



HAL
open science

Ressenti du premier examen gynécologique par la patiente et le/la soignant.e : une étude qualitative dans le Grand Ouest

Aude Fourure, Elsa-Nuray Yildizoglu

► To cite this version:

Aude Fourure, Elsa-Nuray Yildizoglu. Ressenti du premier examen gynécologique par la patiente et le/la soignant.e : une étude qualitative dans le Grand Ouest. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04137739

HAL Id: dumas-04137739

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04137739>

Submitted on 22 Jun 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Aude FOURURE
Elsa-Nuray YILDIZOGLU***

Présentée et soutenue publiquement le *02/05/2023*

**RESSENTI DU PREMIER EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE PAR LA PATIENTE ET LE/LA
SOIGNANT.E : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LE GRAND OUEST**

Président : Monsieur le Professeur WINER Norbert

Directrice de thèse : Dr OHEIX Françoise

Remerciements d'Elsa :

Tout d'abord à Françoise, merci pour tout. Avant d'accepter de devenir ma directrice de thèse malgré l'approche de ta retraite, tu as été une formidable maîtresse de stage. Dès que je t'ai rencontrée, je t'ai prise pour modèle. Merci de nous avoir accompagnées, guidées, encouragées, toujours avec patience et bienveillance.

Au président et aux membres de notre Jury, je vous remercie de vous être intéressé.e.s à notre travail et de nous avoir fait l'honneur d'accepter de l'évaluer.

À Aude, ma chère co-auteure. Notre rencontre était le fruit du hasard et quel heureux hasard ! Merci pour cette collaboration amicale, je suis heureuse que nous ayons réussi à mener à bien ensemble ce travail.

À Kévin, je ne pourrais jamais suffisamment te remercier d'avoir été à mes côtés toutes ces années. Nous savons tous les deux que sans toi je ne serais pas arrivée au bout de ces études. Je t'aime et j'espère que nous pourrions continuer à nous soutenir mutuellement encore très longtemps.

À Arthur, mon fils, merci d'éclairer notre quotidien. Je t'aime énormément et j'espère que tu seras fier de ce travail quand tu seras en âge de le comprendre.

À mes chers confrères et chères consœurs qui ont participé à ce travail ou avec qui j'ai eu la chance de travailler :

Merci à l'équipe du Centre Simone Veil du CHU de Nantes, pour votre accueil pendant mon stage et pour votre participation enthousiaste à cette thèse.

Merci aux médecins du cabinet de Villedieu-La-Blouère et du Sillon de Bretagne, je suis ravie d'avoir pu travailler avec vous !

Merci au cabinet de sage-femmes de Nantes Est pour votre intérêt et votre participation qui a enrichi notre travail.

Aux patientes qui ont accepté de témoigner, un grand merci également. Sans vous, rien n'aurait été possible et nous sommes, à l'issue de ce travail, meilleures médecins grâce à vous.

À ma chère famille, vous avez suivi mes aventures de loin mais vous avez toujours été là pour m'écouter et me soutenir ! Merci à vous. Maman et Belle-Maman, merci de m'avoir aidée à finir cette thèse !

À mes ami.e.s et tout particulièrement Coralie, Bruno, Nicolas, Stella, merci pour votre amitié et tous ces bons moments passés ensemble.

Remerciements d'Aude

MERCI !!

A Françoise, pour sa présence, ses conseils, sa gentillesse.

A Elsa, mon binôme de choc !

Aux membres du jury, d'avoir accepté d'être présents ce jour.

Merci à Mamounette et Papou pour toutes ces loooooooooooooongues années de soutien !!!

Maman, à m'avoir soutenu dans les hauts et surtout dans les bas, d'avoir été présente, encore et toujours. D'avoir tenu le coup, de m'avoir motivé pour me permettre à faire cette passerelle. Les mots ne suffiront jamais à exprimer ce que je peux ressentir aujourd'hui !

Papou, mon idole... cette prestance, cette humanité, cette douceur qui m'a donné envie de devenir Docteur !! Merci d'être là, d'être toi ...

Merci du fond du cœur à vous deux. Mon amour est immense

Loïc, Marina, Clémence, un merci écrit ici ne suffit pas ... une bonne bouteille après ... peut être !!!

Alice, ma fierté, mon ange ...

Et puis il y a Gweno, Christophe et Sophie, présents depuis de si longues années à mes côtés ! Qui eux aussi ont vécu les hauts et les bas de toutes ces années de santé et d'études, un soutien infailible sur lequel je compte beaucoup !

