



**HAL**  
open science

## Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire

Noelia Bréchet San-Onofre, Sophie Pennequin

### ► To cite this version:

Noelia Bréchet San-Onofre, Sophie Pennequin. Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02367978

**HAL Id: dumas-02367978**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02367978>**

Submitted on 18 Nov 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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES  
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen  
gynécologique en ambulatoire

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Noelia Bréchet San-Onofre

[Données à caractère personnel]

Et

Sophie Pennequin

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 12/11/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mme le Professeur Pascale HOFFMANN

Membres :

Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Madame le Docteur Rosa CARBALLEDA (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.



Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologique Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAJNIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

## **Remerciements communs**

À Madame le Professeur Pascale HOFFMANN, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre intérêt. Soyez assurée de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Professeur Sylviane HENNEBICQ, vous nous faites l'honneur d'être membre de notre jury. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, nous vous exprimons notre reconnaissance pour avoir accepté d'être membre de notre jury. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Madame le Docteur Rosa CARBALLEDA, nous vous remercions infiniment d'avoir accepté d'être notre directrice de thèse. Merci pour votre aide, vos précieux conseils et vos encouragements.

À tous les professionnels de santé qui ont pris le temps de nous écouter et qui ont accepté de participer au recrutement de notre étude, nous vous remercions sincèrement.

À toutes les femmes qui ont accepté de participer à notre étude, prenant le temps de nous dévoiler une part intime de leur vie. Soyez en très chaleureusement remerciées.

## Remerciements de Noelia

A *Sophie*, bien plus que ma co-thésarde tu es surtout une amie importante dans ma vie. Qui aurait pu imaginer que plus de dix ans après notre terminale au lycée Marlioz nous allions obtenir notre titre de docteur en médecine ensemble ! Merci pour ta motivation, ton sérieux et ton esprit de synthèse nécessaire à la réalisation de ce travail. Je suis fière de présenter cette thèse avec toi !

A *mes parents*, merci d'avoir cru en moi depuis le début et de m'avoir soutenu durant ces longues années d'étude. Et surtout merci de m'avoir facilité la vie pendant les périodes de révisions intenses !

A *mon frère*, même si tu ne me le diras jamais, je sais que tu es fier de ta grande sœur « la moche ».

Aux *moulasses*, Mick, Lisa, Roxanne et Sophie, les indispensables ! Unis comme les cinq doigts d'une main (oui ce n'est pas extensible^^), je ne compte plus les bons moments passés ensemble. Des plus festifs, lors de nos soirées au Cham, en passant par des moments plus émouvants comme la naissance des deux mini moulasses, ou à nos traditionnelles vacances d'été en compagnie de vos moitiés... Merci de faire partie de ma vie !

A ma *mamie*, ça y est, le jour de ma soutenance de thèse est enfin arrivé ! J'imagine que tu as mis au courant toutes tes copines du village ! Merci d'être présente pour ce moment si important de ma vie et je pense qu'el Yayo doit être fier de là où il est.

A *ma famille*, de France et d'Espagne, merci d'avoir suivi mon parcours durant toutes ces années. C'est sûr, je ne raterai plus aucune réunion de famille maintenant !

A *ma belle-famille*, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement dans votre grande famille !

A *Mélissa et Sandra*, merci d'être toujours présentes dans ma vie, malgré les années passées et la distance qui nous sépare... Notre amitié depuis le lycée ne s'est que renforcée !

A *Alexis*, merci pour ton aide, pour tes précieux conseils et surtout merci pour ton temps passé sur la mise en page. Notre thèse n'aurait pas pu ressembler à grand-chose sans toi !

A *Anaïs*, et nos séances semestrielles de mise au point « potins », stratégies de choix de stage....le tout en savourant du bon vin !

A *Kevin, Clément, Greg, Kéké* merci de m'avoir si bien intégré dans votre groupe. Ces soirées autour d'une (voir plusieurs^^) bières m'auront permis de relâcher un peu la pression !

A *ma tutrice, Marie*, merci pour ton accompagnement si bienveillant durant ces trois années de mon internat.

A *Frédérique*, tu m'as donné le goût pour la gynécologie. J'ai énormément appris durant ces deux fois six mois de stage à tes cotés. Merci pour tout !

A *tous les médecins* avec qui j'ai eu la chance de travailler, ces semestres à vos côtés auront confirmé mon choix pour la médecine générale ! Vous avez tous contribué d'une manière ou d'une autre à faire le médecin que je suis aujourd'hui.

A *Matthieu*, toi qui partage ma vie depuis maintenant six ans !

Merci pour ta patience au quotidien, merci de supporter mes humeurs (pas toujours des plus agréables je sais), mes angoisses, mon stress.... Ton calme légendaire, ton soutien si précieux et ton amour sont essentiels à mon équilibre !

## Remerciements de Sophie

Merci à mon amie et co-thésarde Noelia d'avoir accepté de se lancer avec moi dans cette fastidieuse aventure, je n'aurais pas pu rêver mieux que de finir mes études à tes côtés, comme je les ai commencées ! Merci pour ta patience, ta rigueur et ton engagement... Cette épreuve aura encore renforcé notre amitié !

Merci à mes amis de la fac de Grenoble, les moulasses Lisa, Roxanne et Noelia, ainsi que Mick et bien sûr toutes les pièces rapportées... Bientôt 10 ans que le coup de foudre amical a eu lieu !! Grâce à vous je n'oublierai jamais ces années de fac, des journées de galère à la BU aux soirées de fête à répétition... Vous avez été présents à chaque étape importante comme pour la naissance de ma fille, et tous ces moments inoubliables sont gravés à jamais dans ma mémoire... Et l'aventure ne fait que commencer !

Merci à tous mes autres amis, du lycée ou d'ailleurs, et surtout à toi Alison, mon amie de toujours, qui ne m'a jamais abandonnée malgré la distance et nos vies bien remplies... Depuis plus de 20 ans tu as toujours les mots justes pour me consoler et me faire rire, et tu me fais l'honneur d'être toujours présente auprès de ma famille !!

Merci à mon parrain, « l'ancien » qui m'a mise sur le chemin de la médecine et à ma super marraine la bonne fée qui m'a tout appris de la vie ☺ ! Un coup de baguette magique et tous les problèmes s'envolent !

Merci à l'ensemble de mes maîtres de stages d'internat et à ma tutrice qui ont eu à cœur de me transmettre leur savoir et leur amour de la médecine, vous êtes des modèles pour moi !

Merci à mes parents, pour votre soutien inconditionnel et pour le cocon d'amour et de douceur que vous maintenez autour de la famille, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée dans mes choix.

Merci à ma belle-famille pour m'avoir accueilli si chaleureusement, et de répondre toujours présent pour Alexis, Elisa et moi. Je suis chanceuse et fière de vous avoir à mes côtés.

Merci à ma sœur, je ne compte plus les fous rires que nous avons eus ensemble et les heures passées à discuter sur le canapé jusqu'au bout de la nuit...

Merci au reste de ma famille pour votre joie de vivre, votre présence et votre précieux soutien. Mémé, tu aurais été tellement fière aujourd'hui, tu aurais « fait le paon » comme tu disais... Tu es dans mon cœur, je te dédie ce travail.

Merci à ma fille Elisa, mon rayon de soleil, ton regard pétillant a été la meilleure des motivations. J'espère que tu seras fière de moi et que tu ne grandiras pas trop vite...

Merci enfin à mon fiancé, rien n'aurait été possible sans ton amour et ta force de caractère à toute épreuve... Merci pour tout : ton coaching, tes maintes relectures, mise en page et tes conseils avisés... Sois assuré de mon amour et de ma gratitude... Tu as mis la barre très haute pour ta thèse, à moi de jouer maintenant !

## Note

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

## Résumé

*Introduction* : L'examen gynécologique est un examen clé pour la santé des femmes. Cependant de nombreux travaux soulignent son caractère désagréable, souvent source d'angoisse pour les femmes dans la population générale. Aucune étude française ne s'est intéressée au vécu de cet examen chez les femmes ayant été victimes de violence sexuelle. Or, 14,5% des femmes âgées de 20 à 69 ans ont déclaré dans une étude en 2015 avoir subi des violences sexuelles au cours de leur vie. L'objectif principal était d'étudier le vécu de l'examen gynécologique chez les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles.

*Matériel et méthode* : Etude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix-sept femmes en France.

*Résultats* : Les participantes étaient âgées de 21 à 66 ans. Pour la majorité d'entre elles le suivi gynécologique était irrégulier et le vécu était globalement négatif. L'examen était jugé comme désagréable et la douleur était la plainte principale. Ce ressenti allait de la simple gêne au traumatisme avec parfois reviviscence de l'agression subie. Le praticien avait un rôle clé dans ce ressenti. Les améliorations proposées par les participantes étaient en outre un meilleur accompagnement des gestes par des explications et un recueil systématique du consentement. Elles souhaitaient également que l'antécédent de violence sexuelle soit systématiquement recherché par le praticien.

*Conclusion* : Le vécu négatif de l'examen gynécologique semble renforcé chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles, avec un risque majeur de réactivation du traumatisme. Des précautions supplémentaires s'imposent afin de faciliter le suivi gynécologique de ces femmes.

*Mots-clés/MeSH terms* : violence sexuelle, vécu, ressenti, examen gynécologique

## Abstract

*Introduction:* Gynecological examination is a key examination for women's health. However, many studies highlight its unpleasant nature, often being a source of anxiety for women in the general population. No French study has ever examined the experience of this examination among women who have been victims of sexual violence. Yet, 14.5% of women aged of 20 to 69 reported in a study in 2015 that they experienced sexual violence in their lifetime. The main goal was to study the experience of gynecological examination for women who have been victims of sexual abuse.

*Method:* Qualitative study, by semi-structured individual interviews with seventeen women in France.

*Results:* The participants were from 21 to 66 years old. For the majority of them, the gynecological follow-up was irregular and the experience was generally negative. The exam was considered as unpleasant and the pain was the main complaint. This feeling ranged from simple discomfort to trauma with sometimes revival of the undergone aggression. The practitioner had a key role in this feeling. A better accompaniment in explaining the gestures and in systematically requesting consent was proposed as an improvement for gynecological examination. They also wanted the practitioner to systematically seek the personal past history of sexual violence.

*Conclusion:* The negative experience of gynecological examination seems to worsen for women with a sexual violence history, with a major risk of revival of the trauma. Additional precautions are necessary to facilitate the gynecological follow-up of these women.

*Key words/ MeSH terms:* sexual abuse, sexual violence, women's feeling, women's experiences, gynecological examination

## Table des matières

<b>Remerciements communs</b> .....	<b>6</b>
<b>Remerciements de Noelia</b> .....	<b>7</b>
<b>Remerciements de Sophie</b> .....	<b>9</b>
<b>Résumé</b> .....	<b>12</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>13</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>16</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>17</b>
<b>1. Matériel et Méthode</b> .....	<b>18</b>
<b>2. Résultats</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1. Un Suivi gynécologique souvent compliqué</b> .....	<b>25</b>
2.1.1. Rendez-vous souvent appréhendés avec anxiété.....	25
2.1.2. Fréquence du suivi aléatoire .....	25
2.1.3. Motivations au suivi .....	25
2.1.4. Facteurs influençant le choix du praticien .....	26
<b>2.2. Facteurs influençant le vécu de l'examen gynécologique</b> .....	<b>28</b>
2.2.1. Une expérience passée négative est marquante et conduit à une appréhension .....	28
2.2.2. Importance des explications fournies par l'examineur et du recueil du consentement.....	28
2.2.3. Importance pour la patiente de se sentir actrice.....	29
2.2.4. Des conditions d'examens qui influencent le vécu.....	29
2.2.5. Rapport à son propre corps .....	29
2.2.6. Rapport avec le praticien qui réalise l'examen et le corps médical .....	30
2.2.7. Sexe du praticien.....	31
2.2.8. L'état d'esprit de la patiente.....	31
<b>2.3. Vécu de l'examen gynécologique</b> .....	<b>32</b>
2.3.1. Globalement mauvais vécu de l'examen gynécologique .....	32
2.3.2. Parfois vécu positif .....	35
2.3.3. Mécanisme d'adaptation mis en place par la patiente .....	36
2.3.4. Lien avec l'antécédent de violence sexuelle.....	36
2.3.5. L'examen restait difficile malgré le temps-travail .....	37

<b>2.4. La question des violences sexuelles et de la sexualité en consultation .....</b>	<b>38</b>
2.4.1....Qui aborde la question des violences sexuelles en consultation et réaction des praticiens .....	38
2.4.2..... L'antécédent de violence sexuelle reste malgré tout souvent méconnu des praticiens .....	38
2.4.3. Facteurs influençant la perception et la réponse à la question des violences.....	39
2.4.4. Quatorze participantes pensent que les praticiens devraient poser systématiquement la question des violences : Pourquoi ? .....	41
2.4.5. La question de la sexualité en consultation.....	42
<b>2.5. Axes d'amélioration pour l'examen gynécologique chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles .....</b>	<b>43</b>
2.5.1. Axe d'amélioration lié aux conditions d'examen.....	43
2.5.2. Axe d'amélioration lié au praticien .....	43
<b>3. Discussion .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1. Forces et limites .....</b>	<b>49</b>
<b>3.2. Discussion des résultats.....</b>	<b>53</b>
<b>3.3. Ouverture .....</b>	<b>58</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>
<b>Références.....</b>	<b>61</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>64</b>
<b>Guide d'entretien .....</b>	<b>64</b>
<b>Formulaire d'information et de consentement .....</b>	<b>66</b>
<b>Livre de code.....</b>	<b>69</b>
<b>Affiche de recrutement des participantes.....</b>	<b>103</b>
<b>Tract de recrutement des participantes.....</b>	<b>104</b>

## Liste des abréviations

MeSH : Medical Subject Headings

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

IPA : Interpretative Phenomenological Analysis / Analyse Interprétative Phénoménologique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

HAS : Haute Autorité de Santé

Dr : Docteur

# Introduction

Touchant l'intimité de la femme, l'examen gynécologique est nécessaire à la fois pour la prévention, le dépistage et la surveillance des pathologies gynécologiques. De nombreuses études se sont intéressées au vécu de l'examen gynécologique. Dans la plupart des cas, les femmes soulignent le caractère désagréable de l'examen gynécologique comme dans les travaux de recherche de Guillon-Boucher A et Toussaint N (1) et rapportent une certaine inquiétude et une anxiété anticipatoire (2). Grâce aux travaux de Yanikkerem E et al (3) et de Hilden M et al (4) nous connaissons quels peuvent être les facteurs influençant ce vécu (5).

Interne en médecine générale, au cours de notre cursus, nous avons été confrontées à des femmes pour qui l'examen gynécologique avait été difficile et cela nous a poussé à nous questionner. Dans le même temps nous avons assisté à la libération et à la médiatisation de la parole des femmes et notamment sur le sujet des violences grâce au mouvement #metoo et #balancetonporc. Cependant aucune étude française n'aborde la question de l'examen gynécologique chez ces femmes victimes de violences.

En France, dans la population générale, 14,5% des femmes âgées de 20 à 69 ans ont subi au cours de leur vie des violences sexuelles d'après l'enquête « Violences et rapports de genre » menée par l'INED en 2015 (6) mais ce chiffre est très probablement sous-estimé. On définit le terme de violences sexuelles par l'article 222-22 du code pénal (loi 769 de 2010) comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise comprenant le viol et toutes les autres agressions sexuelles dépourvues de pénétration (7). Parmi ces femmes, 26% ont été vues par un médecin suite à cet incident et 8% seulement en parlent à un médecin comme le montre l'enquête menée par Bajos, Bozon, et Al (8).

Le National Guideline Clearinghouse en 2011 (9) et le CNGOF en 2015 (10) publient des recommandations pour conduire le premier examen gynécologique d'une patiente victime de violences sexuelles. Mais qu'en est-il des recommandations pour les autres examens gynécologiques que la patiente sera amenée à avoir au cours de sa vie ? Quel est le vécu de cet examen chez ces femmes ?

C'est dans ce contexte que nous avons mené notre recherche en nous intéressant au vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire (11) chez des femmes ayant subies des violences sexuelles . Nous leur laissons donc la parole.

# 1. Matériel et Méthode

Notre étude était une étude qualitative qui visait à explorer le vécu de l'examen gynécologique ambulatoire chez les patientes majeures ayant subi des violences sexuelles au cours de leur vie, dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles et le suivi autour de ces patientes. Le choix d'une étude qualitative découlait de cette intention d'explorer au plus près le ressenti des patientes. Les critères d'inclusion de l'étude étaient d'être une femme majeure, ayant subi au moins une violence sexuelle au cours de sa vie et d'avoir eu au moins un examen gynécologique. Les critères d'exclusion étaient d'être un individu de sexe masculin, d'être une personne mineure, de ne jamais avoir eu d'examen gynécologique ou de ne jamais avoir subi de violences sexuelles.

Nous avons opté pour la réalisation d'entretiens semi-dirigés afin de faciliter la libre expression des participantes tout en les orientant vers les axes que nous souhaitions principalement développer. Les entretiens ont été menés selon une grille d'entretien pré-établie avec des thématiques et questionnements qui ont évolués au fil des entretiens et des idées émergentes (Annexes, Guide d'entretien).

Avant les entretiens, les participantes avaient l'obligation de remplir et de signer le formulaire de consentement qui les informait du sujet, des objectifs et modalités de la thèse ainsi que de leurs droits sur les données recueillies (Annexes, formulaire d'information et de consentement).

Les communications entre les investigatrices, la directrice de thèse et les participantes ont été réalisées par mail via nos adresses mails universitaires sécurisées afin de s'assurer de l'éligibilité des participantes, de leur donner toute information complémentaire souhaitée, de leur transmettre le formulaire de consentement et de fixer un rendez-vous. Une demande d'autorisation de recherche médicale a été adressée et accordée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les entretiens ont été réalisés par l'une ou l'autre des deux investigatrices, soit en face à face dans un lieu choisi par la participante soit à distance en visio-conférence via l'utilisation du logiciel « Skype ».

