa et maman pour votre soutien aussi bien financier que moral, Ambre et Danaê, mes sœurs, pour leurs encouragements.

Je remercie toutes mes amies pour leur soutien et bonne humeur. Malgré ces derniers temps trop surchargés pour se voir, vos petits messages m'ont toujours réchauffé le cœur. Ces 4 dernières années sont remplies de souvenirs magiques, et j'espère pouvoir en créer d'autres avec vous.

Merci à mon chéri, Romain, pour tes encouragements et tout ton amour dans les moments les plus difficiles mais aussi pour ceux, heureux, qui se profilent pour nous deux. Merci à mon futur sous-préfet qui a eu la patience de corriger ma syntaxe.

Merci à toutes les sages-femmes bienveillantes qui au cours de mes stages ont su me transmettre leur passion, car pour être bientraitante il est important d'être avant tout bientraitée.

Merci à toutes les femmes que j'ai pu prendre en charge à l'hôpital qui m'ont rendu un sourire ou un merci : vous êtes notre motivation à continuer ce métier.

Enfin, merci aux patientes volontaires pour ces entretiens, sans qui ce travail n'aurait pu exister.

Table des matières

1. Introduction 5
2. Notions 10
   2.1. La notion de bientraitance et sa part de subjectivité 10
   2.2. Le care : indissociable du cure 11
   2.3. Les notions d'intimité et de pudeur : omniprésentes en gynécologie 12
3. Matériel et méthode 14
4. Résultats 18
   4.1. Le professionnel 18
   4.2. Les attentes ou l'appréhension par rapport à la consultation 20
   4.3. La satisfaction à propos de l'accueil et de l'interrogatoire 21
   4.4. L'examen 21
   4.5. La satisfaction à propos des résultats et des explications 25
   4.6. La satisfaction globale des patientes et éléments y participant 25
   4.7. La présence de l'étudiant 28
   4.8. La routine exprimée par les patientes 29
   4.9. L'insatisfaction exprimée par les patientes 29
5. Analyse et discussion 31
   5.1. Avant la consultation de gynécologie 32
   5.2. Qu'en est il de la bientraitance lors de l'examen gynécologique ? 35
   5.3. L'étudiant : acteur supplémentaire lors de la consultation 43
   5.4. Analyse de la satisfaction et de l'insatisfaction des patientes 45
6. Conclusion 51
7. Bibliographie 53
8. Sitographie 56
9. Annexes 57

Glossaire :

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

CPP : Comité de Protection des Personnes

FCU : Frottis cervico-utérin

FMM : Faculté de Médecine et de Maïeutique

HAS : Haute Autorité de Santé

ICL : Institut Catholique de Lille

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IRSAF : Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes

ONU : Organisation des Nations Unies

1. Introduction

La consultation de gynécologie de prévention est un rendez-vous annuel recommandé par la Haute Autorité de Santé pour toutes les femmes. Celle-ci est principalement axée sur le suivi gynécologique de prévention, notamment le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein. Elle est généralement composée d'un interrogatoire, parfois d'un examen clinique, et si besoin de prescription(s) de contraceptifs, d'éventuels traitements, ou d'examens complémentaires.

Elle est encadrée par plusieurs recommandations des institutions savantes :

- Le CNGOF explicite le contenu minimal des données recherchées à l'interrogatoire [1] (tels que les antécédents de la patiente, ses traitements et signes fonctionnels, les renseignements sur son cycle menstruel, sa contraception actuelle, etc...)
- La HAS pose le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : « le dépistage est fondé sur la réalisation d'un FCU à un rythme triennal (après deux FCU normaux réalisés à an d'intervalle) entre 25 et 65 ans » [2]. Elle organise également le dépistage du cancer du sein : « un examen clinique mammaire annuel doit être réalisé par le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme, chez toute femme, qu'elle soit à haut risque ou non, à partir de l'âge de 25 ans » [3]
- Pour la contraception, l'INPES propose le modèle BERCER pour permettre à la patiente de faire son choix après une information complète et éclairée par le professionnel [4]

Pratiquée par les gynécologues et médecins traitants, cette consultation l'est aussi par les sages-femmes depuis l'extension de leurs missions dans l'article L.4151-1 du code de la santé publique[1] depuis Juillet 2009 *«La sage-femme peut proposer un frottis cervical. L'exercice de la profession peut comporter la réalisation de consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique»* [5]

Les professionnels réalisant la consultation de gynécologie de prévention peuvent être accompagnés d'un étudiant (étudiant sage-femme, externe ou interne par exemple). C'est le cas principalement dans les CHU qui ont pour mission la formation de ceux-ci. Les étudiants sont donc également acteurs dans la prise en charge des patientes qui donnent en principe leur accord pour qu'ils participent.

[1] Version modifiée par la loi n°2009 -879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HSPT)

Plusieurs lois encadrant la pratique de la médecine s'appliquent particulièrement à cette consultation. En effet les actes techniques nécessitent informations et consentement de la patiente.

Premièrement, la loi Kouchner en 2002[2] souligne le consentement libre et éclairé du patient avant l'accès au corps ou la mise en place d'un traitement : *« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment »* [6]

Elle est associée à l'article 16-3 du code civil[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 »* [7]

On en conclut donc que lors d'une consultation de gynécologie de prévention, n'étant pas dans un contexte d'urgence, le consentement est obligatoire avant tout acte effectué sur le corps de la patiente.

Pour ce qui est de l'information délivrée au patient, l'article L.1111-2 du code de santé publique[4] en précise le contenu : *« 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 (…) 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 »* [8]

Et l'article L.1111-4 de la même loi précise que : *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »* [9]

Le code de la santé publique indique donc que l'information au patient est une obligation pour le professionnel, et que les décisions concernant la santé du patient sont donc prises avec l'accord de ce dernier. Cette loi permet au patient d'accepter ou de refuser les soins en toute connaissance de cause.

[2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
[3] Loi n°2004-800 du 6 août 2004 – article 9 JORF 7 août 2004
[4] Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016

Enfin les codes de déontologie des médecins et des sages-femmes, rappellent d'autres notions importantes que sont le respect de la personne et de sa dignité.

L'article R.4127-2 du code de la santé publique dispose: *« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité »* [10]

L'article R.4127-32 du code de la santé publique précise : *« La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci »* [11]

La consultation de gynécologie est particulière dans le domaine médical car elle comprend une partie clinique axée particulièrement sur la sphère génitale : réalisation d'un toucher vaginal, pose d'un spéculum, prélèvements tels que le frottis cervico utérin, etc… Elle touche aussi plus globalement la sphère intime : palpation des seins, questions sur la sexualité et projet d'enfant par exemple. Elle ne se résume donc pas à une liste d'actes médicaux, d'autant plus qu'elle aborde un domaine sensible qui est l'intimité et la pudeur des femmes.

Cette consultation singulière peut donc générer des vécus très différents chez les patientes. Depuis quelques années, l'émergence des réseaux sociaux permet aux femmes de partager leurs expériences au contact du monde médical. Ils permettent un accès facilité à l'information, aux conseils entre patientes et au partage de leur vécu. Si certaines femmes n'expriment pas des problèmes particuliers, d'autres peuvent témoigner d'expériences douloureuses ou difficiles.

Actuellement un mouvement nommé « Lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales » fait débat. La définition de ce terme, fournie par la présidente de l'IRSAF [12] est vaste : *« Les violences obstétricales et gynécologiques sont un ensemble d'actes, de paroles et d'attitudes qui vont porter atteinte à l'intégrité physique et mentale d'une femme. Cela se produit pendant le suivi gynécologique, la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Les actes physiques, peuvent avoir une utilité médicale avérée ou non. Néanmoins, les conditions dans lesquelles ceux-ci vont être posés, vont permettre aux femmes, de les requalifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques »*

Cette définition permet de ne pas limiter les dites violences aux actes physiques. Elle englobe ainsi les paroles et attitudes du professionnel, mais précise aussi que la perception des femmes prévaut.

Les sites internet appelant à témoigner sont nombreux, par exemple depuis Novembre 2014 le mot-clef *« PayeTonUtérus* sur Twitter, ou encore depuis février 2015 le Tumblr intitulé *« je n'ai pas consenti »* et enfin le blog nommé *« Marie accouche là »* de Marie-Hélène Lahaye.

Voici quelques exemples de témoignages :

« Et là, sans me prévenir de quoique ce soit, elle me palpe les seins. J'ai été victime de viol et le fait qu'on ne me prévienne pas m'a énormément surprise » [I]

« Et là, devant ma mère, elle sort : "je peux dire à votre mère que vous n'êtes plus vierge ?" » [II]

« Quand tu sursautes à cause d'un geste invasif (non annoncé) et qu'on te répond : « vous n'êtes pas là pour prendre du plaisir » » [III]

Les femmes évoquent des remarques inappropriées ou déplacées, des jugements de valeur, de la brutalité, un mépris de la douleur, une intimité bafouée, voire l'absence de consentement pour certains actes médicaux.

Grâce à ces réseaux, mais aussi à l'émancipation progressive des femmes dans la lutte de l'égalité entre les hommes et les femmes, elles ont maintenant la possibilité de soulever des questions aussi fondamentales que sont les respects de leurs choix et de leur corps. Le sujet n'étant plus tabou, les femmes témoignent à la recherche de soutien et de réparation.

On assiste alors à une prise de conscience par les femmes de leurs droits en matière de santé. Ce phénomène pourrait concerner n'importe quel domaine de la médecine, mais le fait que la gynécologie-obstétrique touche à une sphère très intime qu'est le corps des femmes, leur sexualité, leur reproduction, semble prodiguer d'autant plus de réactions face à ces témoignages.

Parallèlement des collectifs des usagers ou patientes se sont formés: c'est par exemple le cas du CIANE qui *« participe à des formations concernant les professionnels de santé pour les sensibiliser à la violence ordinaire dans les soins (atteinte à la dignité, défaut d'information, absence de prise en compte de la douleur, etc…), à partir de témoignages et de vécus confiés par des femmes »* [13]

Face à cette polémique, le professeur Bernard Hedon, ancien président du Collège national des gynécologues et obstétriciens a pris la parole en 2015 : *«Je déplore les souffrances évoquées par certaines femmes ou les phrases qui ont blessé et je m'en excuse en tant que responsable de la profession. Par ailleurs, l'absence de consentement est inadmissible. Ces problèmes de maltraitance sont minoritaires, mais nous devons en tenir compte, prendre du recul et y réfléchir»* [14]

Ainsi le CNGOF mais aussi le CNSF ont réagi rapidement et considèrent toujours actuellement cette problématique préoccupante.

Plus récemment le professeur Israël Nisand, président actuel du CNGOF, lors du congrès des 41èmes journées du CNGOF en décembre 2017, a présenté le projet de création d'un label qualité pour les maternités comprenant 14 critères, avec notamment la formation régulière des personnels à la bientraitance [15]

La bientraitance est définie par la HAS par *« une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'usager et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance »* [16]. Cette notion ne peut être purement objective car elle dépend avant tout du ressenti du patient, de ce qu'il qualifie de bientraitant ou non.

C'est ainsi que la problématique se pose : Quelle est la perception de la bientraitance par les patientes lors d'une consultation de gynécologie de prévention ?

J'ai choisi d'axer mes recherches sur la consultation de gynécologie de prévention afin de cibler le sujet sur un domaine où seule la santé de la femme est concernée (ce qui n'est pas le cas en obstétrique où certains actes sont justifiés pour le bien être fœtal). J'éliminais aussi les actes réalisés dans l'urgence ou concernant la pathologie, qui pouvaient influencer l'information et le vécu de la patiente.

Pour répondre à cette question, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de patientes ayant eu ce type de consultation. A été choisie la méthode qualitative qui est plus adaptée pour relater l'expérience des patientes.

L'objectif est d'évaluer la perception de la bientraitance par les patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention. Le but est d'amener nos pratiques au cœur d'une réflexion éthique, de comprendre comment les patientes perçoivent cette consultation et ce que l'on peut proposer pour qu'elles en soient davantage satisfaites.

Dans un premier temps nous définirons les notions qui entourent le sujet, telles que la bientraitance, le care, la pudeur et l'intimité. Dans un second temps, nous étudierons les entretiens menés auprès des patientes, avant d'initier une discussion et de faire une synthèse par rapport aux hypothèses que nous avions posées.

2. Notions

2.1. La notion de bientraitance et sa part de subjectivité

« Primum non nocere » [17]

Hippocrate, dans son traité des Epidémies, définissait la base du soin : d'abord ne pas nuire, faire du bien ou ne pas risquer de faire du mal, donc de « mal traiter ».

La bientraitance est définie plus haut par la HAS comme une prise en charge globale du patient pour répondre à ses besoins, le tout dans le respect de ses droits et de ses libertés.

Mais la bientraitance peut-elle être une notion complétement objective ? La bienveillance est un terme très proche de celle-ci et inclut une grande part de subjectivité. Elle définit une intention positive envers le patient, donc une posture du professionnel qui précède et accompagne le soin. La bientraitance, que l'on pourrait écrire comme le « bien traiter », inclut cette dernière mais dans un cadre plus médical : le but de prodiguer un soin dans le respect des droits et libertés des patientes.

Dans son livre « Les brutes en blanc », Martin Winckler explique que la définition du terme « traiter » n'est pas similaire à celle du terme « soigner » [18]. En effet, l'un peut aller sans l'autre : on peut traiter avec des gestes violents et invasifs, mais aussi soigner une personne sans administrer un traitement. Un soignant est avant tout une personne qui accompagne le malade : cela peut être un médecin, une sage-femme, une infirmière mais aussi un proche.

La bientraitance se retrouve alors dans un rapport de l'ANESM en 2008 en tant que *« recommandation de bonnes pratiques professionnelles »* [19]

Le CNGOF exprime également à propos de la consultation de gynécologie : *« Le premier objectif est de nouer une relation de confiance, ce qui nécessite du temps. On ne peut se contenter d'un interrogatoire, ciblé sur nos préoccupations médicales. Il faut être chaleureux, empathique, sans jugement »* [20]

On remarque donc que la bientraitance fait partie de la démarche médicale à part entière : le rôle du médecin ou de la sage-femme en consultation de gynécologie de prévention est donc de prendre en charge la patiente sur le plan médical tout en se montrant bientraitant dans son rôle de soignant.

Mais si ces différents textes mentionnent la bientraitance, le respect ou encore l'empathie, aucun ne dit comment être bientraitant, respecter ou être empathique. Ce sont donc des notions abstraites, pour lesquelles chaque soignant va lui donner le sens qu'il souhaite.

Ainsi, seules les patientes qui sont bénéficiaires de cette bientraitance, peuvent nous dire en retour si elles se sont senties bien traitées ou non.

2.2. Le care : indissociable du cure

Le versant dit « technique » d'une consultation de gynécologie correspond au concept de « cure », c'est-à-dire le fait de soigner la patiente, ou alors de prévenir la maladie. Il s'agit par exemple de prescrire un traitement ou de réaliser un acte médical. Qu'en est-il alors du concept de « care » ?

Il est employé le terme « des éthiques du care » pour englober toutes les réflexions éthiques que l'on peut avoir sur le soin. Le courant a choisi de garder l'expression anglaise pour garder l'émotion et l'intention que porte ce concept : « to care » se traduit par « prendre soin » ou « s'occuper de » en français.

Le care est donc l'approche relationnelle du soin, c'est l'attention que l'on porte au patient. En tant que soignant nous répondons à son besoin, tout en prenant en compte son environnement et les conséquences de nos actions.

Cela implique donc que le soignant adopte une attitude particulière vis-à-vis du patient afin d'instaurer une relation de dépendance réciproque entre les deux : le patient a besoin de soins, et le soignant de la confiance du patient pour les lui prodiguer.