A Marie-Lau ... un pilier indéfinissable

La team Grisette, celle qui permet de rire, de souffler, de s'évader. Qui est là en toutes circonstances Merci les filles !

Damien, une si belle rencontre en externat...

Et bien sûr tous ceux que je ne peux citer mais qui sont là dans cette thèse, de près comme de loin...

Merci à Françoise Méchinaud, à tout le corps médical qui a été présent durant ces années laborieuses...

Et évidemment Merci à mes 4 pattes d'avoir été et d'être là, de m'avoir permis de tenir le choc face à ses années ! Kam, Cijolie, Deep, Noiraud, Nouba, Emma, Enora, Romy, Susie et Mimie

J'y suis arrivée et je peux en être fière

Table des matières

I- Introduction.....	6
II- Matériel et méthodes.....	8
Objectif principal.....	8
Objectif secondaire.....	8
Approche qualitative.....	8
Population d'étude.....	9
Inclusion.....	10
Le questionnaire d'approche.....	10
Entretiens.....	11
L'Analyse des données.....	12
Aspect éthique.....	13
III- Résultats.....	13
1- Description des participant.e.s.....	13
2- Analyse des entretiens patientes.....	13
a. Le thème de la peur.....	13
b. Une méconnaissance de la gynécologie.....	15
c. Une préoccupation autour de la normalité.....	16
d. un rituel de passage obligatoire.....	17
e. La pudeur.....	18
f. Les explications et le rôle de la connaissance.....	19
g. La communication.....	23
h. La relation soignant.e-patiente.....	24
i. Patiente actrice.....	27
j. Le respect de l'intimité.....	28
k. Le vécu de l'examen.....	29
l. Choix du/de la soignant.e.....	30
3- Analyse des entretiens soignant.e.s.....	33
a. Le rôle de l'état d'esprit du/de la soignant.e et les facteurs qui l'influencent.....	33
b. L'histoire de vie des patientes et leur influence sur la consultation.....	35
c. Une capacité d'adaptation mais un examen ritualisé.....	36
d. La pudeur et le respect de l'intimité.....	37
e. La relation soignant.e-patiente.....	40
f. La communication entre le/la soignant.e et sa patiente.....	43
g. Autonomisation et implication de la patiente dans son examen.....	46
h. La notion de consentement.....	47
i. Le rôle des explications.....	47
j. Le vécu de l'examen en lui-même par les soignant.e.s et leur patiente.....	50
4- Analyse comparative des soignant.e.s et des patientes.....	53
a. Analyse thématique.....	53
L'état d'esprit du/de la soignant.e.....	54
La pudeur.....	54
Les explications.....	55
La communication.....	55
La relation soignant.e-patiente.....	56
La décision éclairée, l'implication de la patiente.....	56
Le consentement.....	57
La perception du ressenti des patientes par les soignant.e.s vis-à-vis de l'examen.....	57
Le soulagement.....	58

Des thèmes absents chez les soignant.e.s.....	58
b. Analyse des binômes.....	58
Premier binôme AF.....	58
Deuxième binôme AF.....	60
Troisième binôme AF.....	62
Quatrième binôme AF.....	63
Cinquième binôme AF.....	66
Premier binôme EY.....	67
Deuxième binôme EY.....	70
Troisième binôme EY.....	71
Quatrième binôme EY.....	73
Cinquième binôme EY.....	75
IV- Discussion.....	80
1- Forces et faiblesses de notre travail.....	80
2- Comparaison à la littérature.....	81
a. Représentations négatives et anxiété.....	81
b. Méconnaissance de l'examen gynécologique.....	81
c. L'importance du transfert de connaissance.....	82
d. Pudeur et respect de l'intimité.....	83
e. L'impact de la position gynécologique.....	84
f. L'asymétrie de la relation soignant.e-patiente.....	84
g. L'empouvoirement.....	85
h. Consentement et sentiment d'obligation.....	85
i. La relation soignant.e-patiente.....	86
j. Choix du/de la soignant.e.....	87
k. Communication.....	88
l. Vécu de l'examen.....	89
m. Capacités de perception des soignants.....	90
n. Autres facteurs.....	90
3- Perspectives et propositions.....	91
V- Conclusion.....	92
VI- Annexes.....	94
1- Annexe 1 : flyer explicatif.....	95
2- Annexe 2 : Questionnaire patiente.....	96
3- Annexe 3 : Questionnaire soignant.e.....	97
4- Annexe 4 : Guides d'entretien.....	99
5- Annexe 5 : Tableau descriptif des participant.e.s.....	101
6- Annexe 6 – Dépliant d'information du Centre Simone Veil – CHU de Nantes.....	102
VII- Bibliographie.....	103

I-Introduction

L'examen gynécologique, en tant que pierre angulaire de la santé de la femme, est un sujet de recherche pertinent puisqu'il concerne plus de la moitié de la population mondiale.