A chaque début d'entretien étaient présentées les deux investigatrices, les objectifs de l'étude, le déroulement, les thématiques des entretiens et les droits des participantes sur les données recueillies.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone puis anonymisés et retranscrits intégralement sur logiciel de traitement de texte. Le langage non verbal a également été intégré le plus fidèlement possible afin de faire partie intégrante de l'analyse.

Les données ont été analysées séparément par les deux investigatrices en s'inspirant des principes de la phénoménologie interprétative.

Cette analyse inspirée de la phénoménologie interprétative a tenté d'explorer et d'expliquer des données subjectives issues des expériences de vie des participantes. Cette méthode utilise une approche inductive pour laquelle les investigatrices ont essayé de s'affranchir en amont des entretiens de leurs présupposés et d'aborder ces derniers avec neutralité. Pour cela, plusieurs échanges et une relecture du guide d'entretien et des affiches ayant conduit à des modifications de ces derniers ont été mis en œuvre avec plusieurs professionnels de santé concernés et les investigatrices se sont inspirées des recommandations du manuel de l'entretien compréhensif (12). Les investigatrices se sont attachées à explorer comment les individus interprètent le monde au travers de leurs expériences subjectives (phénoménologie) puis à tenter de donner un sens à ces expériences à travers leur analyse itérative et empirique (herméneutique) et par l'analyse des cas particuliers tendre à une analyse plus universelle (idiographie). Après plusieurs relectures des entretiens et ajout d'annotations personnelles en marge du texte, les idées émergentes ont été regroupées en « nœuds » puis les « nœuds » en sous thèmes émergents puis en thèmes émergents (Annexes, livre de code). Chaque entretien était analysé au fur et à mesure et chaque étape a été réalisée séparément par les deux investigatrices, les données obtenues ont été rigoureusement comparées et modifiées si besoin sur chaque entretien pour se rapprocher au mieux des idées exprimées par les participantes et en extraire le sens le plus juste. Un processus itératif avec plusieurs aller retour et comparaisons entre les entretiens a été nécessaires à l'analyse. Cette analyse était complétée d'une triangulation des données avec la directrice de thèse en cas de désaccord dans le codage.

Les cinq grands thèmes émergents ont été transformés en narration avec des extraits éloquentes associés à leurs commentaires interprétatifs.

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel N Vivo 12.0.0. Les investigatrices se sont référées aux critères de qualité de la grille COREQ (13) et à ceux de l'analyse interprétative phénoménologique (14).

Le recrutement des patientes s'est déroulé sur huit mois et a été effectué en deux étapes distinctes. Dans un premier temps nous avons recruté les patientes via les professionnels de santé concernés dans toute la région Rhône-Alpes : médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, qu'ils exercent sur un mode libéral ou bien un mode salarié d'une structure de soins (centre de santé départemental et universitaire, centre de santé de la femme au CHU, centre de planification familiale et planning familiaux). Nous avons aussi contacté les associations grenobloises d'aide aux femmes victimes de violences ou féministes. Cette diversité de praticien, de localisation et de mode d'exercice avait pour finalité d'obtenir un échantillon aussi varié et disparate que possible. Nous avons pris contact par mail ou par téléphone avec ces professionnels et nous les avons parfois rencontrés. Nous leur avons remis deux documents :

- une affiche à placer en salle d'attente afin de promouvoir la participation spontanée (Annexes, Affiche de recrutement des participantes).
- des « tracts » à distribuer directement par le praticien à la patiente durant une consultation (Annexes, Tract de recrutement des participantes).

Sur ces documents étaient inscrits le titre de la thèse, le profil des patientes recherchées, les conditions d'anonymat ainsi que nos coordonnées afin que les patientes puissent nous solliciter par mail sur notre adresse mail universitaire.

Au total, nous avons contacté une centaine de professionnels de santé, répartis sur la région Rhône-Alpes (essentiellement en Isère) dont vingt-cinq exerçants dans un des six plannings familiaux sollicités, un centre de planification familiale ou au centre de santé de la femme du CHU. Nous avons également contacté cinq associations grenobloises. Nous avons diffusé nos documents à soixante-six professionnels par mail ou directement de visu (les autres ne nous ont pas répondu ou n'ont pas souhaité participer). Une seule association nous a reçue et a accepté de diffuser les documents (affiches et tracts). Nous avons contacté à plusieurs reprises certains professionnels afin de s'assurer que notre étude était bien proposée aux patientes. Ce recrutement ne nous a permis d'obtenir qu'une seule participante en six mois.

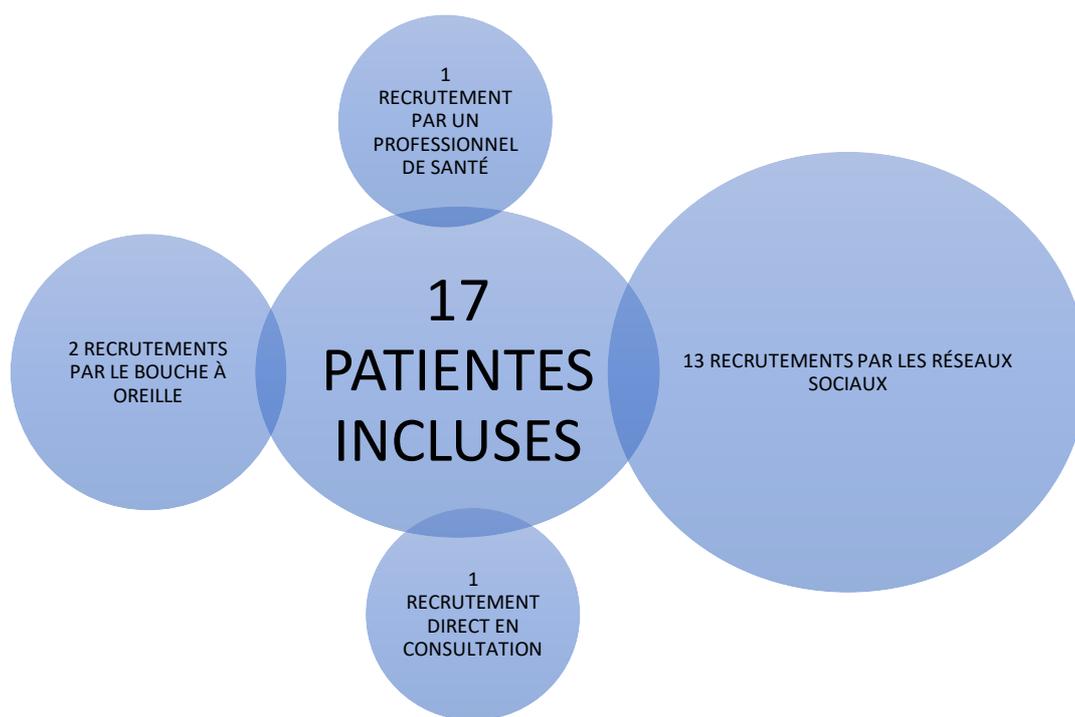
Dans un second temps et devant le peu de réponses obtenues, nous avons pris la décision de nous tourner vers un recrutement via les réseaux sociaux. Un appel à témoignage a été posté sur Facebook et sur Twitter avec l'Hashtag #balancetonporc et #metoo, « Bonjour, je cherche le témoignage de femmes ayant subi des violences sexuelles pour ma thèse sur le vécu de l'examen gynécologique chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles. Entretiens par Skype ou en face à face si vous habitez en Rhône-Alpes ». Ce message était suivi des coordonnées des investigatrices (courriel). En quinze jours, vingt-quatre femmes ont répondu positivement à l'annonce dans toute la France :

Onze ont été perdues de vue (n'ont finalement pas renvoyé la fiche de consentement signée ou l'ont envoyé puis ont renoncé à leur participation).

Treize patientes ont donc été recrutées par les réseaux sociaux dans toute la France. Les treize entretiens ont tous eu lieu par visio-conférence via « Skype » suite à des échanges préliminaires par mail.

Enfin, deux patientes ont été recrutées par le bouche à oreille et une autre directement en consultation lors du stage SASPAS d'une des deux investigatrices.

L'inclusion s'est poursuivie jusqu'à obtention d'une saturation des données. Cela est schématisé par la *Figure 1*.



*Figure 1 Inclusion des participantes*

## 2. Résultats

En huit mois, dix-sept entretiens ont donc été réalisés, trois en face à face et quatorze via le logiciel « Skype ». Les numéros d'entretiens manquants correspondaient aux patientes « perdues de vue ». Le tableau suivant résume les caractéristiques des participantes( Tableau 1). Les entretiens ont duré en moyenne trente-cinq minutes.

*Tableau 1 caractéristiques de l'échantillon*

Numéro de l'entretien	Age (années)	Profession	Domicile
E1	50	Aide-soignante	Saint Martin d'Hères (38)
E3	29	Juriste	Poissy (78)
E4	24	Etudiante	Bordeaux (33)
E5	34	Assistante d'enseignants chercheurs	Paris (75)
E6	29	Intérimaire	Toulouse (31)
E7	44	Educatrice spécialisée	Seine Saint Denis (93)
E8	28	Chargée de marketing	Marmande (47)
E10	26	Pigiste	Paris (75)
E12	24	Etudiante	Paris (75)
E13	33	Enseignante	Paris (75)
E14	24	Etudiante	Bordeaux (33)

E15	26	En recherche d'emploi	Saint-Etienne (42)
E17	25	En recherche d'emploi	Rennes (35)
E20	21	Etudiante	Tours (37)
E23	31	Journaliste	Muret (31)
E24	66	Retraitée	Echirolles (38)
E25	30	En recherche d'emploi	La Côte Saint André (38)

Les résultats ont été déclinés en 5 axes selon les idées émergentes des entretiens :

-le suivi gynécologique des participantes

-les facteurs influençant ce vécu

-le vécu de l'examen gynécologique

-la question des violences sexuelles et de la sexualité en consultation

-les axes d'amélioration pour l'examen gynécologique

Ces axes ainsi que leur interaction sont résumés par la Figure 2.

## 2.1. Un suivi gynécologique souvent compliqué

### 2.1.1. Rendez-vous souvent appréhendé avec anxiété

Treize patientes déclaraient être anxieuses à l'idée d'avoir un rendez-vous ou même de devoir le prendre : « *trois jours avant le rendez-vous j'ai déjà la boule au ventre...Maintenant tous les rendez-vous je suis de plus en plus tendue quand j'y vais. La dernière fois j'ai failli faire un malaise* » (E10) ; « *c'est quelque chose qui va me stresser plusieurs jours avant, déjà rien que de décrocher mon téléphone pour prendre rendez-vous, c'est un enfer !* » (E13).

### 2.1.2. Fréquence du suivi aléatoire

Le suivi était majoritairement irrégulier, comme l'avouaient dix participantes : « *alors je suis... pas vraiment suivie, pas très régulière, car je suis encore étudiante. (E4)* » ; « *non, pas de suivi fixe* » (E6) ; « *ce n'est pas vraiment un vrai suivi...* » (E13).

Parfois il y avait une véritable rupture dans le suivi, trois déclaraient avoir arrêté le suivi gynécologique suite à de mauvaises expériences : « *Là en ce moment il y a zéro, j'ai tenté de continuer malgré tout ce qui s'était passé mais ça s'est tellement mal passé pour moi que là en ce moment j'ai zéro suivi* » (E23).

Sept participantes, comme E7 ont rapporté un certain nomadisme médical de par la multitude des praticiens qu'elles ont consulté depuis l'initiation de leur suivi : « *j'ai beaucoup navigué en fait entre les gynécologues depuis que je suis adolescente* » (E7).

Pour certaines participantes le suivi était plus régulier, sept avaient un suivi annuel voire plus si nécessaire : « *un suivi annuel depuis maintenant... longtemps... depuis le lycée* » (E8) ; « *Une fois par an à peu près. Ou une fois tous les six mois. Si ça va pas et ben j'appelle mais j'ai jamais vraiment eu de gros problèmes...* » (E14).

### 2.1.3. Motivations au suivi

Le suivi était souvent réalisé par « obligation », quinze patientes disaient consulter uniquement si elles n'avaient pas d'autres solutions ou si cela faisait partie d'un suivi rapproché (grossesse, pathologie spécifique) : « *j'y allais parce qu'il fallait y aller, parce que j'étais*

*enceinte ou parce que je venais d'accoucher et qu'il y avait la visite à faire » (E23) ; « vu que j'ai eu ce soucis-là, du coup forcément bah pas vraiment le choix... » (E25).*

Le suivi était aussi motivé par la peur de la maladie, qui gagnait sept des participantes, les poussant à consulter pour faire des examens complémentaires ou pour être rassurées : *« j'ai des craintes, je sais pas comment expliquer mais j'ai tendance à paniquer enfin quand je ne sais pas enfin, je pensais surtout au fibrome où je savais pas ce que c'était et j'avais vraiment très peur au départ » (E6).*

#### 2.1.4. Facteurs influençant le choix du praticien

Le praticien est souvent choisi sur les conseils d'un tiers ou sur internet. Les amis et les mères des participantes ont eu un rôle clé dans le choix du praticien pour six d'entre elles *« J'ai donc appelé le gynécologue de la mère d'une copine » (E8)*, elles étaient en confiance si elles avaient entendu *« des bons échos concernant ce médecin » (E17)*.

Quatre participantes se sont fiées à internet et notamment *« le site Gyn&co » (E10) ; « comme elle était sur la liste blanche de gynéco féministes alors j'allais en confiance déjà et donc du coup j'avais un peu envie de dire tout ce que j'avais vécu » (E12).*

Certains aspects pratiques rentrent en compte dans le choix. Deux participantes recherchent l'absence de dépassement d'honoraires ou la gratuité des soins en se tournant vers un suivi à *« l'hôpital de X ville parce que je n'avais pas à avancer les frais » (E10)* ou bien au planning familial parce que *« c'était gratuit, car j'étais encore étudiante à ce moment-là » (E17).*

Certains aspects humains sont recherchés. Cinq participantes recherchaient avant tout de la douceur et de la bienveillance : *« je me renseigne un peu pour voir autour de moi s'il n'y a pas quelqu'un qui serait un peu plus doux, plus à l'écoute » (E7).*

Parfois le choix est limité. Sept patientes ont eu un choix restreint de praticien expliqué par la faible démographie médicale de leur commune : *« Le soucis c'est qu'où moi je vivais des gynécos il n'y en avait pas énormément et que les listes d'attente étaient très très longues .... C'est vraiment par souci pratique du coup que je suis restée chez le même en fait. » (E25) ; « Je suis dans une ville où il y a un sacré désert médical... » (E8).*

Le sexe du praticien influençait le choix. La majorité des femmes nous a confié être plus à l'aise avec un praticien femme : *« Ayant été moi-même victime de violences sexuelles, cela*

*me rassurait d'être avec des femmes » (E20) ; « quand j'ai choisi mon nouveau médecin traitant j'ai choisi de voir que des femmes, j'ai pas du tout appelé des cabinets où y'avaient des hommes » (E23). Neuf des participantes avaient une appréhension à consulter un homme et six d'entre elles ne pouvaient même pas l'imaginer : « je n'aurais jamais pu être auscultée par un homme » (E5), « ça me rappellerait trop de souvenirs, je pense... » (E17).*

## 2.2. Facteurs influençant le vécu de l'examen gynécologique

### 2.2.1. Une expérience passée négative est marquante et conduit à une appréhension

C'était le cas pour quatorze patientes qui nous ont rapporté au moins une mauvaise expérience passée stressante qui avait eu un retentissement sur la suite du suivi. *« J'ai été trimbalée chez des médecins, des gynécologues... Et ils étaient très rarement doux et compréhensifs, et même parfois on peut dire violents [...] J'ai du mal pour tout maintenant, même pour le dentiste... » (E4).*

### 2.2.2. Importance des explications fournies par l'examineur et du recueil du consentement

Neuf participantes nous ont confié que le consentement n'était pas toujours recueilli et cela entraînait des craintes : *« A ne pas me demander mon consentement, j'avais l'impression qu'on m'arrachait une partie de moi, c'était désagréable... » (E3).*

Pour dix des participantes, les examens manquaient d'explication : *« Typiquement pour la pose de stérilet, à part le « là ça va faire mal » il n'y a pas d'explication, on te dit pas ce qu'on est en train de faire » (E10).*

Cela entraînait parfois une incompréhension *« je trouvais ça bizarre qu'il faille absolument à chaque fois qu'il me fasse un examen alors que pas les autres, c'était bizarre... et des examens parfois inutiles » (E3).*

Néanmoins pour treize patientes, il y avait eu au moins un examen accompagné d'explications claires sur les gestes : *« Il m'expliquait vraiment bien tout ce qu'il allait faire c'est-à-dire il détaillait vraiment bien ces gestes, ce à quoi je n'étais pas nécessairement habituée » (E15),* et au moins un examen avec recueil de consentement pour huit des participantes. Cela avait un impact positif : *« ...elle m'explique tout ce qu'elle fait, elle me demande toujours dès qu'elle doit me toucher, et ça mais ça me rassure énormément » (E20).*

### 2.2.3. Importance pour la patiente de se sentir actrice

Pour la plupart d'entre elles, le fait de se sentir impliqué par le soignant dans l'examen clinique permettait que celui-ci se passe mieux et de « *faire baisser un peu la garde* » (E7). Cette implication passait notamment par l'auto examen : « *en fait elle m'a proposé d'installer le spéculum à moitié moi-même, de faire moi-même au départ* » (E7).

### 2.2.4. Des conditions d'examens qui influencent le vécu

La disponibilité du praticien, la préférence pour un examen réalisé à moitié nue ou encore l'organisation du cabinet avec notamment un espace dédié pour se déshabiller sont autant de paramètres importants qui conditionnaient le ressenti.

Six femmes nous rapportaient globalement une appréhension de la position gynécologique classique : « *La position déjà été difficile, la position gynécologique classique là, les deux jambes écartées c'était hyper compliqué pour moi....* »(E23).

