HAL
open science

Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale : étude qualitative réalisée en région Picardie

Anne -Claire Ordronneau

To cite this version:

Anne -Claire Ordronneau. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale : étude qualitative réalisée en région Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02966464

HAL Id: dumas-02966464

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02966464

Submitted on 14 Oct 2020

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2020 Thèse n° 2020 – 89

Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale

Etude qualitative réalisée en région Picardie

THESE D'EXERCICE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE SPECIALITE MEDECINE GENERALE

présentée et soutenue publiquement le 9 SEPTEMBRE 2020

Par

Anne-Claire ORDRONNEAU

PRESIDENT DU JURY :	**Madame le Professeur Catherine BOULNOIS**
MEMBRE DU JURY :	**Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT**
	Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
	Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
DIRECTEUR DE THESE :	**Monsieur le Docteur Manuel VINCENT**

REMERCIEMENTS

A mon président de jury

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS
Professeur des Universités (Médecine Générale)
Directeur du Département de Médecine Générale
Assesseur du 3ème cycle
Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements. Votre intérêt pour la gynécologie et votre engagement universitaire sont un modèle à suivre et une source d'inspiration pour mon parcours professionnel futur.

A mon jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)
Coordonnateur du DES de psychiatrie
Vous avez accepté d'être membre de mon jury. Je vous en remercie. Je vous prie de trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Gynécologie obstétrique)
Vous avez accepté de juger mon travail. Je vous en remercie. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde considération. Vous m'avez beaucoup appris sur la clinique lors de consultations à vos côtés.

Madame le Docteur Rosalie CABRY-GOUBET
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie et Embryologie
Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie
CHU Amiens Picardie, Centre de Biologie Humaine
Vous avez aimablement accepté de participer à mon jury. Je vous en remercie. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT
Maître de Conférence Associé (Médecine générale)
Je te remercie très sincèrement pour ton encadrement, ta disponibilité et tes encouragements. Le hasard nous a fait nous rencontrer grâce au portfolio et je te suis vraiment reconnaissante pour tout ce que tu as pu m'apporter et m'enseigner au cours de ces trois années. Tu as cru en moi et en ce sujet et cela n'a pas de prix à mes yeux.

A mes pairs,

Madame le Professeur Isabelle RICHARD, Professeur des Universités – praticien hospitalier (Médecine physique et réadaptation)
Doyenne de la faculté de Médecine d'Angers de 2011-2015 puis Doyenne de la faculté de santé de 2015-2017

Madame le Professeur, je vous remercie très sincèrement pour avoir cru en la jeune étudiante sage-femme que j'étais, intéressée par la recherche. Vous m'avez ouvert des portes, et fait découvrir de nouveaux horizons qui m'ont conduite à la réalisation de cette thèse.

Monsieur le Professeur Vincent PROCACCIO, Professeur des Universités – praticien hospitalier
(Biologie moléculaire)
Chef de service département de biochimie et génétique.

Monsieur le Professeur, je vous suis très reconnaissante de m'avoir transmis votre vif intérêt pour la recherche et avoir cru en moi durant mes études de sage-femme. Je vous remercie également pour votre disponibilité sans faille et pour m'avoir conseillée sur mon parcours professionnel en médecine.

Monsieur le Docteur Frédéric LECLERCQ

J'ai fait mes premiers pas en tant qu'interne à vos côtés et ce fut très riche d'enseignement. Je suis très reconnaissante pour ces mois passés en votre compagnie, qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Monsieur le Docteur Gabriel FRANCOIS

Vous m'avez accueillie pour mon premier stage chez le praticien, vous m'avez tellement apporté, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Nos échanges ont toujours été très intéressants. Je vous remercie pour votre confiance et vos encouragements.

Monsieur le Docteur Philippe PONTHIEU

Vous m'avez également accueillie pour mon stage chez le praticien. Travailler à vos côtés fut une chance inouïe. Votre maîtrise de la médecine générale et de l'examen clinique m'a permis d'être un meilleur médecin. Je vous remercie également pour votre confiance et votre présence aujourd'hui.

A ma famille

A mon mari Florian,

Merci de m'avoir toujours soutenue dans ce parcours professionnel, parfois rempli d'obstacles. Par ta bienveillance et ta patience tu es un soutien à toute épreuve depuis dix ans maintenant. Je te suis infiniment reconnaissante pour ton amour, ton amitié et pour la nouvelle aventure qui nous attend, devenir parents.

A mes parents,

Merci pour votre disponibilité sans faille et votre relecture pertinente de ce travail.

A toi, maman qui a toujours trouvé les mots lorsque j'étais découragée, qui a toujours cru en moi même quand je doutais. Tu as passé chaque étape, chaque examen à mes côtés et je ne saurais comment te remercier. J'ai beaucoup de chance d'être ta fille.

A toi, papa qui a toujours suivi mon parcours de très près en toute discrétion. Je sais combien cette journée synonyme d'aboutissement de mon parcours professionnel te rend fier. Je suis très heureuse de partager ce moment avec toi.

A mes frères,

Damien, tu m'as toujours soutenue dans mes choix et encouragée. Je te remercie d'être toujours pour moi une oreille attentive. Je te suis reconnaissante d'être un modèle pour moi.

Sébastien, ton parcours professionnel et ta persévérance sont un exemple pour ma carrière future. Avec ton épouse Morgan et vos filles, vous êtes une jolie famille.

A Josette,

Merci d'être ma mamie de cœur, tu m'as accueillie chez toi pour mes débuts d'étudiante en médecine, nous avons appris à nous connaître et aujourd'hui tu es une confidente. Je te remercie pour tout ce que tu me donnes.

A marraine Cricri,

Merci de m'avoir accueillie chez toi durant mes études. Nous avons appris à nous connaître et ce fut une joie immense de découvrir une personne aussi gentille, attentionnée et cultivée que toi. Merci de t'être occupée de moi comme si j'étais ta fille.

A ma belle-famille,

Merci à mes beaux-parents pour votre accueil.
Merci à ma belle sœur Justine de m'avoir aidée dans la réalisation de ce questionnaire de thèse.
Merci à mes beaux-frères pour votre gentillesse.

A mes amies de longue date,

Emeline, merci d'être une amie fidèle depuis tant d'années. Nous avons partagé une première année de médecine puis des mariages et aujourd'hui avec ton mari Timothée et tes enfants, vous êtes un repère pour nous, vous devenez des membres de notre famille.

Sophie, merci d'être une véritable amie. Nous nous sommes rapprochées après les études de sage-femme et depuis nous ne pouvons plus nous quitter. Comme des sœurs nous partageons les bons comme les mauvais moments. Ton amitié m'est très chère.

Solène, merci d'être une amie sincère. Depuis nos études de sage-femme, nous avons partagé de très bons moments, des fous rires et des activités nautiques à Mayotte. Tu es ma partenaire que ce soit pour faire du jet ski ou apprendre à tricoter. Tu es une amie en or.

A mes amies de médecine,

Aurore, merci de m'avoir accueillie les bras ouverts en 3e année de médecine, de m'avoir offert ta confiance pour partir au Pérou découvrir la médecine péruvienne. Merci également pour tous ces moments de révision passés à la BU ou devant une pizza chèvre-miel. Je n'aurai pas réussi sans ton amitié à mes côtés.

Alice, merci pour ta gentillesse et ton amitié durant ces années de médecine. Nous en avons fait du chemin toutes les 3 depuis le temps.

Hélène, merci pour cette belle rencontre en 6e année, ces rdvs du mercredi étaient une bouffée d'oxygène. Pouvoir te retrouver tous les mois à Amiens était une chance qui nous a rapprochées.

Audrey, merci à toi d'avoir fait partie de ce club du mercredi. Nous avons appris à nous connaître et même si la distance ne facilite pas les choses j'espère que nous garderons contact.

A mes Ptits Lu's,

Claire, Madeline, Anne-Claire, Erwan, merci de m'avoir accueillie il y a maintenant quelques années à Nantes. Vous êtes des amis extra et des collègues prometteurs.

A nos amis parisiens,

Oriane, Jon, merci d'être vous avec nos fous rires partagés, vous êtes notre famille d'amis. Nous avons de la chance de vous avoir ainsi que toute la team témoin : **Julie M, Clément, Julie D, Cyril, Sophie, Thomas, Solène, Laurianne, Emeline et Timothée.**

A mon infirmière angevine préférée,

Ambre, merci de veiller sur moi et de m'encourager à finir cette thèse, toi qui as l'habitude de soutenir des internes dans ton exercice au CHU d'Angers. Avec ton mari Joë, nous passons toujours de très agréables moments et avons de la chance de vous avoir à nos côtés.

A mon infirmière picarde préférée,

Hélène, merci pour cette rencontre professionnelle qui s'est transformée en belle amitié. Nous avons bien ri toi l'infirmière des urgences et moi la jeune interne. Chaque moment passé avec toi et **Jérémy,** ton compagnon nous comble de joie.

A nos amis normands,

Juliette, Marc, merci d'être de très belles personnes. Vous êtes toujours attentionnés et disponibles. Nous avons de la chance de vous compter parmi nos amis.

Liste des abréviations

CHU : Centre hospitalier universitaire

MSU : Maître de stage universitaire

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SUDOC : Système universitaire de documentation

IVG : Interruption volontaire de grossesse

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION 10

1.1. Que signifie la pudeur ? 10
1.2. La relation médecin-patient 11
1.3. L'examen gynécologique en médecine générale 12
1.4. Pourquoi ce sujet ? 13

2. MATERIEL ET METHODES 14

2.1. Population 14
2.1.1. Recrutement 14
2.1.2. Critères d'inclusions 14
2.1.3. Critères d'exclusions 14
2.2. Caractéristiques de la méthode 14
2.2.1. Choix de la méthode 14
2.2.2. Choix de la technique d'entretiens individuels semi-structurés 15
2.2.3. Validation de l'étude 15
2.3. Entretiens 15
2.3.1. Guide des entretiens 15
2.3.2. Conditions des entretiens 15
2.3.3. Enregistrement des entretiens 15
2.3.4. Analyse des entretiens 16
2.3.5. Saturation des données 16
2.4. Recherche bibliographique 16

3. RESULTATS 17

3.1. Caractéristiques de l'échantillon 17
3.2. Caractéristiques des entretiens 18
3.3. Analyse des entretiens 19
3.3.1. Carte heuristique ou diagramme synoptique 19
3.3.2. Déterminants de la pudeur 20
3.3.3. Les obstacles liés à la pudeur 23
3.3.4. Les traumatismes de l'examen gynécologique 25
3.3.5. Les modifications par l'expérience 28
3.3.6. Les pistes d'améliorations 31

4. DISCUSSION 34

4.1. Intérêt du travail 34
4.1.1. Originalité du sujet 34
4.1.2. Choix de la méthode 34
4.1.3. Force du recrutement 34
4.2. Limites de l'étude 35
4.2.1. Biais dans le recrutement 35
4.2.2. Biais de l'enquêteur 35
4.2.3. Biais de désirabilité 35
4.2.4. Biais sur la réalisation des entretiens 36
4.3. Discussion sur les résultats 36

4.3.1. Pudeur et patientes *36*
4.3.2. Pudeur et médecin *42*
4.3.3. Pudeur et environnement *45*

5. CONCLUSION **50**

6. BIBLIOGRAPHIE **52**

7. ANNEXES **54**

1. INTRODUCTION

1.1. Que signifie la pudeur ?

La définition du mot pudeur est, d'après le dictionnaire Larousse, la suivante : « Disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses très personnelles et, en particulier de choses sexuelles ». Mais il s'agit également de « discrétion, retenue qui empêche de dire ou de faire quelque chose qui peut blesser la modestie, la délicatesse » [1]

Avec cette définition émergent 2 aspects ; l'un étant physique et s'intéressant notamment à l'intime, l'autre étant psychologique avec la notion de réserve. Pour mieux comprendre, il est intéressant de se tourner vers les termes anglo-saxons puisqu'en effet ils différencient la pudeur physique nommée « modesty » et la pudeur psychologique « reticence » [2].

Historiquement, le mot pudeur vient du latin *pudor, pudoris* signifiant : sentiment de réserve, de retenue, de honte [3]. Il est pertinent de constater que depuis tout temps, ce terme de pudeur a une connotation péjorative de honte et touchant plus spécifiquement l'anatomie intime. En effet, le nerf innervant la région périnéale autrefois appelé nerf honteux, s'appelle aujourd'hui nerf pudendale provenant de l'étymologie du verbe *pudere* signifiant avoir honte. En français, il n'existe qu'un seul terme car les 2 versants de la définition sont intriqués. Il est vrai que la pudeur psychologique, cette réserve que chaque individu peut ressentir, déclenche une certaine difficulté à dévoiler son intimité physique.

Ces termes sont directement liés à notre passé judéo-chrétien. En effet, dans la bible, cette honte apparaît claire lorsqu'Adam et Eve, après avoir commis le péché originel, se trouvent couverts de feuilles en regard de leurs parties intimes. Alors qu'initialement être nu, représentait l'innocence. A cet instant, la nudité signifie culpabilité pour les deux protagonistes. Cette nudité devient alors une perte de dignité humaine et sociale [4], par conséquent la pudeur va donc protéger cette dignité tout au long des siècles. Ainsi, se vêtir devient primordial puisqu'il crée la pudeur [4]. Mais comme tout concept, il peut être interprété à tort, ou en excès. De nombreux cas le montrent dans l'Histoire comme le Pape Pie V, qui refusa de se faire poser une sonde devant l'existence de lithiases vésicales et qui décéda en 1572 d'une rétention d'urine [4].

Même si cette pudeur est ancrée dans notre société, elle n'est pas innée. D'après Freud, l'enfant est dépourvu de pudeur. Mais pour Françoise Dolto, il est important de tenir compte de la pudeur de l'enfant dans l'organisation des soins et de l'espace. Par la suite, Freud nuança ses propos et reconnut la possibilité d'une pudeur infantile [5].

Cette pudeur se majore avec l'adolescence et l'innocence disparaît. En effet, les modifications corporelles et l'apparition d'une pilosité sont « comme un aveu » que ce corps a une destinée particulière, celle de se reproduire et qu'il s'agit là d'une faute. Cette honte s'inscrit dans la construction de l'adolescent devenant adulte [6].

A l'âge adulte, cette pudeur est également éprouvée lors des soins et surtout à l'hôpital, où le patient est scruté, analysé dans son ensemble et quelque part déshumanisé pour être objectivé. En effet, la chambre d'un patient hospitalisé est sienne, or le corps médical entrave cette intimité pour transformer le lit en un lieu d'examen [6]. Il y a là une certaine violence dans le regard et le toucher lors de cet examen fait au lit du patient, lit qui signifie pour ce dernier, repos, quiétude mais aussi amour et plaisirs charnels.

C'est pourquoi le médecin et le soignant se doivent d'avoir du tact, c'est-à-dire d'être capable de regarder avec les mains et de toucher avec les yeux [6].