Joan Tronto donne une définition du care plus étendue :

« Le care est une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre «monde», en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie.

Le care nous permet d'aborder une véritable réflexion sur les soins que nous prodiguons au quotidien en tant que professionnels de santé » [21]

Madame Tronto explique que la qualité du soin est comprise dans un ensemble, *« un monde »* qui ne comprend pas uniquement le patient mais tous les éléments qui l'entourent (le soignant, l'équipe, l'institution, le matériel….) et qui sont profondément liés les uns aux autres.

Cette même auteure décrit plusieurs étapes dans la mise en pratique du care au quotidien : l'identification du besoin, sa prise en charge, la délivrance du soin et enfin la reconnaissance de l'impact du soin sur un patient (qui peut donc être son vécu du soin) [22]

Ainsi, le vécu par la patiente d'une consultation est un élément aussi important que le diagnostic médical. Cette expérience est inscrite également dans la perception du soin par le professionnel et de tout ce qui l'entoure.

Face à une politique basée sur la quantification à l'acte (T2A), ce travail reste encore invisible, donc peu reconnu. C'est une activité perçue alors comme un ensemble de qualités morales, «innées», plus qu'une véritable compétence professionnelle. La care est, comme la notion de bientraitance, un concept avant tout subjectif et non quantifiable.

Les éthiques du care nous apprennent donc qu'il ne suffit pas de "décréter" la bientraitance ou de l'exiger comme telle aux soignants ; mais qu'il est fondamental de réfléchir, soignants et patientes, sur ce que la bientraitance veut dire, concrètement, pour chacun d'entre nous.

Il est donc intéressant de s'interroger sur les conditions qui permettent cette approche par le care en consultation de gynécologie de prévention, et cela grâce à la parole des patientes ayant vécu ces soins.

2.3. Les notions d'intimité et de pudeur : omniprésentes en gynécologie

« Toute consultation est une épreuve, car elle force à chaque fois la pudeur » [IV]

Une consultation médicale est toujours une entrée dans l'intimité du patient : celui-ci dévoile au soignant son corps, sa vie, ses inquiétudes et doit lui donner sa confiance en retour de soins.

On comprend facilement qu'en gynécologie ce domaine intime est d'autant plus important qu'il concerne la sphère génitale et reproductrice des femmes.

En effet, au décours de la consultation, peuvent être proposé(s) un examen clinique ou des examens complémentaires, ressenti(s) par certaines femmes comme invasif(s), aussi bien dans les actes (pose d'un spéculum, examen des seins, toucher vaginal…) que dans les échanges (questions sur la sexualité, projet d'enfant…). Pour les professionnels ces actes sont habituels et parfois automatisés, ce qui n'est pas le cas pour les patientes.

De surplus, lors de cette consultation il est possible que le professionnel praticien soit accompagné d'un(e) étudiant(e), en particulier dans le cadre du suivi à l'hôpital public. Par conséquent, la gêne ressentie par la patiente vis-à-vis de la consultation peut être décuplée.

Auteure d' « Un temps pour les femmes », Michèle Lachowsky, reconnaît la singularité de cette consultation, lors de laquelle *« on montre une région de son corps qu'il est d'usage de cacher et dont, souvent, les femmes n'ont pas une représentation précise. Inconsciemment, certaines ont également peur de ce que le médecin pourrait apprendre d'elles en les examinant »* [23] Cela rappelle donc la peur que le professionnel découvre une

pathologie dont la patiente n'aurait pas conscience, mais aussi d'exposer une partie intime de leur corps.

Le mot intimité fait référence à la sphère privée, ce qui est caché, secret, intérieur ou encore personnel. C'est donc implicitement une zone accessible à très peu de personnes. Cette définition est complexe car elle englobe plusieurs notions telles que la pudeur (qui serait un trait de caractère, « être pudique »), la nudité ou encore la sexualité. [24]

La patiente qui témoigne plus haut que cette consultation *« pas comme les autres »* peut être vécue comme une épreuve difficile. Certes la pudeur est un concept personnel, mais les soignants en gynécologie doivent y faire d'autant plus attention pour prendre en charge les femmes. Il convient, comme le disent plus haut les codes de déontologie de ces professionnels, d'agir et d'aborder les patientes *« dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité »* [10-11]

3. Matériel et méthode

3.1. Objectif de l'étude

L'étude avait pour but de recueillir la satisfaction de patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention.

L'outil qui a été sélectionné est l'entretien semi-directif, permettant aux patientes de s'exprimer sur leur vécu de la consultation.

Afin de répondre à la problématique, plusieurs hypothèses ont été avancées :

- **Hypothèse 1** : Les femmes sont globalement satisfaites de la consultation
- **Hypothèse 2** : L'information donnée aux patientes lors de la consultation est parfois insuffisante ou sa compréhension n'est pas toujours recherchée
- **Hypothèse 3** : Le consentement n'est pas systématiquement recherché avant un geste
- **Hypothèse 4** : La présence d'un étudiant ne dérange pas la patiente si celui-ci est présenté

3.2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et multicentrique.

De par la nature du sujet, elle était purement qualitative.

3.3. Durée et lieu d'étude

L'étude a été menée auprès de 16 patientes, dans les services de consultation de gynécologie de 3 maternités : deux niveaux IIb et un niveau III. Elle s'est déroulée sur la période du 15 Novembre 2017 au 14 Décembre 2017.

3.4. Critères d'inclusion

- Femmes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention
- Femmes ayant un suivi gynécologique régulier ou non

3.5. Critères d'exclusion

- Refus de l'entretien
- Femme ne parlant pas ou ne comprenant pas le français
- Femme mineure
- Femme étant sous un régime de protection juridique (tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
- Femme ayant eu une consultation de grossesse
- Femme ayant eu une consultation d'orthogénie
- Femme ayant eu une consultation de PMA (procréation médicalement assisté)
- Femme ayant eu une consultation d'oncologie
- Femme ayant eu une consultation de pré ou post chirurgie

3.6. Critères de jugement

- ✓ Gynécologue ou sage-femme déjà consulté(e) ou non par la patiente.
- ✓ Satisfaction par rapport aux items suivants : accueil, interrogatoire, examen, résultats
- ✓ Informations reçues et compréhension de celles-ci par la patiente
- ✓ Consentement recherché avant un geste
- ✓ Présence éventuelle d'un étudiant et sa présentation
- ✓ Satisfaction globale par rapport à la consultation et éléments y participant
- ✓ Perception de la bientraitance tout au long de la consultation

3.7. Autorisations

Suite à la présentation du projet de mémoire, la commission facultaire (CRD2M) a donné un avis favorable sous réserve de présenter le projet de recherche à un comité de protection des personnes (CPP) (Annexe N°I)

En effet l'étude était classée comme non interventionnelle impliquant la personne humaine d'après la loi de Jardé[5].

Le dossier a été intégralement complété et envoyé le 21 Juillet 2017.

Une réponse du CPP désigné a été reçue le 17 Octobre 2017 (Annexe N°II) ne classant pas l'étude dans le champ d'application de la législation ou de la réglementation des recherches intervenant sur la personne humaine. Ainsi, un avis CPP n'était pas requis pour l'étude.

[5] Décret n°2017-884 du 9 mai 2017 de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine

Le 4 Juillet 2017 a été obtenu l'engagement de conformité auprès du CIL (Correspondant de l'Informatique et des Libertés) de l'ICL. Le protocole de recherche a été jugé conforme à la méthodologie de référence MR003 (Annexe N°III)

3.8. Mise en œuvre

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens semi-directifs avec les patientes.

Pour cela, ont été planifiées avec l'accord des chefs et cadres des services concernés, des demi-journées où j'étais présente dans le service de consultation de gynécologie de l'hôpital. 5 demi-journées ont été nécessaires.

Une fois dans le service, mon rôle était de me présenter auprès des patientes avant ou après une consultation de gynécologie de prévention. Premièrement je leur ai demandé si elles avaient un peu de temps à m'accorder pour leur présenter mon projet. Deuxièmement, si la réponse était positive, nous nous rendions dans une pièce attribuée par la cadre du service. Je recherchais les deux critères d'inclusion suivants : le motif et l'âge de la patiente.

Si ces deux critères étaient satisfaits, était alors expliqué le projet, ses objectifs, son mode de réalisation. Avant la réalisation de l'entretien, deux autorisations écrites ont été recueillies :

- Une feuille « d'information pour participation à une étude médicale » (Annexe N°IV)
- Une feuille de « non opposition » (Annexe N°V)

Ces deux autorisations ont été expliquées en détails puis signées par la patiente en double exemplaires, l'une étant conservée par l'investigateur.

3.9. L'outil de recherche :

Les entretiens ont été enregistrés (avec l'accord de la patiente) sur un dictaphone fourni par l'institution à pile non connecté à internet. Les enregistrements étaient numérotés (1 à 16) et totalement anonymes. Il y a eu destruction de l'enregistrement dès que la retranscription fut terminée. Aucun élément identifiant (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone…) n'a été enregistré ou annoté.

J'avais choisi d'enregistrer les entretiens pour m'affranchir des difficultés techniques rencontrées en cours de conversation, et afin d'être plus attentive et disponible pendant les entretiens.

Le choix de l'outil s'était porté sur l'entretien semi-directif, permettant ainsi d'obtenir spontanément des informations de la part de la patiente, à partir d'une ou plusieurs question(s) générale(s). Il était ouvert et comprenait donc peu de questions fermées. Il était plus adapté qu'un questionnaire pour recevoir des réponses qualitatives. La grille fournie en Annexe N°VI est exhaustive.

Cette grille a subi des modifications au cours de la réalisation des entretiens :

- A partir de l'entretien numéro 3 a été inclue la question
  « Pouvez me dire pourquoi vous êtes satisfaite ? »
- A partir de l'entretien numéro 5, si la réponse était « non » à la question du consentement, était posée la question
  « Si non, cela vous a-t-il dérangé ? »
- A partir de l'entretien numéro 8, ont étaient inclues les questions de relance
  « Aviez-vous des attentes particulières ou de l'appréhension avant la consultation ? »
  « Parlez-moi de l'installation »
  « Si vous le souhaitez, pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti pendant les gestes ? »

Pour certaines questions/relances abordant des sujets particulièrement sensibles (l'examen, l'intimité, la sexualité), la patiente était toujours en droit de refuser d'y répondre. L'entretien pouvait prendre fin dès que la patiente le souhaitait.

Un suivi psychologique était systématiquement proposé : un référent (psychologue) a était informé du contenu des entretiens et de la possibilité pour les patientes d'obtenir un soutien si nécessaire. Avec son accord, son nom et ses coordonnées ont été fournis sur le formulaire d'information pour participation à une étude médicale.

A la fin de l'étude, aucune patiente n'avait sollicité un psychologue.

4. Résultats

Au total, seize entretiens ont pu être effectués auprès des patientes. Quinze d'entre eux ont été retranscrits dans leur intégralité. Un entretien a été exclu rétroactivement car la patiente au cours de l'entretien a signalé un motif de consultation n'entrant pas dans les critères d'inclusion : il s'agit de l'entretien numéroté 11.

Afin d'obtenir des témoignages auprès de professionnels différents, il n'a pas été interrogé plus de deux patientes par professionnel, hormis une fois trois patientes pour le même.

4.1. Le professionnel

Au sein des quinze entretiens on distingue deux catégories de professionnels : douze entretiens avec huit gynécologues différents et trois entretiens avec une sage-femme.
Un seul professionnel était accompagné d'un étudiant.

Le choix du professionnel semble se baser sur différents critères :

- L'habitude de ce professionnel

Huit patientes consultaient le professionnel pour la première fois. Sept avaient déjà vu au moins une fois le professionnel.

Le fait d'être suivi par le même professionnel semble important pour les patientes :

Patiente 5 : « Après Mme X c'est quelqu'un avec qui j'ai l'habitude, et que je suis satisfaite de cette dame »
Patiente 4 : « Très bien, on est habitué avec Mme X »
Patiente 10 : « Oui que je connais très bien, 10ans (…) en fait il me connait très bien »

- Choix du lieu caractérisé par un suivi obstétrical antérieur

Quatre patientes consultaient ce gynécologue ou sage-femme pour la première fois, mais l'ont choisi car elles étaient satisfaites de leur suivi obstétrical dans l'hôpital concerné :

Patiente 1 : « Franchement je suis à contente d'X (lieu), je suis allée à la maternité et puis c'était avec mes deux autres enfants, l'accouchement très bien. Et puis le gynéco c'est la première fois par contre que je le fais ici »
Patiente 3 : « Je viens ici aussi parce que j'ai eu mes 2 grossesses qui se sont passées ici, ça s'est toujours bien passé donc voilà j'ai continué à venir »
Patiente 9 : « Je viens ici à la maternité depuis toujours…. Enfin c'était avec mes deux accouchements (…) Moi j'aime pas changer tout le temps (de gynécologue) »

- La proximité ou les délais

Une patiente a souligné l'intérêt de la proximité du lieu de consultation, ainsi que les délais moins longs qu'en ville :

Patiente 6 : « Je voulais pas trop loin de chez moi… et puis c'était assez long les rendez-vous »

- Sur les conseils d'un membre de la famille, de l'entourage

Patiente 12 : « Je ne le connaissais que par ma fille, et des amies qui sont déjà venues le voir »

- En fonction du sexe du praticien

Trois patientes préfèrent avoir une consultation de gynécologie avec un professionnel de sexe féminin :

Patiente 1 : « Déjà il met à l'aise, parce que là c'est un monsieur donc c'est pas toujours évident quoi » *Patiente 3 : « Je suis moins à l'aise avec un homme. J'ai déjà dû à faire à un homme et je n'aime pas. Voilà je préfère une femme, parce qu'**elle est comme nous** quoi voilà quoi. C'est plus agréable, enfin non ce n'est pas plus agréable que l'homme, c'est toujours contraignant, c'est vraiment un **endroit intime** pour une femme, et je trouve que justement ça passe mieux avec une femme voilà. Donc ça c'est personnel moi je préfère une femme. On a l'impression qu'elle **comprend mieux nos problèmes** en gros, ce qu'on peut avoir et c'est une partie intime on n'a pas envie de le montrer à tout le monde »* *Patiente 12 : « C'est pas toujours évident d'être…. (Hésitation) être à moitié nue devant un homme qu'on connait pas mais bon après on se dit c'est un médecin c'est son métier donc… il en voit tous les jours »*

- Séparation entre suivi par le médecin traitant et le gynécologue

Une patiente souligne qu'elle apprécie de voir un professionnel différent de son médecin traitant :

Patiente 6 : « Qu'avec mon médecin traitant, je peux pas demander tout ça (…) Comme là je dois aller chez le médecin je vais attendre une heure dans la salle d'attente et je vais avoir l'impression que le médecin il se dépêche, voilà (…) Qu'avec la gynécologue, je me suis pas sentie qu'elle devait se dépêcher (…) j'ai l'impression qu'on peut pas tout dire donc qu'on peut pas parler de tout, que là avec ma gynécologue j'ai parlé de tout.

4.2. Les attentes ou l'appréhension par rapport à la consultation

La question *« Aviez-vous des attentes particulières ou de l'appréhension avant la consultation ? »* n'a été rajoutée dans la grille d'entretien qu'à partir du 8ème entretien.