Pour neuf des participantes, l'examen était jugé trop rapide : « *moi ce que je reproche c'est que c'est toujours très rapide, en général moins de sept minutes c'est bouclé, que ce soit l'accueil jusqu'au paiement en sept minutes* » (E20), « *en deux minutes il fallait que je sois déshabillée donc il fallait pas non plus que je prenne mon temps...* » (E25) et certaines ressentaient une surcharge de travail de l'examineur dû au nombre de patientes attendant en consultation : « *Bah après je peux comprendre que... ben voilà surtout les gyné.... les consultations qui s'enchaînent les unes derrière les autres* » (E1).

### 2.2.5. Rapport à son propre corps

Pour certaines femmes, tout examen en lien avec la sphère uro génitale était difficile « *ça me dégoûtait très fort mais je savais que c'était important donc que je prenais beaucoup sur moi... Et même je disais à ma mère que je ne voulais pas aller chez le gynéco, je lui disais qu'avoir des rapports sexuels c'était dégueulasse...* » (E14).

Pour quatre participantes la nudité était quelque chose de compliqué comme nous le confiait E14 : « *Je suis toujours très gênée d'être toute nue devant quelqu'un que je ne connais pas, même si je l'ai vu plusieurs fois et qu'elle voit plein de femmes toutes nues, elle, j'ai toujours*

*cette gêne... Mais ça va mieux parce qu'à cette époque-là moi-même je ne pouvais pas me regarder toute nue... ».*

Cinq nous ont confié leur sentiment de dépersonnalisation voir même de « corps objet » : « *plutôt l'impression d'être un vagin sur pattes qu'une patiente qui vient* » (E23), « *c'était devenu un hall de gare mon vagin!* » (E3).

C'est pourquoi certaines avaient entrepris un travail de réappropriation de leur corps, cela pouvait passer par la psychothérapie ou par d'autres moyens « *[...] Ou alors on trouve un truc, pour moi en l'occurrence c'était la danse, pour se réapproprier son corps. Je suis toujours dans cette étape là où je suis en permanence en train de me réapproprier mon corps....* » (E14).

#### 2.2.6. Rapport avec le praticien qui réalise l'examen et le corps médical

La relation entre le praticien et la patiente était un déterminant clef dans la perception de l'examen. Son attitude parfois inadaptée avait des conséquences fortes sur le vécu de l'examen.

L'attitude paternaliste de certains praticiens était décrite pour neuf des participantes : « *...elle nous traite du genre : « oh tu as mal quelque part ! Ohh je suis désolée pour toi... » C'est très infantilisant, un peu agaçant...»* (E12). Certaines jugeaient les questions du praticien comme trop intrusives : « *J'avais l'impression que j'étais obligée de répondre* » (E4).

Sept d'entre elles nous ont confié avoir ressenti le mépris de la part d'un praticien : « *j'ai commencé à parler d'endométriose avec ma première gynécologue, et elle m'a dit « non ça n'existe pas, c'est une maladie un peu à la mode », c'est ce qu'elle m'a dit* » (E20).

Certaines nous ont rapporté le sentiment d'avoir été jugée, trahis voir « *prise un peu pour une débile* » (E6).

Néanmoins, pour douze des participantes, au moins un praticien rencontré au cours de leur vie avait fait part de bienveillance : « *j'appréhendais un peu et finalement sur tous les spécialistes qui m'ont examiné intimement on va dire, ça a été la personne la plus bienveillante, et du coup je suis beaucoup plus rassurée avec lui* » (E20).

La confiance, parfois difficile à mettre en place était un élément important : « *Ça fait des sensations vraiment étranges, mais je n'étais pas si inconfortable que ça par rapport aux*

*violences que j'ai vécues, ça ne m'a pas rappelé de mauvais souvenirs, de mauvais moments, car j'étais assez en confiance avec elle, et c'était très important pour moi. » (E12).*

### 2.2.7. Sexe du praticien

Globalement, on constatait une large préférence pour un praticien femme pour la réalisation de l'examen (dix participantes) : *« C'était inconcevable pour moi que ça soit un homme... » (E5)* mais parfois l'examen se passait bien avec un homme pour trois des participantes : *« c'est pour ça que maintenant je me suis orientée vers un homme malgré mes appréhensions » (E20).*

### 2.2.8. L'état d'esprit de la patiente

Pour finir, l'état d'esprit de la patiente au moment de la consultation déterminait la faisabilité ou non de l'examen : *« euh il faut penser qu'à chaque fois c'est... il y a des hauts et des bas. Nous on le ressent plus ou moins bien aussi selon notre état d'esprit. » (E1).*

L'ancienneté des violences avait un impact sur le vécu de l'examen et cela restait très personnel et il n'y avait pas de règle : *« Et euh on ne peut pas dire qu'on est exactement dans le même état psychique si ça fait dix ans ou si ça vient de se produire et qu'on a rendez-vous le lendemain d'avoir été ploté par un pervers dans le métro! » (E5).*

## 2.3. Vécu de l'examen gynécologique

### 2.3.1. Globalement mauvais vécu de l'examen gynécologique

L'examen gynécologique est redouté ou compliqué pour douze des participantes. « *Moi j'ai toujours été gêné, ça me dérange... C'est un mauvais moment à passer, j'aime vraiment pas ça moi!* » (E14)

La douleur, plainte principale des participantes. Douze participantes nous ont rapporté des douleurs ressenties pendant certains examens : « *La première fois j'ai crié de douleur, j'avais vraiment très très mal, je n'ai jamais eu mal comme ça...* » (E17), « *C'est atroce ! C'était une douleur... Je ne sais pas comment le décrire, de toute façon elle n'a rien pu rentrer !* » (E13).

Pour quatre d'entre elles, la douleur était ressentie lors de l'ouverture du spéculum : « *Ah bah oui il y a eu du spéculum, mais alors pour moi c'était l'horreur, parce que ça me faisait très mal* » (E24).

Sept nous confiaient que cette douleur avait une composante psychologique importante : « *enfin la voir elle entre mes cuisses c'était vraiment très très compliqué pour moi et la pénétration a été... pas douloureuse physiquement mais douloureuse dans ma tête* » (E23).

D'ailleurs trois femmes nous ont fait part d'une anticipation anxieuse de la douleur avant même de commencer l'examen : « *je suis toujours quand même un peu stressée... enfin j'ai du mal à me relâcher vraiment parce que j'ai peur d'avoir mal* » (E15).

Parfois la douleur persistait même plusieurs heures après l'arrêt de l'examen comme pour E7 « *chez une gynécologue qui avait été horriblement brutale, qui m'avait fait très très mal, j'avais senti dans mon vagin des douleurs longtemps après [...] pendant 2-3 heures suivant l'examen ça lance comme ça fort dans le vagin* ».

Pour quatre des participantes, cette douleur était prise en compte par le praticien réalisant l'examen : « *Du coup on a réessayé, et c'était pareil, j'ai encore crié, et là elle a décidé d'arrêter* » (E17) mais ce n'était pas toujours le cas et pour deux d'entre elles l'examen se poursuivait « *la gynéco a beaucoup plus insisté, jusqu'à ce que je crie de douleur, et ça ne l'a pas empêché de continuer !* » (E17).

Une gêne, un inconfort pour quatre des participantes Comme nous le confiait E14 « *Je n'ai pas de douleur non non, mais c'est plutôt une gêne* ».

Une sensation de malaise nous a également été rapportée par douze des participantes. « *La dernière fois j'ai failli faire un malaise* » (E10) ; « *Moi j'ai fait un malaise vagal en fait à la fin, donc ça c'est pas très bien fini.* » (E23) ; « *Il me faisait un frottis je m'évanouissais quoi, quand même c'est un peu chaud (rires)* » (E7).

Une violation de leur intimité pour cinq d'entre elles. « *Je saurais pas trop comment expliquer c'est un peu compliquer, c'est juste qu'on voit mon intimité, [...] j'avais toujours cette anticipation la douleur et de « on est en train de franchir mon intimité »* » (E20).

Un certain dégoût de l'examen gynécologique ressortait lors de certains entretiens : « *Ça me dégoûtait très fort mais je savais que c'était important donc que je prenais beaucoup beaucoup sur moi...* » (E14).

L'examen a été vécu comme un traumatisme pour huit des participantes. Pour six d'entre elles, l'examen avait été violent : « *C'est un peu le sentiment que j'avais eu au planning familial, elle y était allée assez violemment et ça m'a encore plus crispée pour la suite de l'examen donc ça a été contre-productif...* » (E17) et jugé comme brutal « *on force l'entrée même si on sent que ça résiste on force et puis y'en a qui voulait même pas utiliser des spéculums de vierges par exemple* » (E7), « *certains spécialistes y vont comme des bourrins... alors qu'ils savent qu'à partir du moment où on s'approche du col de l'utérus on est à l'agonie quand on a de l'endométriose ! Et certains s'en foutent...* » (E3).

L'une d'entre elle nous confiait même son sentiment d'agression « *il m'a proposé d'écartier mon vagin avec ses bougies métalliques, et pour moi c'était une agression pas possible quoi* », « *tout ce qui est introduction de quelque chose dans cette sphère là c'est une agression, pour moi c'est une agression* » (E24).

Une certaine lassitude nous a été confiée par quatre participantes : « *Pendant un mois j'ai dit : « je n'en peux plus j'ai juste envie que ça s'arrête ! » J'en avais marre d'avoir sans arrêt, toutes les semaines quelqu'un de différent avec ses doigts à l'intérieur de moi....* » (E10). Cette lassitude était souvent due au fait d'examens répétés dans le cadre d'une pathologie spécifique pour deux d'entre elles.

L'examen générait un stress important pour huit participantes. « *Euh généralement je suis très très très stressée au moment de l'examen mais déjà deux trois jours avant ça commence à m'angoisser, donc euh voilà* » (E25).

Certaines nous ont confié leur sentiment de ne pas avoir la maîtrise sur l'examen. Parfois l'examen provoquait une désagréable sensation de surprise « *Moi j'ai souvent l'impression que pendant les examens gynécologiques, il y a des surprises ! Ce qui n'est pas normal, ce n'est pas normal d'avoir une surprise pendant un examen gynécologique...* » (E10).

Parfois même la sensation d'avoir subi un examen non consenti : « *c'est pas un examen que je voulais et on me la quand même fait, et ça avec le recul je ne me suis pas senti bien* » (E20).

Un vaginisme rendait l'examen impossible. Sept patientes nous ont confié souffrir de vaginisme. Cela rendait l'examen soit impossible soit très douloureux : « *Elle a essayé une première fois de m'introduire un spéculum... Et ça a été tellement douloureux qu'ensuite c'était uniquement la palpation mammaire et voilà... Que des choses externes... Elle n'a jamais pu... J'ai un vaginisme très fort...* » (E13) ; « *Oue c'était extrêmement douloureux, c'est-à-dire j'étais mais fermée comme pas possible, j'étais impossible à.... mon vagin s'ouvrait pas du tout du tout* » (E7).

Parfois l'examen se passe mal malgré des conditions idéales. « *C'est pas du fait de la médecin qui était avec moi, puisque elle, elle a pris son temps, elle a expliqué, elle m'a demandé si j'étais prête et si j'étais d'accord enfin vraiment il y a eu de son côté à elle tous les ingrédients qu'on peut demander... c'est moi qui ai trop mal vécu la chose* » (E23).

Mauvaise expérience avec les échographies endo-vaginales. Sept participantes nous ont confié avoir « *été traumatisée par l'épisode du va-et-vient avec la sonde d'échographie* » (E5).

Pour six d'entre elles, un sentiment de stupeur et de surprise avait été ressenti lors de cet examen : « *Et ce que j'avais récemment hyper mal vécu aussi c'est une échographie pelvienne ! Personne ne prévient ! [...] La personne qui me l'a prescrit ne m'a jamais expliqué qu'on allait devoir insérer un objet dans mon vagin pour faire l'échographie et je suis arrivée là... avec un vieux type, sans précaution aucune... Il m'a juste dit : « ouvrez les jambes », voilà le matin dans la salle d'attente je ne m'attendais pas du tout à ça ! [...] J'étais complètement abasourdie car personne ne m'avait prévenu !* » (E10).

Et pour l'une d'entre elles cela avait réactivé des douleurs : « *Bah je....ça à un peu ré-appuyer sur mes douleurs, pas de façon excessive mais pour la journée enfin pour le reste de la journée j'étais vraiment mal* » (E6).

Un examen mal vécu peut avoir de lourdes conséquences. Un examen qui se passe mal peut avoir des conséquences psychosomatiques importantes : « *Après la pose de stérilet, pendant trois jours j'étais vraiment chez moi norasthénique, très fatiguée, j'avais l'impression que mon corps encaissait des coups... J'avais l'impression que j'étais très fatiguée, très vulnérable, alors que ce n'est pas du tout mon tempérament habituel* » (E10).

### 2.3.2. Parfois vécu positif

Six participantes nous ont rapporté au moins une expérience positive : « *du coup j'avais opté pour le planning familial, en fait, et c'était le meilleur suivi que j'ai eu d'ailleurs enfin la meilleure prise en charge gynécologique que j'ai eu à tous les niveaux au planning familial* » (E15). Elles estimaient avoir eu au moins une fois une bonne impression de l'examen gynécologique et du suivi au cours de leur vie : « *Avec cette gynéco là l'examen de routine il n'est pas problématique...* » (E5).

Pour trois d'entre elles, l'examen se passait bien malgré l'appréhension habituelle : « *Et bah bizarrement ça s'est très bien passé parce que bon, j'ai toujours une appréhension, l'examen gynécologique est pas évident...* » (E1).

Pour sept des participantes, il n'y avait pas de douleur ressentie pour au moins un examen gynécologique : « *je n'ai jamais eu de douleur particulière sur l'acte gynéco en lui-même* » (E23).

Pour une participante, l'examen gynécologique était considéré comme neutre, banal du fait des multiples consultations dans le cadre d'une pathologie spécifique : « *ça m'évoque juste quelque chose de normal en fait, enfin c'est presque devenu dans ma routine, c'est un peu triste à dire mais c'est comme ça, j'ai...c'est... c'est pour surveiller l'évolution de la maladie, maintenant ça me fait ni chaud ni froid en fait, c'est devenu normal c'est devenu banal, pour moi c'est un examen comme si on me mettait un morceau de bois sur la langue pour voir comment vont mes amygdales ou quoi que ce soit, c'est voilà.... c'est devenu banal* » (E20).

Enfin six d'entre elles nous ont confié que l'examen se passait désormais bien car elles avaient enfin trouvé le bon praticien : « *j'ai eu entre guillemets un coup de cœur de soignant à patient* » (E13).

### 2.3.3. Mécanisme d'adaptation mis en place par la patiente

Trois participantes nous expliquaient détourner leur attention sur d'autres choses : « *en fait je me concentre sur d'autres choses, sur ma respiration... je respire... je me concentre sur des choses positives...* » (E5).

Cinq participantes nous ont confié leur difficulté à communiquer leur ressenti avec le praticien qui réalise les examens gynécologiques et pensaient que cela aurait pu les aider à mieux vivre l'examen « *c'est moi qui ai trop mal vécu la chose et qui sans doute aurais dû communiquer un peu plus avec elle* » (E23) ; « *Elle m'a dit qu'on allait réessayer encore une fois... Moi j'aurais préféré qu'on arrête, mais je ne lui ai pas dit...* » (E17).

### 2.3.4. Lien avec l'antécédent de violence sexuelle

Globalement l'antécédent de violence majeure l'appréhension de l'examen. Dix d'entre elles nous ont confiés une certaine réticence à l'examen en lien avec leurs antécédents de violences sexuelles : « *C'est vrai que ce que je peux dire en premier c'est que la consultation gynécologique pour moi c'est très.... C'est très difficile, euh...j'appréhende beaucoup à chaque fois car en fait voilà j'ai été victime d'inceste* » (E24), « *je pense qu'avec ces antécédents là ça complique d'autant plus les choses* » (E25).

Trois avaient peur d'une réactivation du traumatisme par l'examen clinique : « *En fait j'appréhende vachement chaque examen, j'ai peur d'avoir des genres de flash, ce genre de choses...* » (E8), « *Mais moi je sais ce que ce que je redoute, et c'est possible, c'est une réactivation du traumatisme* » (E5).

Sept patientes nous ont confié avoir eu des reviviscences du traumatisme provoquées par l'examen gynécologique. « *En avril quand j'ai vu la gynécologue à l'hôpital qui a essayé aussi, j'ai eu des flashs ! Des flashs de viol ! Et des sensations liées à ça...* » (E13).

« *J'ai senti dans mon vagin des douleurs longtemps après, alors je sais pas si c'était des douleurs j'allais dire réelles ou traumatiques, tu vois je sais pas trop ce qui s'est joué,*

*toujours est-il que ça a été extrêmement compliqué... des cauchemars... ça a réactivé plein de choses » (E7).*

#### 2.3.5. L'examen restait difficile malgré le temps-travail

Trois participantes ont vu une amélioration avec le temps et la psychothérapie bien que l'examen restait difficile à accepter : « *ça reste très très compliqué d'accepter ça même quand on a travaillé sur le traumatisme, même quand on est un peu plus serein face à ça, ça reste super compliqué d'accepter, pour moi en tout cas* » (E23).

## 2.4. La question des violences sexuelles et de la sexualité en consultation

### 2.4.1. Qui aborde la question des violences sexuelles en consultation et réaction des praticiens

Les résultats étaient partagés : sept ont déclaré avoir initié elles-mêmes la discussion des violences sexuelles en consultation avec au moins un des praticiens qui les a suivies : « *La première consultation a été particulièrement longue parce que je lui ai raconté tout mon historique... Et notamment les violences que j'avais vécues...* » (E12), contre cinq pour lesquelles le praticien avait posé la question de son propre chef « *elle m'a clairement posé la question un jour* » (E8). Trois disaient que le sujet est arrivé spontanément, « *tout à fait par hasard en fait, c'est sorti comme ça* » (E7).