1.2. La relation médecin-patient

Il s'agit d'une relation qui a véritablement évolué au cours des années. Auparavant, cette relation était asymétrique avec un patient soigné, ignorant, qui confiait sa santé au médecin soignant ayant toutes les connaissances. Le patient était donc spectateur de sa santé et cette relation nommée relation paternaliste, infantilisait le patient et donnait les pleins pouvoirs au médecin.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients, a fait modifier cette relation en profondeur. En effet, cette dernière précise que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé ». De même : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » [7]. C'est à ce moment précis que le patient devient acteur. Il n'est plus passif, il n'est finalement plus « un patient » qui attend.

Le code de santé publique de 2004 insiste également sur l'importance de la considération du patient : « le médecin doit à la personne qu'il examine (…) une information loyale, claire et appropriée sur son état, (…), il (le médecin) tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » [8]

Il apparaît clairement une évolution de la relation. Le médecin doit instaurer un dialogue intelligible pour le patient. Cette évolution crée une difficulté pour le médecin, puisque dans sa formation, très spécifique, les termes scientifiques font loi. Or la diffusion d'une information compréhensible par tous n'est pas un exercice facile et peut ainsi compromettre cette relation médecin-patient.

Ce dialogue et cette entente, essentiels au bon fonctionnement, nécessitent une confiance réciproque.

En effet, la confiance du patient envers son médecin s'appuie sur le respect du secret professionnel mais aussi sur ses compétences. La confiance du médecin envers son patient repose sur la véracité de son discours et sur ses capacités à respecter les engagements pris avec le médecin. Cette confiance peut être ébranlée de part et d'autre car les moyens d'information tel qu'internet biaisent la consultation bien souvent avec des patients qui connaissent déjà le diagnostic de leurs symptômes par la simple consultation de sites de vulgarisation médicale. Pour le médecin, il s'agit de prouver sans blesser ni vexer que le patient n'a pas forcément raison. Du côté du médecin, ses compétences spécifiques sur certaines pathologies peuvent créer une distance qui le rend inaccessible pour le patient et ainsi l'empêche d'établir un lien de confiance. La réciprocité de cette confiance doit passer par une collaboration. Cette dernière est mise en avant depuis plusieurs années notamment en médecine générale avec l'apport de l'entretien motivationnel. En effet l'entretien motivationnel, créé par un psychologue gallois Pr Stephen Rollnick et un psychologue américain Pr William Miller, illustre parfaitement cette collaboration. Ces professeurs précisent l'importance de valoriser l'autonomie du patient quant à sa prise de décision et de susciter leur motivation pour changer [9]. Initialement, cela concernait des pathologies comme les addictions, mais aujourd'hui cela s'adapte à toute situation médicale nécessitant une prise de conscience, et entraînant ainsi un changement de comportement bénéfique et nécessaire au patient par la suite [10].

1.3. L'examen gynécologique en médecine générale

Il se fait souvent lors d'une consultation dédiée à la gynécologie, par exemple lors d'un renouvellement de contraception.

Comme tout examen, il comprend en premier lieu, après interrogatoire et résumé des antécédents, un examen général avec poids, taille et mesure de pression artérielle. Puis vient l'examen gynécologique à proprement parler qui se compose de deux éléments distincts : d'une part l'examen sénologique, d'autre part l'examen abdomino-pelvien.

L'examen abdominal consiste en une inspection recherchant notamment des cicatrices de chirurgie abdomino-pelvienne, puis une palpation avec une attention plus particulière portée sur les fosses iliaques, l'hypogastre et les orifices herniaires.

L'examen pelvien quant à lui, présente également une inspection vulvaire recherchant des infections, des séquelles obstétricales, puis un examen au spéculum afin d'apprécier le col utérin macroscopiquement et également les parois vaginales et enfin le toucher vaginal évaluant le col et le corps utérin, les annexes et les culs de sac vaginaux.

L'examen sénologique consiste en une inspection recherchant des anomalies comme une dissymétrie, puis s'ensuit une palpation mammaire d'une part avec roulement de la glande mammaire sur le gril costal et palpation des aires ganglionnaires d'autre part.
Le collège national de gynécologie obstétrique recommande un examen sénologique annuel vers l'âge de trente ans [11]. Pour ce qui concerne l'examen gynécologique, un examen annuel est recommandé à partir du début de l'activité sexuelle. Les recommandations outre-Atlantique diffèrent quelque peu. En effet l'*American college of physicians* a déclaré en 2014 être « contre les examens pelviens annuels de dépistage chez des femmes asymptomatiques et non enceinte » [12]. À la suite de cette annonce, le groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a également approuvé cette prise en charge [13].
En France, il y a cependant le suivi de dépistage organisé contre le cancer du col de l'utérus qui propose à toutes les femmes un frottis cervico-utérin à 25 ans, 26 ans puis tous les 3 ans jusqu'à 65 ans [14]. De même, le dépistage organisé contre le cancer du sein avec réalisation de mammographies tous les 2 ans avec double lecture radiologique, chez les femmes de 50 à 74 ans [15].

1.4. Pourquoi ce sujet ?

Lors de mon internat, j'ai eu l'opportunité de réaliser un semestre au CHU d'Amiens dans le service de gynécologie obstétrique. Au cours des 2 premiers mois de cette formation pratique, au moins 5 patientes m'ont remerciée pour leur avoir proposé un drap ou une blouse avant de procéder à l'examen gynécologique. Ces remerciements m'ont interpellée car cela me semblait naturel de ne pas les laisser nues devant moi, surtout que je pouvais facilement solliciter ultérieurement un interne plus expérimenté ou un chef de clinique pour valider mon diagnostic, et faire attendre la patiente dans cette position. Je me suis alors dit qu'en tant que médecin nous nous intéressons surtout au corps objet comme le définissait Claude Bernard, mais nous avons probablement oublié de nous intéresser au corps sujet et au corps social qu'est le patient. Ce qui peut parfois créer des incompréhensions pour le patient, une gêne quant à sa nudité et parfois même, un vécu traumatisant pour ce dernier.

C'est pourquoi j'ai décidé d'effectuer ce travail de recherche pour comprendre comment la considération de la pudeur peut instaurer une relation de confiance lors de l'examen gynécologique et ainsi permettre un examen optimal et surtout bien vécu en médecine générale. L'objectif principal de ce travail est de mettre en avant les difficultés des patientes sur leur mise en confiance, leur ressenti lors d'une consultation de gynécologie. L'objectif secondaire est de mettre en exergue des pistes et des solutions pour une meilleure prise en charge.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Population

2.1.1. Recrutement

Nous avons recruté les patients au sein de cabinets de médecine générale des départements de l'Oise et de la Somme. Ce recrutement a été possible grâce à l'accord des maîtres de stage universitaires (MSU) lors du semestre de stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) et également grâce au directeur de thèse. Il a été effectué sur un an de février 2019 et janvier 2020.

2.1.2. Critères d'inclusions

Nous recherchions des femmes âgées de 20 à 74 ans, vivant dans les Hauts-de-France (ex-région Picardie) et ayant un suivi gynécologique par un professionnel de santé autre que leur médecin généraliste.

2.1.3. Critères d'exclusions

Les patients masculins étaient exclus ainsi que les patientes mineures.
Concernant les femmes, les patientes n'ayant jamais eu d'examen gynécologique étaient exclues, c'est pourquoi les patientes des 18 à 20 ont été exclues. De même, les femmes de plus de 75 ans étaient exclues car n'ayant plus de nécessité de réaliser un examen gynécologique avec frottis cervico-utérin.

2.2. Caractéristiques de la méthode

2.2.1. Choix de la méthode

Devant la problématique de thèse, le choix d'une méthode qualitative a émergé naturellement. En effet, on souhaitait comprendre ce que vivaient les patientes lors de cet examen gynécologique et comment elles se sentaient dans leur intimité dévoilée pour la réalisation de soins.
La recherche qualitative issue des sciences humaines et sociales a pour objectif d'étudier les représentations et les comportements [16].

2.2.2. Choix de la technique d'entretiens individuels semi-structurés

Le principe des entretiens semi-structurés est d'interroger des individus à partir d'une grille de questions ouvertes. Lors de ces entretiens, plusieurs thèmes sont abordés [16].
Les entretiens individuels ont été choisis du fait du sujet très personnel. L'intérêt était donc de faire parler les patientes sans créer de gène pouvant retenir leurs propos. C'est pourquoi les entretiens de groupes appelés focus groupes n'étaient pas adaptés pour ce sujet.

2.2.3. Validation de l'étude

Une première demande d'agrément a été présentée en commission de thèse en janvier 2019 auprès de la faculté de médecine d'Amiens, puis après modification, cela a été validé en commission en février 2019.

2.3. Entretiens

2.3.1. Guide des entretiens

Un premier entretien test a été utilisé pour évaluer la pertinence des questions et la richesse des réponses. Après modifications réalisées en février 2019, un premier script d'entretien a été utilisé pour les 6 premières patientes puis a été complété pour les 12 patientes suivantes.
Un échantillonnage en variation maximale a été recherché pour obtenir la plus grande diversité de réponses et d'opinions sur les thèmes traités [16].

2.3.2. Conditions des entretiens

Les entretiens ont été réalisés au cabinet de médecine générale directement ou lorsque cela n'était pas possible, ils étaient réalisés au domicile des patientes. Une brève présentation du sujet de thèse était faite et avant chaque début d'entretien, un accord verbal de consentement était donné par la patiente.

2.3.3. Enregistrement des entretiens

Tous les entretiens effectués ont été enregistrés via une application dictaphone sur deux dispositifs (un smartphone et une tablette) bien en vue des patientes pour s'assurer de l'intégralité de l'enregistrement.

2.3.4. Analyse des entretiens

Une retranscription dactylographiée de chaque entretien a été effectuée avec anonymisation si nécessaire. Ces entretiens ont été par la suite analysés grâce à l'utilisation du logiciel NVivo, logiciel de référence en analyse qualitative. Cette retranscription exacte de ce qui a été dit, entendu et vu, est appelé verbatim [16].

Ce verbatim est dans un premier temps décontextualisé pour pouvoir réaliser le codage, c'est-à-dire que chaque unité de sens est fractionnée pour définir des nœuds que l'on nomme des occurrences elles-mêmes reliées à des thèmes, nommées dimensions.

Dans un second temps, une recontextualisation est réalisée à partir des différents thèmes pour faire émerger de nouveaux concepts.

Une triangulation des données a été réalisée, c'est-à dire une analyse produite par un autre intervenant pour confirmer voire compléter les résultats [16]. Un tiers des entretiens, soit 6 entretiens, ont été triangulés.

2.3.5. Saturation des données

La saturation des données est obtenue à partir de l'instant où les entretiens réalisés n'apportent plus d'élément nouveau par rapport aux précédents entretiens [17].

Cette saturation des données a été atteinte après 18 entretiens. Un 19e entretien a été réalisé pour confirmer la saturation de données.

2.4. Recherche bibliographique

Elle a été faite après réalisation des entretiens. Cette recherche a été principalement effectuée par l'utilisation de bases de données issues d'Internet comme PUBMED, Google Scholar, et également le système universitaire de documentation (SUDOC) répertoriant notamment les travaux de thèses.

Les termes employés (mots clés) pour la recherche étaient : pudeur et ses synonymes, examen gynécologique, et leurs équivalents en anglais (prudishness, gynecological exam…). Le collège national des gynécologues obstétriciens en ligne a été également utilisé.

Cette recherche s'appuie également sur la littérature, concernant la pudeur, écrite par des philosophes, des historiens, des psychologues pour une approche pluridisciplinaire.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont été réalisés auprès de 20 patientes. Le premier entretien test a servi pour élaborer le script final. Le dernier entretien a été réalisé dans le but de confirmer la saturation des données et n'a donc pas été exploité pour les résultats.18 entretiens ont été utilisés pour l'analyse de cette étude. L'âge des patientes se situait entre 22 et 73 ans. Différentes classes socio-professionnelles sont représentées, ainsi que différentes situations familiales. Nous avons également au sein de notre population 4 patientes qui ont eu une pathologie gynécologique ayant nécessité un suivi régulier.

Patiente	Age	Nationalité	Profession	Situation personnelle	Nombre d'enfants	Pathologie gynécologique
1	22	française	Etudiante (assistante service sociale)	célibataire	0	aucune
2	38	française	Accompagnatrice sociale et professionnelle	mariée	2	aucune
3	28	française	En invalidité	célibataire	2	cancer utérus avec hystérectomie totale non conservatrice
4	43	française	Chargé de clientèle (poste)	divorcée	2	Aucune
5	34	française	Professeur des écoles	mariée	2	Aucune
6	47	française	Technicienne chimiste	mariée	1	cancer du sein / prolapsus opéré
7	22	française	Gendarme	pacsée	0	IVG hémorragique avec aspiration (très récent)
8	26	française	Officier sapeur pompier	concubinage	1	Aucune
9	35	française	Secrétaire médicale	mariée	2	Aucune
10	45	française	Commerçante	concubinage	2	Aucune
11	49	française	Aide soignante	mariée	3	Aucune
12	61	française	Retraitée (manipulateur radio)	divorcée	1	hystérectomie conservatrice à 36 ans (utérus polyfibromateux)
13	53	espagnole	Agent d'entretien	mariée	2	Aucune
14	40	française	Responsable qualité	mariée	4	Aucune
15	59	française	Professeur des écoles puis responsable d'accueil de maison diocésaine	mariée	4	Aucune
16	73	française	Retraitée	divorcée	3	Hystérectomie totale
17	39	française	Sans emploi	concubinage (homosexuelle)	2	Aucune
18	61	marocaine	Médiatrice interculturelle	mariée	4	Aucune

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

3.2. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre mi-février 2019 et mi-janvier 2020. 12 patientes ont été questionnées dans le cabinet de leur médecin généraliste de l'ex-région Picardie et 6 patientes ont été interrogées à leur domicile. La durée des entretiens est entre 8 et 29 minutes avec une moyenne d'environ 17 minutes.