Cependant, certaines patientes ont exprimé de l'appréhension avant même cette question :

- De l'appréhension sur l'examen gynécologique :

Patiente 1 : «J'ai pas peur d'y aller, il me fait pas mal rien du tout et je pense que c'est important parce que bon c'est pas… une consultation tout le temps... enfin j'appréhende d'y aller à chaque fois mais non sinon ça va »
Patiente 3 : « On appréhende c'est sur on n'aime pas, mais elle arrive à le faire passer sans « bon allez-y voilà faites ceci », ça se fait naturellement on va dire (…) On appréhende de faire un examen gynécologique, ce n'est pas agréable quoi »

- De l'appréhension par rapport à la nouveauté : nouveau bâtiment ou première fois avec le professionnel :

Patiente 6 : « J'étais un peu stressée parce que c'est la première fois que je viens dans le nouveau bâtiment »
Patiente 12 :« C'est vrai j'avais un peu petit peu d'appréhension parce que je le connaissais pas (…) Mais quand la personne est agréable on a moins d'appréhension de se faire… consulter ».

Quand la question de l'appréhension a été posée systématiquement aux sept patientes restantes, six ont répondu *« non »* à la question.

Une patiente a relevé une grande part d'appréhension, mais uniquement avant la consultation et non au moment de l'examen, en comparant l'examen gynécologique à une épreuve :

Patiente 10 : « J'ai toujours de l'appréhension par rapport à la consultation. Toujours. C'est une horreur. (…) C'est avant (l'examen), une fois qu'on y est on y est quoi c'est comme un examen, un grand oral »

Selon plusieurs patientes le stress ou l'appréhension seraient dépendants de l'âge mais surtout si c'est un premier rendez-vous chez le gynécologue :

Patiente 8 : « Je n'ai pas d'appréhension depuis le temps ! »
Patiente 9 : « Bon quand on est jeune on vient les premières fois chez le gynéco tout ça on a ***la boule au ventre*** *et tout ça »*
Patiente 3 : «J'aurai quelqu'un d'autre, ça va être une autre appréhension voilà c'est dommage mais bon c'est comme ça »

Au total, trois patientes ont spontanément exprimé de l'appréhension vis-à-vis de la consultation, six n'ont rien exprimé de particulier et six ont répondu négativement quand on leur posait la question.

4.3. La satisfaction à propos de l'accueil et de l'interrogatoire

L'intégralité des patientes ont exprimé de la satisfaction à propos de l'accueil et de l'interrogatoire quand la question leur a été posée.

Patiente 1 : « Le gynécologue est très bien, l'accueil est bien…. Ils sont biens, très bien j'ai rien à dire sur le personnel »
Patiente 2 : « Le fait d'être bien… plus accueillie… je vais dire normalement agréablement, ça détend un peu quand même »
Patiente 8 : « L'accueil il est… agréable on ne peut pas dire le contraire, ***courtois****, on va dire un accueil courtois. »*
Patiente 10 : « En fait il me connait très bien donc au niveau interrogatoire ça a été assez rapide. Au niveau accueil…. Euh je suis toujours très bien accueillie par le docteur X donc rien à dire »
Patiente 12 : « Franchement très agréable au premier abord, il met tout de suite bien, ***à l'aise*** *»*

4.4. L'examen

Parmi les quinze patientes interrogées, deux n'ont pas eu d'examen gynécologique le jour de la consultation.

4.4.1. Les informations sur l'examen et les connaissances des patientes

Toutes les patientes ont dit avoir eu l'information et les explications sur l'examen gynécologique, mais pas forcément le jour même pour l'une d'entre elles :

Patiente 8 : « Bah il n'explique pas parce que je les connais déjà ! »

Huit femmes précisent spontanément qu'elles connaissent déjà l'intérêt des examens :

Patiente 3 : « oui, en fait parce que quand on arrive à un certain âge on peut faire tel examen (…) je le fait régulièrement, parce que c'est important de le faire. Donc oui je sais pourquoi je le fais »
Patiente 4 : « Oui bah on a l'habitude maintenant vous savez. A 30 ans on commence à avoir l'habitude quoi… on sait à quoi ça sert, je sais aussi que c'est pour les cancers et compagnie »
Patiente 9 : « C'est en préventif donc voir si tout va bien, si il n'y a rien d'anormal, et bon tout va bien »
Patiente 10 : « Bah j'ai tellement eu des soucis que du coup… je connais bien »

Néanmoins certaines insistent sur le fait que les explications sont systématiques et durant tout le long de la consultation :

*Patiente 1 : « Oui il a **expliqué à chaque fois** le pourquoi il faisait l'examen, et il est **très doux** il **prend son temps** il l'explique bien… »*
*Patiente 6 : « Elle m'a tout expliqué le déroulement… elle a pas tout de suite… bah je me suis assise, elle a pas tout de suite voilà… **c'était pas tout de suite la visite** tout ça… on a le temps on a parlé elle m'a tout expliqué »*
*Patiente 12 : « Très agréable et puis… vu qu'il **m'a tout bien expliqué** ce qu'il allait me faire avant, et après par rapport au frottis les résultats, que j'allais recevoir après (…) en m'expliquant toujours tout ce qu'il faisait, et pour pas que j'ai d'appréhension aux gestes qu'il va pratiquer »*
Patiente 15 : « Ils expliquent tout et si on demande ils nous réexpliquent »

4.4.2. L'installation avant l'examen

La question à propos de l'installation n'a été incluse qu'à partir de l'entretien numéro 8.

Lorsque la question est posée, les patientes expriment le fait de passer à l'étape de l'examen comme une «habitude ». Elles évoquent également la séparation interrogatoire/examen par des mots tels que: *« petite pièce », « rideau », « à côté »:*

*Patiente 8 : « Il me dit **« vous pouvez passer à côté »** et donc je sais qu'il faut se déshabiller, monter sur la table… Il ne m'a rien dit parce que moi je le sais déjà, **c'est pas une nouveauté**, je sais bien comment ça se déroule ! »*
*Patiente 12 : « Après il m'a demandé de me déshabiller, **rideau**, et puis de m'installer sur la table »*
*Patiente 10 : « Il m'a dit « on y va » du coup j'y suis allée (rires). Et puis quand c'est ça moi hop on y va dans la **petite pièce**, voilà on enlève tout c'est le pire moment à passer et puis plus vite fait plus vite terminé. (…) C'est pas une question de pudeur, j'ai toujours peur qu'il me trouve quelque chose »*

Deux patientes ont précisé qu'elles n'enlevaient que le bas lors de l'examen (ou alors qu'elles retiraient le haut et le bas en deux étapes) et qu'elles appréciaient cela :

Patiente 14 : « On enlève d'abord le haut en gardant le bas et ainsi de suite, ça évite qu'on soit toute nue toute de suite quoi »
Patiente 16 : « Vêtements elle ne fait que le bas ! »

Les treize autres n'ont pas précisé si elles étaient entièrement dévêtues ou non hormis une fois :

Patiente 10 : « on enlève tout »

Une patiente rappelle que le respect de la pudeur par le professionnel joue dans l'appréciation de la consultation :

*Patiente 8 : « On se sent bien car il est **pudique**, il nous regarde pas là (désigne ses parties intimes), il regarde au plafond, c'est pudique ! »*

4.4.3. Le consentement avant l'examen

Huit fois sur quinze les patientes ont répondu *« non »* à la question sur le consentement.

Mais ces patientes précisent ensuite :

Patiente 7 : « Elle me dit ce qu'elle va faire et … et bah c'est tout je sais pas… pour moi elle m'a pas demandé mon consentement. Donc c'est tout mais puisqu'elle me dit qu'elle va me faire un frottis, je suis bien au courant, je sais ce que c'est »
Patiente 8 : « On ne viendrai pas à l'examen si on ne voulait pas que l'examen se fasse! »
Patiente 10 : « En même temps si je suis là c'est que je suis consentante! »
Patiente 12 : « Hum, non... vu qu'il m'avait déjà dit en avance tout ce qu'il allait me faire, donc si j'aurais eu… j'aurais dit bah non je veux pas tel geste ou tel geste »
Patiente 14 : « Mon consentement non mais elle informe à chaque fois « bon je vais mettre le spéculum »ou « j'y vais », elle informe. Après me demander mon consentement…. Non je ne crois pas, je suis sure après je ne fais pas forcement attention comme de toute façon…»

Parmi les entretiens, l'examen a été proposé une fois à la patiente :

Patiente 6 : « J'étais même pas obligée de faire l'examen… elle m'a demandé si je voulais faire l'examen et puis voilà »

4.4.4. Le ressenti de l'examen par les patientes

- L'éventuelle douleur lors l'examen :

Six femmes témoignent que l'examen n'est pas agréable, et parmi celles-ci trois expriment avoir ressenti de la douleur :

*Patiente 1 : «Je pense que c'est important qu'il nous mette à l'aise et puis qu'il explique… qu'il y aille **en douceur**, parce que des fois c'est **un peu douloureux**, c'est **pas très agréable** »*
Patient 7 : « C'est jamais agréable mais c'est comme ça quoi »
*Patiente 10 : « Je ne supporte pas… par exemple la palpation des seins je supporte pas […] c'est d'appuyer, c'est hyper…, ça fait pas mal mais voilà c'est désagréable. **J'angoisse**, je ne sais pas pourquoi. Après au niveau du bas…. J'aime pas quand **ça fait un peu mal** mais sinon ça ne me dérange absolument pas voilà »*
*Patiente 12 : « avec le spéculum qui **est désagréable** mais bon… […] parce que des fois il y a des gynécologues qui peuvent être **brutaux** et puis que… faire vite et c'est **pas agréable** du tout quoi »*
*Patiente 16 : « Bah là j'ai eu des **douleurs** parce que forcément comme je suis compliquée donc, voyez des douleurs, mais ça elle rassure… oui elle sait son métier quoi (rires) »*

- L'absence de douleur lors de l'examen :

Mais au contraire, six femmes disent spontanément ne pas avoir ressenti de douleur, dont cinq qui précisent la douceur du praticien :

*Patiente 2 : « **Délicatesse** !! La **douceur**, la délicatesse et le fait d'expliquer ce qu'il fait comme geste et ce qu'il va faire (fait que ça se passe bien) »*
*Patiente 12 : « Donc déjà là il me le dit qu'il va le présenter, donc ça c'est déjà bien. Pareil, pour l'enlever, pour le frottis qu'il est déjà en train de pratiquer, et en même temps pour le frottis qu'il enlève. (…) la palpation c'était **doux**, c'était **pas brusque**, c'était pas…. Le rendez-vous n'a pas duré longtemps mais tous ces gestes n'étaient pas brutaux (…) vu qu'il est doux on sent presque pas ce qu'il fait donc **c'est vraiment pas désagréable** donc ça va »*

Enfin, le fait que l'examen se déroule en douceur contribue à diminuer l'appréhension de la patiente à venir consulter :

Patiente 12 : « voilà j'aurais pas d'appréhension à revenir le voir (rires) c'est pas toujours évident »

Parfois est exprimée l'attention que le praticien porte à la possible douleur de la femme pendant le geste :

Patiente 6 : « Elle a demandé si ça faisait mal, si je voulais arrêter si ça faisait mal donc ça c'est bien aussi »
Patiente 16 : « Elle demande si je ressens des douleurs, si ça va… il n'y a pas… elle me dit « c'est désagréable je le sais »

Enfin, les trois dernières patientes n'ont pas parlé de l'éventuelle présence de douleur ou au contraire douceur de la part du praticien.

- <u>Se sentir à l'aise pendant l'examen</u>

Quatre patientes parlent du fait que le professionnel mette à l'aise pendant l'examen

Parmi celles-ci trois évoquent une discussion simultanée à l'examen, ce qui permet que l'examen se déroule *« plus facilement »* selon elles :

Patiente 3 : « L'avantage avec le médecin c'est qu'elle discute donc en fait elle le fait en discutant, donc n'a pas, on appréhende c'est sur on n'aime pas, (…) ça se fait naturellement on va dire, voilà on fait l'examen et ça passe tout seul quoi car on discute en même temps, c'est pas voilà on fait ça et fait l'examen point. (…) c'est peut-être le fait pour être à l'aise certainement, je ne sais pas si elle fait ça avec tout le monde mais moi en tout cas ça passe tout seul, voilà. »
Patiente 4 : « Bah pas douloureux, elle me parlait en même temps, c'était très bien »
Patiente 8 : « On discute en fait du boulot, parce que moi j'ai travaillé ici donc on parle d'autre chose (rires) »

- <u>La rapidité de l'examen</u>

La rapidité de l'examen est exprimée comme critère positif dans le ressenti de celui-ci :

Patiente 10 : « C'est le pire moment à passer et puis plus vite fait plus vite terminé »
Patiente 12 : « C'est un examen à passer, ça dure pas trop, ça va vite »

- La réticence vis-à-vis de l'examen

Patiente 13 : Avant, au tout début quand on ne connait pas le gynécologue c'est vrai que c'est réticent, mais après je connais ses gestes, rien, en confiance… Je… Maintenant on connait les gestes !

- La gêne pendant l'examen :

Huit patientes rappellent que c'est un examen intime touchant à leur pudeur :

*Patiente 3 : « C'est toujours **contraignant**, c'est vraiment un **endroit intime** (…) c'est une partie intime on n'a pas envie de le montrer à tout le monde »*
*Patiente 9 : « Bon là je vais pas dire que je viens par plaisir car c'est jamais quelque chose qu'on aime… hein **s'exhiber** tout ça, c'est pas quelque chose qu'on aime facilement faire mais bon »*
*Patiente 15 : « Non enfin **un peu de gêne** je veux dire, comme un peu tout le monde »*

4.5. La satisfaction à propos des résultats et des explications

Toutes les patientes ont dit recevoir des informations ou explications suffisantes sur les résultats.

Patiente 4 : « Elle m'a répondu clairement puis voilà »
Patiente 9 : « Oui il m'a bien expliqué après avec un dessin »
Patiente 10 : « Il prend le temps quand même d'expliquer… euh, j'ai des toujours pleins de questions, « et pourquoi ? »… du coup voilà il est assez très clair et rassurant (…) il sait me diriger vers les examens quand il y a lieu et me dire « non c'est pas la peine » quand il n'y a pas lieu »
Patiente 16 : « elle m'a dit qu'il n'y a pas de soucis qu'on se verra quand il y aura besoin, enfin quand moi j'aurais besoin de la revoir »

4.6. La satisfaction globale des patientes et éléments y participant

Toutes les patientes ont dit être satisfaites de la consultation qu'elles ont eue ce jour

Patiente 1 : « Franchement je suis contente il n'y a pas de soucis »
Patiente 4 : « Tout va bien, si la prochaine fois ça pourrait être pareil ça serait bien »
Patiente 14 : « Oui, très satisfaite à chaque fois »

La satisfaction semble favoriser un prochain rendez-vous avec le même professionnel :

dix patientes au total qui se disent satisfaites et prévoient de continuer leur suivi avec lui

Patiente 3 : « Je suis très satisfaite c'est pour ça que je reviens tout le temps d'ailleurs et que je suis toujours avec elle »
Patiente 6 : « Je la connaissais pas, la prochaine fois je reviendrai ! (…) Non mes souhaits c'est que la prochaine fois ça se passe aussi bien voilà (rires) et que je reviendrai si voilà… j'ai promis, elle m'a dit je reviendrai tous les 2 ans jusqu'à mes 65ans »

Patiente 12 : « Oui je suis satisfaite, franchement oui, je vous dis je reviendrai le voir, j'aurais pas d'appréhension ni quoi que ce soit »
Patiente 13 : « Excellent, alors du coup je suis très très bien avec donc je veux pas changer »

Les éléments participant à la satisfaction exprimés **spontanément** par les patientes ci-dessous sont classés par ordre de fréquence d'apparition dans les entretiens :

- Bonnes informations ou explications : 9
- Mettre à l'aise : 9
- Solutions ou résultats satisfaisant(e)s : 6
- Bon déroulement ou douceur lors de l'examen : 5
- Avoir une consultation complète : 5
- Décisions conjointes : 4
- Prendre son temps : 3
- Rapidité de la consultation : 3

- Les bonnes informations ou explications (sur la consultation, l'examen ou les résultats) :

Plusieurs patientes déclarent que les bonnes informations ou explications du professionnel participent à leur satisfaction.