Dix participantes ont constaté une réaction bienveillante du praticien suite à l'annonce des violences : « *elle m'a demandé si je voulais en parler un peu plus, si j'en avais besoin. Elle m'a demandé si j'avais été accompagné pour faire face à ça. J'ai trouvé ça top quand même, voilà c'était une discussion rapide, mais elle a été extrêmement bienveillante, elle était vraiment très attentive* » (E7). Quatre d'entre elles ont noté un changement d'attitude positif : « *Après il y a été beaucoup plus différemment et puis on a parlé beaucoup de ça...Et quand je devais le voir il me disait : « bon alors on souffle, on respire un grand coup, ça va bien se passer » et puis voilà mais lui il me connaissait par cœur donc c'est vrai que c'était plus facile* » (E1).

### 2.4.2. L'antécédent de violence sexuelle reste malgré tout souvent méconnu des praticiens

Neuf participantes affirmaient que la quasi-totalité des praticiens qu'elles avaient consultés au cours de leur vie ne leur avait jamais posé la question des violences sexuelles « *je ne leur en ai pas parlé car on ne m'a pas posé la question et je ne savais pas comment amener le sujet* »(E17), « *ça ne m'est jamais arrivée ya que les psychologues qui posent ces questions-là* »(E6).

Six n'ont jamais osé aborder le sujet des violences avec le praticien car elles ne sont pas à l'aise avec le sujet « *cette partie-là est très difficile à aborder... je suis très crispée....* »(E1).

Pourtant, elles étaient quatre à déclarer qu'elles attendaient que le praticien leur pose clairement la question « *Honnêtement je pense que... Je n'attendais que ça* » (E13).

### 2.4.3. Facteurs influençant la perception et la réponse à la question des violences

#### La capacité d'être à l'aise ou non avec le sujet

Bien que cinq participantes considéraient qu'au jour d'aujourd'hui après un long parcours « *dire que c'est arrivé ce n'est pas un soucis* »(E6), pour six autres le sujet était encore très difficile à aborder « *Je n'en parle pas beaucoup... Ce n'est pas un truc dont j'ai envie de parler...* »(E14). Quatre en ont eu honte : « *il y a eu une période où j'avais honte, et à cette période-là j'aurais été gêné que quelqu'un sache ça sur moi...* » (E5).

#### Le contexte, le moment

Elles étaient deux à dire « *que tout dépend du contexte* » (E10), « *Si c'est un truc en mode il y a du brouhaha dehors et que tu sens que pour la consultation t'as cinq minutes top chrono pour dire ce que tu veux dire, comme parfois à l'hôpital, et qu'il y a 1000 personnes dans la salle d'attente, et qu'il y a des gens qui rentrent et qui sortent toutes les cinq minutes de la salle de consultation...ça risque d'être compliqué !* » (E10).

#### La manière de poser la question

Neuf pensaient que la question devait être abordée avec tact et précaution « *il ne faudrait pas que ce soit une question trop frontale...* »(E3), en évitant de poser « *des questions de plus en plus intrusives* »(E4).

#### La peur des conséquences

Quatre participantes avaient peur de « *réveiller des souvenirs en en parlant* » (E23). Une autre évoquait la peur d'un changement de regard du professionnel en face : « *j'ai aussi un peu peur que chez certaines personnes il y ai un regard qui change, compatissant ou un peu oui... cette attitude bizarre qu'on a avec les victimes...* » (E6).

## La prise de conscience et l'ancienneté du traumatisme

Six participantes avouaient avoir longtemps occulté le traumatisme qu'elles avaient vécu : « *je lui ai pas parlé à lui de ce que j'avais vécu, parce que à cette époque-là c'était très refoulé en moi* » (E24), cinq ont reconnu avoir eu un suivi psychiatrique qui les a aidé à prendre conscience des faits « *j'ai réalisé que c'était bien des violences sexuelles durant une thérapie* »(E8).

Cinq interviewées pensaient qu'il était plus facile d'aborder la question des violences après avoir fait un travail de thérapie personnel : « *j'ai appris à travailler sur moi et à en parler*»(E1) ; « *Avant l'analyse je ne racontais ça à personne car cela ne me semblait pas racontable, mais depuis que, grâce à mon analyse, j'ai compris...Maintenant c'est une information sur mon passé que je peux donner sans problème* »(E5).

Cinq soulignaient que plus le traumatisme était ancien et moins il était difficile d'en parler : « *moi tu m'aurais demandé ça quand j'avais 20 ans, je me serais levée, j'aurais claqué la porte.... Ça aurait fait une effraction à l'intérieur de mon intimité* » (E7).

## La confiance en le praticien

Trois participantes n'ont jamais pu parler des violences avec leur médecin traitant par peur de divulgation du secret à la famille : « *Avec lui, non je ne pense pas car il soigne aussi ma mère, et mon petit frère, donc ça serait compliqué vraiment* » (E14). La question de la confiance revient régulièrement « *il faudrait que je me sente en confiance... pour pouvoir répondre* »(E8) ; « *ma généraliste, avec qui je m'entends très bien, ça ne me poserait aucun problème de lui répondre* » (E10).

## Le sexe du praticien

Huit participantes s'entendaient à dire qu'il est plus aisé de discuter des violences sexuelles avec un praticien femme, qu'elles pensaient plus à même de les comprendre : « *À différents degrés les femmes ont toutes vécu quelque chose comme ça, je pense. Ou alors une grande partie, malheureusement. Une femme est donc plus adaptée pour comprendre ce genre d'histoire...* » (E14). Six s'accordaient à dire qu'elles n'auraient jamais pu parler de cela avec un praticien homme : « *Pour moi, l'homme, est encore synonyme de violence... Donc j'ai un a priori négatif, psychologiquement ce n'est juste pas possible...* » (E13).

#### 2.4.4. Quatorze participantes pensent que les praticiens devraient poser systématiquement la question des violences : Pourquoi ?

##### Utile pour la patiente

Huit participantes pensaient que de poser la question des violences à la patiente permettrait de laisser la porte ouverte à la discussion pour le moment où elle se sentirait prête : « *si la question est posée, et si la personne a envie d'en parler, ça lui laisse un espace pour le faire* » (E17). Six femmes se sont vues soulagées d'avoir pu annoncer leur antécédent de violences sexuelles à leur praticien : « *j'ai mis un an à le dire quand même (rires), ça été un peu long, une fois que je l'ai dit ça m'a soulagé* » (E23). Pour sept participantes l'annonce des violences à leur praticien leur a permis d'aller de l'avant : « *Il me manquait juste quelqu'un qui me pose la question... il manquait juste un petit déclic pour pouvoir en parler* » (E13), « *la question ça permet des fois de briser un silence, un tabou* » (E24).

##### Utile dans la relation médecin-patient et le soin

Pour neuf participantes, connaître l'antécédent de violence sexuelle rendrait les praticiens plus bienveillants : « *ça pourrait changer la manière qu'à le médecin d'ausculter, d'être plus à l'écoute, plus attentif, plus doux ou plus douce ou alors de prendre plus de temps avec la personne, avant de l'ausculter attendre que la patiente se sente bien à l'aise et en confiance...* » (E14). Trois interviewées pensaient que « *cette question-là aujourd'hui elle est primordiale et elle instaure un climat de confiance* » (E8).

Quatre pensaient même que le suivi était favorisé quand l'antécédent de violence sexuelle était connu du praticien car « *d'apprendre à en parler en tout cas avec un médecin en qui on a confiance ben peut-être qu'après dans le future je serai déjà vachement moins anxieuse plusieurs jours à l'avance et peut-être que ce sera moins difficile pour moi aussi* » (E25). Douze participantes pensaient que la discussion autour des violences sexuelles pouvait faciliter leur prise en charge médicale : « *avec la généraliste avec qui j'en ai parlé, j'avais l'impression d'être beaucoup plus honnête, et de pas cacher quoi que ce soit en fait... Et que du coup, elle avait toutes les informations en main en fait. Je ne voulais pas cacher quelque chose qui pourrait influencer sur un éventuel diagnostic, pour plus tard... je me suis dit qu'elle avait toutes les infos pour me prendre en charge.* » (E17) ; « *Ce que ça apporterait c'est déjà, une meilleure écoute, donc meilleurs soins, et du coup, amélioration du soins et du coup du bien-être du*

patient »(E20). Une participante racontait « *La première fois que ça m'est arrivé c'était avec un médecin à qui j'avais dit ce qui s'était passé, qui a été très délicate, donc ça allait* » (E5).

#### Utile pour faire évoluer la société

Trois participantes rapportaient que de poser la question devait permettre de lever certains « *tabous sociaux* » (E17) et de faire bouger la société toute entière : « *si une gynéco me posait une question là-dessus alors je pense que je serai contente que, je me dirais « ah bah enfin les choses avancent ! » (E10), « je prendrais ça comme une avancée sociale ! » (E17).*

#### 2.4.5. La question de la sexualité en consultation

Certaines participantes se sont livrées sur le sujet au fil de la discussion.

Six de participantes affirmaient ne jamais discuter de sexualité en consultation : « *on ne parle pas de ça, je n'ai jamais amené le sujet et on ne m'a jamais posé de questions là-dessus...* »(E14) « *ma gynécologue d'avant elle ne m'a jamais parlé de ça ni demandé si j'avais un partenaire fixe...* » (E8).

A contrario six autres rapportaient qu'un praticien avait déjà parlé d'intimité avec elles : « *Avec ma gynécologue parfois, elle me demande si j'ai du plaisir* » (E5). Trois se disaient à l'aise pour en parler « *comme les questions sont posées de façon pas intrusive, pas gênée, à l'aise, donc je suis à l'aise...* » (E5), « *ça ne me gêne pas, on a intégré dans notre idée que c'est normal pour un gynécologue de poser des questions sur ta sexualité puisse que ça peut avoir des incidences sur ton suivi* » (E10).

Une seule s'est retrouvée mal à l'aise sur le sujet et « *ferme assez vite le dialogue si on aborde le sujet...* » (E17).

## 2.5. Axes d'amélioration pour l'examen gynécologique chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles

### 2.5.1. Axe d'amélioration lié aux conditions d'examen

Quatre participantes ont évoqué le désir d'éviter la position gynécologique classique en décubitus dorsal et auraient aimé qu'on leur propose une alternative : « *on m'a parlé de la position sur le côté par exemple. Je n'ai jamais pu essayer, on ne m'a jamais proposé ça donc je n'en ai jamais pu faire l'expérience. Je ne sais pas si c'est mieux, si on se sent moins vénérable, que les jambes grandes ouvertes...* » (E10).

Sept femmes ont évoqué la possibilité de ne pas être complètement nue, en couvrant le corps et « *proposer de mettre un drap, ou quelque chose pour l'intimité...* » (E17), dans le but toujours de « *laisser de l'intimité à la patiente* » (E4).

Cinq femmes rappelaient l'importance d'avoir dans le cabinet un espace dédié au déshabillage « *Le fait qu'il y ait un paravent, ça sépare le bureau de la salle d'examen et c'est bien* » (E14).

Trois des participantes auraient aimé que les cabinets proposent des techniques de relaxation comme « *de la musique* » (E7), « *de l'hypnose* » (E23), une lumière tamisée « *Comme quand vous allez faire un soin du visage où on a une atmosphère un peu plus posé... ça aide* » (E1).

L'une d'elle proposait un détournement de l'attention par la parole car « *ça occuperait un peu la tête pendant l'examen ...ça empêche de partir loin dans le passé* » (E23).

### 2.5.2. Axe d'amélioration lié au praticien

Par une attitude professionnelle

Quatorze participantes ont placé la discussion et les explications du praticien comme l'axe d'amélioration principal : « *C'est vraiment la première priorité d'expliquer les gestes au moment où ils sont faits ou avant de les faire, idéalement* » (E10).

Douze participantes ont rappelé la place primordiale du recueil du consentement éclairé : « *le nœud de la guerre c'est surtout le consentement...* » (E3), et « *particulièrement pour les femmes comme moi qui ont été victimes de violences, il faut s'assurer que la patiente est d'accord pour l'étape d'après... mettre encore plus de précautions...* » (E10). Pour cela, « *Diviser en plusieurs petites questions... Plus détaillées... Diviser le consentement. Expliquer et diviser le consentement étape par étape...* » (E3).

Deux participantes auraient souhaité que les praticiens soient moins jugeant et moralisateurs car « *On est pas forcément là pour s'entendre faire la morale...* » (E4). Pour tous gestes : « *expliquer pourquoi c'est nécessaire, mais pas forcément y aller d'emblée ou faire du forcing culpabilisant et infantilisant quoi* » (E4).

En ce sens, huit participantes réclamaient que les professionnels prennent en compte leur refus : « *il faut entendre que ce n'est pas du confort, il y a des choses possibles à certains moments et d'autres qui ne sont pas possibles...* » (E5).

Par de la bienveillance, de l'écoute et de la douceur

Elles étaient dix à réclamer « *Juste vraiment l'écoute, la bienveillance* » (E20).

Quatre auraient voulu plus de douceur de la part du praticien : « *à chaque fois être comme si c'était la première fois, et on y va mollo* » (E1).

Cinq parlaient de l'importance de l'«*empathie* » (E24) , car « *quand on est médecin, on est pas là pour traiter une bosse dans la carrosserie d'une voiture, l'être humain c'est complexe.. Il faut vraiment prendre en compte l'aspect humain de la personne qui est en face de soi quoi...* » (E5).

Six participantes réclamaient que les praticiens prennent plus en compte l'aspect psychologique afin d'améliorer la qualité des soins : « *Le psychisme a tellement d'impact sur le corps qu'espérer guérir quelqu'un si on ne se rend pas compte que ce sont des manifestations psychosomatiques de son mal-être alors je ne suis pas sûr que ce soit très efficace...* » (E5).

Huit femmes attendaient d'être prises en charge de façon plus globale : « *la consultation gynécologique je la trouve un peu mécanique, comme si j'étais un peu une voiture qu'on amène chez le garagiste pour la révision... (Rires)...* » (E8).

Sept participantes auraient voulu que les praticiens prennent en compte la variabilité des patientes et leur individualité, elles jugent qu'« *ils font des choses trop générales, chaque personne est différente* »(E14), qu'ils sont trop académiques : « *coincé dans ses QCM, en me disant « normalement ça devrait marcher comme ceci », je ne sais pas qui est Madame Normale* » (E3).

Cinq pensaient que les praticiens devraient accorder plus de temps pour les consultations: « *Oui de prendre le temps .... Je crois que c'est essentiel, c'est l'essentiel* » (E24) ; « *Cela prend du temps de connaître la personne pour pouvoir la soigner* » (E14). Une participante proposait de différer l'examen dans certaines situations : « *Si l'examen n'est pas fait cette fois ci et bien peut-être proposer qu'on se voit une autre fois, ou à la personne appelle quand elle est prête* » (E5).

#### Par une meilleure formation des professionnels

Six participantes pensaient que les professionnels de santé devraient bénéficier d'« *une plus grosse formation sur le consentement* » (E20) ou bien d'une « *formation au respect du corps* » (E20). L'une d'elles réclamait « *quelqu'un qui puisse dans le parcours de formation aiguïser la fibre bienveillante* » (E7). Plus spécifiquement c'est à la question des violences et des violences sexuelles en particulier que les praticiens auraient dû être mieux formés : « *je pense qu'il faut peut-être former, sensibiliser les gynécologues aux violences* » (E4), « *c'est une femme sur cinq, c'est énorme... Donc ça devrait faire partie de la formation, ça fait partie de la formation ?* » (E13).

Par une meilleure collaboration avec la patiente/ Reprise de pouvoir de la patiente sur la consultation

Cinq participantes auraient apprécié être plus actrices et « *laisser un peu le contrôle à la patiente...* » (E17) ; « *C'est redonner le pouvoir à la personne, et lui dire « je ne suis pas tout-puissant sur ton corps, je ne ferai rien sans ton accord* » (E3) ; « *actrice on va dire de la consultation et pas juste patiente passive qui subit* » (E5). En découlait le besoin « *que le médecin accepte le refus, qu'il n'y ait pas d'obligation...* » (E3).

Trois participantes souhaitaient une plus large utilisation des auto examens : « *l'auto examen, qui peut être intéressant, essayer de faire soi-même les gestes si c'est plus facile...* »(E17).

Une participante avait également proposé une consultation plus pédagogique en montrant aux patientes des illustrations : « *au niveau anatomique, c'est-à-dire que je pense qu'il faut en parler, dire les mots, montrer des images, je trouve ça essentiel car on ne se voit pas de l'intérieur* » (E13) ; ou en s'aidant d'un « *miroir* » (E13).

En posant la question des violences :

En posant systématiquement la question des violences

Quatorze des dix-sept femmes interviewées ont exprimé ce souhait : « *Je pense aussi qu'il faut poser la question, car quand on connaît les chiffres, c'est une femme sur cinq, et une femme sur cinq c'est énorme...* » (E13), « *moi, je pense que ça devrait être une question parmi d'autres, quand on fait l'historique du patient, ça devrait être un truc de base...* » (E13) ; « *Oui! Moi je pense que c'est une question primordiale ! Ça change plein, plein de choses que quelqu'un pose la question !* » (E8)

En respectant certaines règles pour poser la question

Neuf des participantes qui se disaient favorables à ce qu'on leur pose la question pensaient que celle-ci devait être abordée avec tact et précaution afin de ne pas braquer la patiente devant cette « *question délicate* » (E13). Cinq d'entre elles proposaient de poser la question de façon indirecte : « *poser la question peut-être de façon déguisée...* » (E3), car « *si c'est trop frontal il y a des gens qui ne voudront pas répondre* » (E14). Deux participantes évoquaient la possibilité de répondre à un questionnaire écrit avant la consultation : « *on pourrait imaginer un petit questionnaire écrit avec des questions sur la santé de la patiente (antécédents, traitements, tabac...) et où serait posée la question des violences sexuelles. Ça serait peut-être plus facile qu'à l'oral, moins frontal. Les femmes auraient le choix de répondre oui ou non, le formulaire serait comme un filtre qui laisserait la possibilité d'éluder le sujet ou au contraire de s'en saisir...* » (E7). Deux autres proposaient de poser la question plusieurs fois au cours du suivi « *car on peut ne pas être à l'aise au départ pour en parler et après quelques rendez-vous être plus à l'aise...* » (E4). Une autre demandait à ce que la question soit posée « *Seul à seul* » (E14) sans les parents à côté et une autre souhaitait répondre par oui/non à la question et « *ne pas rentrer dans les détails* » (E10).