Patiente	Date de l'entretien	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien
1	18/02/2019	cabinet	8 minutes
2	20/02/2019	cabinet	11 minutes
3	25/02/2019	cabinet	14 minutes
4	25/02/2019	cabinet	20 minutes
5	04/03/2019	cabinet	17 minutes
6	11/03/2019	cabinet	29 minutes
7	19/03/2019	cabinet	13 minutes
8	25/03/2019	cabinet	15 minutes
9	16/04/2019	cabinet	16 minutes
10	17/04/2019	cabinet	23 minutes
11	29/04/2019	cabinet	9 minutes
12	29/04/2019	domicile	16 minutes
13	30/04/2019	cabinet	21 minutes
14	04/10/2019	domicile	13 minutes
15	11/11/2019	domicile	25 minutes
16	09/012020	domicile	19 minutes
17	13/01/2020	domicile	20 minutes
18	13/01/2020	domicile	21 minutes

Tableau 2 : Caractéristiques des entretiens

3.3. Analyse des entretiens

3.3.1. Carte heuristique ou diagramme synoptique

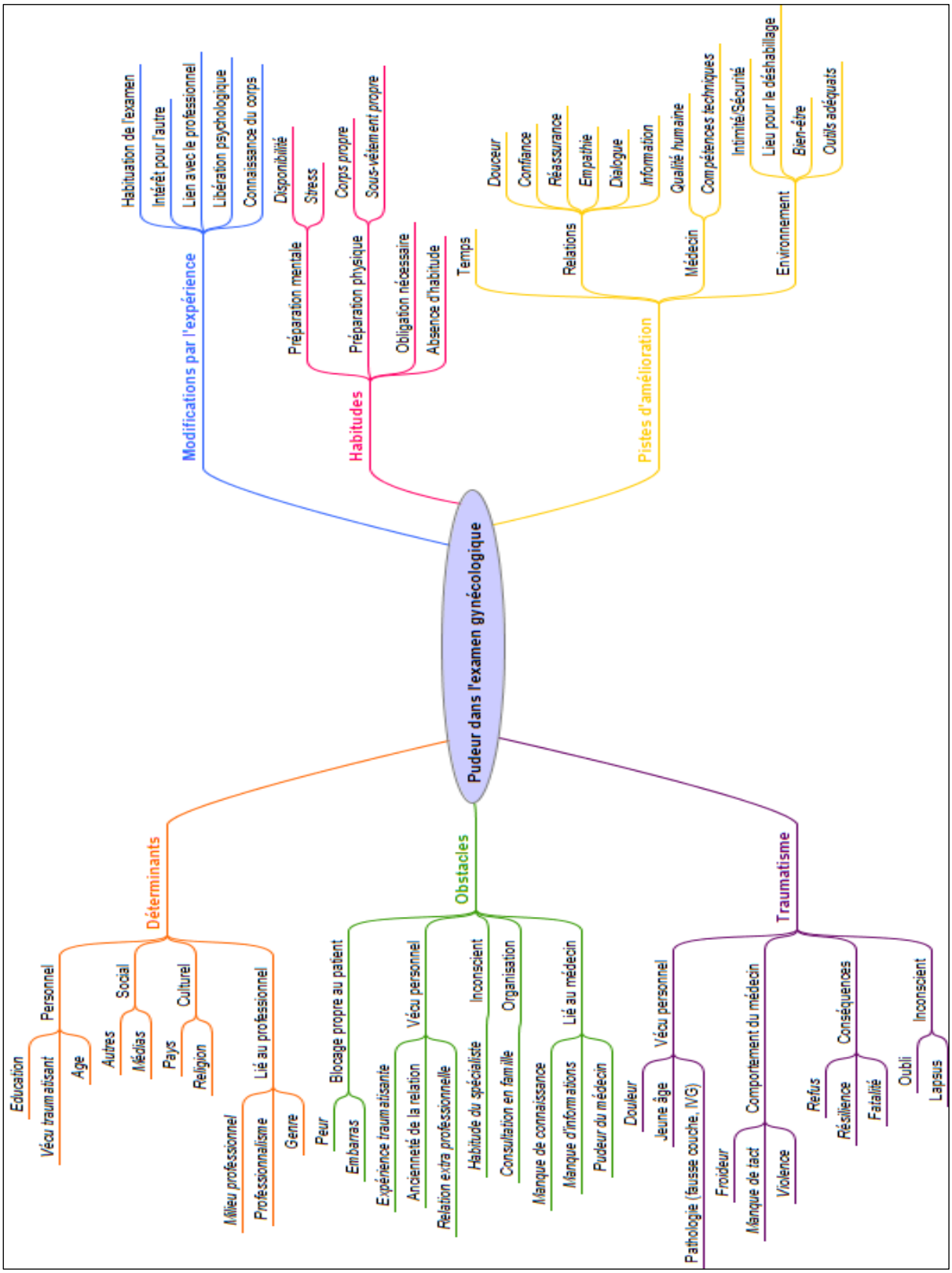

Figure 1 : Carte heuristique de la pudeur dans l'examen gynécologique

3.3.2. Déterminants de la pudeur

Les patientes interrogées ont présenté la pudeur de différentes façons. Elles ont dans un premier temps, essayé d'expliquer la pudeur par des synonymes.

Tout d'abord plusieurs patientes ont évoqué la notion de **respect du corps** :

Entretien 6 : *« c'est respecter le corps je pense »*

Entretien 12 : *« une demande de respect de la part des gens vis-à-vis de moi en tant que femme »*

Entretien 13 : *« c'est le respect de soi »*

Entretien 15 : *« c'est un respect de la personne, pour moi, c'est ça la pudeur »*

Entretien 17 : *« par respect, on ne se montre pas nue comme ça, devant tout le monde »*

Lors des entretiens, la majorité des patientes ont parlé de **la peur de se dévoiler, de se découvrir** :

Entretien 4 : *« je dirai ne pas se montrer (…) rester discrète sur sa nudité »*

Entretien 7 : *« quand on… ne veut pas se montrer »*

Entretien 8 : *« c'est un peu la peur de se montrer, je pense »*

Entretien 9 : *« un sentiment qui pourrait empêcher des personnes de se dévoiler »*

Entretien 10 : *« je vais pas me mettre toute nue facilement »*

Entretien 14 : *« c'est (silence) c'est ne pas pouvoir se montrer, se dévoiler, voilà se montrer nue devant quelqu'un qu'on connait ou qu'on ne connaît pas. »*

Entretien 15 : *« c'est qu'on a son corps à soi et qu'on a des parties de son corps qu'on ne dévoile pas »*

La pudeur a été mise en relation avec la notion de **jugement** par certaines patientes :

Entretien 6 : *« je pense que tant que, en face de vous, on vous regarde pas comme une bête rare, qu'on vous dévisage pas, je pense que certaines femmes et moi-même (…) j'aimerais pas qu'un jour face à quelqu'un, on se moque de moi »*

Entretien 7 : *« en fait on se pose toujours la question de qu'est-ce que le médecin ou la personne en face de nous va penser » « on est toujours là à s'excuser, excusez-moi je me suis pas épilée fin le médecin il s'en fout (…) c'est la première chose qu'on dit alors qu'on n'aurait pas à s'excuser pour un poil »*

Une patiente a résumé le terme en utilisant le mot **tabou** :

Entretien 1 : *« c'est difficile de se mettre à nu parce qu'il y a un tabou autour du corps »*

Une patiente a présenté la pudeur sous son **aspect psychologique** plus que physique :
Entretien 10 : *« je suis quelqu'un de pudique en général sur ma vie, voilà, je, je, je me mets pas forcément en avant »*

Ensuite, concernant cette pudeur, 3 niveaux sont apparus pour la décrire parmi les patientes.
Tout d'abord une **définition personnelle** en lien avec l'éducation de la patiente, son histoire propre et son jeune âge.
Entretien 2 : *« la pudeur euh bah c'est propre à chacun… »*
Entretien 5 : *« c'est propre à chacun », « on ne peut pas mettre de curseur préétabli pour tout le monde »*

L'éducation a été mentionnée au cours de différents entretiens, qu'elle soit inculquée par les parents des patientes ou bien enseignée à leurs enfants :
Entretien 5 : *« aussi par rapport à comment on a été élevé »*
Entretien 6 : *« avec notre enfant, on n'a jamais été pudique, on a des règles à respecter mais on lui a appris »*
Entretien 13 : *« enfin c'est parce qu'on a été élevé comme ça déjà »*
Entretien 16 : *« je crois qu'on a trop caché de notre enfance, on a trop caché euh, l'anatomie d'une jeune fille, on ne savait pas ce que c'était que les règles, on savait rien du tout, du tout. »*

Une patiente nous a confié son **histoire personnelle traumatisante** :
Entretien 10 : *« je vais pas me mettre toute nue facilement (…) j'ai subi dans mon enfance des attouchements, des choses comme ça, donc c'est lié. »*

L'**âge** pour quelques patientes rend plus difficile cette pudeur :
Entretien 1 : *« c'est compliqué d'être euh… fin je pense aussi d'être jeune et pas avoir forcément d'occasion, je pense qu'après les grossesses (…) il y a un déblocage qui se fait »*
Entretien 16 : *« je crois que la pudeur, à vieillir, on a beaucoup plus de pudeur parce qu'on a des corps tellement transformés, on a des cicatrices, on a des choses qui, on n'a pas envie de montrer.»*

Ensuite, il a été évoqué une **définition sociale** de cette pudeur, en lien avec notre société qui fait naître des complexes :
Entretien 5 : *« je pense que c'est à la fois par rapport à son rapport à soi mais aussi par rapport à son rapport aux autres »*

Entretien 7 : *« on voit comment la société est faite aujourd'hui, tout est sur le paraître, l'apparence, les critiques sur ce que pense l'un, ce que pense l'autre donc forcément quand on rentre, (dans le cabinet du médecin) on voit une personne comme nous, on se dit pas (…) parce qu'il est médecin, il va pas regarder la forme »*
Entretien 9 : *« la nudité est difficile puisque nous vivons dans un pays où l'apparence est très importante » « C'est vrai que les médias renvoient une image de la femme un peu parfaite, idéalisée »*

Enfin, plusieurs patientes ont évoqué **l'aspect culturel** de la définition de la pudeur.
Entretien 6 : *« je vais pas m'exposer, exposer mon corps mais dans d'autres circonstances, je suis allée en Laponie, on est allé au sauna (…), il faut être toute nue et enlever son maillot de bain », « on s'est pas posé la question (…) vous faites pareil quoi parce que ça me paraissait normal »*
Entretien 9 : *« je peux concevoir que certaines femmes qui de part leur culture, ne veulent pas se dévoiler. »*
Entretien 18 : *« le fait que les femmes peuvent se dénuder facilement avec les hammams. Le hammam, tout le monde est là et personne ne se regarde, toutes pareilles. »*

Lorsque les patientes se sont exprimées, elles ont également abordé le lien direct avec **le milieu professionnel**, que ce soit leur propre milieu professionnel ou bien celui du médecin.
Entretien 12 : *« par rapport à l'abord de ma profession, c'est-à-dire que étant donné que j'avais un métier où effectivement il ne fallait pas d'objet métallique sur soi, donc les patientes enlevaient systématiquement leur soutien-gorge et tout ça donc j'étais très sensibilisée justement avec ça »*
Entretien 15 : *« quand un enfant se blesse, moi j'étais instit en maternelle, et qu'il a mal, est-ce que j'enlève ton pantalon ou est-ce que tu veux pas que j'enlève ton pantalon pour regarder où tu as mal c'est un respect de la personne. »*

Elles ont parlé du **professionnalisme du médecin** qui peut faciliter cette pudeur.
Entretien 4 : *« je vais voir un médecin, c'est son métier, il ne voit pas que moi, je ne suis pas gênée. »*
Entretien 5 : *« C'est vrai que j'ai toujours eu affaire à des soignants qui mettaient justement une blouse, qui faisaient attention »*
Entretien 6 : *« un homme qui va m'ausculter la poitrine, je le vis assez souvent, j'ai pas l'impression qu'il est en train de excusez moi de le dire, de me mater »*
Entretien 13 : *« je pense que enfin dans ma tête, je me dis c'est un médecin donc voilà, il peut pas me juger. »*

Enfin, certaines patientes ont évoqué l'importance du **genre du professionnel** pour aborder la pudeur.
Entretien 2 : *« je préfère que ce soit une femme », « … elles sont plus délicates qu'un homme et vu qu'elles sont composées comme nous, on a plus de facilité à se donner à elles. »*
Entretien 12 *: « je pense que je n'aurai pas pris un homme en suivi gynécologique et je pense que ça vient, ça date je pense du fait que j'ai eu des problèmes gynécologiques très jeune. Donc on s'oriente peut-être plus facilement vers une femme qu'un homme. »*

3.3.3. Les obstacles liés à la pudeur

Au cours des entretiens, les femmes ont été questionnées sur les obstacles et les blocages, en lien avec leur pudeur, pouvant exister lors de la réalisation de l'examen gynécologique par leur médecin.

Dans un premier temps les patientes ont mentionné, **un blocage propre**, intrinsèque. Ce blocage existe par peur de l'examen à proprement parler mais aussi du fait de l'embarras que cela déclenche chez elles.
Entretien 1 : *« je suis intimidée d'aller chez le gynécologue », « ça m'angoisse », « c'est vrai que c'est gênant, c'est une partie intime du corps. »*
Entretien 3 : *« c'est compliqué, on se laisse faire mais avec beaucoup de (euh), on se cache »*
Entretien 4 : *« Entre nous, c'est vrai qu'on est assises, fin, allongées, les jambes écartées, c'est pas évident »*
Entretien 13 : *« s'il faut le faire, je l'aurai fait avec mon médecin traitant mais cela peut être plus gênant. »*
Entretien 14 : *« j'aurai peut-être plus d'appréhensions »*

Dans un second temps, quelques patientes ont partagé un **vécu personnel.** Celui-ci a pu être <u>traumatisant</u>.
Entretien 1 : *« même après j'étais stressée pendant 2, 3 jours »*
Entretien 8 : *« les femmes ne sont pas du tout, mais alors pas du tout à mettre à l'aise les femmes et en plus de ça elles font mal. »*
Dans leur vécu, certaines femmes parlent de <u>l'ancienneté de la relation</u> qui est difficile pour aborder l'examen gynécologique.
Entretien 13 : *« je pense que c'est le fait d'être mon médecin habituel »*
Entretien 17 : *« ça fait des années qu'il me, que je suis avec lui »*

Quelques femmes ont parlé de l'existence d'une relation extra-professionnelle qui engendrent une certaine difficulté.

Entretien 1 : *« en plus je le connais dans le cadre privé »*

Entretien 15 : *« je pense que mon médecin généraliste qui a fait le plus d'année dans ma vie est en même temps un ami donc du coup .. euh »*

Ensuite certaines patientes ont évoqué des arguments de l'ordre de **l'inconscient**, avec des idées préconçues.

Entretien 2 : *« l'habitude d'avoir été suivie très jeune par un gynécologue et puis d'avoir continué cette habitude-là. »*

Entretien 5 : *« inconsciemment, je pense dans mon esprit, ce genre d'examen c'est réservé au gynéco ou à la sage-femme (...) pas au médecin traitant qui va guérir une angine quoi. Mais je pense que c'est de l'ordre de la conception que l'on a en nous. »*

Entretien 10 : *« je ne sens pas le truc avec lui, (...) il y a un feeling, après on peut se tromper »*

Entretien 15 : *« dès que je suis arrivée jeune mariée sur la ville où j'habitais, j'ai cherché euh à avoir une gynécologue, je pense que avant, ça remonte à loin, euh je pense que ça vient de ma maman »*

Une patiente a parlé d'un obstacle simplement par son **organisation**.

Entretien 2 : *« Ce serait euh … des fois je peux venir accompagnée de mes enfants par exemple quand je vais au médecin traitant »*

Ensuite, le genre du médecin a été présenté par de nombreuses patientes. Certaines ont exprimé leurs préférences et d'autres n'en tenaient pas compte.