Le fait que le professionnel soit le plus clair possible dans les explications y compris dans l'entièreté de l'information est également exprimé :

*Patiente 10 : « Il est clair en fait, il ne cache rien tout en étant **rassurant**, et du coup on l'écoute !»*
Patiente 13 : « Dr X il est pas à se cacher de dire « on va essayer autre chose », vraiment il donne son avis. Il y en a ils ne donnent pas leur avis, ils ont peur »

- Le fait que le praticien mette à l'aise les patientes pendant la consultation est très apprécié :

Patiente 1 : « Je pense que c'est important qu'il nous mette à l'aise »
*Patiente 3 : « Très **accueillant très agréable** oui oui toujours, on est l'aise quoi, très à l'aise »*
*Patiente 4 : « Elle est **gentille**, elle est **dynamique**, elle est pas… elle est **gênée de rien**, elle parle de sa vie, enfin on est à l'aise quoi, on est très à l'aise avec elle »*
*Patiente 12 : « Franchement très **agréable** au premier abord, il met tout de suite bien, à l'aise »*

- L'importance d'avoir un résultat ou un traitement efficace est soulignée par plusieurs patientes :

*Patiente 1 : « Et généralement quand il donne un traitement **ça fonctionne** ! Ça marche donc… très bien » (rires)*
*Patiente 3 : « On a bien réussi à… à **trouver une solution** à mon problème »*
*Patiente 14 : « Simple rapide **efficace** voilà ! »*

- Le bon déroulement de l'examen, en particulier la douceur du praticien est un critère fort de satisfaction

- Le fait d'avoir une consultation complète est fortement apprécie :

*Patiente 5 : « Il y a d'autres personnes qui le feraient pas forcément et que elle, elle a été **jusqu'au bout** de sa consultation vraiment pour dire de me rassurer. Et je trouve ça important »*
Patiente 6 : « J'ai pas eu l'impression de venir que pour une visite gynécologique point barre voilà. »
*Patiente 9 : « même si à priori c'est pas quelque chose que j'aime parce que bon on aime pas se faire tripoter mais **on vient pour ça** ! »*
Patiente 10 : « justement il fait toute la batterie d'examens »
*Patiente 12 : « J'ai eu un examen, **bien complet** par rapport aux autres gynécologues que j'ai été voir »*

- Certaines patientes précisent que prendre des décisions conjointes avec le professionnel est source de satisfaction :

Patiente 3 : « Et après voilà elle me propose des solutions et puis je suis d'accord, pas d'accord, pourquoi je suis d'accord, pourquoi je ne suis pas d'accord »
Patiente 6 : « Je voulais le faire pour le contrôler, et là médecin il a jamais proposé et là Mme X… j'ai pas pu demander »
Patiente 13 : « j'aime bien qu'ils donnent leur avis et qu'on prend une décision ensemble (…) on a toujours réfléchi ensemble, « c'est bien d'avoir le choix et avoir le temps de réflexion »

- Quelques patientes précisent que le temps consacré à la consultation participe à leur satisfaction :

Certaines préfèrent que <u>le professionnel prenne son temps</u> :

Patiente 1 : « il est très doux il prend son temps il l'explique bien »
Patiente 9 : « J'ai pas aimé de la même façon car a été plus rapide, elle était pressée (à propos d'une consultation antérieure) »
Patiente 13 : « on a le temps, j'ai pu poser toutes les questions »

Au contraire d'autres apprécient <u>la rapidité de la consultation</u> ou de l'examen :

Patiente 8 : « parce que ça s'est bien passé, ça (l'examen) a été rapide »
Patiente 10 : « plus vite fait plus vite terminé » (à propos de l'examen)
Patiente 14 : « simple rapide efficace voilà ! »

- L'attitude bienveillante du professionnel est soulignée par les termes suivants :

« agréable » « rassurant » et ***« accueillant »*** qui sont les plus répétés.

D'autres adjectifs sont employés : *« **familier** », « **gentil(le)** », « **ouvert** », « **attentif** », « **à l'écoute** », « **calme** », « **courtois** », « **chaleureuse** », « **dynamique** »*

4.7. <u>La présence de l'étudiant</u>

Seulement un praticien était accompagné d'un étudiant.

Quand la question a été posée aux patientes, une a spontanément dit que ça ne l'aurait pas dérangé :

Patiente 6 : « Mais si il en avait eu un (étudiant) j'aurais accepté, parce que bon… c'est pas… faut bien apprendre comme on dit (rires) »

Et une autre patiente a émis des réserves sur la présence d'un étudiant :

Patiente 10 : « Non je n'aurais pas trop aimé ! (…) en même temps je comprends j'en ai vu du coup comme il m'a déjà opéré, j'ai déjà eu les étudiants autour, mais en consultation de gynécologie ça m'aurait quand même un peu dérangé… bon maintenant il faut qu'ils apprennent, j'aurais quand même accepté mais ça m'aurait un peu dérangé »

Pour les trois patientes où il y avait un étudiant pendant la consultation, l'étudiant s'est toujours présenté et a toujours été accepté :

Patiente 14 : « L'élève qui est avec à chaque fois se présente super bien et tout »
Patiente 15 : « Elles se sont présentées toutes les deux, c'était bien, très gentilles »

4.8. La routine exprimée par les patientes

Certaines patientes ont pu souligner l'aspect routinier de la consultation de gynécologie de prévention :

*Patiente 2 : « Il n'y a rien d'extraordinaire », « c'est la **routine** ! » « ça fait des années alors à force on enregistre bien »*
*Patiente 3 : « Car on a à un certain âge faut suivre les frottis, vraiment **le rituel** quoi ça je le fais régulièrement, parce que c'est important de le faire », « comme je le vous dis-moi j'ai **l'habitude** en fait de le faire, je connais un petit peu comment ça se passe aussi, je ne suis pas quelqu'un qui arrive là et qui sait pas à quoi s'attendre, là je sais quand même »*
Patiente 4 : « Oui bah on a l'habitude maintenant vous savez. A 30 ans on commence à avoir l'habitude quoi…. On sait à quoi ça sert »
*Patiente 7 : « Ecoutez un examen **classique**… donc moi ça m'a pas traumatisé (…) Je suis bien au courant, je sais ce que c'est ! » (à propos du frottis cervico-utérin)*
*Patiente 8 : « Ce n'est **pas une nouveauté**, je sais bien comment ça se déroule »*

On peut relever que certaines vivent cet examen comme une obligation :

*Patiente 2 : « Je viens car **je dois faire** ma visite »*
*Patiente 4 : « ça s'est fait, je suis **dans les règles** maintenant ! (rires) »*
*Patiente 8 : «Voilà c'est une chose que **je dois faire** et qui est faite, voilà c'est tout, sans plus »*
*Patiente 12 : « C'est un examen **à passer**, ça dure pas trop vite, et de toute façon faut se faire surveiller »*

4.9. L'insatisfaction exprimée par les patientes

Quelques patientes ont exprimé des expériences négatives lors de consultations antérieures :

Consultation trop rapide ou incomplète : source d'insatisfaction

*Patiente 9 : « Elle était pressée bon… voyez je viens par exemple pour une visite une fois par an en gynécologie, bon je sais que le palper de la poitrine c'est pas quelque chose qu'on aime, que j'aime faire faire… mais bon je viens pour le faire, tandis que cette fois-là **elle était pressée**, et même **ça elle me l'a pas fait** »*
*Patiente 12 : « parce que j'avais été voir un autre gynécologue, là **il a jamais cherché à faire des examens ni rien** »*

Deux patientes se sont exprimées à propos du nombre de personnes dans une salle d'examen et leur présentation. Ces expériences antérieures ne concernent pas forcément des consultations de gynécologie de prévention mais restent dans le domaine de la gynécologie et obstétrique (au bloc gynécologique, en hospitalisation pendant la grossesse)

Patiente 12 : « Et là j'ai ***pas trop apprécié*** *car j'ai eu plusieurs personnes qui sont rentrées dans le bloc pour essayer de me le mettre (l'implant Essure) de l'autre côté »*
Patiente 13 : « Enfin quand ils viennent en consultation, ils viennent à 5/6 ; donc se mettre pour faire un toucher, voilà pour voir le bébé, enfin voilà se déshabiller devant 6 personnes d'un coup c'est pas évident (…) ***Ils viennent trop en groupe****. La dernière fois j'avais compté ils étaient à 7. Donc vous vous déshabiller,* ***vous enlevez la culotte devant 7 personnes****, c'est pas évident »*

Une patiente a évoqué des gestes inadaptés pendant l'examen gynécologique :

Patiente 12 : « C'est question qu'elle m'a ***laissé avec le spéculum pendant une demi-heure*** *et elle elle était au téléphone. Je me suis choppé une infection urinaire après, la première de ma vie (…) ça c'était déjà* ***pas agréable*** *du tout. Je lui disais toujours « excusez-moi, excusez-moi » mais elle elle était toujours au téléphone,* ***elle s'occupait pas de moi*** *du coup »*

Routine, contraintes ou manque de personnel ont été exprimés par deux patientes :

Patiente 2 : « Il y a 18 ans en arrière c'était un peu moins agréable au niveau service. Un peu plus froid (…) En tant qu'ancienne dans le métier, oui j'étais aide-soignante, je connais les contraintes qui font que ça s'est pas bien passé, faut être compréhensif, surtout à l'époque
Patiente 13 : «Je sais pas si c'était ***manque de personnel****, mais je pense à un moment donné quand on est trop hospitalisé… je pense qu'on s'habitue avec la personne et qu'****on fait moins attention*** *»*

5. Analyse et discussion

❖ Points forts de l'étude

L'étude traite d'un sujet d'actualité : les récents mouvements concernant la « lutte contre les violences faites aux femmes ». Des témoignages ont fait émerger des vécus douloureux en gynécologie et obstétrique. Des femmes expriment leur insatisfaction dans leur prise en charge. Certaines décrivent un véritable traumatisme. Dans ce contexte, il est légitime de s'intéresser à ce que ressentent les patientes en consultation de gynécologie, à travers différents critères de satisfaction.

La satisfaction des patients est recherchée dans le monde médical au travers de questionnaires distribués automatiquement en fin de séjour avec des questions assez générales (qualité de l'accueil, des repas, de la chambre…). Questionner les patientes par le biais d'entretiens permet de leur donner la parole sur un sujet sensible qui touche à l'intime : la consultation de gynécologie.

Certaines questions ont permis d'amener une réflexion sur nos pratiques : c'est le cas pour l'installation de la patiente, la recherche de son consentement lors d'un examen gynécologique et la pratique de ce dernier par exemple.

A notre connaissance, nous ne retrouvons pas d'étude qualitative sur la satisfaction globale des patientes, en particulier en consultation de gynécologie de prévention.

❖ Points faibles et biais de l'étude

Les éléments recueillis sont souvent subjectifs, des biais d'interprétation et d'analyse lors de mon investigation sont possibles.

Un biais méthodologique concernant l'information des professionnels à propos de l'étude est envisageable. Les cadres, informées de ma venue, ont possiblement informé à leur tour les professionnels dont les patientes ont été interrogées. Ainsi, même si je n'ai pas prévenu directement ceux-ci du sujet de mon étude, on peut supposer que certains professionnels ont pu adapter leur pratique à ma présence.

L'hypothèse concernant l'étudiant n'a pu être que partiellement traitée : malgré la réalisation de l'étude dans des hôpitaux publics, un seul professionnel était accompagné d'un étudiant. Il est donc ainsi difficile de conclure sur l'hypothèse numéro 4 : *« La présence d'un étudiant ne dérange pas la patiente si celui-ci est présenté »*

5.1. Avant la consultation de gynécologie

5.1.1. Comment les femmes choisissent-elles leur professionnel ?

- **Le sexe du praticien a-t-il une incidence sur le choix ?**

Plusieurs patientes ont manifesté leur préférence d'avoir une consultation de gynécologie avec un professionnel de sexe féminin. Elles considèrent une femme plus réceptive *« elle comprend mieux nos problèmes »* et plus légitime, notamment pour l'examen gynécologique *« c'est une partie intime on n'a pas envie de le montrer à tout le monde »*, rappelant le principe de pudeur défini en partie 2.3.

Une étude américaine auprès de 167 patientes a comparé la douleur et la gêne ressentie par les patientes lors d'un examen gynécologique, selon s'il est pratiqué par un homme ou une femme. L'étude a conclu que la douleur est inchangée mais que la gêne est plus importante dans le groupe de femmes examinées par des hommes. [25]

Cette gêne est expliquée par la possible relation ambigüe entre le corps dénudé d'une femme et un homme intervenant sur les parties intimes d'une patiente. Une patiente précise que même si il est identifié comme un professionnel : *«Après on se dit c'est un médecin c'est son métier donc… il en voit tous les jours » (Patiente 12)* la gêne reste présente.

Ainsi le choix des patientes peut se porter sur le sexe du praticien par pudeur.

Dans nos entretiens, une seule patiente a exprimé spontanément la décision de faire son suivi gynécologique avec un professionnel différent de son médecin traitant. Cette dernière évoquait comme critère de choix le côté intime de la consultation *« J'ai l'impression qu'on peut pas tout dire donc qu'on peut pas parler de tout, que là avec ma gynécologue j'ai parlé de tout […] sur certaines choses que je peux pas parler avec mon médecin de famille»* et du temps plus long consacré à la consultation *« Je vais avoir l'impression que le médecin il se dépêche, […] Qu'avec la gynécologue, je me suis pas sentie qu'elle devait se dépêcher » (Patiente 6)*

La thèse « Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention » d'Ora Mélanie ; montre que les patientes préfèrent consulter un gynécologue plutôt que leur médecin traitant : celui-ci serait considéré plus spécialisé et plus compétent dans ce domaine. De même, les femmes expriment leur réticence à se faire examiner par leur médecin généraliste de par la grande proximité avec celui-ci. [26]

Notre entretien va dans le même sens : la patiente préfère aborder des sujets intimes avec un spécialiste différent du médecin de famille. Dans ce témoignage, la gynécologue a été à l'écoute et a consacré du temps pour cette patiente qui s'est sentie alors bien traitée.

A propos de la durée de la consultation, aucune étude comparant la durée de la consultation chez un médecin généraliste et celle chez un gynécologue n'a été retrouvée.

- **Les patientes revoient-elles le même professionnel ?**

La moitié des patientes avaient déjà consulté ce professionnel et exprimaient une forte satisfaction vis-à-vis de celui-ci.

Les expériences antérieures peuvent concerner un suivi gynécologique mais aussi obstétrical : la confiance placée dans la maternité et l'équipe peut inciter les femmes à initier un suivi gynécologique dans ce même hôpital.

Au contraire une patiente insatisfaite exprime clairement la conséquence d'une expérience désagréable ou douloureuse : *« Donc du coup je suis plus jamais allée le voir. Du coup je suis partie très loin », « Quand j'apprécie pas, je vais voir ailleurs » (Patiente 12)*

Cet entretien peut être relié aux nombreux témoignages actuels retrouvés sur le net : certaines patientes insatisfaites voir *traumatisées* décident de ne plus effectuer leur suivi :

« Je ne suis pas retournée voir un gynéco pendant des années à la suite de cette visite»

« Je suis parti traumatisée, et n'ai pas refait de frottis depuis »

« A ce jour, je me sens incapable de retourner voir un gynécologue » [V]

Dans un objectif premier de santé publique, il est essentiel d'analyser ces insatisfactions : le but du suivi gynécologique est de prévenir et dépister les différents cancers gynécologiques. Ainsi, les patientes n'effectuant pas ce suivi ont un risque plus important d'être dépistées tardivement.