En accueillant la réponse de manière bienveillante

Deux participantes voulaient sentir « *que c'est une question qui est sincère...* » (E3) car « *Parfois on a tendance à poser cette question pour se débarrasser du diagnostic...* »(E3), et bien sûr il convient de « *surtout prendre le temps...* »(E14).

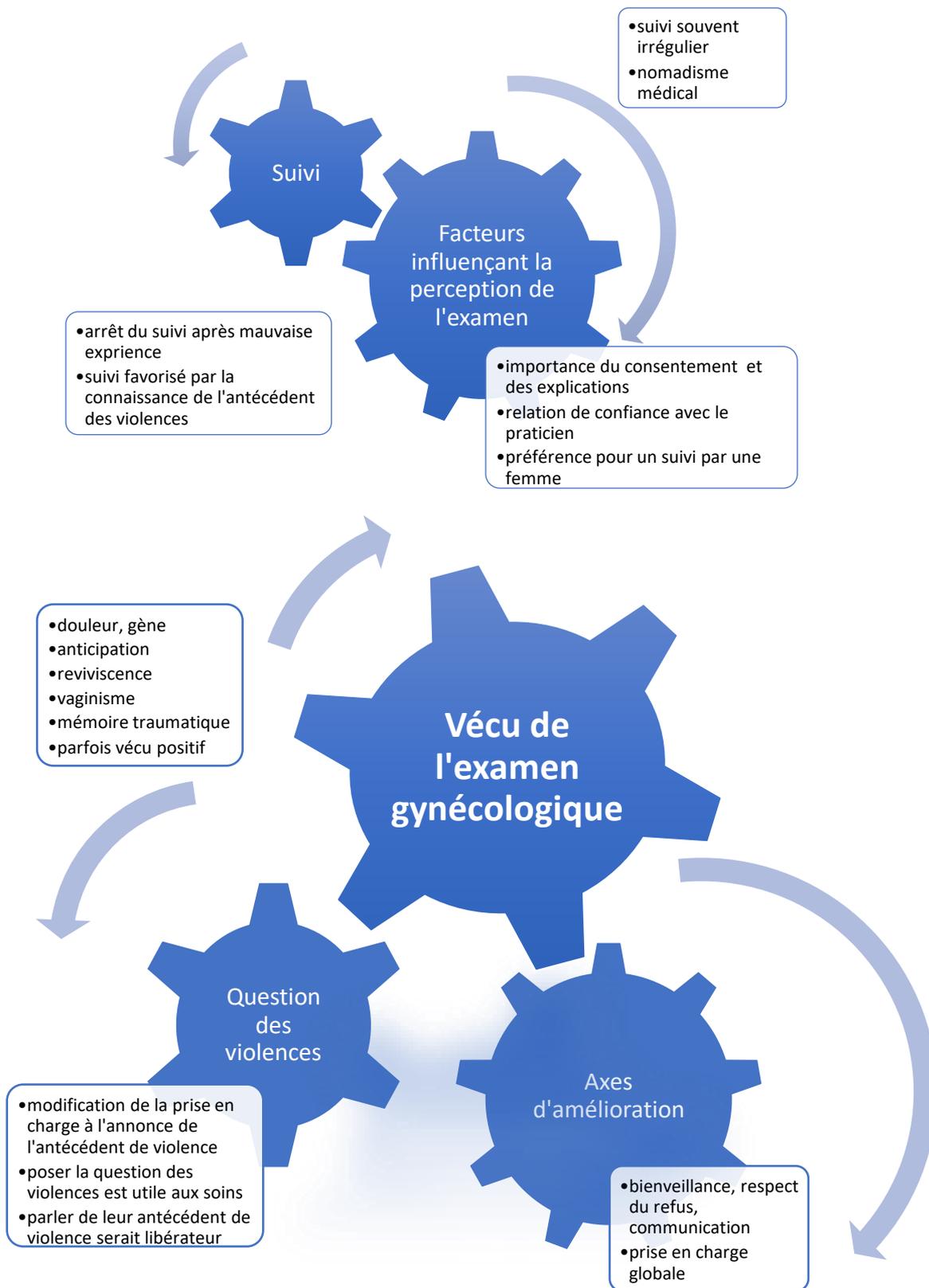


Figure 2 le vécu de l'examen gynécologique : facteurs influençant et enjeux

## 3. Discussion

### 3.1. Forces et limites

#### 3.1.1. Les forces de l'étude

La principale force de cette étude était son caractère original et innovant, par son sujet qui n'avait jamais été traité en France ainsi que par sa méthodologie faisant appel à l'analyse qualitative. Cette analyse, justifiée par le caractère exploratoire de la recherche, nous a permis de se positionner au plus proche du vécu des femmes et les a incitées à la confiance, tout en favorisant une expression libre et spontanée par une grille d'entretien volontairement souple.

Ce mode d'analyse a également permis de capturer les émotions et les pauses dans le discours qui ont enrichi l'étude du vécu des participantes. Le caractère individuel des entretiens aura très probablement facilité la libération de la parole, tout comme le sexe féminin des investigatrices qui a introduit une certaine proximité et intimité avec les participantes. En effet, les participantes ont semblé être rapidement à l'aise avec les investigatrices.

Le statut professionnel des investigatrices, internes en médecine générale au moment de la réalisation des entretiens, a également pu encourager une parole sans tabou, les participantes ayant pour la plupart fait la distinction entre un médecin diplômé, installé dans sa pratique et un interne qui est encore un stagiaire en formation.

Il est imaginable que ce statut d'interne a aussi favorisé la participation à l'étude car plusieurs femmes nous ont confié avoir participé pour permettre une prise de conscience du corps médical et un changement dans les pratiques.

Les investigatrices, de par leur expérience professionnelle, disposaient d'une expérience quant à l'écoute active et empathique qui aura sûrement favorisé les confidences des participantes.

Le recrutement indirect notamment par les réseaux sociaux et les entretiens à distance par visio-conférence auront permis d'interroger plus de femmes que si elles avaient été recrutées directement et d'élargir à la France entière le champ des participantes. Le sentiment de distance lié à la l'utilisation de la webcam a facilité la confiance et la libre expression des

participantes parfois soucieuses de leur anonymat. Malgré l'appréhension initiale de la diffusion des données, les dix-sept participantes ont accepté après explications et signature de la fiche de consentement de participer à visage découvert, de nous fournir leur commune de résidence ainsi que leur profession sans difficulté.

Malgré un sujet encore tabou dans notre société, les femmes se sont livrées dans leur intimité et ont manifesté un intérêt et un investissement notable pour le sujet. Nombreuses sont celles qui nous ont confié un soulagement de s'être confiées, parfois pour la première fois, sur le sujet. Les participantes se sont également confiées sur leur volonté de faire avancer les choses dans la société et de faire entendre leur voix, encouragées par la médiatisation actuelle des violences faites aux femmes et notamment sur twitter avec le #balancetonporc.

L'échantillonnage des participantes a été voulu le plus varié possible, cette disparité se vérifie au niveau de la profession, de la localisation des patientes et plus modérément au niveau de leur âge (de 21 à 66 ans).

Les investigatrices ont explicité la méthodologie et les critères de qualité ont été respectés (13) (14).

### 3.1.2. Les limites de l'étude

La principale faiblesse de l'étude était due à son mode de recrutement et à la population obtenue pour l'analyse. En effet, les participantes étaient des femmes qui avaient pour la plupart déjà réalisé un travail sur elles-mêmes et sur leur traumatisme (une psychothérapie pour la plupart). Elles étaient en grande partie déjà sensibilisées aux violences sexuelles et parfois engagées dans un démarche militante et féministe.

Leurs antécédents de violence sexuelle remontaient souvent à de nombreuses années en arrière ce qui avait permis un certain recul sur le sujet.

Malgré nos tentatives d'élargir le recrutement au milieu associatif, nous n'avons pas pu obtenir de témoignage de femmes par ce biais, ce qui aurait pu enrichir l'étude et permettre l'obtention de paroles de femmes en situation de précarité ou ayant récemment subi des violences sexuelles.

Nous n'avons pas pu obtenir de témoignage de femme venant de subir très récemment une agression sexuelle, mais nous pouvons aisément imaginer que leur témoignage viendrait conforter celui des participantes.

Les participantes avaient pour la quasi-totalité entre 21 et 32 ans, une seule des participantes avait plus de 60 ans. La moyenne d'âge était de 32 ans.

Les participantes ont été majoritairement recrutées via les réseaux sociaux ce qui pourrait expliquer la jeunesse de l'échantillon.

Le recrutement des participantes a été fastidieux et seulement une participante a été recrutée par un praticien. Une autre avait été recrutée par une des investigatrices directement en consultation et deux par le bouche à oreille, les treize autres via les réseaux sociaux. Néanmoins nous n'avons pas noté de différence majeure dans le discours de ces participantes comparativement à celles recrutées sur les réseaux sociaux.

Nous avons été surprises du peu de réponses obtenues via les praticiens, qui se sont montrés dans l'ensemble intéressés par le sujet et volontaires. Nombreux d'entre eux nous ont avoué être démunis face à la question des violences sexuelles et des violences d'un ordre général. Beaucoup ignoraient qui parmi leurs patientes avaient pu subir des violences et peu avaient déjà abordé cette question en consultation. Cela pourrait expliquer la difficulté de recrutement à laquelle nous avons dû faire face.

Le sujet des violences, et en particulier des violences sexuelles, reste donc un tabou, un tabou sociétal, mais aussi un tabou dans les consultations médicales.

En ce qui concerne les praticiens, la population des gynécologues était la plus représentée dans l'étude. L'autre partie était composée de médecins généralistes, et les sages-femmes représentaient une faible part.

Enfin, la qualité de l'étude dépendait des compétences des investigatrices et de leur capacité à ne pas influencer les thématiques émergentes avec leurs présupposés.

Les investigatrices étant novices, certains entretiens n'ont pas toujours été conduits comme il aurait fallu par faute d'expérience et certaines données ont pu échapper à l'analyse, bien que les chercheurs aient gagné en efficacité et en aisance dans le domaine au fil des entretiens. Un travail de réflexivité constant a été réalisé entre les deux investigatrices et la

triangulation des données a limité ce biais et a permis de se détacher des pré-supposés subjectifs des investigatrices.

## 3.2. Discussion des résultats

Dans notre étude, la parole a été donnée aux femmes ayant un jour été victimes de violences sexuelles. L'examen gynécologique était pour elles appréhendé avec anxiété et le suivi était souvent irrégulier. Les ruptures dans le suivi faisaient suite le plus souvent à une mauvaise expérience avec un praticien et pouvait conduire par la suite à un nomadisme médical. Malgré cette appréhension, la reprise du suivi était souvent motivée par la peur de la maladie ou la nécessité d'un suivi rapproché dans le cadre d'une pathologie spécifique ou dans un contexte de grossesse.

Le choix du praticien se faisait le plus souvent par bouche à oreille et de plus en plus sur des sites internet féministes tel que Gyn&co (15) afin de s'assurer d'une certaine bienveillance. Les femmes sont plébiscitées car jugées plus à l'écoute et compréhensives. Ce choix s'expliquait en partie par la crainte de consulter un homme en lien direct pour certaines avec leur antécédent de violence. Dans la littérature, pour toutes femmes confondues, la préférence concernant le sexe du praticien reste assez hétérogène (16) (17).

Le vécu était principalement négatif et l'examen était jugé comme désagréable. Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature concernant le ressenti de l'examen gynécologique pour toutes femmes confondues (2), notamment dans l'étude quantitative turque de Tugut N, Golbasi Z (18).

La douleur était la principale plainte des participantes. Le souvenir d'un examen douloureux conduisait le plus souvent à une anticipation anxieuse de cette douleur pour les examens suivants. Elles avaient ainsi plus de mal à se détendre et cela pouvait conduire à des difficultés dans la réalisation de certains gestes et être à l'origine de nouvelle douleur. Certaines femmes nous ont confié souffrir de vaginisme rendant parfois l'examen impossible.

L'examen était vécu comme un véritable traumatisme pour certaines des participantes. En effet certains gestes étaient jugés comme violents d'autant plus s'ils n'étaient pas accompagnés par des mots. L'absence de recueil systématique du consentement provoquait chez ces femmes un sentiment de vulnérabilité et faisait ainsi écho à leur antécédent d'agression. Ce sentiment de violence passait également par le discours parfois moralisateur ou infantilisant de certains praticiens. Elles avaient ainsi l'impression de ne pas être actrice dans leur choix, dans leur suivi et avaient même parfois le sentiment de dépersonnalisation. Ces

résultats avaient déjà été soulevés par A.Marcilly et M.Mauri dans leur thèse intitulée « Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale et conséquence pour le suivi » (19).

Le vécu était alors multifactoriel mais dépendait principalement de la relation entre le praticien et la patiente. Beaucoup de femmes parlent d'une bonne expérience avec un praticien qui leur a fait changer leur vision des choses et avec en qui elles sont en confiance, ce qui facilite l'examen et le suivi. Ce praticien a souvent été bienveillant, doux, a pris le temps lors de la réalisation de l'examen et a même parfois proposé un second rendez-vous si l'examen n'était pas possible ce jour-là. Ces déterminants ont également été retrouvés dans les travaux de Delouche Bodson H (20).

Des facteurs plus personnels tel que le rapport à leur propre corps et l'état d'esprit dans lequel était la patiente au moment de l'examen faisaient également partie des déterminants importants. Un examen qui avait pu être possible un jour ne l'était pas forcément lors d'une autre consultation et le praticien devait être vigilant et prendre son temps pour expliquer les choses à chaque fois et rechercher systématiquement le consentement de la patiente.

Un lien entre mauvais vécu de l'examen gynécologique et l'antécédent de violence s'est confirmé dans notre étude. Ce lien a également été mis en évidence dans l'étude danoise de Hilden M et al (21). En effet, l'appréhension de l'examen était pour certaines mise sur le compte de l'agression qu'elles avaient subie et elles craignaient une réactivation de ce traumatisme. Pour certaines participantes, l'examen conduisait à des reviviscences et il pouvait y avoir des conséquences physiques et psychologiques tels que des douleurs, des flashes ou encore des cauchemars durant plusieurs jours suivant l'examen. La plupart des femmes avait réalisé un travail sur elles ou était en cours de psychothérapie dans un objectif entre autre de réappropriation de leur corps. L'examen restait tout de même difficile et ce malgré le temps écoulé. Nos résultats vont également dans le sens de ceux retrouvés dans la littérature et notamment les travaux suédois de Swahnberg K et al (22) et l'étude turque de Güneş G et al (23).

En tant que professionnels de santé nous nous sommes interrogés sur les raisons de ce mauvais vécu de l'examen gynécologique qui semble renforcé chez les femmes aux antécédents de violence sexuelle. Nous pouvons émettre l'hypothèse, comme détaillée dans « Le livre noir des violences sexuelles » paru en 2013 (24), d'une implication de la mémoire traumatique dans

la réminiscence des souvenirs désagréables et dans l'appréhension globale à la consultation gynécologique. En effet, le Dr Muriel Salmona, psychiatre, présidente de l'association « Mémoire Traumatique et Victimologie », décrit dans son ouvrage cité ci-dessus un risque de développer un stress post traumatique en cas de viol proche de 80% et 87% si les violences sexuelles ont été commises dans l'enfance, par le biais d'altérations neurobiologiques complexes qui viennent modifier les circuits de la mémoire et des réponses émotionnelles (25) (26). L'altération du lien entre amygdale (responsable des réponses sensorielles et émotionnelles et notamment de la réponse par la peur) et hippocampe (responsable de la gestion de la mémoire et du repérage temporo spatial) serait responsable d'un défaut d'encodage et de stockage de la mémoire, empêchant l'hippocampe de transformer les souvenirs en mémoire autobiographique, ce qui donnerait naissance à une mémoire dite traumatique (piégée dans l'amygdale, en dehors du temps et non consciente) responsable de réactivations intrusives de cette dernière par des flashs envahissant totalement la conscience du sujet. La mémoire traumatique se situerait alors au cœur des troubles psycho somatiques des victimes de violences sexuelles. Des réactivations du traumatisme par hyper-activation de l'amygdale cérébrale, générant détresse et terreur surviendraient alors de façon incontrôlable lors d'une sensation ou d'un événement stressant rappelant à la victime son agression. Cela pourrait contribuer à alimenter les sentiments de honte, de culpabilité et de haine envers l'agresseur ressentis par les victimes. Une hypo-activation du cortex pré frontal médian et du cortex cingulaire antérieur ainsi qu'une atrophie de l'hippocampe seraient également en lien avec ce phénomène (27). Parmi les stratégies de survie le Dr Salmona décrit des conduites d'évitements et de contrôle de l'environnement qui permettent aux victimes de ne pas subir de nouvelles réminiscences. On peut donc imaginer que les femmes qui ont subi des violences sexuelles ont tendance à fuir leur suivi gynécologique dans le but d'éviter toute réactivation de l'agression. Ces flash-back de l'agression seraient à risque de se reproduire pendant un examen gynécologique par activation de cette mémoire traumatique (hyper-activation de l'amygdale), rendant ce dernier désagréable, voire insupportable, et générant toujours plus d'appréhension et donc d'évitement de l'examen. Certaines participantes ont d'ailleurs décrit une amélioration de leur vécu de l'examen avec l'accompagnement psychologique qu'elles ont pu suivre, et la prise de conscience parfois tardive du traumatisme ayant changé leur vision des choses. Nous pouvons alors imaginer que le suivi par psychothérapie et le temps auront permis d'intégrer les souvenirs traumatiques et de les transformer en mémoire autobiographique, consciente, contrôlable et repérable conduisant à un apaisement des victimes d'agression.