Entretien 3 : *« mon médecin traitant, vu que c'est un homme (...) suis plus tentée d'aller voir une sage-femme. »*

Entretien 4 : *« je préfère un homme qu'une femme »*

Entretien 5 : *« j'ai eu un homme pour le second accouchement je l'ai trouvé plus doux »*

Entretien 6 : *« j'ai pas de problème même en rapport avec le fait que ce soit un homme ou une femme »*

Entretien 7 : *« faudrait pas que ce soit un homme (rires) parce que moi je suis gênée avec les hommes. »*

Entretien 8 : *« je préfère, mon gynéco est un homme, je ne choisis que des hommes »*

Entretien 9 : *« j'ai toujours choisi un gynécologue homme »*

Entretien 11 : *« je ne m'arrête pas à ça » (médecin homme ou femme)*

Entretien 15 : *« j'ai eu une mauvaise expérience la première fois avec un gynécologue homme donc après, j'ai tout le temps cherché des gynécologues femmes. »*

De la même manière, 2 patientes ont abordé le thème d'une relation sexualisée, entre 2 individus de sexe opposé, créant une vraie difficulté pour elles.
Entretien 7 : *« c'est gênant, j'ai eu mon conjoint ça me suffit, après je sais, attention, je sais très bien qu'il n'y a pas d'acte sexuel ou quoi que ce soit mais c'est vrai plus facile avec une femme qu'un homme. »*
Entretien 17 : *« j'arriverai pas je serai gêné. Même par respect, je sais qu'ils sont médecins généralistes, qu'ils sont le droit de faire tout ça, mais par respect pour sa femme, je suis tellement euh, dans la tête fidèle que nan pour moi c'est pas, ce serait peut-être pas sa place »*

Ensuite, certaines patientes ont mentionné des **blocages liés au médecin lui-même**. Une patiente a abordé ses doutes face aux connaissances, aux compétences.
Entretien 7 : *« parce qu'un médecin généraliste n'a pas forcément des connaissances aussi développées qu'un gynécologue »*

Cette même patiente a parlé du manque d'information face aux compétences du médecin généraliste.
Entretien 7 : *« les médecins ne vantent pas forcément leurs mérites, comment dire, on ne sait pas si ils ont le droit de faire certains actes (…) j'aurai eu besoin de certains renseignements et je n'étais pas au courant qu'elle pouvait me les donner parce qu'elle n'en a jamais fait mention et je ne peux pas le deviner en fait. »*

Une patiente a également parlé de la pudeur du médecin**.**
Entretien 8 : *« je sais que ma mère avait un cancer et qu'il avait du mal à inspecter sa poitrine alors faire un examen gynécologique. »*

3.3.4. Les traumatismes de l'examen gynécologique

Plusieurs thèmes ont été décrits par les femmes concernant des expériences traumatisantes lors d'une consultation de gynécologie.
Tout d'abord le **vécu personnel** des patientes, avec la douleur notamment exprimée par une grande partie des interrogées.
Entretien 1 : *« c'était quand même en interne et ça fait mal, (…) moi j'ai eu mal »*

Entretien 5 : *« vraiment c'était douloureux, (…) j'avais vraiment mal »*

Entretien 10 : *« il m'auscultait et son doigté était tellement douloureux, que je lui ai fait arrêter l'examen, en plein milieu de l'examen, je me suis relevé, je me suis assise, je lui ai enlevé la main et je lui ai dit vous me toucherez plus. »*

Entretien 12 : *« c'était pas du tout par rapport au manque de respect, non respect de la pudeur, c'est pas ça c'est que ça a été tellement douloureux cet examen, j'en ai gardé un très mauvais souvenir. »*

Entretien 13 : *« elle m'a mis pour me regarder, quand elle a mis le speculum, ça m'a fait mal, ça me faisait très mal »*

Entretien 15 : « *c'est une dame qui est arrivée que je ne connaissais pas, qui ne m'a pas opérée, qui m'a fait un toucher, je lui disais mais vous me faites mal, ah mais vous êtes douillette, alors je lui dis non c'est vous qui me faites mal »*

Dans ce vécu, les patientes ont parlé de leur jeune âge pouvant expliquer le traumatisme.

Entretien 1 : *« je pense aussi d'être jeune, (…), j'avais 17 ans. »*

Entretien 2 : *« j'étais très jeune, (…), j'avais une vingtaine d'années »*

Entretien 4 : *« j'avais 19 ans et ça m'a encore plus renfermée »*

Entretien 6 : *« j'étais jeune j'avais euh 16 ou 17 ans, je trouvais que j'étais jeune* »

Dans ce même thème une patiente a mentionné le jeune âge du médecin.

Entretien 5 : *« j'avais vraiment l'impression d'être face à un novice alors je peux comprendre quand on débute enfin voilà après je pense qu'il y a des précautions à prendre sur sa façon de faire et sa façon de parler aux patientes quoi, (…), j'ai vraiment trouvé ça traumatisant »*

Ce vécu a pu être traumatisant également par l'expérimentation de certaines pathologies de grossesse comme la fausse couche précoce.

Entretien 9 : *« l'examen pour la fausse couche, (…) j'avais perdu beaucoup de sang, il m'avait laissé une heure dans la salle d'attente, on me suivait à la trace (…) il a quand même fait une écho, je pense qu'il me l'a dit mais j'ai pas intégré et c'est après il me l'a dit plus fortement et ça m'a dérangé et aussi la vue du sang et l'examen »*

Le vécu d'une interruption volontaire de grossesse a également été mentionné.

Entretien 7 : *« je n'ai pas eu d'examen traumatisant après euh … j'ai fait mon … (silence) ..mon avortement, malheureusement ça s'est pas bien passé »*

Ensuite, les femmes ont très souvent mentionné le **comportement inadapté du médecin**. Une patiente a évoqué la froideur du professionnel.

Entretien 9 : *« on passe à l'examen et je l'ai trouvé froide, dans sa manière de faire, dans l'examen en soi, ça m'a, aucune douceur et je sentais sa nervosité »*

Le manque de tact a été cité plusieurs fois par les interviewées.

Entretien 2 : *« oh bah il est beau ce bébé » mais en rigolant sauf que moi j'ai pas trop rigolé, j'étais en panique totale (…) j'ai trouvé cela vraiment déplacé »*,

Entretien 4 : *« j'étais les bras en croix et j'entends les médecins dire ce midi, j'ai mangé une pizza puis toi tu pars en vacances, c'était au mois d'août bon benh voilà »*

Entretien 5 : *« ce petit morceau, où qu'il soit ne pouvait pas me causer autant de douleurs et que en gros c'était dans ma tête »*

Entretien 13 : *« j'ai dit ça m'a fait mal et elle s'est permis de faire un commentaire, et vous avez un petit ami, on dirait pas que vous avez des relations, (…) ça par exemple chez un médecin c'est un comportement que je supporte pas, complètement déplacé »*

Entretien 15 : *« alors que j'étais en position gynécologique et il répondait au téléphone et la conversation n'en finissait pas et il était entre mes 2 jambes j'étais dans un mal être pas possible jusqu'au moment où j'en ai eu marre et j'ai passé ma jambe au-dessus de sa tête, je me suis rassis devant lui et puis il continuait sa conversation, et il s'est même pas excusé même pas »*

Pour finir avec le comportement du médecin, le terme de violence a été cité.

Entretien 5 : *« c'est vrai que j'avais qu'une seule envie c'est d'être couverte alors que d'habitude, mais là je sentais mon intimité vraiment blessée mais physiquement, vraiment je me sentais violentée quoi. »*

Entretien 8 : *« elle y va et elle a jamais réussi à rentrer, elle me faisait mal »*

Entretien 10 : *« je ne suis pas une bête sauvage que je lui ai dit, tellement son doigté était très violent »*

Entretien 14 : *« je me souviens que quelque fois j'ai trouvé ça assez pas violent mais brutal »*

Entretien 16 : *« il m'a fait un mal atroce »*, *« ça m'a vraiment traumatisé. J'ai eu trop mal »*

Enfin les patientes ont exprimé **les conséquences** de ces traumatismes. Chacune l'a verbalisé différemment par le refus, la résilience ou la fatalité.

Entretien 1 : *« je m'y attendais pas et c'est vrai que je voulais pas quoi. »*

Entretien 14 : « *je l'ai super mal vécu et pareil j'ai vite fait abstraction après parce que, parce que c'était mon premier enfant et on était très heureux. »*

Entretien 3 : *« on sait qu'on n'a plus le choix, on sait que c'est pour notre bien à nous »*

D'autres patientes ont abordé la notion de perte de confiance envers le professionnel.

Entretien 2 : *« j'avais vraiment confiance c'était un très très bon gynécologue et tout et c'est vrai qu'après j'ai eu des doutes et j'étais beaucoup moins à l'aise avec lui et après j'ai changé de gynécologue d'ailleurs. »*

Entretien 8 : *« j'ai changé de gynéco, j'ai réessayé avec une femme ça a fait la même chose et euh bah du coup avant de trouver un homme, j'ai pas fait d'examen gynécologique du coup. »*

Dans les conséquences de ces traumatismes nous avons également observé 2 choses : le lapsus et l'oubli. Le lapsus d'une patiente lorsqu'elle veut dire qu'elle va faire abstraction de la situation pour son bien et celui de son enfant.

Entretien 14 : *« j'avoue que moi personnellement je fais obstruction de ça après, j'oublie voilà, après moi je suis comme ça. »*

Ensuite, une patiente a clairement verbalisé un oubli significatif de ses propres traumatismes.

Entretien10 : « *je me faisais suivre par le premier gynécologue euh, je me rappelle plus de son nom c'est étrange (…) son doigté était tellement douloureux, que je lui ai fait arrêter l'examen. »*

3.3.5. Les modifications par l'expérience

Toutes les femmes ayant eu des enfants ont été interrogées sur les modifications que cette expérience de grossesse et d'accouchement a pu leur apporter.

Un grand nombre de femmes interrogées a parlé de **l'habituation de l'examen** du fait d'une fréquence plus importante.

Entretien 2 : *« on sait que ça revient régulièrement (…), pendant la grossesse, on y va quand même beaucoup plus »*

Entretien 3 : *« en fait quand on a accouché, on devient moins pudique »*

Entretien 5 : *« on est amené à rencontrer (rires) souvent des médecins voilà qui vous inspectent de tous les côtés »*

Entretien 8 : *« enceinte, j'étais suivie toutes les semaines, au bout d'un moment, on a l'habitude. »*

Entretien 14 : *« je pense que c'est peut-être le nombre de fois où on les voit parce que en plus j'ai 4 enfants donc c'est pour vous dire le nombre de fois où j'ai vu ma gynéco »*

Parmi les changements, au cours de la grossesse, certaines patientes ont évoqué **l'intérêt pour l'autre**.

Entretien 2 : *« on se dit que c'est pour notre enfant (…) on est vraiment dans une autre dynamique » « Quelque part je dirai pas on s'oublie mais presque, on passe au second plan »*

Entretien 3 : *« vu qu'il y a le bébé, on n'a pas le choix de prendre sur vous pour se faire ausculter »*
Entretien 5 : *« je disais que quand on est enceinte, on y va c'est pour faire vérifier que bébé va bien »*
Entretien 6 : *« s'il y avait pas eu ce suivi gynéco, peut-être qu'il serait né handicapé »*
Entretien 14 : *« on est focalisé sur le bébé donc on pense moins à soi donc voilà. »*
Les femmes interrogées nous ont fait part de l'importance du **lien avec le professionnel**, qui se crée lors de ce suivi plus régulier.
Entretien 13 : *« c'était lui qui m'a suivi tout le temps donc j'étais déjà à l'aise déjà avant la grossesse et pendant tout le suivi de grossesse j'étais très à l'aise avec lui et après pour le suivi ça m'a rassurée encore plus »*
Entretien 14 : *« c'est vrai que pendant une grossesse on est suivi quand même de façon très régulière donc euh, ça permet de tisser un lien et puis de prendre confiance … »*
Entretien 15 : *« elle était vraiment… et on parlait d'autres choses euh et elle avait une façon de nous mettre dans la position d'examen, d'expliquer de, et puis de pas faire mal déjà et du coup, pendant des années j'ai eu cette dame formidable et même quand elle a changé de ville je l'ai suivi »*

Quelques patientes ont également fait état d'une **libération psychologique** après tout ce vécu de grossesse.
Entretien 2 : *« je dirai même après le premier enfant directement, moi j'ai moins de problème à aller chez le gynéco et euh même au niveau de mon corps, beaucoup moins de pudeur et beaucoup moins de stress et plus du tout de peur d'avoir mal »*
Entretien 3 : *« on se dévoile plus », « c'est vrai, on se libère »*
Entretien 17 : *« ça se ressent beaucoup psycho, enfin à l'intérieur quoi c'est … oui on se montre plus, on est plus mature, donc on est plus femme et donc on sait ce qu'on doit faire et ne pas faire. », « on se sent plus, j'sais pas si c'est une liberté ou euh de devenir déjà maman, d'être une femme euh je pense que oui la liberté fait partir énormément de choses »*

Deux patientes ont mentionné l'apport de **la connaissance du corps** lors de la grossesse et l'accouchement.
Entretien 2 : *« après on connait mieux son corps aussi, je pense. » « Moi ça m'a appris plein de choses »*
Entretien 5 : *« d'avoir enfanté et se dire bah voilà que cette zone-là, elle a aussi cette fonction-là »*

Une des questions de l'entretien était de connaître les habitudes des femmes avant leur examen gynécologique. La pudeur est au centre de leurs préoccupations.

Pour la majorité des femmes, il existe certains rituels. Pour d'autres, en revanche il n'y a aucune raison de faire quelque chose en amont de cet examen.

Parmi ces habitudes, un certain nombre de patiente a parlé de l'importance d'une **préparation mentale** avec tout d'abord une certaine disponibilité.

Entretien 2 : *« c'est quand même assez stressant (euh) dans le sens ou (euh) j'essaie de prendre mon rendez-vous lors d'une journée où je ne travaille pas »*

Entretien 5 : *« un horaire qui me permet de repasser chez moi »*

Entretien 10 : *« j'essaie de prendre des rendez-vous sur mon jour de congé »*

Une patiente a parlé de son stress et de l'intérêt de se préparer en amont.

Entretien 2 *: « c'est vrai que bah l'attente dans la salle d'attente est toujours source de stress.*

« bah moi me préparer et être à l'aise »

Une large majorité des femmes interviewées a également évoqué une **préparation physique** primordiale. Cette préparation passe par l'hygiène intime.

Entretien 3 : *« d'être propre, déjà, de se renettoyer avant l'examen, (…) je veux être propre, rasée »*

Entretien 5 : *« faire ma toilette si possible (…) je suis pas très pointilleuse sur l'épilation »*

Entretien 8 : *« prendre une douche »*

Entretien 9 : *« je me rase et je fais une toilette intime juste avant de partir »*

Entretien 10 : *« pouvoir faire une toilette intime avant l'examen »*

Entretien 12 : *« je vais me faire une petite toilette avec un gel intime. »*

Entretien 13 : *« oui la douche normalement, c'est systématique même si j'ai pris une douche le matin et que le rdv est l'après-midi c'est systématique avec le gel en plus. C'est important »*

De plus, deux femmes ont parlé de leurs sous-vêtements également.