L'empathie est essentielle dans la relation de soins afin de créer un climat de confiance et de ainsi diminuer l'appréhension des femmes à venir en consultation.

5.1.2. Les patientes appréhendent-elles la consultation de gynécologie ?

Certaines patientes appréhendent particulièrement l'examen : le fait de se retrouver nue ou encore la peur de la douleur. L'appréhension peut être aussi liée à la nouveauté : nouveau bâtiment ou nouveau professionnel.

Dans une thèse de médecine générale de 2011 auprès de 160 patientes, 15.6% des femmes disent ne pas se faire suivre régulièrement par pudeur. [27]

Le fait que l'examen gynécologique soit considéré comme intrusif et gênant peut être une source d'appréhension pour les patientes, jusqu'à parfois même une cause de non consultation.

En 2013, la HAS a rappelé qu'il faudrait *« aider les femmes à surmonter leur réticence à subir un examen gynécologique»* afin de renforcer l'adhésion des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus. [28]

Ainsi, susciter de **bonnes conditions d'examen** afin de **mettre en confiance** les patientes pourrait permettre une **meilleure observance** de la consultation de gynécologie de prévention et donc un **meilleur dépistage** de ces patientes.

Quant à l'appréhension face à la nouveauté, une patiente précise qu'elle n'avait plus d'appréhension avec son gynécologue habituel : on peut en déduire que c'est une relation de confiance qui s'est installée. Elle ajoute ensuite qu'elle va devoir changer de gynécologue suite au départ en retraite de celui-ci, et que cette relation de confiance va devoir être reconstruite : *« J'aurai quelqu'un d'autre, ça va être une autre appréhension » (Patiente 3)*

Mais la majorité des patientes n'expriment pas d'appréhension, certaines ont précisé que cela est dû à *« l'habitude ».*

Deux patientes témoignent que l'appréhension se modère avec le temps : *« Bon quand on est jeune on vient les premières fois chez le gynéco tout ça on a la boule au ventre et tout ça » (Patiente 9), « on a l'habitude avec le temps !» (Patiente 8)*

Une autre patiente précise que le fait que le professionnel explique les gestes qu'il va pratiquer fait diminuer l'appréhension qu'elle pourrait ressentir face à ceux-ci.

Ces témoignages soulignent l'intérêt des explications fournies dès la première consultation gynécologique de prévention. Les femmes peuvent être ainsi actrices de leur santé : elles viennent consulter en connaissant le but et le déroulement de l'interrogation et des gestes.

Toutes les patientes interrogées avaient déjà eu auparavant au moins une consultation en gynécologie. Le fait d'avoir déjà eu un ou des examen(s) gynécologique(s), ou encore de connaitre le professionnel semble donc diminuer l'appréhension.

L'examen étant la principale source d'appréhension de la part des patientes, il est intéressant de se questionner sur les conditions de l'examen : l'installation et le ressenti des patientes pendant celui-ci.

5.2. Qu'en est il de la bientraitance lors de l'examen gynécologique ?

5.2.1. Les connaissances des patientes à propos de la consultation : reflets d'une certaine routine

Au niveau des informations fournies par le professionnel, la quasi-totalité des patientes ont dit les avoir reçues. Aucune patiente ne les a estimées insuffisantes, que ce soit sur le but ou le déroulement des gestes ou encore sur les résultats. Néanmoins, une unique patiente a clairement répondu *« non »* en précisant *« Bah il n'explique pas parce que je les connais déjà ! » (Patiente 8)*

L'hypothèse numéro 2 n'est pas validée : *« L'information donnée aux patientes lors de la consultation est parfois insuffisante ou sa compréhension n'est pas toujours recherchée »* car quatorze patientes sur quinze ont eu les informations par le professionnel et se sont dites satisfaites de celles-ci.

Ainsi, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 du code de santé publique précisant « *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 »* [8] semble donc respectée par les professionnels.

Plusieurs patientes ont aussi spontanément exprimé leurs connaissances à propos de la consultation de gynécologique de prévention. Aucune n'a signalé ne pas connaitre ou ne pas comprendre le but des examens.

Dans les entretiens, la question posée concernait principalement les explications par le professionnel. Les connaissances des patientes n'ont pas été recherchées systématiquement.

En 2014, Mme Bernard-Granger, dans le cadre de son mémoire nommé « Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus », a évalué l'état des connaissances des femmes concernant le FCU et la vaccination anti-HPV par le biais de questionnaires auprès de 218 patientes [29]. Ses résultats traduisent une tendance à la méconnaissance des modalités précises du FCU avec une moyenne générale de 8.78/20 points et avec uniquement 15% des femmes interrogées qui connaissent précisément la fonction d'un FCU.

Ces résultats semblent en désaccord avec ce que nous avons retrouvé, mais n'ayant pas demandé aux patientes d'expliquer le but du FCU nous ne pouvons pas conclure sur les connaissances des patientes à ce sujet. Nous pouvons uniquement déduire que les patientes interrogées dans notre étude se sentent suffisamment informées par le professionnel.

Concernant les informations reçues, plusieurs des patientes ont exprimé spontanément leur habitude des consultations gynécologiques :

« Rien d'extraordinaire », « routine », « rituel », « A 30 ans on commence à avoir l'habitude quoi », « Un examen classique… donc moi ça m'a pas traumatisé », « Ce n'est pas une nouveauté ! »

A ces termes « routiniers » se rajoute une notion intéressante « d'obligation » de consentir à la consultation ou l'examen gynécologique :

«Je suis dans les règles maintenant », « C'est une chose que je dois faire », « C'est un examen à passer », « de toute façon faut se faire surveiller »

On retrouve dans ces témoignages l'aspect répétitif des consultations de gynécologie vécu par les femmes. La consultation est donc, au-delà des connaissances fournies par les professionnels, une « routine » inscrite dans la vie des femmes.

La routine et le sentiment « d'obligation » exprimés par les patientes peuvent découler d'un certain « paternalisme médical ».

D'après Gerald Dworkin, le paternalisme consiste dans *« Une intervention sur la liberté d'action d'une personne, se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte* [30] C'est donc une intention positive du praticien envers la santé du patient, mais fondamentalement opposée au care car elle réduit le patient dans son autonomie : le médecin décide de qui est bon pour lui. C'est une « double routine » inconsciente pour les deux partis : le patient se soumet à l'autorité médicale car le médecin possède le savoir et le pouvoir de répondre à sa demande.

On se demande alors si cet aspect routinier se répercute sur le déroulement de l'examen, notamment lors de l'installation et du consentement à l'acte.

5.2.2. L'installation avant l'examen : moment critique pour certaines femmes

L'installation est décrite aussi sous un aspect routinier pour quelques patientes *« Je sais qu'il faut se déshabiller, monter sur la table… Il ne m'a rien dit parce que moi je le sais déjà » (Patiente 8)*

Deux patientes vont préciser au niveau du déshabillement qu'elles ne sont pas entièrement dévêtues, et qu'elles apprécient cela : *« ça évite qu'on soit toute nue toute de suite quoi » (Patiente 14)*

Le nombre de vêtements enlevés par la femme lors d'un examen gynécologique peut jouer sur le ressenti de ce dernier. En effet, permettre à la patiente de ne pas être complétement dénudée pourrait marquer un plus grand respect de son intimité.

Faire la consultation en deux étapes, c'est-à-dire enlever le haut pour l'examen de la poitrine, puis le remettre pour ensuite enlever le bas pour l'examen gynécologique, peut rajouter des minutes à une consultation considérée parfois courte (vingt minutes prévues en moyenne).

Ainsi certains médecins préfèrent faire déshabiller la patiente intégralement afin de ne pas perdre du temps lors de la consultation.

Dans son article « Imposer la nudité intégrale à un(e) patient(e), est-ce une maltraitance ? », le docteur Martin Winckler, rappelle que *« dans d'autres pays (en Grande-Bretagne, en Amérique du Nord) on n'impose jamais à un(e) patient(e) de se déshabiller entièrement. […] Les patients portent des chemises d'examen, ce qui rend le corps accessible sans le dénuder »* [31] Ces chemises d'examen seraient donc un compromis intéressant pour conserver la pudeur de la patiente tout en permettant l'examen gynécologique.

Un autre débat se situe autour de la position gynécologique, qui n'est pas abordée lors des entretiens: aucune des patientes n'a précisé la position dans laquelle elle a été examinée. En France la position gynécologique est très systématisée: elle permet au professionnel de réaliser un examen tel qu'il l'a appris, mais dans une position qui semble assez dépréciée par les patientes selon plusieurs études ou auteurs. [32-34]

En 2015, dans sa thèse nommée « Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes », Mme Grange Cabane interroge le vécu de 114 patientes ayant eu un examen dans les deux différentes positions. Selon elle, parmi les freins des patientes à la consultation gynécologique, la plupart concernent la pratique de l'examen clinique en lui-même. Ses conclusions montrent que *« globalement, la position est très appréciée aussi bien du point de vue du confort, pudeur, anxiété et douleur »*, et pourrait motiver plus de patientes à venir se faire dépister. Le résultat concernant la pudeur est très probant : 96% des patientes estiment que l'examen en décubitus latéral est plus respectueux de leur pudeur. [32] Il existe d'autres études qui proposent la position en décubitus latéral pour l'examen gynécologique, et qui arrivent à ces mêmes conclusions concernant la pudeur [33-34]

Egalement proposée par le docteur Winckler sur son blog [31], cette position présente plusieurs contraintes : elle nécessite une table d'examen adaptée et l'habitude du professionnel à examiner de cette façon. Le décubitus latéral semble donc difficile à

instaurer en France d'autant plus que la position gynécologique est culturellement ancrée dans notre pratique française. Nous n'avons pas retrouvé d'étude sur la pratique du décubitus latéral auprès des différents professionnels pratiquant l'examen gynécologique. Cependant l'idée de ne pas découvrir entièrement les patientes ne semble pas inaccessible et déjà pratiquée par certains professionnels.

Le respect de la pudeur des patientes pourrait passer par l'adaptation à l'installation pour l'examen. Ainsi, la position ou le nombre de vêtements enlevés par la patiente sont des éléments qui peuvent être sources de réflexion.

Enfin, une patiente confirme que ce respect de la pudeur est fondamental et qu'il passe aussi par le regard du praticien : *« On se sent bien car il est pudique, il nous regarde pas là (désigne ses parties intimes), il regarde au plafond, c'est pudique ! » (Patiente 8)*

Tous ces éléments font parties de la démarche du care : le but est de respecter la personne et de réfléchir à l'impact qu'a la consultation, et en particulier l'examen gynécologique, dans l'intimité des femmes.

5.2.3. Le consentement avant l'examen : toujours explicite ?

Dans la moitié des entretiens, le consentement n'a pas été recherché avant le geste.

L'hypothèse numéro 3 « Le consentement n'est pas systématiquement recherché avant un geste » est donc validée et nous permet d'ouvrir la réflexion sur les causes de la non recherche systématique de consentement.

Cependant huit patientes concernées considèrent cela comme « habituel » :

Selon ces dernières, **annoncer les gestes** est suffisant pour obtenir un consentement alors implicite :

« C'est tout mais puisqu'elle me dit qu'elle va me faire un frottis, je suis bien au courant »

« Vu qu'il m'avait déjà dit en avance tout ce qu'il allait me faire »

Pour deux autres patientes, le simple fait **d'être présente en consultation** équivaut à un consentement pour l'examen :

« On ne viendrai pas à l'examen si on ne voulait pas que l'examen se fasse! »

« En même temps si je suis là c'est que je suis consentante! »

Ces pratiques ne sont pas conformes à l'esprit de la loi Kouchner : *« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne »* [6]

Ainsi pour résumer, plusieurs comportements se dessinent .On assiste donc ici à plusieurs phénomènes particuliers :

- La routine professionnelle : Le professionnel semble réaliser les gestes nécessaires à l'examen gynécologique sans demander explicitement le consentement car c'est le but de la consultation. En exécutant ces gestes devenus routiniers pour lui, il ne cherche pas à nuire ou à ne pas respecter la loi.

- La routine pour les patientes : Présente surtout chez les patientes ayant déjà eu des consultations antérieures, l'association consultation/examen est tellement forte qu'elle semble indissociable : ces huit patientes ne reprochent pas la non recherche du consentement avant l'examen.

- Nous pouvons parler de paternalisme médical : dans la configuration hiérarchique médecin/patient, c'est le médecin qui a la connaissance, ce qui justifie que le patient ne remette pas en question les décisions ou actes de celui-ci.
  C'est le phénomène de paternalisme médical déjà décrit en partie 5.2.1 : les patientes ne conçoivent pas de s'opposer à un examen qui semble systématique lors d'une consultation de gynécologie.

Les lois sont donc présentes pour rééquilibrer la relation soignant soigné : le professionnel doit informer et justifier ses actes, et systématiquement obtenir le consentement de la patiente. Cette démarche a pour but de donner une plus grande autonomie aux patientes, alors actrices de leur santé.

Et s'il y a refus malgré un examen nécessaire ? La loi protège le médecin qui écrit dans le dossier médical le refus, après avoir donné des explications éclairées sur les conséquences du choix de la patiente. [6]

Une patiente a précisé spontanément qu'elle se serait opposée à un geste non désiré suite à l'annonce de l'examen : *« j'aurais dit bah non je veux pas tel geste ou tel geste »*. Cela démontre qu'elle a conscience de ses droits, notamment celui de refuser un examen.

Suite au débat animé sur les touchers vaginaux pratiqués sur des patientes endormies en 2015 [35] les professionnels ont réfléchi à leurs pratiques et ont condamné ces pratiques inadmissibles. Comment peut-on alors concevoir un examen gynécologique sans consentement ? Les patientes en consultation de gynécologie de prévention sont conscientes et ce n'est pas un contexte d'urgence.

Poser systématiquement la question ne ferait pas perdre du temps au consultant, et permet aux patientes de prendre conscience de l'intérêt ou non d'un examen.

Pourtant, aucune des patientes interrogées ne s'est plainte d'avoir eu un examen sans consentement préalable. En effet, certaines évoquent un consentement implicite, terme défini par : *« Le consentement implicite se produit dans certains domaines du droit, en référence à une autorisation qui n'est pas accordée directement, mais qui peut être déduit par le biais des actions d'une personne, des circonstances entourant une situation particulière ou même de l'inaction »* [36]

Le consentement n'est donc pas toujours formel, mais reçu dans des conditions particulières qui le permettent.

Dans nos entretiens, les patientes définissent ces conditions par :

- le fait qu'elles se présentent à la consultation
- le fait que le professionnel annonce les gestes au préalable

De ce fait le ressenti de ces patientes ne semble pas être altéré par la non recherche explicite de leur consentement.

Aux yeux de la loi, les professionnels se doivent d'obtenir le consentement explicite : cela serait l'équivalent d'une bientraitance minimale décrétée juridiquement. Mais nous avons vu plus haut que cette notion est avant tout subjective : les patientes interrogées n'ont pas perçu cette non recherche du consentement explicite comme une maltraitance.

Autrement dit, il est possible d'être bientraitant lors d'un examen gynécologique sans pour autant rechercher le consentement explicite.

5.2.4. Le ressenti de l'examen :

Le ressenti lors de l'examen est très variable d'une patiente à une autre : six expriment de l'inconfort (dont trois de la douleur) et six l'absence de douleur (dont cinq de la douceur).

Les notions d'intimité et pudeur sont fortement rappelées par les patientes : *« s'exhiber tout ça, c'est pas quelque chose qu'on aime facilement faire », « c'est toujours contraignant », « c'est réticent », « un peu de gêne »*.

Le caractère anxiogène de l'examen est également exprimé : *« j'angoisse »*. Similaires à l'appréhension décrite en partie 5.1.2, l'anxiété et la gêne sont principalement dues à l'aspect intrusif de l'examen.