Il n'y avait pas de questions relatives à leur antécédent de violence dans notre guide d'entretien mais elles se sont presque toutes spontanément livrées sur ce qu'elles avaient vécu, comme un besoin libérateur d'en parler. La majorité d'entre elles étaient d'accord pour affirmer que la question des violences devait être posée de manière systématique par le praticien réalisant l'examen. Elles attendaient que la question soit posée à chaque consultation, mais pas de manière trop brutale, afin de laisser à la patiente le choix ou non d'y répondre et de lui laisser l'opportunité de revenir dessus plus tard, quand elle sera prête. Cela pourrait permettre également d'ouvrir des pistes de réflexion et parfois cela pouvait lui faire prendre conscience du souvenir des violences qui avait pu être occulté les premiers temps voire durant des années entières. En parler à un professionnel de santé serait donc ainsi libérateur et briserait le tabou social qui l'entoure. Celui-ci serait ainsi plus bienveillant dans son attitude et ses gestes. Le suivi s'en verrait également facilité. Leur réponse dépendra alors essentiellement de l'ancienneté du traumatisme et du travail qu'elles ont accompli sur ce dernier. Cependant nombreuses sont celles qui ont du mal à aborder ce sujet avec quiconque, souvent par honte ou par peur du jugement. Mais elles considèrent malgré tout que le praticien doit être informé de cela et elles seraient prêtes à répondre si la question était posée.

Concernant l'examen toutes les femmes souhaitaient un meilleur accompagnement par les explications et un recueil du consentement. Elles souhaitaient également que les professionnels de santé adoptent une attitude plus professionnelle, sans jugement, bienveillante et elles souhaitaient bénéficier d'une prise en charge globale. Ces résultats vont dans le sens des vingt-six recommandations émanant des conclusions du rapport du haut conseil à l'égalité homme femme sur les violences gynécologiques et obstétricales de juin 2018 (28) et des recommandations de la haute autorité de santé HAS (29). Elles aimeraient également que les professionnels de santé soient mieux formés dans la prise en charge des femmes victimes de violences sexuelles, ce qui est conforme aux résultats de l'étude qualitative de Vignocan L, Monti M. (30) et qu'ils posent la question des violences. Des travaux de recherches déjà réalisés en France (31) (32) ainsi qu'à l'étranger avec notamment l'étude suédoise de Wendt EK et al (33) vont dans ce sens également.

Une étude néerlandaise de l'auteur Birkhoff EML et al publiée en 2016 et intitulée « Dealing with patients facing a history of sexual abuse » (34) s'est intéressée à la pratique des médecins généralistes concernant la question des violences sexuelles et aux principaux freins à ne pas l'aborder en consultation. Cette étude a montré que les violences sexuelles sont sous évaluées en médecine générale. La moitié des médecins généralistes interrogés posaient la

question des violences mais les principaux freins exprimés étaient le manque de formation. Dans notre étude, très peu de patientes se sont vues un jour poser la question sur leurs antécédents de violences. Nous pouvons alors nous interroger sur les freins des professionnels de santé à aborder cette question des violences.

Dans sa thèse de médecine, Line Zou Al Guyna s'intéresse aux « Violences sexuelles au cours des études de médecine » (35). Elle rapporte que 45,1% des étudiants de second cycle d'Ile de France tous sexes confondus ont un jour été victimes de violences sexuelles au cours de leur formation (enseignement, stage à l'hôpital). La prévalence était de 61,9% chez les étudiantes féminines et augmentait au fil du cursus. Ces chiffres nous interpellent et nous pouvons nous demander où en sont-ils eux-mêmes avec leur sexualité ? Est-il facile d'aborder la question des violences avec leurs patients si eux-mêmes ont un jour été victimes de violences ?

Les conditions d'examens comptaient aussi, mais de façon moindre. La position gynécologique classique était beaucoup décriée et redoutée. Les participantes auraient aimé que le praticien leur propose une autre position et certaines d'entre elles nous ont suggéré la position sur le côté dite « à l'anglaise » (36) (37). Elles aimeraient qu'un drap puisse recouvrir leurs jambes lors de l'examen afin de limiter ce sentiment de vulnérabilité que leur procure cette position.

Enfin, certaines souhaitaient le développement des auto-examens en collaboration avec le praticien. Peu ont rapporté d'amélioration sur la réalisation des gestes en eux même, qu'elles considèrent comme légitimes et nécessaires.

### 3.3. Ouverture

Le caractère original de ce travail est une ouverture pour d'autres réflexions autour de ce sujet.

Il serait intéressant d'envisager une étude sur le vécu de l'examen gynécologique chez des femmes ayant subi des violences sexuelles, mais cette fois ci avec une analyse quantitative, par le biais par exemple de questionnaires déployés dans les cabinets médicaux et/ou sur les réseaux sociaux. Le vécu de cet examen pourrait également être étudié dans d'autres échantillons de population, par une collaboration avec les associations d'aides aux femmes victimes de violences ou bien avec les services d'urgences et/ou de médecine légale des hôpitaux.

Il serait intéressant d'envisager un travail de rédaction d'un guide de bonnes pratiques pour l'examen gynécologique chez les femmes qui ont été victimes de violences sexuelles.

Les travaux sur la question des violences et la façon de l'aborder en médecine générale pourraient également faire l'objet de travaux plus approfondis. Enfin, le devenir de ces femmes victimes de violences, leur prise en charge à distance du traumatisme ou encore leur rapport à l'intimité et à la sexualité pourrait également être étudié.

## Conclusion

Cette étude était une recherche qualitative qui visait à se rapprocher du ressenti des femmes aux antécédents de violences sexuelles vis-à-vis de l'examen gynécologique.

Ce travail, qui se distingue par son caractère innovant répond à une tendance actuelle de la libération de la parole des femmes sur les violences sexuelles.

Cette étude montre que le suivi de ces femmes est irrégulier, le ressenti face à l'examen gynécologique multi factoriel avec une place centrale du praticien de par son attitude et son implication dans ses explications et dans le recueil du consentement.

La quasi-totalité des participantes s'est exprimée en faveur d'une systématisation de l'abord de la question des violences sexuelles en consultation avec les praticiens concernés, avec le sentiment que la qualité des soins serait meilleure si cette donnée médicale était connue des praticiens réalisant leur suivi gynécologique et leur suivi médical d'un ordre général.

Le vécu de l'examen gynécologique quant à lui est globalement négatif, tout comme le montrent les études qui explorent le vécu de l'examen gynécologique dans la population générale.

Cet examen a pu être associé à des sentiments forts, de dégoût, de malaise et parfois même de violation de l'intimité générant un traumatisme avec un stress post traumatique pour la suite du suivi gynécologique dans la population que nous avons étudiée.

Le vécu difficile de cet examen semble renforcé chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles, avec une appréhension majorée et un risque de réactivation du traumatisme.

Des précautions supplémentaires s'imposent afin de faciliter le suivi gynécologique de ces femmes. La bienveillance, l'écoute, l'empathie et l'accompagnement des gestes par les explications, le recueil du consentement semble s'imposer comme les clés d'une meilleure relation praticien-patiente et donc d'un meilleur suivi des femmes.

**THÈSE SOUTENUE PAR :** Noelia Brechet San Onofre et Sophie Pennequin

**TITRE :** FEMMES AUX ANTECEDENTS DE VIOLENCES SEXUELLES : LE VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN AMBULATOIRE

### **Conclusion**

Cette étude était une recherche qualitative qui visait à se rapprocher du ressenti des femmes aux antécédents de violences sexuelles vis-à-vis de l'examen gynécologique.

Ce travail, qui se distingue par son caractère innovant répond à une tendance actuelle de la libération de la parole des femmes sur les violences sexuelles.

Cette étude montre que le suivi de ces femmes est irrégulier, le ressenti face à l'examen gynécologique multi factoriel avec une place centrale du praticien de par son attitude et son implication dans ses explications et dans le recueil du consentement.

La quasi-totalité des participantes s'est exprimée en faveur d'une systématisation de l'abord de la question des violences sexuelles en consultation avec les praticiens concernés, avec le sentiment que la qualité des soins serait meilleure si cette donnée médicale était connue des praticiens réalisant leur suivi gynécologique et leur suivi médical d'un ordre général.

Le vécu de l'examen gynécologique quant à lui est globalement négatif, tout comme le montrent les études qui explorent le vécu de l'examen gynécologique dans la population générale.

Cet examen a pu être associé à des sentiments forts, de dégoût, de malaise et parfois même de violation de l'intimité générant un traumatisme avec un stress post traumatique pour la suite du suivi gynécologique dans la population que nous avons étudiée.

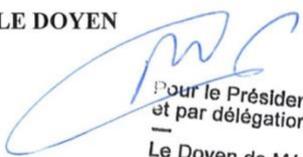
Le vécu difficile de cet examen semble renforcé chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles, avec une appréhension majorée et un risque de réactivation du traumatisme.

Des précautions supplémentaires s'imposent afin de faciliter le suivi gynécologique de ces femmes. La bienveillance, l'écoute, l'empathie et l'accompagnement des gestes par les explications, le recueil du consentement semble s'imposer comme les clés d'une meilleure relation praticien-patiente et donc d'un meilleur suivi des femmes.

### **VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

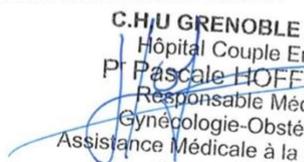
Grenoble, le : 14/06/15

**LE DOYEN**

  
Pour le Président  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

**Pr. Patrice MORAND**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**

  
C.H.U GRENOBLE ALPES  
Hôpital Couple Enfant  
Pr. Pascale HOFFMANN  
Responsable Médical  
Gynécologie-Obstétrique  
Assistance Médicale à la Procréation  
RPPS 10003101903

**Pr. Pascale HOFFMANN**

## Références

1. Guillon-Boucher A, Toussaint N. L'examen gynécologique en décubitus latéral: exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. Lyon, France; 2015.
2. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine;
3. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. oct 2009;25(5):500-508
4. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. nov 2003;82(11):1030-1036.
5. Yvon A, Leboucq-Million É. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes. France; 2015
6. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/>
7. Code pénal - Article 222-22. Code pénal.
8. Bajos, Bozon, et Al. «les violences sexuelles en France, quand la parole se libère.» population et société, mai 2008: 1-4.
9. UK national guidelines on the management of adult and adolescent complainants of sexual assault 2011. | National Guideline Clearinghouse [Internet].
10. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
11. Définition - Soins ambulatoires | Insee [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1401>
12. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
14. Pietkiewicz I, Smith JA. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal* [Internet]. 2014 [cité 28 oct 2018];20(1). Disponible sur: [http://ebookpoint.pl/ksiazki/a-practical-guide-to-using-interpretative-phenomenological-analysis-in-qualitative-research-psychology-igor-pietkiewicz-jonathan-a-smith,e\\_562v.htm](http://ebookpoint.pl/ksiazki/a-practical-guide-to-using-interpretative-phenomenological-analysis-in-qualitative-research-psychology-igor-pietkiewicz-jonathan-a-smith,e_562v.htm)
15. Trouver un-e soignant-e | [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/trouver-une-soignante-2/>
16. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? : étude qualitative auprès des patientes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
17. Houlé C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. 4 juin 2013 [cité 22 juill 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751>

18. Tugut N, Golbasi Z. Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: a study of Turkish women. *J Obstet Gynaecol Res.* juin 2014;40(6):1777-84.
19. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes. 21 sept 2018 [cité 3 juin 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279>
20. Delouche Bodson H. Évaluation des déterminants du vécu de la consultation gynécologique à travers quatorze entretiens semi-dirigés: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2018.
21. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand.* nov 2003;82(11):1030-6.
22. Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* août 2011;157(2):200-5.
23. Güneş G, Karaçam Z. The feeling of discomfort during vaginal examination, history of abuse and sexual abuse and post-traumatic stress disorder in women. *J Clin Nurs.* août 2017;26(15-16):2362-71.
24. Salmona M. *Le livre noir des violences sexuelles*, Paris, Dunod, 2013
25. Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research.* 1 févr 2006;40(1):1-21.
26. Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Ann N Y Acad Sci.* juill 2006;1071:67-79.
27. Salmona DM. IMPACT DES VIOLENCES SEXUELLES SUR LA SANTÉ DES VICTIMES : LA MÉMOIRE TRAUMATIQUE À L'ŒUVRE. :13.
28. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 6 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
29. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)
30. Vignocan L, Monti M. « Que puis-je faire pour vous ? » : la consultation de médecine générale : attentes des femmes ayant vécu des violences sexuelles [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 6 juin 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1267/>
31. PALISSE M, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes. 2013.
32. Lebateux A. Santé sexuelle en médecine générale : attentes des femmes victimes de violences. 3 juill 2018 [cité 6 juin 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835397>
33. Wendt EK, Lidell EA-S, Westerståhl AKE, Marklund BRG, Hildingh CI. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery.* avr 2011;27(2):250-6
34. Birkhoff EML, Krouwel EM, Nicolai MPJ, de Boer B-J, Beck JJ, Putter H, et al. Dealing with patients facing a history of sexual abuse: A cross-sectional survey among Dutch general practitioners. *Eur J Gen Pract.* juin 2016;22(2):126-33.
35. Zou Al Guyna L. *Violences sexuelles au cours des études de médecine: Enquête de prévalence chez les externes d'Ile-de-France.* 2018.

36. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral: vécu des patientes. Limoges, France; 2016. 44 p.
37. Grange Cabane A, Haddad S. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. [Thèse d'exercice]. France : Université de Bordeaux. Faculté de médecine; 2015.

# Annexes

## Guide d'entretien

*Explication du travail de thèse, présentation des chercheuses, remerciement de la participation à l'étude, coordonnées des patientes.*

1/ **Introduction:** Pouvez-vous me parler de votre suivi gynécologique?

*Relances :*

- *A quand remonte votre dernière consultation gynécologique ?*
- *A quelle fréquence consultez-vous un professionnel de santé pour un motif gynécologique ?*
- *Quelles raisons vous ont menées à consulter durant ces dix dernières années ?*
- *Parlez-moi du professionnel de santé qui vous suit sur le plan gynécologique ? Est un médecin généraliste ou un autre professionnel de santé ? Depuis quand vous suit-il ? Est-ce un homme ou bien une femme ?*

2/ **Examen gynécologique:** Quel est votre ressenti global sur cet examen? Est-ce que vous voulez bien me raconter comment s'est déroulé la dernière consultation ?

*Relances:*

- *Votre médecin vous explique-t-il ses gestes. Est-ce que vous vous sentiez prête à être examinée ?*
- *Quels gestes réalisent-ils ? TV, spéculum ?*
- *Trouvez-vous justifié que votre praticien réalise un examen gynécologique lors de la consultation ?*
- *Bonne expérience/ Inconfort / Douleur*
- *Confiance / Assurance /Gène/ pudeur*
- *Condition d'examen ?*

3/ **Relation médecin-malade :** Pouvez-vous me parler de la relation que vous avez avec le professionnel de santé qui réalise les examens gynécologiques ? Le praticien qui réalise l'examen gynécologique est-il informé de votre souci ?

*Relances :*

- *La question de l'intimité est-elle abordée lors des consultations avec votre médecin ? si oui: par votre médecin? par vous?*
- *Comment cela se passe lorsque que vous parlez d'intimité avec votre médecin ?*
- *Êtes-vous à l'aise pour en parler ?*
- *Comment s'est déroulé l'annonce ? Comment réagiriez-vous si votre médecin vous posait la question de l'antécédent de violence ?*
- *En avez-vous parlé à d'autres personnes ?*
- *Selon vous, est ce plus facile d'en parler à une femme ou à un homme ? Pour quelles raisons ?*

4/ **Amélioration possible**: Etes-vous satisfaite du déroulement des consultations gynécologiques ? Comment selon vous la consultation pourrait-elle être améliorée ?

*Relances :*

- *Position*
- *Explications données sur les gestes*
- *Durée de la consultation*
- *Disponibilité du praticien*
- *Couverture/ lubrifiant*
- *D'une manière générale pensez-vous que les praticiens devraient plus fréquemment poser la question des violences sexuelles à leur patiente au même titre que les autres antécédents médicaux ?*
- *A votre avis qu'est-ce que la connaissance de cette information pourrait apporter à la consultation gynécologique ?*

# Formulaire d'information et de consentement

N° d'identification du participant : entretien n°.....

**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE GENERALE POUR L'OBTENTION DU  
DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERAL**

**à la faculté de médecine de GRENOBLE**

**par**

***Mme PENNEQUIN Sophie et Mme BRECHET SAN-ONOFRE Noelia***

[sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr) / [noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-greoble-alpes.fr](mailto:noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-greoble-alpes.fr)

***Directrice de thèse Dr CARBALLEDA Rosa***

***1 avenue du 8 mai 1945 381130 Echirolles 0476228154***

## ***Titre du projet***

**Etude sur « le vécu de l'examen gynécologique chez les femmes ayant des antécédents de violences sexuelles » via la réalisation d'entretien de patientes.**

**Introduction:** Il existe plusieurs travaux de recherche sur le vécu de l'examen gynécologique dans la population générale mais aucune recherche n'a exploré le vécu de cet examen chez les femmes ayant subi des violences sexuelles en France.

**Les objectifs** de ce projet sont d'explorer :

*-Le ressenti des femmes ayant subi des violences sexuelles vis-à-vis de l'examen gynécologique réalisé par un professionnel de santé en soins primaire.*

*-Les améliorations qui pourraient être apportées à cet examen et à la prise en charge médicale globale des femmes ayant subi des violences sexuelles.*

*-L'importance que les patientes concernées accordent à la relation médecin-patiente.*

**La finalité** de cette étude est d'améliorer la prise en charge médicale-gynécologique des femmes aux antécédents de violences sexuelles.