Entretien 14 : *« je mets une belle culotte déjà »*

Entretien 15 : *« j'emmène toujours du linge, un rechange, une petite culotte dans mon sac à main. »*

Quelques patientes ont parlé d'une certaine **obligation nécessaire** et positive.

Entretien 6 : *« J'ai toujours vu ça comme très bien pour la femme. »*

Entretien 7 : *« dans la vie d'une femme on y va régulièrement donc ça ne me pose plus aucun problème »*

Enfin, certaines expriment clairement **l'absence d'habitude**.

Entretien 4 : *« bah rien comme chez mon médecin généraliste »*

Entretien 6 : *« je ne me prépare pas »*

Entretien 7 : *« je ne me prépare pas forcément. »*

3.3.6. Les pistes d'améliorations

Le dernier thème abordé dans l'entretien était de savoir comment les médecins généralistes pouvaient faire pour encourager et améliorer leur prise en charge gynécologique.

Quelques patientes nous ont d'abord fait part de l'importance de donner du **temps** à cette consultation.

Entretien 6 : *« quand on fait un examen gynécologique, il faut prendre le temps, faut vraiment prendre le temps, faut pas dire benh voilà je vous ai fait votre frottis merci au revoir »*

Entretien 15 : *« le temps de la consultation soit un peu plus long, on sait que quand on va chez le gynécologue c'est plus long que quand on va chez le médecin généraliste par exemple. »*

Ensuite une majorité des femmes a souligné l'importance de **la relation**. Une relation qui doit faire preuve de <u>réassurance</u>, de <u>douceur</u>, de <u>confiance</u>, avec une certaine <u>empathie</u> de la part du professionnel.

Entretien 1 : *« expliquer pas à pas ce qu'il se passe et ouai être assez rassurant après je pense que tout le monde ne l'est pas, c'est pas inné chez toutes les personnes euh …réussir à expliquer et rassurer. »*

Entretien 3 : *« essayer de détendre la patiente avant l'examen, de lui faire même si elle a mal, de la comprendre, de faire attention »*

Entretien 6 : *« l'examen gynécologique c'est tellement important que vous avez besoin que ce soit fait, il y a besoin d'un peu de tendresse »*

Entretien 12 : *« bah moi je fonctionne à la confiance donc c'est plus une histoire de confiance, dès l'instant que je suis avec une personne qui m'inspire confiance, il y a plein de choses qui tombent »*

Entretien 15 : *« je pense que c'est une question de confiance entre le médecin traitant »*

Entretien 10 : *« le fait qu'il soit un peu plus sexologue, un peu psychologue, un peu plus psychologue. »*

De plus la notion de <u>dialogue</u> et d'<u>information</u> étaient très présentes.

Entretien 1 : *« d'expliquer, de parler »*

Entretien 2 : *« peut-être plus en parler c'est vrai, (…) voilà je peux prendre en charge votre suivi »*

Entretien 6 : *« Il y a des choses comme expliquer la ménopause, faut savoir l'expliquer, nous on en a discuté et elle me dit, il y a des traitements, il ne faut pas subir une ménopause, mais faut l'expliquer à la femme qu'il faut pas subir »*

Entretien 7 : *« Déjà de nous renseigner, (…) nous dire, moi je suis capable de faire ça, pas capable de faire ça, ça nous éviterait d'appeler un gynécologue »*
Entretien 15 : *« je pense c'est beaucoup de dialogue, beaucoup de parler »*
Entretien 16 : *« qu'est-ce qu'il pourrait faire, déjà premièrement m'en parler, d'en parler de me demander si j'ai déjà vu un gynéco »*

En ce qui concerne le médecin, quelques patientes nous ont formulé des **qualités** qu'elles recherchent pour faciliter cet examen, comme l'humour pour détendre, le regard, et aussi les compétences en gynécologie.
Entretien 4 : *« j'avais un gynécologue très, moi j'adorai aller chez lui. C'était vraiment (…) toujours à plaisanter euh par rapport au spéculum et tout bon voilà c'est vrai que voilà, la première fois qui me dit c'est la taille d'un … rires euh regardez bon c'était rigolo »*
Entretien 6 : *« quand il vous parle et c'est important à des moments qu'on vous regarde, que vous sentiez que vous existez »*
Entretien 13 : *« dès qu'il y a une urgence on s'adresse tout de suite à lui mais pourtant il a les connaissances, mais je pense peut-être aussi l'effet d'être généraliste et pas spécialiste, ça nous fait hésiter enfin ça me fait hésiter. »*

Enfin, l'environnement accueillant est au cœur des réponses des interviewées. Premièrement, elles recherchent une certaine **intimité respectueuse de leur pudeur**.
Entretien 5 : *« la création d'un espace plus confiné (…) je pense que cet espace un peu dédié, confiné, je pense que ça peut, c'était rassurant de savoir qu'on était encore plus à l'écart »*
Entretien 12 : *« la position de la table d'examen dans le cabinet (…) euh … bah par exemple (…) moi je parle de ça par rapport à mon vécu professionnel en fait c'est-à-dire qu'en fait, si il y a une porte susceptible d'être franchie comme ça sans frapper, sans machin, sans rien, et qui n'est pas fermée à clé, que la table soit orientée la tête du patient vers la porte et non pas les étriers. »*

Cela passe notamment par un lieu dédié au déshabillage.
Entretien 5 : *« je sais pas mettre un rideau, un paravent, (…) possibilité d'avoir un drap ou quelque chose pour cacher »*
Entretien 8 : *« que la femme peut se déshabiller sans que le gynéco par exemple soit là comme 2 pièces séparées »*

Entretien 9 : *« comme on a une pièce unique, déjà déplier le paravent pour pouvoir se déshabiller derrière le paravent voilà, avoir quand même une barrière pour le moment du déshabillage et s'installer tranquillement, je pense que ça crée plus une confiance »*
Entretien 13 : *« c'est vrai qu'on n'est pas tous pareil et le fait d'avoir un paravent, la personne elle peut s'enlever tout tranquillement »*
Entretien 14 : *« après peut être un rideau »*
Entretien 18 : *« qu'il met un rideau que voilà qui cache voilà »*

Cela s'exprime également par une certaine <u>sécurité du lieu</u>.
Entretien 6 *: « c'est vrai que quand vous rentrez, vous ne voyez pas la table d'auscultation. Ça peut aider, je pense que c'est psychologique mais ça peut aider. »*
Entretien 9 : *« vu la disposition aussi des lieux, le fait de fermer la porte à clés voilà pour éviter toute intrusion »*
Entretien 10 : *« si c'est dans le bureau, faudrait que ce soit fermé, euh fin pour dire, je respecte votre intimité, on s'isole, il n'y a que vous et moi »*

Deuxièmement, un climat de <u>bien-être</u> a été évoqué par quelques patientes.
Entretien 10 : *« un truc tout bête mais quand on a les mains froides et qu'on doit palper les seins après souvent, quand les mains sont très froides on vous le dit attention mes mains sont froides mais bon »*
Entretien 11 : *« peut être le confort, je sais pas »*
Entretien 12 : *« un truc tout simple (rires), quand on est en position gynécologique les pieds dans les étriers, ce que je trouve bien c'est qu'il faudrait qu'il y ait un super tableau à regarder en face sur le mur »*
Entretien 15 : *« le cabinet de la sage-femme qui me suivait pour les examens, si le cabinet du médecin était un peu comme ça, ça encouragerait … bah écoutez je pense c'était une petite pièce, c'était bien chauffé plus chauffé qu'un cabinet médical »*

Enfin, les patientes ont naturellement parlé d'<u>outils adéquats</u> pour l'examen.
Entretien 3 : *« table appropriée avec des objets gynécologiques »*
Entretien 7 : *« obligatoirement il faut des instruments gynécologiques »*
Entretien 11 : *« il manque les étriers »*

4. DISCUSSION

4.1. Intérêt du travail

4.1.1. Originalité du sujet

Le thème de la pudeur est un sujet très intéressant et peu traité en médecine générale, d'autant plus en ce qui concerne l'examen gynécologique en médecine générale. Lors du travail de bibliographie, quelques travaux de thèse ont été trouvés notamment sur la place de la pudeur physique en médecine générale par le Dr GUILLAUME [18], la pudeur du patient en médecine générale par le Dr EMONT [19], ainsi que le déshabillage en médecine générale par le Dr MANAS [20]. Il n'a pas été retrouvé de travaux sur la pudeur dans l'examen gynécologique à proprement parler.
En revanche d'autres professionnels médicaux s'y sont intéressés comme les sages-femmes mais plus spécifiquement sur la pudeur lors de l'accouchement [21].
Il s'agit d'un sujet de société et d'actualité car aujourd'hui de plus en plus de médias relaient des informations sur les violences obstétricales, mais aussi sur les violences faites aux femmes de manière générale. Il est donc toujours intéressant de traiter de sujets où le respect de la femme et de son intimité sont mis en lumière.

4.1.2. Choix de la méthode

L'intérêt de la méthode qualitative, contrairement aux études quantitatives, est le fait qu'elle soit inductive. En effet, grâce à tous les entretiens effectués, des hypothèses et des concepts émergent. Dans le cadre de ce travail, ce type d'étude était pertinent puisqu'il permettait de recueillir des avis et des opinions très divers et non pas uniquement des avis de personnes liées au milieu de la santé et du soin. Ce regard complètement extérieur apporte une richesse et une ouverture sur les constats et les améliorations à fournir.

4.1.3. Force du recrutement

Notre échantillon est également intéressant car il tend à représenter la population générale. En effet notre écart d'âge variait entre 22 et 73 ans. Il y avait différentes professions représentées et également différents niveaux socio-économiques. Notre échantillon se composait de diverses situations familiales, puisque nous avions des femmes célibataires, des femmes mariées, des femmes divorcées, des femmes hétérosexuelles mais également une femme homosexuelle.

Enfin nous avions deux patientes d'origine étrangère (espagnole et marocaine) avec une éducation et un vécu quelque peu différent.

4.2. Limites de l'étude

4.2.1. Biais dans le recrutement

La plupart des patientes interviewées, avaient été recrutées lors d'une consultation de médecine générale par l'enquêteur. Il s'agissait parfois d'une consultation où le thème de la gynécologie était abordé. Ainsi les patientes n'étaient pas forcément objectives lors de l'entretien puisqu'elles avaient déjà rencontré l'enquêteur.
Ensuite, il aurait pu être intéressant de questionner les médecins généralistes de ces mêmes patientes pour avoir un regard croisé sur le sujet.

4.2.2. Biais de l'enquêteur

La réalisation d'une première étude qualitative peut engendrer des oublis ou une sélection plus approximative des informations contrairement à un enquêteur expérimenté.
Ensuite, il n'est pas facile pour un enquêteur novice de conserver sa neutralité lors des entretiens, puisque l'objectif est de faire parler les patientes, donc il y a parfois la tentation de s'exprimer personnellement alors que le but est éventuellement d'évoquer les arguments de précédentes interviews, sans jamais exprimer son avis propre.
Enfin le manque d'expérience de l'enquêteur a pu empêcher la pertinence des réponses avec parfois des digressions de la part des patientes et de non-réponse à la question posée.

4.2.3. Biais de désirabilité

Les patientes ayant déjà rencontré l'enquêteur ont pu présenter ce biais qui correspond à répondre aux questions de manière à donner une image positive, à se valoriser alors que la réalité peut être différente.

4.2.4. Biais sur la réalisation des entretiens

Le sujet étant très personnel, les patientes avaient besoin de temps pour se confier, se livrer. Les patientes savaient qu'elles étaient enregistrées et parfois leurs discours s'étaient enrichis une fois l'enregistrement terminé.

4.3. Discussion sur les résultats

4.3.1. Pudeur et patientes

a) Education

Lors de nos entretiens, les patientes ont mentionné l'importance de l'éducation dans cette notion de pudeur.

Entretien 5 : *« aussi par rapport à comment on est élevé (…) il faut pas que tu te montres nue, ou alors faut pas que tu mettes des jupes parfois trop courtes »*

Par le discours de cette patiente, on se rend compte que la pudeur est finalement une règle de bienséance initialement imposée par les parents. Puis ensuite l'enfant se l'approprie comme une vérité inconsciente. C'est pourquoi il y a autant de variations de définition de cette pudeur. Comme l'a dit cette même patiente *« on peut pas mettre de curseur préétabli pour tout le monde »*. Pour chaque définition il existe une éducation propre. Cela commence très tôt dans l'enfance avec l'apprentissage de la propreté, et d'une certaine autonomie.

Entretien 15 : *« très vite avec les enfants voilà, tu veux te déshabiller, t'as le droit que je sorte, euh tout ce qui est sur la toilette, j'ai appris très vite aux enfants à s'essuyer quand ils sortent des toilettes euh, que ce soit pas forcément maman qui le fasse tout le temps »*

De la même façon, on apprend aux petites filles de ne pas soulever leur robe en public. L'enfant, entouré par sa famille, apprend progressivement à s'autonomiser. De ce fait, il s'approprie son corps et ainsi ce qu'il a le droit de faire ou non avec.

Bien que ce sentiment de pudeur soit universel [6], il existe, en plus des variations interpersonnelles, des variations géographiques.

En effet la patiente originaire du Maroc, nous évoque une notion de transmission féminine intergénérationnelle *« avec maman et fille, grand-mère et tout ça »*.

Ce culte du corps est propre à la région du Maghreb avec des femmes qui « *peuvent se dénuder facilement avec les hammams. Le hammam, tout le monde est là et personne ne se regarde, toutes pareilles.* » Il s'agit d'un lieu d'échange et d'apprentissage pour les femmes.

b) Age

La pudeur évolue au cours des âges. Une patiente l'a évoquée en parlant de ses 2 filles.

Entretien 5 : *« je le vois avec mes filles euh j'en ai une qui se promène toute nue dans la maison c'est son plaisir quand elle va prendre le bain alors que la 2e qui est plus grande ça commence à être un peu plus délicat »*

En fonction des âges de l'enfant, les réactions face à la nudité sont différentes.

La pudeur naît progressivement dans l'enfance. La psychanalyste José MOREL CINQ MARS écrivait : « *pour que la pudeur devienne agissante, l'enfant doit disposer d'une représentation de lui-même comme séparé de l'autre maternel, ce qui exige qu'il ait pu se structurer suffisamment* » afin de rendre « *possible la différenciation de l'intérieur de son univers psychique avec le monde externe des objets* » [5]

Ainsi cette période de séparation de l'autre correspond à l'enfant de 2 à 4 ans comme le décrit JUIGNET avec l'acquisition de l'autonomisation, l'adaptation et la maîtrise [22]. C'est d'ailleurs à cet âge qu'apparaît la notion du « surmoi » de FREUD, à savoir le contrôle et la censure des pulsions de l'enfance à travers les recommandations parentales [23].