En plus des sensations ressenties lors de l'acte lui-même, les conditions de l'examen participent à ce ressenti qui peut être positif ou négatif.

Le caractère désagréable de l'examen est exprimé sous différents termes *« un peu douloureux », « pas très agréable », « un peu mal », « j'ai eu des douleurs », « brutaux »*. L'examen peut créer un vécu négatif de la consultation, allant de l'inconfort à la douleur chez les patientes. C'est en effet une des principales cibles des témoignages dans le mouvement de « Lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales » [I-V]

A l'opposé, les termes *« doux », « délicatesse », « pas brusque »* sont exprimés comme points positifs dans le vécu de l'examen.

Ces qualitatifs semblent désigner aussi bien les gestes du professionnel que son comportement.

En effet, dans son livre « Le livre noir de la gynécologie », Mélanie Déchalotte explique à propos de l'insertion du spéculum : *« En réalité, ce n'est pas tant l'outil en lui-même que les femmes redoutent, que l'expérience qu'elles en ont […] Autrement dit, ce n'est pas le spéculum qui fait mal, c'est celui (ou celle) qui en fait usage »* [37]

Ainsi, en plus de la technique proprement dite, c'est l'intention portée dans les gestes qui est perçue par les patientes.

Le CNGOF précise dès le premier paragraphe sur les recommandations pour la pratique de l'examen gynécologique : *« La première de ces règles est que l'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente. Il appartient donc au médecin de rendre cette consultation aussi peu traumatisante que possible pour la patiente et de s'adapter à la situation et à son psychisme »* [20]

Le caractère douloureux voire traumatisant de l'examen est donc reconnu par le CNGOF qui émet cette première recommandation, digne d'Hippocrate *« d'abord ne pas nuire »* [17]

Techniquement, il peut être proposé différentes pistes pour améliorer le ressenti de l'examen. Celui-ci étant avant tout subjectif, il semble compliquer d'émettre des recommandations vis-à-vis de la *« douceur »* qui reste avant tout un trait du praticien.

Les patientes expriment des éléments qui seraient bien traitants selon elles lors de l'examen :

- Le fait que le praticien **explicite** tous les gestes effectués
- La **discussion** concomitante à l'examen : *« ça passe tout seul quoi car on discute en même temps »*
- Le **comportement empathique** du praticien pendant le geste : *« Elle a demandé si ça faisait mal, si je voulais arrêter si ça faisait mal donc ça c'est bien aussi », « Elle demande si je ressens des douleurs, si ça va… il n'y a pas… elle me dit « c'est désagréable je le sais » »*

  La **reconnaissance de cette douleur** est une marque de compassion mais surtout d'attention portée aux conséquences de ce geste. On retrouve alors le principe du care :

Parmi les entretiens, aucune patiente ne précise si l'examen a été réalisé avec un produit spécifique en vue de diminuer la douleur lors de l'insertion du spéculum ou des doigts du praticien. Deux études montrent que l'utilisation d'une faible quantité de gel lubrifiant hydrosoluble lors de l'introduction du spéculum n'a pas d'effet néfaste sur la qualité du frottis [38-39]. Il n'a pas été retrouvé d'étude comparant la douleur lors de l'utilisation de gel ou non pour l'examen gynécologique.

Il serait néanmoins intéressant de proposer aux femmes ce gel d'examen dans le but de diminuer la douleur lors de l'examen gynécologique.

Dans cette même perspective, l'auto insertion du spéculum pour le FCU peut être envisagée. Il n'a pas été retrouvé d'étude qualitative concernant le ressenti de l'examen ou la douleur perçue dans ce cas.

L'ensemble de ces propositions a pour but de diminuer la douleur lors de l'examen gynécologique et ainsi l'appréhension qui l'accompagne. Améliorer le vécu des patientes pourrait favoriser le suivi en gynécologie chez celles pour qui l'examen est un frein à la consultation. Ces exemples sont des pistes pour la bientraitance à explorer, aussi bien sur leurs efficacités que leurs mises en pratique. Elles concernent le domaine gynécologique mais aussi celui de l'obstétrique.

5.2.5. Vers une remise en question de l'examen gynécologique

Parmi les quinze patientes, deux n'ont pas eu d'examen gynécologique lors de leur consultation. De même, l'examen a été proposé à une des patientes : *« J'étais même pas obligée de faire l'examen… elle m'a demandé si je voulais faire l'examen et puis voilà » (Patiente 6)*

L'examen gynécologique ne semble donc pas systématique lors de la consultation de gynécologie de prévention.

Tout d'abord il est rappelé par la HAS que l'examen des seins et la pratique d'un FCU ne sont pas nécessaires avant 25 ans. Il est précisé également que l'examen gynécologique n'est pas requis chez une femme consultant pour une prescription de contraception. [2,3]

Concernant le toucher vaginal systématique, il est remis en cause chez les femmes asymptomatiques non enceintes dans une revue de la littérature américaine de 2014. Ce groupe d'experts conclu que les inconvénients dépassent les bénéfices attendus (détection du cancer de l'ovaire en particulier). Dans ces inconvénients sont notamment cités : la peur de l'examen, l'anxiété, l'embarras, la douleur et l'inconfort. [40]

Cette remise en question témoigne d'un intérêt pour le confort des patientes : éviter de réaliser un examen pouvant être inconfortable voir douloureux quand cela n'est pas nécessaire.

Concernant le systématisme des examens, nous pouvons faire un parallèle avec le suivi obstétrical : si la femme enceinte ne ressent pas de contractions on laisse le choix à la patiente de l'examen du col ou non lors de certaines consultations. [41]

Il y a donc une remise en question d'actes intrusifs qui seraient alors non réalisés systématiquement car prouvés non nécessaires médicalement.

On retrouve cette notion de care : en tant que professionnels nous percevons que cet examen peut générer de la douleur ou de la gêne, et adaptons notre pratique en conséquence.

Les professionnels concernés sont les sages-femmes et gynécologues, mais aussi les étudiants. On peut s'interroger sur l'incidence de la présence d'un étudiant sur le vécu des patientes, étant donné qu'ils sont acteurs de la consultation.

5.3. L'étudiant : acteur supplémentaire lors de la consultation

Un étudiant était présent sur trois des quinze consultations. Pour les patientes concernées, l'étudiant a toujours été présenté et accepté. L'hypothèse 4 «La présence d'un étudiant ne dérange pas la patiente si celui-ci est présenté » est validée.

Une thèse de 2015 étudiant le ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie, a conclu que celui-ci était globalement bien accepté par les patientes [42] Le refus de sa présence était rare mais présent, causé par un défaut d'information au sujet de l'interne ou au caractère intime de la consultation.

On retrouve cette gêne dans l'entretien où la patiente exprime face à la question de la présence de l'étudiant : *« Non je n'aurais pas trop aimé ! […] ça m'aurait quand même un peu dérangé » (Patiente 10)*

Cette thèse [42] a souligné l'importance d'informer les patientes sur la présence de l'interne et de recueillir leur consentement à sa participation.

Le consentement à la présence de l'étudiant n'était pas un critère recherché dans notre étude. En effet, la question concernait uniquement la présentation de celui-ci. Il aurait été intéressant de savoir si un réel consentement avait été effectué. Car malgré le fait que les trois maternités concernées par notre étude soient des lieux de stage pour les étudiants en santé ; rien n'oblige les patientes à les accepter en consultation.

Or une patiente aurait accepté la présence de l'étudiant malgré sa gêne : *« bon maintenant il faut qu'ils apprennent, j'aurais quand même accepté mais ça m'aurait un peu dérangé » (Patiente 10)* Une autre patiente précise cette obligation de participer à la formation des étudiants : *« Mais si il en avait eu un [étudiant] j'aurais accepté, parce que bon… c'est pas… faut bien apprendre comme on dit » (Patiente 6)*

Ce sentiment d'obligation est également décrit dans une thèse de 2013 évaluant les représentations et attentes des patients et des internes lors d'une consultation de médecine générale [43]. Certains patients avouent accepter la présence de l'interne par *« crainte de décevoir leur médecin ou de priver l'interne d'un apprentissage* ». Ceci correspond donc à ce que nous avons retrouvé dans ces deux entretiens.

L'étudiant semble donc plus imposé que proposé, en particulier lorsqu'il n'est pas présenté comme intervenant potentiel mais est directement inclus dans la consultation. C'est pourquoi il convient de toujours obtenir le consentement de la patiente pour la présence d'un étudiant. Ce consentement peut être demandé par le professionnel ou l'étudiant lui-même.

En tant qu'acteur supplémentaire, la gêne provoquée par le côté intime de la consultation de gynécologie peut être augmentée. C'est pourquoi il convient de prendre en compte le ressenti des patientes face aux différents intervenants.

De même, la satisfaction des patientes repose sur la consultation mais aussi sur le comportement des acteurs, que ce soit celui du professionnel ou de l'étudiant qui l'accompagne.

5.4. Analyse de la satisfaction et de l'insatisfaction des patientes

5.4.1. Les éléments responsables de la satisfaction des patientes

L'intégralité des patientes se sont dites satisfaites de la consultation de gynécologie de prévention dans sa globalité.

La première hypothèse : « Les femmes sont globalement satisfaites de la consultation » est donc validée.

Les principales causes de satisfaction retenues dans les entretiens sont :

- **En ce qui concerne le comportement du professionnel :**

Toutes les patientes interrogées ont utilisé au moins un terme positif pour désigner leur gynécologue ou sage-femme.

Concernant l'examen, le mot « **douceur** » est prononcé dans cinq entretiens. Spécifique de l'examen, cette douceur est perçue comme bientraitante pour ces patientes. Elles perçoivent ainsi la prise en compte de la douleur par le praticien et son adaptation pour l'éviter.

Trois patientes ont aimé le fait que le professionnel « **prenne son temps** » lors de la consultation. En consacrant du temps à la patiente, le soignant accorde de l'attention ressentie positivement par la patiente.

Les autres adjectifs employés sont nombreux et variables mais permettent avant tout aux patientes de se sentir à l'aise ou en confiance lors de la consultation. Le comportement du praticien, qu'il soit « agréable », « familier » ou « chaleureux » permet ainsi de créer une relation singulière avec sa patiente qui se sent bientraitée.

- **En ce qui concerne l'information :**

En partie 5.2.1, toutes les patientes interrogées estimaient que les informations données étaient suffisantes. Pour qu'une information soit satisfaisante :

- Elle doit être **complète**
- Elle doit être **intègre**
- Les **résultats** doivent être donnés

Comme le précise les lois du code de la santé publique [8,9], le professionnel doit donner *« une information loyale, claire et appropriée »*. Cette information est appréciée par les patientes, même si certaines connaissent déjà le but de la consultation. En effet, comprendre le but des examens et connaitre leurs résultats, permet aux patientes d'être actrices de leur santé.

Dans son article « Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle », Dominique Phanuel précise que *« Les déterminants de la confiance sont l'attitude et le comportement du personnel de contact d'une part, et l'information reçue par le patient, d'autre part. La confiance prend son sens en présence d'incertitudes telles que l'information imparfaite ou incomplète dont disposent les agents »* [44]

Ainsi, ce n'est pas seulement le comportement du professionnel qui permet à la relation de confiance de s'installer mais c'est aussi la **bonne transmission de l'information**.

❖ **<u>En ce qui concerne la prise en charge :</u>**

➢ <u>Respecter le choix des patientes : signe d'une bientraitance</u>

Plusieurs patientes ont précisé que les décisions étaient prises d'un commun accord avec le soignant.

Ceci est une obligation selon la même loi du code de santé publique: *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé »* [9]

Cette prise de décision partagée entre le professionnel et la patiente marque le respect qu'il porte à la loi mais aussi à la patiente. L'attitude du praticien *« à l'écoute »* ou *« attentif »* marque également ce respect.

Souvent utilisé pour le choix de la méthode contraceptive, le modèle BERCER [4] est une démarche d'accompagnement de la patiente qui favorise l'expression de son choix lors d'un entretien avec le professionnel.

Grâce à ce genre de démarche, les patientes se sentent plus concernées à propos de leur suivi gynécologique et respectées dans leurs choix.

- L'importance d'une consultation complète et de résultats pour la satisfaction des patientes :

  Plusieurs patientes ont comparé les différentes consultations en gynécologie qu'elles ont eues à la **quantité** d'examens effectués. Elles ont toutes préféré avoir *« toute la batterie d'examens »* car *« elles viennent pour ça »*. Certains soins ou examens supplémentaires permettent à la patiente de se sentir prise en charge dans sa totalité.

  La **qualité** des soins est définie par la satisfaction de son bénéficiaire (donc la patiente). C'est par exemple le fait d'obtenir des réponses à des questions ou un traitement adapté à des symptômes. Six patientes ont souligné l'importance de cette qualité de soin.

Ainsi, tous ces éléments, qu'ils soient à propos de la consultation ou du praticien, favorisent la satisfaction des patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention.

Vue en point 4.1 et 4.6, la satisfaction des patientes permet un meilleur suivi gynécologique. En effet, dix patientes au total ont exprimés **spontanément** leur intention de continuer leur suivi gynécologique avec ce professionnel.

Ainsi la création d'une relation de confiance permet aux femmes de consulter plus facilement. Elles expriment une diminution de l'appréhension, une meilleure connaissance du but des examens et un meilleur vécu de ceux-ci. Pour certaines, le praticien est même devenu *« familier »*. C'est cette relation qui est décrite par la patiente 9 : *« Donc non je viens en confiance car je trouve qu'avec un médecin qu'il faut qu'il y ai quelque chose qui passe »*

Néanmoins, nous avions également remarqué que certains témoignages de vécus négatifs avaient pour conséquence un arrêt du suivi gynécologique. [V]

Certaines patientes dans nos entretiens ont exprimé des expériences antérieures négatives dans le domaine de la gynécologie obstétrique. Nous allons explorer celles-ci afin de comprendre la source de ces insatisfactions.

5.4.2. Pourquoi certaines patientes expriment-elles de l'insatisfaction ?

Plusieurs insatisfactions sont ressorties des entretiens. Les causes de celles-ci sont :

- Une atteinte à la pudeur

Des patientes ont évoqué un nombre élevé d'intervenants :

« Enfin voilà se déshabiller devant 6 personnes d'un coup c'est pas évident (…) Ils viennent trop en groupe. La dernière fois j'avais compté ils étaient à 7. Donc vous vous déshabillez, vous enlevez la culotte devant 7 personnes, c'est pas évident » (Patiente 13)

«J'ai pas trop apprécié car j'ai eu plusieurs personnes qui sont rentrées dans le bloc » (Patiente 12)

Ces patientes soulignent plusieurs faits :

- Le nombre excessif d'intervenants
- Leur présence à laquelle elles n'ont pas consenti.
- Le non-respect de leur intimité et l'atteinte à leur pudeur

Dans n'importe quel domaine médical, la présence de personnel supplémentaire auprès du patient doit nécessiter un consentement de ce dernier. Ce consentement est d'autant plus nécessaire quand l'intervention touche à l'intimité de ce patient. Cette dernière n'a pas été prise en compte dans ces situations, créant un vécu difficile chez ces patientes.

- La maltraitance dans l'asymétrie de la relation de soin

Une patiente a partagé une expérience particulièrement négative, entrant dans le champ des « violences gynécologiques » : cette patiente était dévêtue sur une table d'examen avec un spéculum en place durant une demi-heure, pendant que la gynécologue, occupée au téléphone, ne répondait pas à ses demandes.