**Réalisation de l'entretien :**

Cet entretien sera réalisé par .....suivant vos disponibilités, par Skype.

Il durera environ 30 minutes et sera enregistré de façon **anonyme**.

**Qu'est ce qui se passe si je participe ?**

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *vos* vécu de l'examen gynécologique.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

**Comment sera traitée l'information recueillie ?**

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Noelia Bréchet San-Onofre, interne en médecine générale *et en collaboration avec* Sophie Pennequin, interne en médecine générale.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés. Ils pourront vous être communiqués sur simple demande une fois la thèse soutenue.

**Merci de noter vos initiales dans chaque case :**

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
  
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que j'ai le droit à l'information, à la rectification et à l'opposition à tout moment et même avant la publication.
  
3. Je ne m'oppose pas à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

4. Je ne m'oppose pas à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Conformément à la Loi Informatique et Liberté et le RGPD :

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à améliorer la prise en charge médicale-gynécologique des femmes aux antécédents de violences sexuelles. Les destinataires des données sont :public.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à [sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr) ou [noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-greoble-alpes.fr](mailto:noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-greoble-alpes.fr)

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Source : Le Site de la CNIL, rubrique "modèles de mentions légales"

Ce projet a été validé par le délégué de la protection des données (DPO) de l'UGA.

Signature (participant)\_\_\_\_\_

Signature (investigateur)\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_

Date\_\_\_\_\_

Nom\_\_\_\_\_

Nom\_\_\_\_\_

# Livre de code

Nœuds	Sous Thèmes	Thèmes	Grand thème
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bon praticien parti à la retraite</li> <li>• choix du gynécologue contraint par la faible démographie médicale</li> <li>• choix du planning pour leur bienveillance</li> <li>• souhait de changer- trouver son praticien actuel pour quelque'un de plus doux et à l'écoute</li> </ul>	choix du praticien limité, contraint		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• choix du planning pour la gratuité</li> <li>• choix du praticien en fonction de l'aspect financier</li> <li>• choix du planning pour la rapidité des rendez-vous</li> <li>• choix du praticien par hasard</li> </ul>	choix déterminé par certains aspects humains		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• choix du praticien grâce au bouche à oreille</li> <li>• choix du praticien grâce à une association</li> <li>• choix du praticien orienté par le médecin traitant</li> <li>• choix du praticien sur internet sur site dédié</li> <li>• praticien conseillé par la mère de la patiente</li> <li>• praticien conseillé par une autre femme ayant subi des violences sexuelles</li> </ul>	choix déterminé par certains aspects pratiques	facteurs influençant le choix du praticien ou du lieu de suivi	SUIVI
	choix par hasard		
	praticien conseillé		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi annuel</li> <li>• suivi gynécologique régulier</li> <li>• suivi bi annuel voire plus</li> <li>• suivi gynécologique irrégulier</li> </ul>	<p>suivi régulier</p> <p>suivi majoritairement irrégulier</p> <p>pas de suivi</p>	<p>fréquence du suivi</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de suivi actuellement</li> <li>• suivi au planning familial</li> <li>• suivi à l'hôpital car pas d'avance des frais</li> <li>• suivi pôle santé étudiant</li> </ul>	<p>lieu du suivi</p>	<p>modalités (lieu, praticien) de suivi variées</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• souhaite suivi par sage femme</li> <li>• suivi parfois fait par le médecin traitant</li> <li>• suivi par gynécologue</li> </ul>	<p>praticien faisant le suivi</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• suivi majoritairement par médecin femme</li> <li>• suivi par un homme</li> </ul>	<p>sexe du praticien</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a rencontrée de multiples praticiens au cours de sa vie</li> <li>• suivi pluridisciplinaire</li> </ul>	<p>suivi par plusieurs praticien</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• motif de consultation</li> <li>• suivi favorisé par la connaissance de l'antécédent de violence par le praticien</li> </ul>	<p>motif de consultation</p> <p>suivi favorisé par la connaissance de l'antécédent de violence par le praticien</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• consulte à nouveau malgré la mauvaise expérience précédente car nécessité médicale</li> <li>• inquiétude quand méconnaissance de la pathologie</li> <li>• suivi gynécologique régulier pour pathologie spécifique ou grossesse</li> </ul>	<p>suivi motivé par la peur de la maladie</p>	<p>motivation au suivi</p>	

SUIVI

suivi gynécologique régulier pour pathologie spécifique ou grossesse	suivi souvent fait par obligation	motivation au suivi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>reprise du suivi gynécologique</li> <li>suivi régulier débuté récemment après période d'errance</li> </ul>	reprise d'un suivi après rupture		
<ul style="list-style-type: none"> <li>arrêt du suivi gynécologique après mauvaise expérience</li> <li>l'appréhension de la position gynécologique entraîne un arrêt de la rééducation périnéale</li> </ul>	arrêt du suivi	rupture dans le suivi	SUIVI
<ul style="list-style-type: none"> <li>appréhension hésitation à la reprise d'un suivi</li> <li>trouve d'autre moyen que de consulter un praticien pour accéder à la contraception</li> <li>rendez-vous de suivi espacés aux maximum</li> <li>rendez-vous avec le praticien appréhendé avec anxiété</li> <li>peur de consulter un nouveau médecin</li> <li>mal à l'aise pour tous les rendez vous médicaux</li> </ul>	suivi et rendez-vous souvent appréhendé et anticipé négativement	appréhension du suivi	

Nœuds	Sous-Thèmes	Thèmes	Grand thème
<ul style="list-style-type: none"> <li>• expériences passées stressantes</li> <li>• mauvaise expérience avec un praticien antérieur</li> <li>• notion de maltraitance d'un examinateur passé</li> <li>•</li> </ul>	<p>au moins une expérience passée négative est marquante et conduit à une appréhension</p>	<p>expérience passée</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• besoin d'un contact visuel avec le praticien lors de l'examen</li> <li>• contact visuel impossible avec le praticien lors de l'examen</li> </ul>	<p>contact visuel avec le praticien qui fait controverse</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• accepte que l'examen se passe rapidement si médecin à l'écoute et bienveillant</li> <li>• hôpital débordé</li> <li>• praticien qui propose un second rendez-vous pour réaliser l'examen</li> <li>• rapidité de l'examen</li> <li>• sentiment d'empressement de l'examineur dû aux nombre de patients attendant une consultation</li> </ul>	<p>disponibilité du praticien</p>	<p>conditions d'examen</p>	<p style="text-align: center;">FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>examen ressenti comme violent si manque d'explication</li> <li>la patiente ne comprend pas l'intérêt de l'examen</li> <li>accepte l'examen si explications données</li> <li>examen se passe bien car explications au préalable</li> <li>explications données sur l'examen rassure la patiente- permet de se préparer psychologiquement</li> <li>patiente a besoin de comprendre ce que va faire le médecin et le questionne beaucoup</li> </ul>	<p>impact négatif si pas d'explication</p>	<p>importance des explications fournies par l'examineur</p>	<p>FACTEURS INFLUENCANT LE VECU</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>explications des gestes lors du premier examen et plus après</li> <li>explications claires sur les gestes lors de l'examen</li> <li>manque d'information dans des consultations passées</li> <li>manque d'information quant aux examens complémentaires</li> </ul>	<p>impact positif des explications fournies</p>		
	<p>parfois explications claires sur les gestes</p>		
	<p>parfois manque d'explications</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• consentement recueilli au préalable</li> <li>• examen se passe bien car recueil du consentement</li> </ul>	<p>en général examen se passe bien si recueil au préalable</p>	<p>importance du consentement</p>	<p style="text-align: center;"><b>FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• a peur d'avoir subi des examens gynéco non consentis sous AG</li> <li>• consentement non recueilli au préalable</li> <li>• sensation d'avoir subi un examen non consenti</li> </ul>	<p>consentement pas toujours recueilli et cela génère des craintes</p>	<p>importance pour la patiente d'être actrice de son suivi et lors de l'examen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• praticien qui fait prendre en main le spéculum et prend le plus petit</li> <li>• proposition que la patiente introduise elle même le spéculum</li> </ul>	<p>auto examen apprécié</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• c'est la patiente qui décide de la poursuite ou non de l'examen</li> <li>• la patiente apprécie d'être actrice de son examen</li> <li>• la patiente refuse de se déshabiller entièrement</li> <li>• la patiente refuse l'examen gynécologique</li> <li>• patiente décide si examen nu ou pas</li> <li>• patiente se sent actrice de son suivi</li> </ul>	<p>c'est la patiente qui décide</p>		

<b>FACTEURS INFLUENCANT LE VECU</b>			
	<b>influence de la société</b>		
		<b>impression que la question des violences est mal prise en charge</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dénonce le manque d'éducation sexuelle en France</li> <li>• société banalisant les violences faites aux femmes</li> <li>• mal à l'aise pour tous les rendez vous médicaux</li> <li>• milieu médical jugé machiste</li> <li>• se dit avoir été victime de violence gynécologique de la part d'un médecin</li> <li>• sentiment que les praticiens stéréotypent les femmes</li> </ul>	<b>difficulté à accorder à sa confiance à un praticien</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• confiance en praticien si trouvé sur site féministe</li> <li>• confiance envers le praticien</li> <li>• difficulté à accorder à sa confiance à un praticien</li> <li>• mal à l'aise avec le praticien qui réalise le suivi gynécologique</li> <li>• praticien actuel qui prend son temps pour l'examen</li> <li>• praticien attend que la patiente soit prête pour réaliser l'examen</li> </ul>	<b>importance d'instaurer un climat de confiance avec le praticien</b>	<b>importance de prendre le temps</b>	<b>rapport avec le praticien réalisant l'examen</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• besoin d'être écoutée et comprise</li> <li>• le médecin doit accepter que chaque patientes réagit différemment à la douleur</li> <li>• sensation de ne pas avoir été écoutée par l'examinateur par le passé</li> </ul>	<p>importance de se sentir écoutée et comprise</p>		
<p>attitude bienveillante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• accepte que l'examen se passe rapidement si médecin à l'écoute et bienveillant</li> <li>• attitude bienveillante du praticien</li> <li>• bonne impression globale du praticien</li> <li>• désacralisation de l'examen gynécologique grâce à une attitude bienveillante du praticien</li> <li>• médecin prévenant</li> <li>• praticien doux</li> <li>• praticien qui propose un second rendez-vous pour réaliser l'examen</li> <li>• examen et suivi qui se passe souvent bien quand la patiente a le sentiment d'avoir enfin trouvé le bon praticien</li> </ul>	<p>l'attitude du praticien est déterminante dans le vécu</p>	<p>rapport avec le praticien réalisant l'examen</p>	<p>FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU</p>

<p>parfois attitude déplacée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agacement du praticien ressentie par la patiente</li> <li>• froideur d'un examinateur passé</li> <li>• intimité non respecté par le praticien</li> <li>• mauvaise expérience avec un praticien antérieur</li> <li>• médecin pas doux</li> <li>• praticien peu compréhensif</li> <li>• sentiment de ne pas être respecté par le praticien</li> </ul>	<p>l'attitude du praticien est déterminante dans le vécu</p>	<p>rapport avec le praticien réalisant l'examen</p>	<p><b>FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mépris du praticien</li> <li>• choix de la patiente non pris en compte</li> <li>• discours médical parfois violent ou méprisant</li> <li>• sentiment d'avoir été jugée</li> <li>• sentiment d'avoir été trahis par un médecin</li> <li>• sentiment de ne pas être crue ou prise au sérieux par un examinateur</li> <li>• sentiment que les praticiens stéréotypes les femmes</li> </ul>	<p>le discours du praticien a un impact positif ou négatif</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• discours du praticien infantilisant-moralisateur</li> <li>• questions du praticien jugées comme trop intrusives</li> <li>• sentiment d'injonction de la part du professionnel</li> <li>• sentiment d'être obligée de répondre aux questions du praticien</li> <li>• sentiment de ne pas avoir le choix de sa contraception</li> </ul>	<p>praticien paternaliste</p>	<p>rapport avec le praticien réalisant l'examen</p>	<p>FACTEURS INFLUENÇANT LE VECU</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dégoût de l'examen gynéco et de la sexualité</li> <li>• la patiente apprécie que les examens complémentaires se fassent sous anesthésie générale</li> </ul>	<p>examen en lien avec sphère uro-génitale est difficile</p>	<p>rapport à son propre corps</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• besoin de faire un travail sur elle pour mieux vivre l'examen</li> <li>• réappropriation de son corps par le sport</li> <li>• vagin hall de gare</li> </ul>	<p>mais travail de réappropriation de son corps</p>		<p>sentiment de dépersonnalisation, corps objet</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• appréhension à consulter un homme</li> <li>• difficile d'être en confiance avec un homme</li> <li>• discussion autour de la sexualité ou des violences sexuelles impossible avec un homme</li> <li>• examen par un homme impossible</li> <li>• préférence pour aborder la question des violences avec une femme</li> <li>• préférence pour un suivi par une femme</li> </ul>	<p>globalement large préférence pour un praticien femme pour l'examen et la discussion</p>	<p>sexe du praticien</p>	<p>FACTEURS INFLUENCANT LE VECU</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen traumatisant qu'il soit réalisé par une femme ou un homme</li> <li>• pas de préférence concernant le sexe du praticien</li> </ul>	<p>pas de préférence</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aurait préférée un praticien femme mais suivi qui se passe bien avec un praticien homme</li> </ul>	<p>rare fois suivi par un homme</p>	<p>état d'esprit actuel</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• état psychique différent selon l'ancienneté de l'agression</li> </ul>	<p>état d'esprit actuel de la patiente qui détermine la faisabilité de l'examen</p>		

Nœuds	Sous- Thèmes	Thèmes	Grand thème
<ul style="list-style-type: none"> <li>• pas de douleur au toucher vaginal</li> <li>• pas de douleur ressentie lors de l'examen</li> </ul>	pas de douleur ressentie lors de l'examen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bon vécu du suivi gynécologique</li> <li>• bonne impression d'un examen passé</li> <li>• bonne impression globale de l'examen</li> <li>• examen s'est bien passé malgré l'appréhension habituelle</li> <li>• pas de difficulté à se déshabiller pour l'examen</li> <li>• plus à l'aise pour l'examen des seins</li> </ul>	bonne impression du suivi gynécologique	parfois vécu plutôt positif	VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anticipation de la douleur avant examen</li> <li>• composante psychologique à la douleur</li> <li>• douleur lors de l'examen</li> <li>• douleur lors de l'ouverture du spéculum</li> <li>• douleur non prise en compte par le praticien</li> </ul>	douleurs ressenties pendant l'examen	plutôt mauvais vécu	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• douleur persistante plusieurs heures après l'examen</li> <li>• douleur prise en compte par le praticien pendant l'examen</li> <li>• souvenir d'un examen douloureux</li> </ul>	douleurs ressenties pendant l'examen		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• dégoût de l'examen gynéco et de la sexualité</li> </ul>	dégoût		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen ressenti comme stressant</li> </ul>	stress		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• peur et anticipation de l'examen</li> </ul>	redouté - compliqué	plutôt mauvais vécu	VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen jugé brutal</li> <li>• examen jugé comme une agression</li> <li>• examen ressenti comme violent</li> <li>• examen au spéculum vécu comme traumatique car corps étranger</li> <li>• examinateur jugé trop brusque</li> <li>• se dit avoir été victime de violence gynécologique de la part d'un médecin</li> <li>• une consultation traumatisante</li> </ul>	examen vécu comme un traumatisme		

<ul style="list-style-type: none"> <li>examen jugé comme inconfortable</li> <li>examen légèrement douloureux mais supportable</li> <li>malaise ressenti à postérieur de l'examen</li> <li>durée de l'examen jugé comme long</li> <li>la patiente en a marre des examens gynécologiques</li> <li>patiente a hâte que l'examen se termine</li> </ul>	gêne-inconfort	<p>plutôt mauvais vécu</p> <p><b>VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>accouchement par voie basse impossible</li> <li>demande à arrêter l'examen à cause de la douleur</li> <li>la patiente a développé un vaginisme rendant l'examen gynécologique difficile</li> <li>tout examen en lien avec la sphère uro génitale est une épreuve</li> <li>sensation de malaise avec l'introduction d'un objet dans le vagin</li> <li>sensation de malaise pendant l'examen</li> </ul>	lassitude		
<ul style="list-style-type: none"> <li>parfois examen impossible</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>sensation de malaise lors de l'examen</li> </ul>			