Cette installation de la pudeur dans l'enfance apparaît lors de l'examen clinique pédiatrique avec des enfants qui n'osent plus soulever leur vêtement pour l'auscultation cardio-pulmonaire. Il semble alors important d'expliquer à l'enfant pourquoi on lui demande cela. Il ne s'agit pas de voir pour voir mais voir pour évaluer l'état cutané, mais également préciser un stade pubertaire quand il s'agit d'une petite fille pour dépister une puberté précoce entre 6 et 8 ans [24]. La nudité peut donc avoir toute sa place dans l'examen de l'enfant et être bien vécue si expliquée.

L'adolescence est une phase remplie de bouleversements, qu'ils soient physiques ou psychiques.

Entretien 6 : *« j'étais jeune j'avais euh 16 ou 17 ans, je trouvais que j'étais jeune »*

Le corps change, et il faut de nouveau s'approprier ce corps tout neuf que l'on ne connaît pas et que l'on ne comprend pas forcément. Les transformations brutales de l'adolescence comme la pilosité, l'acné, l'apparition d'une poitrine, de menstruations pour les jeunes filles peuvent être vécues comme une honte qui pourrait s'assimiler à un excès de pudeur [6].

Ces deux philosophes disent également que « *l'adolescente pudique est innocente de toute faute et donc ne devrait éprouver nulle gêne à ce qu'on la voie nue. Pourtant sa nudité à 13 ans n'est plus celle qu'elle était à 5* [6]. » C'est à ce moment là qu'intervient la place du regard d'autrui. Certaines patientes l'avaient abordé au cours des entretiens.

Entretien 9 : *« la nudité est difficile puisque nous vivons dans un pays où l'apparence est très importante »*

Enfin, l'analyse de ces deux philosophes précise que « *paraître c'est comparaître* » et que « *paraitre en société, c'est immédiatement y être jugé par les autres* ». On peut dire que l'adolescence est le point de départ de l'intégration du jugement. Ce qui explique que la critique est très présente au sein des collèges et lycées, parce qu'elle permet de s'identifier à un groupe. Les adolescents plutôt attirants physiquement, pourront se moquer des jeunes moins attrayants. Les premiers de classes seront critiqués par les cancres…

Cette période de la vie est également un moment où l'individu se renferme sur lui-même avec une communication parfois plus difficile avec ses parents. Il est vrai qu'aujourd'hui avec les médias tel internet, les questions des jeunes peuvent trouver satisfaction rapidement sans passer par la conversation avec un parent. Auparavant comme l'a évoqué une patiente, on ne savait pas et on n'en parlait pas.

Entretien 9 : *« avant on n'en parlait pas comme on en parle aujourd'hui voilà. »*

Cette notion de dialogue que suggère la patiente est primordial à l'adolescence puisqu'elle va conditionner par la suite l'acceptation du corps et ainsi l'examen futur du corps en lui-même.

Enfin prendre de l'âge peut à nouveau faire ressurgir cette pudeur avec les changements corporels.

Entretien 16 : *« quand on avance dans l'âge, on devient plus pudique » « on a des corps tellement transformés, on a des cicatrices, (…) on n'a pas envie de montrer. »*

c) Vécu traumatisant

La pudeur des patientes est directement liée à l'histoire familiale et personnelle de chaque patiente. Une des femmes interrogées l'a très clairement mentionné dans son rapport à l'examen clinique gynécologique.

Entretien 10 : *« j'ai subi dans mon enfance des attouchements, des choses comme ça, donc c'est lié »*

Les traumatismes subis dans l'enfance, comme les violences sexuelles, ont un retentissement notoire sur la vie intime d'une patiente mais également sur la réalisation d'un examen gynécologique. Une patiente nous en a fait d'ailleurs part lors d'un examen gynécologique traumatisant, à savoir son premier à l'âge de 14 ans.

Entretien 8 : *« elle a demandé d'aller sur table et d'écarter les jambes et puis elle explique rien et elle y va et elle a jamais réussi à rentrer, elle me faisait mal, elle a voulu réessayer et moi j'ai jamais laissé faire (…) j'ai changé de gynéco, j'ai réessayer avec une femme ça a fait la même chose et euh bah du coup avant de trouver un homme, j'ai pas fait d'examen gynécologique du coup. »*

La patiente nous a ensuite informé qu'elle avait fait l'examen gynécologique suivant cinq ans plus tard. Il lui aura fallu cinq années pour accepter ce traumatisme et être prête à montrer de nouveau son corps.

Elle a ainsi pu se faire examiner par un autre professionnel, de sexe opposé au responsable du traumatisme.

d) Genre du professionnel

Le genre du médecin a toujours été un fil conducteur lors de nos entretiens mais il est vrai que par rapport à nos attentes les réponses étaient plus modérées.

En effet, certaines femmes préféraient des médecins femmes pour les examiner sur le plan gynécologique.

Entretien 3 : *« je ne sais pas, je préfère que ce soit une femme, déjà j'ai l'impression qu'elles sont plus délicates qu'un homme »*

Entretien 10 : *« c'est vrai que de préférence je préfère une femme »*

D'autres femmes préféraient des hommes pour leur examen gynécologique.

Entretien 4 : *« j'ai toujours eu des gynécologues hommes, je préfère, peut-être je suis plus à l'aise avec un homme. »*

Entretien 9 : *« j'ai toujours choisi un gynécologue homme »*

Et enfin d'autres n'avaient pas de préférence.

Entretien 6 : *« j'ai pas de problème, même en rapport avec le fait que ce soit un homme ou une femme (…) c'est des médecins avant tout. »*

Entretien 11 : *« ça me dérange pas de me déshabiller, voilà, de mettre mon corps devant une femme ou un homme ça ne me dérange pas »*

Toutes les patientes ayant exprimé une préférence pour un sexe ou l'autre lors de la réalisation de l'examen gynécologique nous ont parlé d'un examen perturbant traumatisant avec l'autre genre initialement.

Entretien 3 : *« j'avais vu 2 autres gynécologues hommes avant et c'était pareil il y a eu un blocage, je me bloque en fait parce que j'arrive pas à me dévoiler à un homme alors que ma gynéco femme je n'ai pas de problème. »*

Entretien 10 : *« je me faisais suivre par le premier gynécologue euh, (…) donc il m'auscultait et son doigté était tellement douloureux, que je lui ai fait arrêter l'examen »*

Entretien 4 : *« à la suite de mon premier rapport qui s'est très mal passé, mon partenaire n'a pas pu me pénétrer euh donc j'ai appelé une copine en urgence qui m'a accompagné chez sa gynécologue et donc qui m'a expliqué que j'avais un hymen complètement épais et que faudra peut-être envisager une opération »*

Entretien 9 : *« une mauvaise expérience avec une sage-femme pour mon premier »*

Par tous ces témoignages, on prend conscience que le problème ne vient pas du genre en lui-même mais de l'expérience négative partagée avec le genre en question. En effet un mauvais vécu d'un examen gynécologique par un médecin femme va encourager la patiente vers un futur médecin homme et réciproquement.

Ce regard est intéressant car la littérature met, elle, en évidence de façon majoritaire que les femmes se tournent vers des médecins femmes pour les examens de gynécologie obstétrique [25].

e) Evolution dans le temps

Au cours de nos entretiens, il a été mis en évidence par les patientes mères de famille, qu'il y a une vraie modification de cette pudeur dans le temps. Il est vrai notamment que la grossesse et l'accouchement sont une étape majeure de cette évolution positive de la pudeur.

Entretien 3 : *« en fait on devient moins pudique quand on a accouché » « on se dévoile plus, c'est vrai on se libère »*

Entretien 8 : *« enceinte, j'étais suivi toutes les semaines, au bout d'un moment, on a l'habitude »*

Entretien 14 : *« je pense qu'on est de plus en plus à l'aise au fil du temps »*

Entretien 17 : « on se montre plus, on est plus mature, donc on est plus femme »

Certaines patientes, quant à elles, ne constataient pas forcément de différence

Entretien 12 : *« Non j'ai pas vu de différence parce que j'ai été suivie vraiment très souvent »*

Entretien 13 : *« c'était lui qui m'a suivie tout le temps donc j'étais déjà à l'aise déjà avant la grossesse et pendant tout le suivi de grossesse j'étais très à l'aise avec lui et après pour le suivi ça m'a rassuré encore plus »*

Pour ces dernières, on se rend compte que l'accouchement n'est pas leur étape d'atténuation de la pudeur mais qu'il y a eu d'une autre manière un suivi régulier. En effet la patiente de l'entretien 12 a nécessité un suivi gynécologique très jeune pour douleurs abdominales et dysménorrhées. En ce qui concerne la patiente de l'entretien 13, c'est l'ancienneté de la relation avec son gynécologue qui avait créé un climat de confiance propice à l'épanouissement de la patiente quant au suivi de grossesse.

Parfois en revanche, cette étape peut faire naître une certaine pudeur par les changements corporels. Une patiente en a relaté les faits au détour d'une conversation avec une autre femme qu'elle avait eue la semaine précédant l'entretien.

Entretien 9 : *« je lui disais bah dis donc ça se voit pas du tout le fait que vous ayez eu un enfant et elle me dit oui mais non mes seins tombent maintenant (…) je pense qu'elle l'a vécu comme une dégradation physique (…) de prendre en compte aussi ce mal-être et en parler peut-être »*

Par ce discours, la patiente met en avant l'intérêt de la prévention de ces changements corporels.

Un des rôles du médecin généraliste est la prévention des maladies chroniques, des maladies sexuellement transmissibles, mais on peut également y inclure la prévention psychologique lors d'événements comme un accouchement et un enfant avec effectivement une poitrine possiblement plus lâche mais également des relations intimes plus compliquées.
Cette prévention n'a pas pour but d'infantiliser les patientes bien au contraire, elle vise à dépister des anomalies.

En effet prenons pour exemple une jeune femme dont les rapports étaient très douloureux, bien des mois après l'accouchement, il se trouve que l'épisiotomie et la suture faites n'avaient pas été réalisées de façon optimale ce qui expliquait les dyspareunies et a donc nécessité une reprise chirurgicale. C'est donc en faisant de la prévention que le médecin fait tomber les tabous de notre société.

f) Importance du lien

Comme pour la patiente 13, beaucoup de femmes ont cité l'importance du lien qui existe entre le professionnel et la patiente.
Entretien 6 : *« Quand il y a 2 ans pour mon cancer elle a été chaleureuse. (…) c'est vrai qu'elle a voilà, j'ai même pas eu peur quand elle a appelé, elle a pris le temps, elle m'a convoquée le soir très tard, elle est restée exprès pour que je revienne après mon travail, elle m'a attendue, elle a pris son temps pour m'expliquer. »*
Entretien 12 : « dès l'instant que je suis avec une personne qui m'inspire confiance, il y a plein de choses qui tombent »
Entretien 14 : *« pendant une grossesse on est suivie quand même de façon très régulière donc euh, ça permet de tisser un lien et puis de prendre confiance* »
Entretien 15 : *« Je pense que c'est une question de confiance »*
Cette importance du lien est très intéressante car paradoxale finalement, puisque les patientes recherchent du lien mais lorsque celui-ci est profond et stable comme avec un médecin généraliste qui les suit depuis 10 ans, alors cela devient problématique pour certaines.
Entretien 1 : *« mon médecin traitant c'est le même depuis que je suis petite »*
La patiente ne souhaite donc pas qu'il la découvre et l'examine comme une femme.
Entretien 8 *: « après le fait qu'il me connaisse depuis très longtemps, (…) depuis que je suis née »*
« Après c'est vrai que, (…) c'est aussi un inconvénient que ce soit tout le temps, parce qu'en fait il nous connaît à la fois et du coup des fois, on a beau lui expliquer que nous on sait qu'il y a un problème parce qu'on est comme ça bah il le voit pas forcément. »

Cette femme expose un sujet intéressant, à savoir que le lien ancien qui existe, peut être la source d'un manque d'objectivité, et par conséquent, l'avis d'un gynécologue que l'on voit plus épisodiquement lui semble pertinent.

Entretien 18 : *« par intimité quoi, c'est-à-dire mon médecin je le considère plus proche de moi comme mari, mon enfant. »*

Pour cette patiente c'est presque un membre de la famille et on ne se dénude pas devant un membre de sa famille.

Certes l'importance du lien, et la confiance qui en découle, sont fondamentales, cependant on constate que certaines patientes ne sont pas prêtes à tout confier y compris leur intimité physique à leur médecin traitant. Tandis que d'autres ont pu réaliser au cours de l'entretien l'avantage que cela représente.

Entretien 2 : *« je suis pas fermée du tout, même au contraire à la limite ce serait même plutôt le côté pratique »*

Entretien 4 : *« je serai même tentée de dire que j'aurai préféré que ce soit mon médecin généraliste parce je préfère un homme qu'une femme »*

Il est bon de rappeler que médecin généraliste c'est-à-dire omnipraticien signifie une pratique globale de la médecine. Ce qui inclut donc la pratique de la gynécologie.

4.3.2. Pudeur et médecin

a) Comportement

Au cours de cette étude, les patientes ont verbalisé le comportement inapproprié du médecin qui a rendu un examen traumatisant.

Entretien 13 : *« j'ai dit ça m'a fait mal et elle s'est permis de faire un commentaire, et vous avez un petit ami, on dirait pas que vous avez des relations »*

Entretien 15 : *« alors que j'étais en position gynécologique et il répondait au téléphone et la conversation n'en finissait pas et il était entre mes 2 jambes j'étais dans un mal-être pas possible »*

Ce comportement était à la fois par la parole, mais aussi par le geste.

Entretien 10 : *« je ne suis pas une bête sauvage que je lui ai dit, tellement son doigté était très violent »*

Ces conduites, inacceptables pour les patientes, existent au sein du corps professionnel. Mais pourquoi cela existe et comment y remédier ? Une patiente a dit une chose très intéressante à ce sujet.

Entretien 6 : *« vous êtes médecin avant toute chose et il y a des choses à dire à des moments et voilà je pense que dans votre métier on doit vous apprendre la diplomatie et vous savez l'avoir quand il faut et voilà »*

Au cours de notre formation très théorique, il n'existe pas de cours de diplomatie ou de bienséance envers les patients. Mais les choses évoluent de façon positive. En Suède notamment, de jeunes étudiants masculins ont participé à une étude sur la réalisation et l'apprentissage de leur premier examen gynécologique.

Cette étude leur a permis de mieux appréhender la femme mais également de se rendre compte de certaines choses notamment que « *l'examen puisse être chargé émotionnellement et sexuellement* » et qu'ils aient acquis notamment des compétences techniques et comportementales. Ils ont pris conscience qu'il ne s'agissait pas d'un examen de routine mais d'un examen très spécial pour la femme. Ils ont même parlé de l'intérêt de cette étude pour surmonter leur peur de réaliser l'examen gynécologique [26].

Au-delà de cette étude uniquement tournée sur des jeunes étudiants masculins, il est mis en évidence toute l'importance de l'enseignement pratique et du comportement à adopter.