Définie par l'ONU, la violence *« fait référence à tout acte violent de nature à entrainer, ou risquer d'entrainer, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté ; tant au sein de la vie publique que privée »* [45]

Cette situation entre donc dans la définition avec plusieurs actes violents :

- L'acte intrusif injustifié

  L'insertion d'un spéculum peut être désagréable voire douloureuse pour les patientes. Le maintien de celui-ci pendant un temps important ne fait que l'augmenter. C'est donc un possible préjudice physique que cette patiente a subi.
- Le non-respect de l'intimité de la patiente

  Lors de cet acte, la patiente était dévêtue, et est donc restée dans une position inconfortable et vulnérable : c'est une atteinte à sa pudeur.
- L'indifférence quant à sa douleur
- Le manque de réponses à ses demandes

  Ces actes de négligence sont également une faute déontologique : un soignant est sensé prendre soin et répondre aux besoins de son patient. L'ignorance des appels de la patiente marque une privation des libertés de celle-ci : ne pas permettre à la patiente de se rhabiller ou de partir, en laissant l'instrument en place. On peut relier ces actes à de la violence psychologique.
- Un possible préjudice physique : la patiente s'est plainte d'avoir eu une infection urinaire suite à cet acte.

Cette situation renvoi donc à la notion de maltraitance, mais également à la notion de **paternalisme médical** [30] : face au médecin la laissant dans cet état, la patiente n'a pas osé bouger ou retirer le spéculum elle-même pendant cette demi-heure.

Sous le pseudonyme de Marc Zaffran, Mr Winckler décrit dans son livre «Femmes, médecins et maltraitance dans la France du 21ème siècle» cette r**elation asymétrique** qu'est le soin : *«La maltraitance est un risque inhérent à l'asymétrie qui fonde la relation de soin. L'appel du patient met le soignant en position de traiter, mais aussi de la maltraiter: le soignant peut décider de soigner ou d'agir en bourreau »* [46]

C'est cette asymétrie de soin qui conduit au paternalisme médical et peut créer ainsi des violences. Il y a ici un abus de pouvoir de la part du médecin sur le corps de cette femme en position de vulnérabilité. La perception négative de cet évènement par la patiente est principalement subjective, mais face à ces éléments nous pouvons objectiver de la violence. Cet évènement a eu pour conséquence un changement de professionnel chez cette patiente.

On peut supposer que cet évènement chez une autre femme aurait pu entrainer la même conséquence voir un traumatisme face à cette violence physique et psychologique.

Il est tout à fait concevable que d'autres femmes aient vécu des violences de ce genre lors de consultations de gynécologie, et c'est pourquoi il ne faut pas minimaliser ces situations et écouter les patientes.

- Le care : un concept difficile à appliquer dans certaines conditions

Deux patientes ont évoqué le manque de personnel comme cause des mauvais traitements qu'elles ont subis.

Nous avons vu plus haut que le care est un travail peu reconnu et qu'un temps spécifique n'y est pas consacré pour l'appliquer à l'hôpital.

Des contraintes (manque de personnel, pression administrative) sont évoquées dans le livre de Valérie Auslender « Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé » qui recueille et analyse des témoignages des étudiants en santé ayant subi de mauvais traitements lors de leur stage à l'hôpital [47]. Mélanie Déchalotte précise également dans son « livre noir de la gynécologie » que *« réduire les effectifs au profit d'une meilleure rentabilité de l'hôpital sans tenir compte du facteur humain ne fait qu'aggraver les conditions de travail des professionnels de santé »*. [48]

La principale contrainte est le manque de personnel réduisant le temps accordé à chaque patient (ou aux étudiants dans le livre de Mme Auslender), limitant ainsi le professionnel dans son travail qui se focalisera sur le cure (donc traiter) plutôt que le care.

Les violences envers les étudiants en santé ou les soignants diplômés sont évoquées comme sources elles-mêmes de violences envers les patients. Ces dernières peuvent être produites par des soignants bien intentionnés mais n'ayant pas conscience que ces actes sont ressentis comme violents par les patients.

Ainsi, la bientraitance envers les patients passe aussi par la bientraitance des soignants : on ne peut appliquer le care dans un environnement et des conditions défavorables. La bientraitance passe donc par la mise en place du care, qui est une notion subjective et contextuelle.

6. Conclusion

Dans les médias, un certain nombre de femmes ont évoqué l'arrêt de leur suivi gynécologique suite à des expériences plus ou moins traumatisantes. Face à ces témoignages, les professionnels ont eu différentes réactions allant du déni à la prise de conscience de situations vécues comme maltraitantes. L'écoute des patientes leur a permis de parfois remettre en cause leurs pratiques.

Il était dans ce contexte intéressant de s'interroger sur le ressenti des patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention.

Des entretiens semis directifs auprès de patientes ont été réalisés après leur consultation.

L'objectif était d'analyser la perception de la bientraitance des patientes tout au long de la consultation afin d'apporter une réflexion sur nos pratiques.

Les quinze entretiens effectués ont démontré que les patientes sont satisfaites de la consultation de gynécologie qu'elles ont eue.

Les patientes ont souligné l'intérêt de recevoir des informations ou explications sur l'examen et le déroulement de la consultation. L'obtention de solutions ou réponses à leurs questions était une source de satisfaction. La participation aux décisions sur leur santé leur permettait de se sentir bientraitées. Enfin, le comportement bienveillant du soignant a été fortement apprécié : la douceur de ses gestes pendant l'examen, le respect de la pudeur de la patiente, ainsi que son caractère empathique.

Néanmoins, l'examen reste la principale source d'appréhension ou de traumatisme lors d'une consultation de gynécologie pour les patientes. Prendre en compte la pudeur et la douleur des patientes est un élément clef de leur perception de la bientraitance.

La satisfaction des patientes est garante d'un meilleur suivi gynécologique de prévention, permettant ainsi une augmentation du dépistage des cancers gynécologiques.

Le consentement explicite avant le geste n'a pas été recherché systématiquement dans la moitié des consultations. Poser cette question a permis de révéler qu'un consentement implicite est suffisant si les conditions dans lesquelles il est sous-entendu sont respectées (notamment l'annonce et l'explication des gestes par le soignant).

La présence d'un étudiant en consultation devrait être toujours consentie car elle peut impacter le vécu de la patiente. Les professionnels qui se montrent bientraitants vis-à-vis des patientes permettent aux étudiants de réfléchir à leurs futures pratiques et de placer le care au centre de la relation de soin. Comme les patientes, ils définissent la bientraitance au travers des actes et paroles des différents professionnels qui les encadrent.

Abordée à la FMM de Lille sous forme de module « Philosophie du soin : éthique du care et naissance» en PACES[6] puis en FGSMA3[7] dans l'unité d'enseignement «Sciences Humaines et Sociales » ; cette approche de la bientraitance pourrait encore être développée dans les différentes années de formation. Elle pourrait également devenir un objectif d'apprentissage personnel dans les stages.

Des cours spécifiques concernant les violences faites aux femmes sont proposés, il serait intéressant de travailler également sur les violences institutionnelles.

Quel est alors le rôle de la sage-femme dans la bientraitance ?

La sage-femme accompagne les patientes tant d'un point de vue médical que psychosocial. La dimension technique que sont les actes médicaux ou para médicaux sont aisés à évaluer quantitativement. Mais comment mettre en valeur l'aspect relationnel, qui n'est pas pris en compte dans les cotations à l'hôpital ?

Compte tenu de la subjectivité de son interprétation, il est difficile de définir un « protocole bientraitant » universel. Cependant, grâce aux témoignages des patientes qui bénéficient de cette bientraitance, des pistes de réflexion pour sa mise en pratique émergent. C'est par exemple le cas de la pratique du toucher vaginal systématique ou de l'installation de la patiente sur la table d'examen.

Ainsi, à partir de notre formation et tout au long de notre pratique, il est essentiel d'avoir une réflexion sur chacun de nos actes et de leurs impacts sur le vécu des femmes dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Des études analysant les expériences traumatisantes des femmes dans ce domaine seraient un atout pour comprendre et légitimer leurs paroles.

« Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours »[8]

[6] Première Année Commune aux Etudes de Santé, enseignement Maïeutique

[7] Formation Générale en Sciences Maïeutiques 3ème année

[8] Citation attribuée à trois célèbres médecins : *Hippocrate, Ambroise Paré et Louis Pasteur*

7. Bibliographie

[1] Darai E, Vendittelli F – Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie – Directive qualité du CNGOF – Version 2 validée le 18 Juin 2010, Date de révision : Janvier 2013 – 5 pages

[2] HAS – Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France – Recommandations en santé publique – Juillet 2010 – Page 2

[3] HAS – Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage – Recommandations en santé publique – Mars 2014 – Page 21

[4] INPES – Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme – Recommandations pour la pratique clinique – Dossier de presse du 7 Décembre 2004 – Pages 10-11

[5] Code de la santé publique, livre Ier, titre V, chapitre Ier, Article L.4151-1

[6] Code de la santé publique, livre Ier, titre Ier, chapitre Ier, Article 11

[7] Code civil, livre Ier, titre Ier, chapitre II, Article 16-3

[8] Code de la santé publique, livre Ier, titre Ier, chapitre Ier, Article L1111-2

[9] Code de la santé publique, livre Ier, titre Ier, chapitre Ier, Article L1111-4

[10] Code de la santé publique, livre Ier, titre II, chapitre VII, Article R.4127-2

[11] Code de la santé publique, livre Ier, titre II, chapitre VII, Article R.4127-32

[12] Boubakri Basma – Les violences gynécologiques et obstétricales : définition – Institut de recherche et d'actions pour la Santé des Femmes – Billet du 19 Août 2017

[13] CIANE – Maltraitances obstétricale – communiqué de presse du 9 Mai 2016

[14] Aude Rambaud – Quand les femmes ont peur de leur gynécologue [en ligne] – article consultable à l'URL : http://sante.lefigaro.fr – 19 Octobre 2015 [consulté le 25 Octobre 2017]

[15] Nisand I – Table ronde autour des violences gynécologiques et obstétricales – Conférence de presse de présentation des 41èmes Journées du CNGOF – 8 Décembre 2017

[16] HAS – Définition de la bientraitance [en ligne] – article consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bientraitance – 7 Septembre 2015 [consulté le 9 Mai 2017]

[17] Hippocrate de Cos – Traité des Épidémies – Tome I, 5ème partie – 410 avant J.-C

[18] Winckler M – Ce que soigner veut dire – Les brutes en blanc – Edition Points – Paris, 2017 – page 32

[19] ANESM – La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre [en ligne] – publication consultable à l'URL : http://www.anesm.sante.gouv.fr – Juillet 2008 [consulté le 9 mai 2017]

[20] CNGOF – Examen gynécologique : support de cours – Université Médicale Virtuelle Francophone – 2010-2011

[21] Tronto J – Du care – Editions La Découverte – Revue n°32 du Mauss – 2008 – pages 243-265

[22] Tronto J – Du care – Editions La Découverte – Revue n°32 du Mauss – 2008 – pages 631 – 641

[23] Lachowsky M – Un temps pour les femmes – Éditions Odile Jacob – 25 Mai 2005 – page 212

[24] Hue G – Intimité – in Formarier M, Jovic – Les concepts en sciences infirmières – 2ème Edition Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) – 2012 – pages 212-213

[25] Moettus A, Sklar D, Tandberg D – The effect of physician gender on women's perceived pain and embarrassment during pelvic examination – The American Journal of Emergency Medicine – Novembre 1999 – pages 313-317

[26] Ora M – Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention – Thèse de médecine générale – Université Paris Val-de-Marne, Faculté de Médecine de Créteil – 2007 – page 20

[27] Adam M – Evaluation des connaissances des femmes concernant leur suivi gynécologique : étude auprès de 160 patientes consultant en médecine générale en région lyonnaise – Thèse de médecine générale – Université Claude Bernard, Faculté de Médecine Lyon Est – 2011 – Page 49

[28] HAS – Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé – Juin 2013 – Page 55

[29] Bernard-Granger S – Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus – Mémoire – Université Joseph Fourier, UFR Médecine de Grenoble, département maïeutique – 2014 – Pages 17, 22

[30] Dworkin G – Paternalism – Revue philosophique The Monist – Volume 56 – Numéro 11 – Janvier 1972 – Page 65

[31] Winckler M, Imposer la nudité intégrale à un(e) patient(e), est-ce une maltraitance ? – Article consultable à l'URL : https://www.martinwinckler.com/spip.php?article1107 – 4 Septembre 2012 [consulté le 25/03/2018]

[32] Grange Cabane A – Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes – Thèse de médecine générale – Université de Bordeaux – 2015 – Page 38

[33] Guillon A – L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative – Thèse de médecine générale – Université Claude Bernard, Faculté de Médecine Lyon Est – 2015 – Pages 97-98

[34] Feauveau C – L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes – Mémoire – Université de Limoges, école de Sages-Femmes – 2016 – Pages 29-30

[35] Bernard MV – Touchers vaginaux et rectaux : "Réaliser ces gestes sans consentement est inacceptable et illégal [en ligne] – Article consultable à l'URL : https://www.francetvinfo.fr/sante/touchers-vaginaux-et-rectaux-realiser-ces-gestes-sans-consentement-est-inacceptable-et-illegal_1148757.html – 28 octobre 2015 [consulté le 10 novembre 2017]

[36] Les définitions – définition d'implicite [en ligne] consultable à l'URL : http://lesdefinitions.fr/implicite – 29 Mai 2014 [consulté le 28 Mars 2018]

[37] Dechalotte M – Le livre noir de la gynécologie – Editions First – Paris, 2017 – Pages 28-29

[38] Harer WB, Valenzuela G, Lebo D – Lubrication of the vaginal introitus and speculum does not affect Papanicolaou smears – Revue Obstetrics and gynecology – Volume 100, Numéro 5, Partie 1 – Novembre 2002 – Pages 887-888

[39] Miller L, Lee SK, Koutsky L – The effect of vaginal speculum lubrication on the rate of unisatisfactory cervical cytology diagnosis – Revue Obstetrics and gynecology – Volume 100, Numéro 5, Partie 1 – Novembre 2002 – Pages 889-892

[40] Bloomfield HE, Olson A, Greer N – Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the american college of physicians – Annals of Internal Medicine – Volume 161, Numéro 1 – 1er juillet 2014 – Pages 46-53

[41] 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 – Université d'Angers, Ecole de sages-femmes Réné Rouchy – 2012 – Page 65

[42] Verdon M, Roux D – Etude du ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées – Thèse de médecine générale – Université Paul Sabatier, Toulouse I – 2015 – Pages 46-48

[43] Sass M – La consultation patient, médecin, interne en stage niveau 1 de Médecine Générale: Étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes. Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient – Thèse de médecine générale – Université Paris XI, Faculté de Médecine Paris Sud – 2013 – Page 41

[44] Phanuel D – Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle – in : Politiques et management public, volume 20, numéro 4, numéro spécial : « L'évaluation de l'action publique : pour quand ? » 2002 – Page 124

[45] ONU – La maltraitance des personnes âgées [en ligne] Note d'orientation de la Commission économique pour l'Europe sur le vieillissement Numéro 14 consultable à l'URL : http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/French/ECE-WG.1-19.fr.pdf – Octobre 2013 – Pages 2-3

[46] Zaffran M – Femmes, médecins et maltraitance dans la France du 21ème siècle – In le patient et le médecin – Editeur PU Montréal – 2014 – Page 169

[47] Auslender V – Omerta à l'hôpital : Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé – Editeur Michalon – 2017 – Pages 417-418

[48] Dechalotte M – Le livre noir de la gynécologie – Editions First – Paris, 2017 – Pages 396-397

8. Sitographie

[I] Anonyme, Examen des seins sans avertissement [en ligne], Disponible sur : http://jenaipasconsenti.tumblr.com [consulté le 8 Février 2017]

[II] Anonyme, Tweet [en ligne] Disponible sur : https://twitter.com/hashtag/payetonuterus, [consulté le 7 Février 2017]