En effet, il permet la prévention et le diagnostic de la plupart des pathologies génitales de la femme dont le dépistage du cancer du col utérin.

Dans ce travail, le terme « examen gynécologique » sera défini comme l'examen de la vulve et l'examen endovaginal (inspection, toucher vaginal et examen au spéculum). Nous ne traiterons pas de l'examen sénologique.

Il s'agit d'un examen complexe, qui n'a pas qu'une composante médicale. En effet, l'examen gynécologique est par nature intrusif dans l'intimité physique mais aussi psychique des patientes et des soignant.e.s. (Bates 1, Bodden-Heidrich 2).

Ce ne sont pas seulement les difficultés techniques (notamment son apprentissage) qui sont en jeu mais également le côté relationnel (l'écoute, la qualité des informations lues ou reçues, la communication soignant.e-patiente). (Skär 3)

C'est pourquoi pour améliorer nos pratiques il est nécessaire d'étudier tous ces paramètres et d'interroger les patientes ainsi que leurs soignant.e.s.

Il a été démontré par de nombreuses études conduites dans différents pays, comme le Danemark (Hilden 4), la Norvège (Larsen 5), la Grande-Bretagne (Gupta 6), les Etats-Unis d'Amérique (O'laughlin 8), la Turquie (Tugut 8) ou la Suède (Wijma 9, Oscarsson 10) que cet examen est un moment délicat pour les patientes.

En effet, il peut susciter de l'appréhension, voire de l'anxiété, mais aussi un sentiment d'infériorité ou d'humiliation, à cause de la position d'examen et des questions de pudeur. (Wijma 9, Larsen 5).

Il peut également être à l'origine de sensations douloureuses (Gautier 11 Bodden-Heidrich 2) voire être vécu comme une violence. (Huber 12)

Dans la médecine actuelle où le consentement libre et éclairé est recherché, il est étonnant de constater que le suivi gynécologique est souvent accompagné d'un fort sentiment d'obligation pour les patientes. (Grundström 13, Larsen 14)

Concernant le premier examen, il peut être imposé par un proche (la mère par exemple), par le/la soignant.e (dans le cadre d'un renouvellement de moyen de contraception bien souvent), par un contexte particulier (pathologie / violences). La patiente peut aussi se l'imposer en le considérant comme inévitable pour la préservation de sa santé (Kielar Moreau 15).

Le premier examen est même souvent décrit par les patientes comme un rite initiatique, une entrée dans l'âge adulte. Il a donc une forte valeur symbolique. (Oscarsson 17, Wijma 9)

Ce phénomène est favorisé par l'absence de recommandations officielles en France concernant le suivi gynécologique de routine. Ainsi, les recommandations de la HAS concernant le suivi gynécologique dans le cadre de la prescription d'un moyen de contraception ne préconisent qu'un examen « si besoin » sans plus de précisions. (*HAS Contraception : consultations initiales et de suivi 17*)

En effet, en-dehors des frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus, une grande variabilité dans les pratiques est constatée par différents travaux sur l'âge du premier examen et la périodicité du suivi ultérieur (*Ripaud et Rialland 18*). L'intérêt d'un examen gynécologique systématique tous les ans sans point d'appel est remis en cause sauf en cas de contraception par dispositif intra-utérin.

Il est donc parfois proposé aux patientes de réaliser cet examen sans s'appuyer sur un réel bénéfice médical démontré.

Pourtant, la bonne adhésion des femmes au suivi gynécologique est une priorité afin qu'il puisse jouer son rôle de dépistage, prévention et prise en charge des pathologies éventuelles.

Or, il a été montré que le déroulement du premier examen conditionne l'adhésion au suivi ultérieur, et peut également influencer sur la vie sexuelle des patientes. (*Kielar-Moreau 15, Benoist Harang 33, Wijma 9*).

Dans ce contexte, il semble donc qu'améliorer le vécu du premier examen gynécologique par les patientes est d'une importance de premier ordre.