En France, cela se développe de plus en plus avec notamment les centres de simulation, où l'on met les futurs professionnels face à des situations stressantes pour les analyser ensuite et proposer les meilleures actions à faire ainsi que les comportements à avoir. De même pour ce qui concerne les annonces de maladies chroniques ou cancer, il y a des simulations effectuées avec des comédiens amateurs ou professionnels pour là encore permettre aux professionnels d'analyser leurs faits et gestes afin que dans la réalité leur comportement soit le plus respectueux du patient et de la situation.

b) Recherche de professionnalisme

Pour certaines patientes interrogées, il était évident que peu importe le genre du médecin cela restait avant tout un médecin et par conséquent l'existence d'un professionnalisme avéré.

Entretien 13 : *« quelqu'un que je connaissais mais avec son assistante qui me mettait très à l'aise, (…) ça me stressait un peu mais à chaque fois que j'arrivais je disais, je suis un peu nerveuse, donc la dame qui était là qui arrivait à me mettre à l'aise en me parlant et après lui il me faisait l'examen »*

Entretien 15 : *« le médecin qui m'avait opérée était extraordinaire, le chirurgien, lui vraiment, je n'ai rien à redire, très discret (…), j'aimais beaucoup, parce qu'il y avait une dame qui nous prépare, on passe dans la salle, on est déjà prête et lui il arrive, il pose les questions, très délicat, et une chose qui m'a vraiment marquée, à chaque fois, il m'examinait il disait bon madame, vous vous rhabillez et je vais vous donner les explications dans le bureau »*

Ces 2 femmes nous ont parlé de la présence d'une tierce personne au sein de cette relation médecin-patient. Ce tiers avait un rôle clair de réassurance évident et bénéfique pour les patientes.

Une étude sud-africaine s'est interrogée sur l'intérêt d'un chaperon ou accompagnateur au cours de l'examen gynécologique pour renforcer cette recherche de professionnalisme.

En effet, avec le relais par les médias de violences obstétricales et parfois d'abus sexuels en Afrique du Sud, l'accompagnateur présente un avantage certain.
Il protège par leur présence et leur réassurance le patient mais également le professionnel par leur témoignage du respect des règles de l'art [27].
La présence d'un tiers pourrait donc être une alternative pour faciliter l'examen gynécologique. Cependant ce tiers, s'il s'agit d'un homme comme un étudiant en médecine, peut compliquer davantage la réalisation de l'examen, c'est pourquoi il paraît primordial de rappeler aux patientes qu'il s'agit avant tout d'un futur médecin peu importe son genre.

c) Genre

Nous avons déjà développé ce point quant au choix des patientes pour faciliter cette pudeur. Mais il a été mis en évidence par 2 patientes une véritable sexualisation dans la relation, dans le sens où finalement d'avoir le sexe opposé en face pour examiner l'appareil génital pouvait créer un vrai malaise par rapport à la sexualité propre de la patiente.
Entretien 7 : *« c'est gênant, j'ai eu mon conjoint ça me suffit, après je sais, attention, je sais très bien qu'il n'y a pas d'acte sexuel ou quoi que ce soit mais c'est vrai c'est plus facile avec une femme qu'un homme. »*
Entretien 17 : *« par respect pour sa femme, je suis tellement euh, dans la tête fidèle que nan pour moi c'est pas, ce serait peut-être pas sa place »*
Il est d'autant plus intéressant que parmi ces deux patientes, l'une est homosexuelle et l'autre est hétérosexuelle donc il s'agit d'une idée générale quelles que soient les préférences sexuelles. Ce qui signifie toute l'importance de l'interprétation des faits par les patientes elles-mêmes. En effet, en aucun cas, le médecin généraliste qui examine sa patiente pense tromper sa femme. Pourtant certaines peuvent l'interpréter comme tel.
De la même manière une patiente nous a expliqué qu'il était important d'être dans un lieu isolé pour l'examen gynécologique mais pas trop non plus.
Entretien 10 : *« et en même temps ça peut peut-être faire peur le fait d'être enfermé dans une pièce avec un gynéco, moins avec une femme mais avec un homme ça peut faire flipper »*
Il existe là encore, une ambivalence entre ce qu'elle souhaite et l'interprétation qu'elle peut en avoir. Ainsi, afin d'éviter toute ambiguïté il paraît essentiel d'expliquer, d'informer et de favoriser le dialogue avec la patiente, avant même la réalisation de l'examen gynécologique.

d) Ses propres limites (pudeur propre, compétences en gynéco)

Le médecin généraliste peut malgré lui, mettre en évidence ses propres difficultés, sa pudeur propre. Une patiente l'a d'ailleurs évoqué.

Entretien 8 : *« je sais que ma mère avait un cancer et qu'il avait du mal à inspecter sa poitrine alors faire un examen gynécologique »*

En conséquence de sa propre pudeur, le médecin peut déclencher malgré lui un malaise comme deux patientes l'ont évoqué.

Entretien 6 : *« mon généraliste peut être assez froid (…) par moment donc euh l'examen gynécologique c'est tellement important que vous avez besoin que ce soit fait, il y a besoin d'un peu de tendresse. »*

Entretien 11 : *« peut-être, ouai parce qu'il est un petit peu distant, ce médecin, peut-être. »*

Ensuite même si l'omnipraticien tend à être bon partout, il peut parfois présenter certaines difficultés sur certains sujets comme la gynécologie car moins traitée dans son quotidien.

Entretien 7 : *« un médecin généraliste n'a pas forcément des connaissances aussi développées qu'une gynécologue »*

Par conséquent, s'il maîtrise moins le sujet, il l'abordera moins facilement avec les patientes et attendra plutôt que les patientes viennent vers lui pour parler de gynécologie. C'est pourquoi la formation médicale continue est très importante notamment venant de spécialistes d'organes vers des médecins généralistes comme cela peut être le cas dans certaines régions avec des journées de gynécologie obstétrique destinées aux médecins généralistes. Ces séminaires permettent une mise à jour des prises en charge en constante évolution en médecine et plus particulièrement en gynécologie obstétrique.

4.3.3. Pudeur et environnement

a) Bienveillance du médecin

Cette bienveillance se traduit par plusieurs aspects, bien décrits par les patientes comme la mise en confiance et réassurance, la douceur du professionnel.

Entretien 1 : *« être assez rassurant »*

Entretien 3 : *« de faire attention », « essayer de détendre la patiente avant l'examen »*

Entretien 6 : *« il y a besoin d'un peu de tendresse. »*

Elle passe également par le regard et la communication non verbale qui s'en suit.

Une patiente l'a souligné.

Entretien 6 : *« je pense que j'aurai du mal parce que ce généraliste ne sait pas vraiment vous regarder dans les yeux quand il vous parle et c'est important à des moments qu'on vous regarde, que vous sentiez que vous existez* »

Ce regard pour elle est véritablement synonyme de considération et doit donc être attentif à la patiente. De manière plus générale, ce regard a de la valeur, les auteurs VON REETH et FIAT l'exposent dans leur ouvrage : « *ne pas être regardé finit par être déshumanisant* » et ils évoquent d'ailleurs les conditions de personnes sans domicile fixe, dans la rue, que personne ne regarde [6].

Mais il ne doit pas être jugeant faute de quoi il accentuerait cette pudeur voire même créerait un sentiment de honte.

Entretien 6 : *« quand le chirurgien qui va m'opérer m'a parlé des kilos en plus, je sais que j'ai pris des kilos avec le traitement, (…) il m'a dit, je vous dis ça pour vous plus tard, (…) on va dire que ça m'a un peu, pas vexée mais j'étais pas à l'aise quoi »*

b) Information primordiale

Les patientes nous ont fait part du manque d'information, d'une part quant aux compétences du médecin généraliste en gynécologie.

Entretien 2 : *« peut-être plus en parler c'est vrai (…) voilà je peux prendre en charge votre suivi »*

Entretien 7 : *« Déjà de nous renseigner (…) nous dire, moi je suis capable de faire ça, pas capable de faire ça »*

Entretien 15 : *« peut-être si le médecin généraliste me dit je peux aussi vous suivre sur le plan gynécologique si vous en avez besoin peut être que j'aurai dit Ah bon, j'aurai été étonnée et peut être que je l'aurais fait »*

Entretien 16 : « *déjà premièrement m'en parler, d'en parler »*

D'autre part, de prendre le temps d'expliquer l'examen clinique et les examens complémentaires pour décrire cet inconnu afin d'éviter les appréhensions responsables de traumatismes par la suite.

Entretien 1 : *« j'étais jeune et je pensais une échographie comme pour les grossesses alors que non pas du tout et en fait je suis arrivée dans la salle d'examen et il a sorti comment cela s'appelle, la sonde. Bah j'étais assez surprise et je m'y attendais pas du tout en fait et cela m'a … fin j'ai eu un moment de panique énorme. »*

La patiente savait qu'elle aurait une échographie mais n'avait pas intégré le terme endovaginal qui lui avait été signifié lors d'un précédent examen. Cela montre bien qu'au-delà du dialogue fondamental qu'il doit y avoir il faut naturellement que celui-ci soit intelligible. Pour cette patiente, expliquer que lors d'un examen échographique, on peut être amené à introduire une sonde dans le vagin pour mieux distinguer les reliefs anatomiques de l'utérus et des ovaires.

Une autre femme a également abordé son incompréhension de terme

Entretien 5 : « *je lui posais une question et il me parlait déjà d'hystéroscopie à ce moment-là euh je savais pas ce que c'était, et je lui dis est ce que ça nécessite une anesthésie générale, oh bah j'en sais rien.* »

Une fois encore, il semblait pertinent d'expliquer à la patiente ce qu'est une hystéroscopie, à savoir un examen qui consiste à regarder via une caméra, l'intérieur de la cavité utérine, et qu'il n'y a pas forcément besoin de faire une anesthésie générale.

Dans cette situation, il s'agissait d'un étudiant en médecine, il semble donc utile dans la formation médicale de mettre l'accent sur le dialogue et l'importance d'une information claire, adaptée au patient.

c) Lieu accueillant, rassurant

L'environnement rassurant doit d'abord être instauré par le médecin initialement mais aussi par le cabinet en lui-même et de nombreuses patientes l'ont fait remarquer.

Entretien 5 : *« je pense que cet espace un peu dédié, confiné, je pense que ça peut, c'était rassurant de savoir qu'on était encore plus à l'écart. »*

Entretien 6 : *« c'est vrai que quand vous rentrez, vous ne voyez pas la table d'auscultation. Ça peut aider, je pense que c'est psychologique mais ça peut aider. »*

Entretien 9 : *« le fait de fermer la porte à clés voilà pour éviter toute intrusion. »*

Entretien 17 : *« les pièces chaque pièce de médecin sont bien faits parce que il y a toujours un mur qui cache toujours derrière le bureau »*

Les patientes demandent du confinement pour plus d'intimité et également une certaine sécurité. Au cours de cette étude nous avons pu visiter plusieurs cabinets de médecine générale et constater les avantages de chacun. L'un avait deux pièces distinctes, une pour le bureau, une pour l'examen clinique, d'autres avaient une disposition qui permettait de ne pas voir directement la table d'examen, enfin un autre présentait un paravent pour le déshabillage. Avec ces différents éléments, on imagine le cabinet idéal avec d'une part 2 espaces distincts mais aussi un lieu dédié au déshabillage et tout ceci à l'abri des regards.

d) Respect du déshabillage

Les patientes nous ont clairement formulé cet aspect primordial pour elles.

Entretien 9 : *« pouvoir se déshabiller derrière le paravent voilà, avoir quand même une barrière pour le moment du déshabillage et s'installer tranquillement, je pense que ça crée plus une confiance »*

Entretien 13 : *« c'est vrai qu'on n'est pas tous pareils et le fait d'avoir un paravent, la personne, elle peut s'enlever tout tranquillement »*

Bien plus qu'un simple respect de leur intimité, c'est aussi les laisser se préparer mentalement à ce qui va suivre.

Elles se sont préparées au domicile avec le rituel de l'hygiène (douche, toilette intime, sous-vêtements propres), représentant une forme de respect envers le professionnel qui va les examiner par la suite.

Puis elles vont de nouveau se préparer derrière ce rideau, ce paravent à n'être qu'un corps objet. En effet ce moment de déshabillage est un moment fort de la consultation.

D'une certaine manière la patiente quitte son identité sociale pour n'être qu'un être humain parmi d'autres et ce n'est pas chose facile que de s'oublier soi-même. Cette réflexion a d'ailleurs été le sujet d'une thèse très intéressante [20].

La présence d'un temps personnel dédié au déshabillage représente pour les femmes interrogées le respect du professionnel envers la patiente. Il y a donc un vrai respect mutuel qui va créer cette relation de confiance.

En plus de ce respect du déshabillage, certaines patientes ont évoqué le respect de leur nudité en demandant à être couverte par un drap notamment.

Entretien 11 : *« peut être un drap ou une casaque ou voilà quelque chose. »*

Entretien 13 : *« je pense que le fait d'avoir un drap sur nous c'est important »*

Une étude suisse réalisée en 2016 a montré que l'utilisation d'un outil comme une jupe portefeuille à usage unique fournie par les services de gynécologie obstétrique durant des consultations améliorait significativement l'embarras et l'inconfort des patientes quant à la réalisation d'un examen gynécologique [28]. Cette étude reflète vraiment la genèse de cette thèse. Cependant, il faut se rendre à l'évidence, tout cela a un coût non négligeable que les médecins généralistes ne peuvent s'offrir. C'est pourquoi il faut trouver d'autres alternatives que les patientes elles-mêmes peuvent proposer, comme le port d'une jupe lors des consultations de gynécologie pour être sûr de ne pas être complètement dénudée. Une autre alternative pourrait être que la patiente apporte elle-même son linge comme par exemple une serviette ou un paréo en guise de couverture. Certes cela peut sembler anecdotique voire incongru mais si cela permet à certaines femmes de venir plus facilement faire leurs frottis, cela vaut peut-être la peine d'être suggéré.

e) Moyens de distraction

Deux patientes nous ont fait part de leur demande de distraction pendant l'examen pour faciliter ce dernier et apaiser les patientes.

L'une d'elle nous a évoqué une rencontre avec un gynécologue utilisant l'humour pour détendre l'atmosphère et la patiente en a un bon souvenir.

Entretien 4 : *« toujours à plaisanter euh par rapport au spéculum et tout bon voilà c'est vrai que (…) voilà, la première fois qui me dit c'est la taille d'un … rires euh regardez bon c'était rigolo »*

Pour la patiente l'humour permettait de démystifier l'objet source d'angoisse à savoir le spéculum.

Une autre patiente quant à elle nous a proposé la vision d'un tableau, d'une belle image à regarder pendant le déroulement de l'examen gynécologique.

Entretien 12 : *« un truc tout simple (rires), quand on est en position gynécologique les pieds dans les étriers, ce que je trouve bien c'est qu'il faudrait qu'il y ait un super tableau à regarder en face sur le mur »*

Ce tableau lui aussi par le voyage imaginaire qu'il peut déclencher chez la patiente permet d'atténuer l'anxiété autour de l'examen et de se sentir ailleurs comme si le sujet s'évadait pendant que l'objet était examiné.