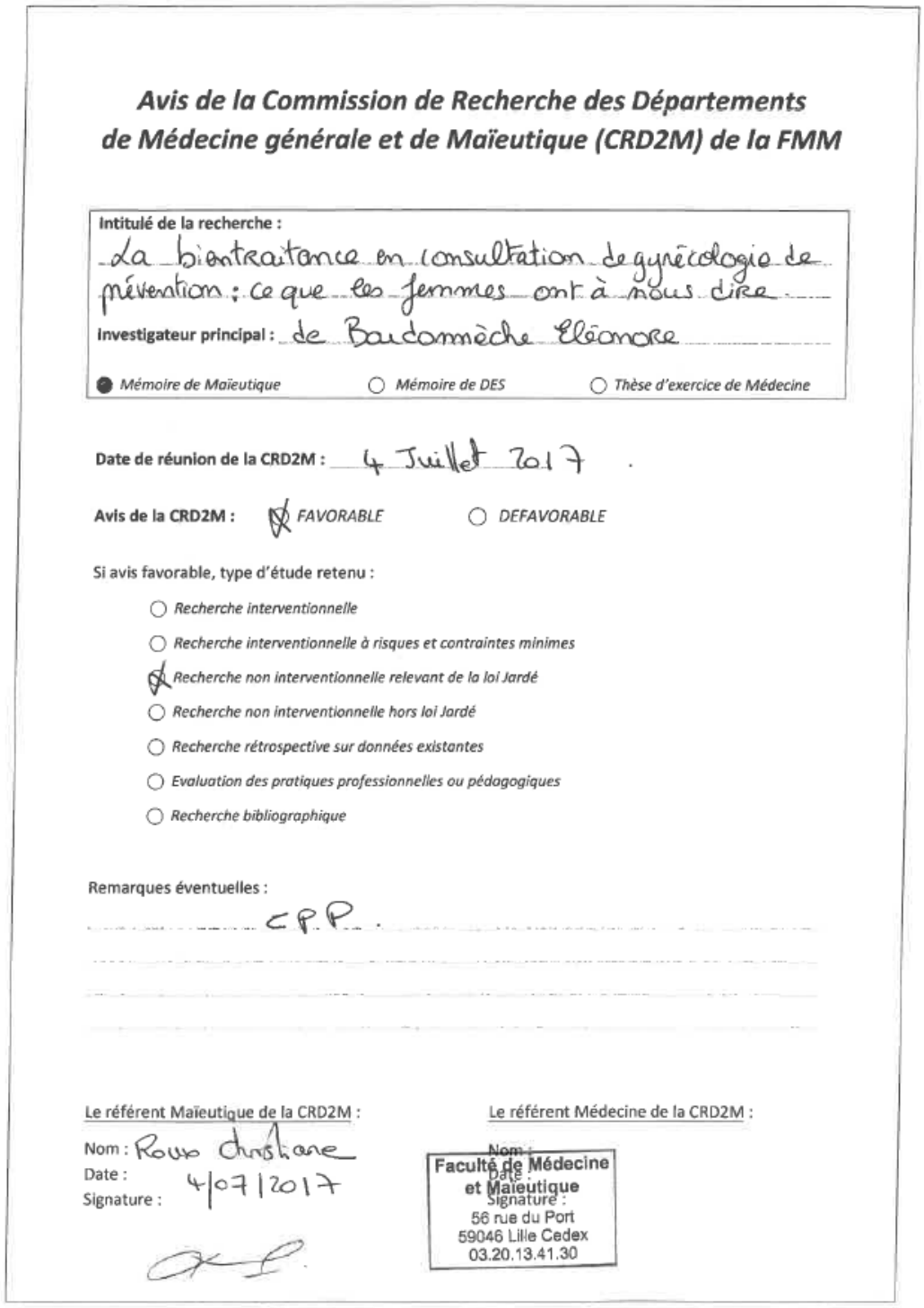
[III] Anonyme, Tweet [en ligne] Disponible sur : https://twitter.com/hashtag/payetonuterus, [consulté le 7 Février 2017]

[IV] Anonyme, Tweet [en ligne] Disponible sur : https://twitter.com/hashtag/payetonuterus, [consulté le 12 Novembre 2017]

[V] Anonymes, Publications privées [en ligne] sur : https://www.facebook.com/AssoIRASF/, [consulté le 15 Février 2018]

9. Annexes

Annexe I : Avis de la CRD2M



Avis de la Commission de Recherche des Départements de Médecine générale et de Maïeutique (CRD2M) de la FMM

Intitulé de la recherche :
La biantraitance en consultation de gynécologie de prévention : ce que les femmes ont à nous dire

Investigateur principal : de Baudonnèche Eléonore

● *Mémoire de Maïeutique* ○ *Mémoire de DES* ○ *Thèse d'exercice de Médecine*

Date de réunion de la CRD2M : 4 Juillet 2017

Avis de la CRD2M : ☒ *FAVORABLE* ○ *DEFAVORABLE*

Si avis favorable, type d'étude retenu :

- ○ *Recherche interventionnelle*
- ○ *Recherche interventionnelle à risques et contraintes minimes*
- ☒ *Recherche non interventionnelle relevant de la loi Jardé*
- ○ *Recherche non interventionnelle hors loi Jardé*
- ○ *Recherche rétrospective sur données existantes*
- ○ *Evaluation des pratiques professionnelles ou pédagogiques*
- ○ *Recherche bibliographique*

Remarques éventuelles :
CPP.

Le référent Maïeutique de la CRD2M :
Nom : Roux Christiane
Date : 4/07/2017
Signature :

Le référent Médecine de la CRD2M :
Nom :
Date :
Signature :

Faculté de Médecine et Maïeutique
56 rue du Port
59046 Lille Cedex
03.20.13.41.30

Annexe II : Réponse du CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ILE DE FRANCE III
Hôpital Tarnier-Cochin, 89 rue d'Assas 75006 Paris - Tel : 01.46.33.68.67 - Fax : 01.46.33.70.46
Email : cpp.iledefrance3@orange.fr

Composition du bureau : Président : David SIMHON, Vice-Président : Denis BERNARD, Secrétaire : Nadine LABBE, Trésorier : Paulette MORIN.

Paris, le 17 octobre 2017

eleonore.debardonneche@lacatholille.fr

Copie Direction générale de la santé :
DGS-CPP@sante.gouv.fr

DS/LG/2017-073
REF : A rappeler dans toute correspondance
Dossier n°: 2017-A02223-50
Réf.CPP : HC -003

Madame,

Votre dossier pour une recherche intitulée « La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention: ce que les femmes ont à nous dire » nous a été attribué, par tirage aux sorts, pour avis CPP.

Il était enregistré pour examen à notre séance du 19 septembre 2017. Je suis navré de revenir tardivement vers vous.

L'article L. 1121-1 du Code de la santé publique pose deux critères cumulatifs pour considérer une étude scientifique comme une « recherche impliquant la personne humaine ».

- Un critère de finalité : la recherche doit être pratiquée en vue du développement de connaissances biologiques ou médicales.
- Un critère de modalité : il faut qu'il y ait une intervention sur la personne humaine.

En l'espèce, votre projet implique bien une intervention sur la personne humaine, *via* un entretien avec des parturientes.

Cependant, l'objectif principal de votre étude consiste, je cite votre protocole : *« Au travers d'entretiens avec des patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention, évaluer leur perception de la bientraitance »*.

L'évaluation de la perception de la bientraitance ne peut être considéré comme un développement de connaissances biologiques ou médicales, au sens du Code de la santé publique.

Par conséquent, votre recherche n'entre pas dans le champ d'application de la législation ou de la réglementation des recherches intervenant sur la personne humaine. Cela n'enlève rien à la qualité de votre travail, mais votre étude ne nécessite pas d'avis CPP.

Je procède donc au classement sans suite de votre dossier et en informe la Direction Générale de la Santé.

Et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Le Président :

David Simhon

Annexe III : Formulaire MR-003

Traitement n°101	**Mémoire FMM de Bardonnèche 2017** **« Bientraitance en consultation de gynécologie de prévention :** **Ce que les femmes ont à nous dire. »**
Date de mise en œuvre	octobre 2017.
Finalité principale	Au travers d'entretiens avec des patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention, évaluer leur perception de la bientraitance.
Détails des finalités des traitements	
Service chargé de la mise en œuvre	FMM, cursus maïeutique.
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Eléonore de Bardonnèche, FASMA 2, eleonore.debardonneche@lacatholille.fr Anne Buyssechaert, Correspondante Informatique et Libertés : cil@univ-catholille.fr
Catégories de personnes concernées par le traitement	Des femmes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention, ayant un suivi gynécologique régulier ou non.
Catégories de données traitées : **Identification** **Données sociodémographiques** **Réponses portant sur le déroulement de la consultation et le ressenti par rapport à celle-ci.**	**Détails des données traitées :** **Identification :** patientes reçues dans l'anonymat, un numéro est attribué à chacune. **Données sociodémographiques :** âge. Les entretiens sont enregistrés avec l'accord de la patiente sur un dictaphone personnel à piles, non connecté à internet. Sinon, par écrit.
Catégories de destinataires : **Eléonore de Bardonnèche, étudiante FASMA 2** **Dr Rozenn Le Berre, directrice de mémoire ;** **Sylvie Henrard, sage-femme référente, FMM.**	**Données concernées :** **Eléonore de Bardonnèche :** toutes. **Dr Rozenn Le Berre, Sylvie Henrard :** sous forme retranscrite. Les éventuelles transmissions de données entre l'investigateur et toute autre personne habilitée se feront uniquement via messagerie sécurisée (boîte mail de l'université : celle de l'étudiante et celles de Mmes Le

	Berre et Henrard).
Durée de conservation	Durée nécessaire à la recherche. 15 ans pour le formulaire de non opposition.
Mise à jour (date et objet)	Sans objet
Modalités d'informations	- Information écrite pour participation à une étude médicale ; - Formulaire de non-opposition en deux exemplaires ; - Demande orale faite à la patiente visant son autorisation à enregistrer l'entretien ; - Suivi psychologique proposé si nécessaire.
Type de formalité	Déclaration normale. Conforme à la MR-003 Disposer d'un CIL dispense des formalités auprès de la CNIL.

Faculté de Médecine et Maïeutique

56 rue du Port
59046 Lille Cedex
03.20.13.41.30

Annexe IV : Feuille d'information pour participation à une étude médicale

Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Nom de l'étudiant : de Bardonnèche
Prénom de l'étudiant : Eléonore
Tel : 03 20 13 47 36

FACULTÉ DE MÉDECINE & MAÏEUTIQUE

Information pour participation à une étude médicale

Dans le cadre du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études je réalise un travail de recherche médicale non interventionnelle intitulée :

« La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : Ce que les femmes ont à nous dire »

Cette recherche a pour objectif de recueillir votre perception de la bientraitance au cours de la consultation de gynécologie que vous venez d'avoir, ainsi que votre vécu et satisfaction par rapport à celle-ci.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté. L'entretien est individuel, totalement pseudonymisé, il dure environ 20 à 30 minutes. Avec votre accord, l'entretien sera enregistré sur un dictaphone à pile non connecté à internet.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous bénéficiez si vous le souhaitez d'un délai de réflexion
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux
- Que ce travail a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, fait l'objet d'un comité de suivi (CRD2M), a été présenté à un CPP (mais ne relève pas de celui-ci)
- Que vous pouvez contacter en cas de nécessité

…….

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur. Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière pseudonymisée. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n°78-17 du 06 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès de la personne qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par l'investigateur et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

J'ai soussigné …….. atteste avoir remis ce circulaire d'information à …….. qui ne s'est pas opposée.

Fait à …….. Le……

Ce document sera remis à la personne interrogée et un exemplaire sera conservé par l'investigateur.

Annexe V : Formulaire de non-opposition

Formulaire de non-opposition

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Prénom…… Nom…… .

- Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à l'étude intitulée

  « La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention :
  Ce que les femmes ont à nous dire »

- Exprime ma non-opposition à ma participation à cette étude.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'un mémoire de maïeutique soutenu par de Eléonore de Bardonnèche, étudiante en maïeutique à la Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille

Fait en double exemplaires à …… . Le ……

Signature

Un exemplaire de ce document sera remis à la personne interrogée, le 2ème sera conservé par le chercheur pendant 15 ans.

Annexe VI : Grille d'entretien

La grille d'entretien

Question introductive :

« **Racontez-moi comment s'est passée la consultation ?** »

Cible	Exemple(s) de questions/relances
Patiente	Quel est votre âge ? Quel était le motif de votre consultation ? Avez-vous déjà eu des consultations de gynécologie ? Est-ce votre gynécologue habituel ? Quelles étaient vos attentes vis-à-vis de la consultation ? Aviez-vous de l'appréhension ou non ?
Accueil	Que pouvez-vous me dire sur l'accueil par le professionnel ? Un étudiant était-il présent ? Si oui vous l'a-t-on présenté et demandé l'autorisation pour qu'il participe à la consultation ?
Interrogatoire	Comment s'est déroulé l'interrogatoire ? Avez-vous pu poser toutes vos questions ? Si non pourquoi ? Si oui, les réponses ont-elles été satisfaisantes ?
Examen : Avant	Vous a-t-on expliqué le but des examens ? Ou alors, connaissiez-vous le but des examens ? Les examens vont ont-ils été expliqués ? Racontez-moi l'installation avant l'examen.
Examen : Pendant	Si vous désirez en parlez, quels examens ont été pratiqués ? Vous a-t-on demandé l'autorisation/votre consentement avant de vous examiner ? Si non, cela vous a t-il dérangé ? Si vous le souhaitez, pouvez-vous me décrire ce que vous avez ressenti pendant les gestes ?
Examen : Après	Les résultats de l'examen étaient-ils clairs pour vous ?
Fin	En conclusion, quel ressenti global avez-vous de cette consultation ? Etes-vous satisfaite ou non de la consultation ? Pourquoi ? Avez-vous des remarques ou souhaits à exprimer ?

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE 2017-2018

TITRE : La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : Ce que les femmes ont à nous dire

AUTEUR : DE BARDONNECHE-RICHARD Eléonore

Sous la direction de : LE BERRE Rozenn

MOTS-CLES : bientraitance ; gynécologie ; care ; pudeur ; intimité ; vécu ; entretien

RESUME :

Un débat autour des « violences gynécologiques et obstétricales » émerge en France actuellement. Ces expériences négatives et le domaine intime que touche la consultation de gynécologie de prévention ont été analysés comme des freins au suivi de certaines patientes et donc au dépistage des différentes cancers gynécologiques chez celles-ci.

Nous avons réalisé une étude par entretiens semi-directifs auprès de quinze patientes ayant eu une consultation de gynécologie de prévention au sein de trois maternités des Hauts de France. L'objectif était de recueillir leur perception de la bientraitance au cours de la consultation.

Les femmes interrogées se disent satisfaites de la consultation. Plusieurs éléments contribuent à leur satisfaction : l'attitude du praticien, le respect de leur pudeur, les informations données, leur participation aux décisions et l'obtention de résultats.

L'appréhension lors de l'examen gynécologique est rappelée chez plusieurs patientes.

Un consentement implicite est, selon les patientes, suffisant pour se sentir bientraitées. Celui-ci doit être posé dans des certaines conditions, par exemple l'annonce et l'explication des gestes par le praticien.

Enfin, la présence de l'étudiant ne dérange pas les patientes si celui-ci est présenté.

Nous avons donc apporté une réflexion sur nos pratiques actuelles, ainsi que certaines propositions en vue de diminuer l'appréhension que produit la consultation de gynécologie chez les femmes.

Les perspectives de cette étude concernent la place de la bientraitance au sein de la formation des étudiants en santé, ainsi qu'au sein des établissements de santé où des impératifs financiers compliquent la mise en place du care.