<ul style="list-style-type: none"> <li>examen interprété comme un franchissement de l'intimité</li> <li>sentiment qu'on lui arrache une partie d'elle même quand examen réalisé sans consentement</li> <li>sensation d'avoir subi un examen non consenti</li> <li>sensation de découvrir une nouvelle partie de son corps lors de l'examen</li> <li>sensation de surprise pendant l'examen</li> <li>stupéfaction ressentie lors de l'examen</li> <li>surprise et gêne si le praticien touche la patiente sans prévenir</li> <li>conséquence physique d'un examen mal vécu</li> <li>conséquence psychologique d'un examen mal vécu</li> <li>douleur persistante plusieurs heures après l'examen</li> <li>malaise ressenti à postériori de l'examen</li> </ul>	<p>sensation de violation de son intimité</p>	<p>plutôt mauvais vécu</p>	<p>VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE</p>
<p>sentiment de ne pas avoir la maîtrise sur l'examen</p>	<p>un examen gynécologique mal vécu peu avoir de lourdes conséquences</p>	<p>conséquence d'un examen mal vécu</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• n'a pu avoir qu'un seul examen à cause de la douleur</li> <li>• stress post traumatique à la suite d'un examen gynécologique</li> <li>• sentiment de stupeur et surprise pendant l'échographie endo vaginale</li> <li>• réactivation des douleurs suite à l'échographie endovaginale</li> <li>• mauvaise expérience avec une échographie endo vaginale</li> </ul>	<p>un examen gynécologique mal vécu peu avoir de lourdes conséquences</p>	<p>conséquences d'un examen mal vécu</p>	<p>VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sentiment de stupeur et surprise pendant l'échographie endo vaginale</li> <li>• réactivation des douleurs suite à l'échographie endovaginale</li> <li>• mauvaise expérience avec une échographie endo vaginale</li> </ul>	<p>mauvais vécu examens paracliniques</p>	<p>vécu des examens paracliniques</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• la patiente n'ose pas exprimer son ressenti au praticien</li> <li>• la patiente pense qu'elle devrait plus communiquer avec son médecin</li> </ul>	<p>difficulté de communiquer son ressenti avec le praticien</p>	<p>vécu de l'examen clinique</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen devenu banal car multiple consultation dans le cadre d'une pathologie</li> <li>• examen jugé neutre, banal</li> <li>• vagin hall de gare</li> </ul>	<p>examen considéré comme banal</p>	<p>vécu de l'examen clinique</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• rapidité de l'examen</li> </ul>	<p>examen jugé rapide</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• consultation peu constructive par le passé</li> <li>• expériences passées stressantes</li> </ul>	<p>expérience passée stressante</p>	<p>vécu de l'examen clinique</p>	<p>VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen gynécologique ressenti comme une épreuve même si agression ancienne</li> <li>• examen reste compliqué malgré travail sur son traumatisme</li> <li>• examen gynécologique possible dans une seconde consultation</li> </ul>	<p>l'examen reste difficile malgré le temps-travail</p>	<p>lien avec l'antécédent de violence sexuelle</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen gynécologique vécu comme difficile si question des violences abordées juste avant</li> <li>• peur de réactivation du traumatisme par l'examen</li> <li>• réticence quant à l'examen par rapport à l'antécédent de violence sexuelle</li> </ul>	<p>globalement l'antécédent de violence augmente l'appréhension de l'examen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen impossible</li> </ul>	<p>parfois l'antécédent de violence rend impossible l'examen</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>reviviscence pendant l'examen si le praticien ne parle pas avec la patiente</b></li> <li>• <b>réactivation des douleurs suite à l'échographie endo vaginale</b></li> <li>• <b>souvenirs de l'agression ravivés par l'échographie endo vaginale</b></li> <li>• <b>souvenirs traumatiques de l'agression réactivés par un examen gynécologique</b></li> <li>• <b>détourne l'attention sur d'autre chose lors de l'examen</b></li> <li>• <b>patiente se prépare mentalement à l'examen gynécologique</b></li> </ul>	<p><b>reviviscence du traumatisme provoqué par l'examen</b></p>	<p><b>lien avec l'antécédent de violence sexuelle</b></p>	<p><b>VECU DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE</b></p>
	<p><b>nécessité de se préparer à l'examen</b></p>	<p><b>mécanismes d'adaptation mis en place par la patiente</b></p>	

Nœuds	Sous-Thèmes	Thèmes	Grand Thème
<ul style="list-style-type: none"> <li>• besoin de se sentir en confiance avec le praticien pour répondre à la question des violences</li> <li>• pas un problème de parler de l'antécédent de violence</li> <li>• sujet des violences difficile à aborder pour la patiente</li> <li>• plus facile d'aborder la question des violences lors d'une première consultation</li> <li>• la réponse dépend du contexte et de comment la question est posée</li> </ul>	<p>capacité d'être à l'aise ou non avec le sujet</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• plus facile d'aborder les antécédents de violence plusieurs années après réaction de la patiente face à la question des violences dépend de l'ancienneté du traumatisme</li> <li>• sentiment de pouvoir être capable de répondre à la question des violences aujourd'hui si elle était posée</li> </ul>	<p>dépend du contexte, du moment</p>	<p>facteurs influençant la perception et la réponse à la question des violences</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
	<p>temps écoulé depuis l'agression</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• pensent que la question des violences doit être abordée avec précaution</li> <li>• question des violences peut être abordé mais sans entrer dans les détails</li> <li>• questions du praticien jugées comme trop intrusives</li> <li>• sentiment d'être obligée de répondre aux questions du praticien</li> </ul>	<p>meilleur acception si question posée avec tact-délicatesse-sincérité</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• examen gynécologique vécu comme difficile si question des violences abordées juste avant</li> <li>• multiples questions sur les antécédents de violence qui rendent mal à l'aise la patiente</li> <li>• poser la question des violences peut être traumatisant pour la patiente</li> <li>• question des violences posée de manière directe peut être vécu comme intrusif</li> <li>• question des violences qui peut être mal reçue par la patiente</li> </ul>	<p>parfois la question des violences peut être déstabilisante</p>	<p>facteurs influençant la perception et la réponse à la question des violences</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• crainte d'un changement de regard si praticien a connaissance des antécédents de violence</li> <li>• peur de réactiver le traumatisme en en parlant</li> <li>• ne sait pas si suivi possible avec le praticien au courant de l'antécédents de violence</li> </ul>	<p>peur des conséquences</p>	<p>facteurs influençant la perception et la réponse à la question des violences</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• question des violences mieux reçue par la patiente si travail personnel ou thérapie faite</li> <li>• semble plus facile d'aborder la question des violences après psychanalyse</li> <li>• sentiment de pouvoir être capable de répondre honnêtement à la question des violences aujourd'hui si elle était posée</li> </ul>	<p>plus aisé si prise de conscience du traumatisme</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexualité ou violences sexuelles impossible à aborder avec un homme</li> <li>• pas différence entre un praticien homme ou femme</li> <li>• préférence pour aborder la question des violences avec une femme</li> </ul>	<p>sexe du praticien</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• connaître l'antécédent de violences rendrait les praticiens plus bienveillants</li> <li>• patiente aurait aimé que le praticien lui pose la question et lui en veuille de ne pas l'avoir fait</li> <li>• poser la question des violences instaurerait un climat de confiance</li> <li>• suivi favorisé par la connaissance de l'antécédent de violence par le praticien</li> </ul>	<p>dans la relation médecin patient</p>	<p>pensent que la question des violences doit être systématique car c'est utile</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• antécédent de violence qui serait utile au praticien dans le soin</li> <li>• intérêt de poser la question des violences car examen intime</li> <li>• échographie endo vaginale supportable car médecin aux courant de l'antécédent</li> </ul>	<p>dans le soin</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• poser la question des violences permet de briser un tabou</li> <li>• poser la question des violences serait une avancée sociale</li> </ul>	<p>utile pour la société</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• la connaissance des antécédents de violence par le praticien permettrait à la patiente d'aborder les rendez-vous plus sereinement</li> <li>• parler des antécédents de violences avec praticien permettrait de mieux vivre ce traumatisme</li> <li>• patiente soulagée à l'annonce de l'antécédent de violence</li> <li>• poser la question des violences pourrait aider les femmes à prendre conscience du traumatisme et à avancer</li> <li>• poser systématiquement la question des violences permet de laisser la porte ouverte à la discussion même si la réponse est non initialement</li> </ul>	<p>utile à la patiente</p>	<p>pensent que la question des violences doit être systématique car c'est utile</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• intimité non abordée en consultation par la patiente</li> <li>• praticien n'aborde pas la question de l'intimité</li> </ul>	<p>la sexualité est rarement discutée en consultation</p>	<p>question autour de la sexualité</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• patiente mal à l'aise pour parler d'intimité, de sexualité</li> <li>• patiente à l'aise pour parler de sexualité avec son praticien</li> </ul>	<p>dépend de la patiente</p>	<p>question autour de la sexualité</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• discussion sur l'antécédent de violence sexuelle initiée par la patiente</li> <li>• discussion sur l'antécédent de violence sexuelle venue spontanément</li> </ul>	<p>la patiente aborde l'antécédent des violences</p>	<p>qui est ce qui l'aborde ?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• discussion autour de la sexualité ou des violences sexuelles impossible avec un homme</li> <li>• ne souhaite pas parler de l'antécédent de violence à son médecin traitant car médecin de famille</li> <li>• Se sentirait mal à l'aise si un professionnel de santé lui posait la question des violences</li> <li>• trouve étrange qu'un praticien pose la question des violences</li> </ul>	<p>la patiente ne parle pas de son antécédent de violences car n'est pas à l'aise avec le praticien</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• prise de conscience de ce qui lui est arrivé grâce au réseau sociaux et aux amis</li> <li>• prise de conscience de ce qu'il lui est arrivé grâce à la psychanalyse</li> <li>• traumatisme occulté</li> <li>• antécédent de violence non abordé par la patiente car en a honte</li> <li>• patiente ne parle pas de son antécédent de violence, attend que le praticien pose la question</li> <li>• patiente ne parle pas de son antécédent de violence car ne sait pas comment amener le sujet</li> <li>• ne voit pas d'intérêt à parler des violences avec son médecin traitant</li> </ul>	<p>la patiente ne parle pas de son antécédent de violences car prise de conscience tardive</p>		<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• praticien à l'aise pour poser la question des violences</li> <li>• question des violences abordée par le praticien</li> <li>• question des violences abordée par le praticien seulement une fois malgré suivi par plusieurs praticien</li> </ul>	<p>la patiente ne parle pas de son antécédent de violences pour diverses raisons</p>	<p>qui est ce qui l'aborde ?</p>	
	<p>le praticien aborde la question des violences</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• médecin attend que la patiente parle de son antécédent de violence</li> <li>• praticien n'aborde pas la question des violences et passe à coté malgré les indices fournis par la patiente</li> <li>• question des violences non abordée par le praticien</li> <li>• sujet des violences non abordé par le médecin faisant le suivi actuel</li> </ul>	<p>le praticien n'aborde pas la question des violences</p>	<p>qui est ce qui l'aborde ?</p>	<p>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• attitude bienveillante du médecin suite à l'annonce des violences</li> <li>• bonne prise en charge après agression</li> <li>• l'annonce des antécédents de violence modifie l'attitude du praticien</li> <li>• praticien donne informations sur association pour prise en charge psychologique du traumatisme</li> </ul>	<p>réaction majoritairement positive et bienveillante</p>	<p>réaction des praticiens suite à l'annonce des violences</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• banalisation-indifférence par le praticien lors de l'annonce de l'antécédent de violence</li> <li>• pas de changement d'attitude du praticien suite à l'annonce des violences</li> <li>• sentiment que la connaissance des antécédents de violence par le praticien ne modifie pas la prise en charge</li> </ul>	<p>réaction rarement neutre ou réaction négative</p>	<p>réaction des praticiens suite à l'annonce des violences</p>	<p style="text-align: center;"><b>QUESTIONS DES VIOLENCES ET DE LA SEXUALITE</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• praticien faisant le suivi actuel ignorant l'antécédent de violence</li> <li>• praticien ignorant l'antécédent de violence sexuelle</li> <li>• un seul des examinateurs au courant de l'antécédent de violence</li> </ul>	<p>un antécédent de violence souvent méconnu par le praticien</p>	<p>le médecin réalisant le suivi est-il au courant ?</p>	

Nœuds	Sous-Thèmes	Thèmes	Grand thème
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en ne faisant plus de toucher vaginal</li> </ul>	<p>en ne réalisant pas certains gestes lors de l'examen</p>	<p>axe d'amélioration dans l'examen physique</p>	<p>AXES D'AMELIORATION</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par utilisation de lubrifiant</li> <li>• axe d'amélioration par utilisation d'une taille de spéculum adaptée</li> <li>• axe d'amélioration par l'utilisation d'un miroir</li> </ul>	<p>en utilisant le bon matériel</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en proposant d'autres positions pour l'examen</li> </ul>	<p>en adaptant la position d'examen</p>	<p>axe d'amélioration dans les conditions d'examen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par utilisation d'un paravent</li> <li>• axe d'amélioration par espace distinct entre le bureau et l'espace dédié pour l'examen</li> </ul>	<p>en prévoyant un espace dédié au déshabillage</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par la pratique de l'hypnose</li> <li>• axe d'amélioration par la discussion avec la patiente pendant l'examen pour détourner l'attention et garder un contact</li> <li>• axe d'amélioration par une ambiance plus tamisée dans la partie examen du bureau</li> <li>• axe d'amélioration par l'utilisation de musique</li> </ul>	<p>en utilisant des techniques de relaxation</p>	<p>axe d'amélioration dans les conditions d'examen</p>	<p><b>AXES D'AMELIORATION</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par respect de l'intimité</li> <li>• axe d'amélioration par examen à moitié nu/nudité complète</li> <li>• axe d'amélioration en couvrant le corps d'un drap ou plaid</li> </ul>	<p>en évitant la nudité complète</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en posant systématiquement la question des violences</li> </ul>	<p>en posant systématiquement la question des violences</p>	<p>axe d'amélioration en posant la question des violences</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en posant la question des violences de manière détournée</li> <li>• axe d'amélioration en posant la question des violences par écrit sous forme d'un questionnaire préalable</li> <li>• axe d'amélioration en posant la question sans les parents à côté</li> <li>• axe d'amélioration en reposant la question des violences plusieurs fois lors des prochaines consultations si la réponse était négative</li> <li>• pensent que la question des violences doit être abordée avec précaution</li> <li>• question des violences peut être abordée mais sans entrer dans les détails</li> <li>• prise en compte sincère de la réponse à la question des violences</li> </ul>	<p>mais en respectant certaines règles</p>	<p>axe d'amélioration en posant la question des violences</p>	<p><b>AXES D'AMELIORATION</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en compte sincère de la réponse à la question des violences</li> </ul>	<p>et en accueillant la réponse de la patiente de manière bienveillante</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en laissant la patiente actrice de son examen</li> <li>• axe d'amélioration par acceptation du refus de la patiente</li> <li>• axe d'amélioration par la prise de pouvoir de la patiente sur la consultation</li> </ul>	<p>en laissant la patiente actrice</p>	<p>axe d'amélioration en reprenant le pouvoir sur la consultation</p>	<p><b>AXES D'AMELIORATION</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par l'introduction par la patiente du spéculum-sonde d'écho</li> <li>• axe d'amélioration par l'utilisation d'un miroir</li> </ul>	<p>en proposant l'auto examen</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en nommant les parties du corps et on montrant des images pour permettre de se réapproprier le corps</li> </ul>	<p>en rendant l'examen plus pédagogique</p>	<p>axe d'amélioration lié au praticien</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en proposant aux femmes des dépistages</li> <li>• axe d'amélioration en orientant vers un psychologue ou la justice</li> </ul>	<p>en ayant un rôle dans la prévention éducation</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en mettant fin au discours médical moralisateur</li> <li>• axe d'amélioration par la discussion et les explications fournies par l'examinateur</li> <li>• axe d'amélioration par recueil du consentement éclairé</li> <li>• axe d'amélioration par une attitude plus bienveillante et d'une meilleure écoute de la part des praticiens</li> <li>• axe d'amélioration pour les praticiens en faisant preuve de plus d'empathie</li> </ul>	<p>en ayant une attitude bienveillante et professionnelle</p>	<p>axe d'amélioration lié au praticien</p>	<p><b>AXES D'AMELIORATION</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par la formation des médecins</li> <li>• formation des médecins aux violences</li> </ul>	<p>en passant par la formation des médecins</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration en prenant plus le temps pour l'examen</li> <li>• axe d'amélioration en proposant un second rendez-vous pour l'examen si pas possible ce jour</li> </ul>	<p>en respectant le rythme de la patiente</p>	<p>axe d'amélioration lié au praticien</p>	<p>AXE D'AMELIORATION</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• axe d'amélioration par la prise en compte de l'état d'esprit de la patiente</li> <li>• axe d'amélioration par la prise en compte de la variabilité et l'individualité des femmes et de leur corps</li> <li>• axe d'amélioration par meilleure repérage du langage non verbal</li> <li>• axe d'amélioration par prise en charge globale des femmes et en faisant preuve de plus de respect et d'humanité</li> <li>• prise en compte de la douleur</li> <li>• prise en compte de l'aspect psychologique</li> </ul>	<p>en étant plus attentif à la patiente</p>		

# Affiche de recrutement des participantes

## COMMENT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE EST-IL VÉCU ?



Internes en médecine générale,

Nous réalisons notre thèse sur le vécu de l'examen gynécologique chez les femmes ayant été victimes de violences sexuelles, en vue d'améliorer leur prise en charge.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de participer à notre étude en nous offrant 30 minutes de votre temps pour une discussion centrée sur votre ressenti de l'examen gynécologique. Les modalités de notre rencontre seront à votre convenance.

**Aidez-nous, C'est ensemble que nous améliorerons les pratiques !**

*\*vos témoignages resteront anonymes et le secret médical sera conservé*

Veillez nous contacter par mail aux adresses suivantes :



[noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

Et/ou

[sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr](mailto:sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr)

# Tract de recrutement des participantes

## ENVIE D'AMELIORER LES CONSULTATIONS GYNECOLOGIQUES ?

Internes en médecine générale, nos travaux de thèse portent sur :

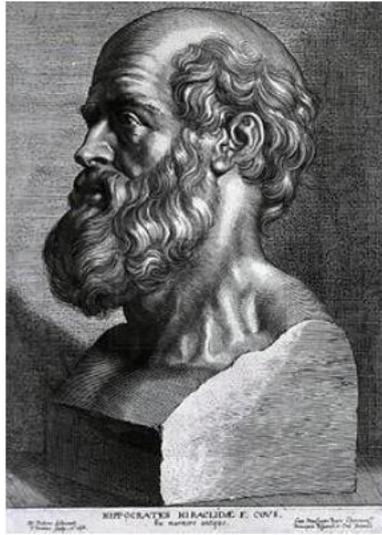
« **le vécu de l'examen gynécologique chez les femmes aux antécédents de violences sexuelles** »

Si vous le souhaitez, venez en discuter anonymement avec nous afin de nous aider à améliorer les pratiques médicales. Les modalités de notre rencontre seront à votre convenance.

*noelia-solenne.brechet-san-onofre@etu.univ-grenoble-alpes.fr*

*sophie.pennequin@etu.univ-grenoble-alpes.fr*





## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*