Sa proposition est tout à fait pertinente et déjà utilisée dans d'autres circonstances, en effet dans des services de pédiatrie notamment, on remarque des dessins au plafond ou des énigmes que l'enfant doit résoudre lui permettant d'être moins effrayé par le lieu ainsi que l'examen.

Cependant il ne faut pas que ce moyen de distraction devienne un obstacle au bon fonctionnement de la consultation or une patiente en a fait état.

Entretien 15 : *« la gynécologue était, elle mettait une musique et chaque fois que je lui parlais je lui disais mais je vous entends pas, et elle dit oui je mets toujours de la musique classique pour détendre mais je n'entendais pas ce qu'elle me disait donc c'était pas très agréable. »*

En voulant bien faire, le médecin a provoqué l'effet inverse à savoir une tension plus importante qu'une relaxation.

5. CONCLUSION

La pudeur a une place fondamentale dans la relation médecin-patient lors d'un examen gynécologique. Chaque patiente a exprimé une définition personnelle, une appréhension dans le fait de se livrer, se dévoiler et mettre en lumière sa nudité. Cette pudeur s'installe de différentes façons, via l'éducation mais aussi l'expérience propre à chacune. Cependant elle évolue au cours du temps et des expériences comme celles de la grossesse et l'accouchement, où la fréquence des examens et l'intérêt pour l'autre, semblent atténuer cette pudeur.

Dans cette relation médecin-patient, le genre, qui aurait pu être un obstacle, l'est finalement moins que l'expérience traumatisante vécue avec tel ou tel genre. En revanche cette relation doit être fondée sur la confiance et le respect mutuel des individus. Ce respect passe par l'attention portée à autrui grâce au regard bienveillant et non jugeant et aussi par la douceur dans la gestuelle.
L'objectif de notre étude était de mettre en avant les difficultés rencontrées par les patientes lors de cet examen gynécologique afin de proposer des solutions ou des alternatives.
Le professionnel se doit donc, pour favoriser la confiance, mettre le dialogue, l'information et la prévention au centre de sa consultation. Ensuite le tact et le professionnalisme sont attendus par les patientes tout en gardant une certaine proximité avec celles-ci.

Enfin l'environnement, l'aménagement du cabinet pour améliorer cette considération de la pudeur, ont mis en évidence la présence de choses simples pouvant tout changer pour la patiente comme un paravent et une table d'examen à l'écart du bureau de consultation pour créer de l'intimité et respecter l'être social que représente la patiente. Ensuite des moyens de distraction comme l'humour ou un joli tableau à regarder ou une mélodie à écouter peuvent contribuer au bien-être de la patiente et ainsi favoriser l'examen clinique en lui-même mais aussi son observance quant au suivi nécessaire.

Cette étude, aussi intéressante soit-elle n'est pas exhaustive. Cette pudeur est universelle. Par conséquent, il serait intéressant de poursuivre les recherches sur d'autres populations comme les hommes d'une part dont l'intimité peut être dévoilée à différents âges comme pour le dépistage du cancer des testicules ou le cancer de la prostate avec la réalisation du toucher rectal. De la même façon, s'intéresser à la jeunesse voire à l'enfance en questionnant des enfants de 6 à 12 ans qui prennent conscience de la nudité et des difficultés que cela entraîne lors d'une consultation chez le médecin.

Enfin les personnes âgées sont des patients que parfois la médecine ne prend plus le temps de regarder dans son intimité. Autant d'axes qui laissent de nombreuses possibilités pour continuer d'améliorer notre prise en charge de cette pudeur.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : pudeur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pudeur/64989

2. pudeur - traduction - Dictionnaire Français-Anglais WordReference.com [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: https://www.wordreference.com/fren/pudeur

3. PUDEUR : Etymologie de PUDEUR [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/etymologie/PUDEUR

4. Bologne J-C. Histoire de la pudeur. Paris: O. Orban; 1986. 375 p.

5. Morel Cinq-Mars J. Quand la pudeur prend corps. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 2002. 302 p. (Collection « Partage du savoir »).

6. Van Reeth A, Fiat É. La pudeur. 2016.

7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr/

8. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code [Internet]. 2004-802 juill 29, 2004. Disponible sur: www.https://www.legifrance.gouv.fr/

9. Rollnick S, Butler CC, Kinnersley P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. BMJ [Internet]. 27 avr 2010 [cité 17 déc 2019];340. Disponible sur: https://www-bmj-com.merlin.u-picardie.fr/content/340/bmj.c1900

10. l'entretien motivationnel : une approche prometteuse [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=263

11. Cours [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/4.html#4

12. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, Wilt TJ. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk Adult Women: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med. 1 juill 2014;161(1):46.

13. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique: Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs adopte les lignes directrices de l'American College of Physicians. Can Fam Physician. 1 mars 2016;62(3):e117-21.

14. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.

15. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

16. Frappé P, Frappé P, Druais P-L, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale (Lyon). Initiation à la recherche. 2018.

17. guide de la théorisation ancrée | Sociologie | Science [Internet]. Scribd. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: https://fr.scribd.com/document/255279430/guide-de-la-theorisation-ancree

18. GUILLAUME (BETTAN) Gaëlle. Place de la pudeur physique lors de l'examen clinique en médecine générale. Etude qualitative. [Versailles];

19. Emont J. Pudeur du patient: son vécu et ses attentes, étudiés par méthode qualitative au sein d'une patientèle de médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2013.

20. Manas M. Le deshabillage en consultation de médecine générale: étude qualitative sur le vécu et les représentations des patient.es [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019.

21. Tabouy T, Philippe-Guezou V. La place de la pudeur pendant la maternité: étude rétrospective réalisée auprès de 303 femmes accouchées au CHU de Nantes. Nantes, France; 2013. 68 p.

22. Juignet P. Les grandes phases structurantes du développement de l'enfance à l'adolescence [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://psychisme.org/Psychopatho/Phases.html

23. surmoi : définition de surmoi et synonymes de surmoi (français) [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/surmoi/fr-fr/

24. EDOUARD T, PIENKOWSKI C, TAUBIER M. Item 38 Puberté normale et pathologique. :17.

25. Amer-Alshiek J, Alshiek T, Amir Levy Y, Azem F, Amit A, Amir H. Israeli Druze women's sex preferences when choosing obstetricians and gynecologists. Isr J Health Policy Res. 2015;4:13.

26. Siwe K, Berterö C, Wijma B. Unexpected enlightening of a "female world". Male medical students' experiences of learning and performing the first pelvic examination. Sex Reprod Healthc. oct 2012;3(3):123-7.

27. Dhai A, Gardner J, Guidozzi Y, Howarth G, Vorster M. Professionalism and the intimate examination - are chaperones the answer? South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskd. 1 nov 2011;101(11):814-6.

28. Neuhaus LR, Memeti E, Schäffer M-K, Zimmermann R, Schäffer L. Using a wrap skirt to improve the pelvic examination experience. Acta Obstet Gynecol Scand. mai 2016;95(5):534-40.

7. ANNEXES

Guide d'entretien pour les entretiens de 1 à 7

Bonjour Madame, merci d'avoir accepté d'être interrogée dans le cadre de ma thèse sur l'examen gynécologique en médecine générale.

Je me présente, je m'appelle Anne-Claire ORDRONNEAU, j'ai 30 ans et je suis sage-femme avant d'avoir repris des études de médecine, c'est pourquoi tout ce qui tourne autour de la femme m'intéresse. Il se trouve que j'ai fait un constat simple à l'hôpital, des femmes m'ont remerciée pour leur avoir donné un drap, une blouse avant de les examiner. Cela m'a surprise et je me suis interrogée sur le respect de l'intimité et de la femme dans sa globalité dans l'examen gynécologique et plus particulièrement au cabinet de médecine générale.

Je vous propose de vous présenter pour mieux vous connaître.

- ✓ âge
- ✓ profession
- ✓ situation familiale (en couple, divorcée, veuve, célibataire, homosexuelle...)
- ✓ nombre d'enfants

1-**Comment vous préparez-vous avant un examen gynécologique ?**

(Relance : avez-vous des habitudes avant cet examen ?)

2-**Quelles sont pour vous les obstacles qui vous empêchent de faire cet examen gynécologique par votre médecin traitant ?**

(Pourquoi avez-vous des blocages par rapport à cette situation ?)

3-**Qu'est-ce que signifie pour vous la pudeur ?**

(En quoi la nudité est pour vous difficile ?)

3bis-**En quoi la grossesse et l'accouchement ont-ils modifié votre ressenti sur le suivi gynécologique ?**

4-**Accepteriez-vous de me faire part d'un examen gynécologique qui a pu être traumatisant dans votre histoire de vie ?**

5-**Que souhaiteriez-vous que le médecin généraliste fasse pour que vous alliez le voir pour réaliser cet examen ? Que doit-il faire pour que cet examen soit plus facile pour vous ?**

(Qu'est-ce que les médecins généralistes ne font pas ou pourraient faire pour que cela soit plus facile pour vous ?)

Guide d'entretien pour les entretiens de 8 à 18

Bonjour Madame, merci d'avoir accepté d'être interrogée dans le cadre de ma thèse sur l'examen gynécologique en médecine générale.

Je me présente, je m'appelle Anne-Claire ORDRONNEAU, j'ai 30 ans et je suis sage-femme avant d'avoir repris des études de médecine, c'est pourquoi tout ce qui tourne autour de la femme m'intéresse. Il se trouve que j'ai fait un constat simple à l'hôpital, des femmes m'ont remerciée pour leur avoir donné un drap, une blouse avant de les examiner. Cela m'a surprise et je me suis interrogée sur le respect de l'intimité et de la femme dans sa globalité dans l'examen gynécologique et plus particulièrement au cabinet de médecine générale.

Je vous propose de vous présenter pour mieux vous connaître.

- ✓ âge
- ✓ profession
- ✓ situation familiale (en couple, divorcée, veuve, célibataire, homosexuelle...)
- ✓ nombre d'enfants
- ✓ s'agissait-il d'accouchement par voie basse ou césarienne ?
- ✓ la grossesse s'était bien passée ?

1-**Comment vous préparez-vous avant un examen gynécologique ?**

(Relance : avez-vous des habitudes avant cet examen ?)

2-**Quels sont pour vous les obstacles qui vous empêchent de faire cet examen gynécologique par votre médecin traitant ?**

(Pourquoi avez-vous des blocages par rapport à cette situation ?)

3-**Qu'est-ce que signifie pour vous la pudeur ?**

(En quoi la nudité est pour vous difficile ?)

3bis-**En quoi la grossesse et l'accouchement ont-ils modifié votre ressenti sur le suivi gynécologique ?**

4-**Accepteriez-vous de me faire part d'un examen gynécologique qui a pu être traumatisant dans votre histoire de vie ?**

5-**Que souhaiteriez-vous que le médecin généraliste fasse pour que vous alliez le voir pour réaliser cet examen ? Que doit-il faire pour que cet examen soit plus facile pour vous ?**

(Qu'est-ce que les médecins généralistes ne font pas ou pourraient faire pour que cela soit plus facile pour vous ?)

5bis-**Dans le cabinet : quels objets, quelles dispositions de la pièce doivent être faits pour faciliter l'examen gynécologique ?**

Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale. Etude qualitative réalisée en région Picardie.

RESUME

Introduction : Lors d'un examen gynécologique, il est parfois difficile pour les patientes d'exposer leur nudité. Leur pudeur parfois invalidante, complique l'examen et le suivi gynécologique. Le médecin quant à lui, est focalisé sur l'aspect objectif du corps et ainsi deux visions différentes se confrontent. Il a semblé pertinent de comprendre les déterminants de cette pudeur ainsi que leurs conséquences pour permettre une consultation et un examen clinique optimal et bien vécu.

Matériels et Méthodes : Pour la réalisation de cette étude qualitative, des femmes âgées de 22 à 73 ans ont été interrogées par entretiens semi-structurés en Picardie.

Résultats : La pudeur, avait différentes significations pour les patientes : respect du corps, peur de se découvrir, tabou. Elle était également responsable de divers obstacles, parfois propres à la patiente ou inconscients et parfois en lien avec le professionnel. De nombreuses patientes ont abordé les traumatismes vécus à la suite d'un examen gynécologique et leurs conséquences futures.

Discussion : Ce sujet original a mis en évidence différentes notions comme l'importance de l'éducation, l'importance du lien avec le professionnel pour les patientes mais aussi la recherche de professionnalisme et d'un comportement médical délicat et respectueux. Il est apparu dans notre étude que le genre du professionnel opposé à celui de la patiente n'était pas un obstacle en soi. Mais, le vécu traumatisant avec un genre encourageait les patientes à consulter le genre opposé à ce traumatisme. Enfin un environnement propice et accueillant est apparu comme essentiel pour favoriser le bien-être lors de cet examen

Conclusion : La pudeur a un rôle fondamental dans l'examen gynécologique. Mais celle-ci évolue au cours des âges et des expériences vécues. Un comportement bienveillant du médecin, une disponibilité et du temps dédié à cette consultation ont semblé nécessaire pour les patientes. Cette même pudeur n'est pas seulement propre aux femmes. Il serait pertinent de se préoccuper d'autres comme les hommes mais aussi les enfants et les personnes âgées.

Mots clés : pudeur, examen gynécologique, nudité, genre, relation médecin patient.

Prudishness' dimension within patient-practitionner relationship during pelvic consultation performed by general practitionner. Qualitative study in the Picardie region.

ABSTRACT

Introduction : During pelvic exam, it can be tough sometimes for patient to show their nudity. Their disabling prudishness makes the pelvic exam complicated. The practitionner is focused on the objective angle of the body that is why two views converge here. It seemed useful to understand prudishness'grounds and their consequences to enable an optimal pelvic exam.

Material and Methods : During this qualitative study, women aged between 22 and 73 years old were questioned by semi-structured interviews in the Picardie region.

Results : Prudishness had different meaning for patients : body's respect, fear of revealling themselves, taboo. This prudishness was also responsible for various obstacles, sometimes specific to the patient or unconscious and sometimes linked to the doctor. Many patients shared their shock during the pelvic exam and its future consequences.

Discussion : This original subject highlighted different concept such as education's significance, importance of the doctor-patient relationship but also competence and a respectful and thoughtful behaviour. It appeared in our study that the opposite practitionner gender was not an obstacle itself. But the traumatic experience with a gender lead patients to see the opposite gender from this trauma. Finally, supportive and welcoming environment seemed to be essential to promote well-being during this pelvic exam.

Conclusion : Prudishness has a fundamental role in the pelvic exam. But it could evolve throughout experiences and ages. A sympathetic doctor's behaviour, availability, and time dedicated to this exam seemed needed for patients. This prudishness is not only a women'problem. It shall be relevant to be concerned about men but also children and elderly.

Keywords : prudishness, pelvic exam, nudity, gender, patient-practitionner relationship.