Cela passe, notamment par le fait d'essayer de diminuer l'appréhension ressentie par les femmes, car celle-ci est corrélée à une majoration de la douleur perçue lors de l'examen (*Bodden-Heidrich 2*).

Cette problématique est étudiée par de nombreux travaux effectués dans différents pays depuis des années, qui ont permis une amélioration progressive des pratiques : diffusion de différentes positions d'examen comme la position sans étriers ou le décubitus latéral par exemple (*Bates 1*), recherche du consentement éclairé, explications en amont sur l'examen en lui-même, l'anatomie, le positionnement du soignant avec notamment la rééquilibration de la relation de soins et l'empouvoirement de la patiente. (*exemple de la charte de consultation en gynécologie et obstétrique proposée par le CNGOF 19, Kielar-Moreau 15, de Bardonnèche 20, McCarthy 21, Fiddes 22, Wijma 23, Yvon 24, Hilden 4*).

Des éléments communs ressortent de ces nombreuses études. Néanmoins on souligne dans ces travaux une certaine variabilité d'une patiente à l'autre et la nécessité d'une prise en charge individualisée. Par exemple, dans le travail de *Kielar-Moreau (15)*, il a été montré que « trop » d'informations peuvent aussi générer de l'anxiété chez certaines patientes.

Pour pouvoir proposer une prise en charge individualisée de qualité, le/la soignant.e doit pouvoir évaluer correctement la façon dont l'examen est vécu par la patiente. Or *Fiddes (22)* montre dans son étude une difficulté pour les praticien.nes à prédire le ressenti des patientes dans les situations extrêmes (positives ou négatives).

Nous avons pu remarquer dans nos recherches bibliographiques que la plupart des études étaient rétrospectives, c'est-à-dire qu'elles demandaient aux patientes de se rappeler de leur premier examen a posteriori, parfois des années plus tard. Peu d'études, en-dehors de thèses d'exercices ou de mémoires (de *Bardonnèche 20*) avaient été conduites en France.

De plus, elles s'intéressent souvent au point de vue du/de la soignant.e ou de la patiente mais ne mettent que rarement les deux visions en perspective.

Cela fait naître chez nous plusieurs interrogations :

- les différentes solutions envisagées dans les travaux existants pour améliorer le vécu de ce premier examen sont-elles efficaces ?

- Comment sont-elles réellement perçues par les patientes ?

- Les soignant.e.s ont-ils/elles une bonne évaluation du ressenti de leur patiente lors d'un premier examen gynécologique ?

C'est dans une démarche de qualité de soins et face à un désir permanent d'amélioration de prise en charge des patientes que nous avons envisagé notre travail actuel. Il consiste en une étude qualitative comparant le vécu de la patiente à celui du/de la soignant.e, au plus près d'un premier examen gynécologique.

II- Matériel et méthodes

Objectif principal

Recueillir et comparer le vécu et le ressenti des patientes et des praticien.nes lors de l'examen gynécologique dans le but d'établir ce qui est vécu comme positif dans la prise en charge, identifier les attitudes médicales à retenir mais aussi celles qu'il faut améliorer pour un premier examen de qualité.

Objectif secondaire

Par cette double perspective, estimer la fiabilité des soignant.e.s dans l'évaluation du ressenti de leurs patientes et leur adaptabilité aux spécificités de chacune.

Approche qualitative

La méthode de recherche qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative, sous la forme d'entretiens semi-dirigés, s'est imposée à nos yeux comme une évidence pour le thème abordé. Nous nous sommes appuyées sur deux ouvrages afin d'établir notre méthodologie

(Initiation à la recherche qualitative en santé - CNGE - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire 25 ; Interpretative Phenomenological Analysis 26).

La méthode qualitative permet de comprendre et expliquer un phénomène social, sans prétention de vouloir apporter une preuve en matière de prévalence, prédiction, causes à effets ou résultats. Il s'agit de construire un modèle explicatif à partir des données recueillies sur le terrain, sans formuler d'hypothèses préalables. Cela permet de se concentrer sur des expériences et leur signification.

Les conclusions de l'étude ne peuvent en aucun cas être généralisées d'un point de vue statistique. Nous nous sommes attachées à comprendre comment un contexte spécifique peut influencer le phénomène étudié - à savoir l'examen gynécologique - à analyser les différents obstacles rencontrés et la manière dont ils sont perçus et surmontés.

Nous avons souhaité utiliser une démarche la plus proche possible de celle d'une étude prospective, afin de limiter le biais de mémoire qui a tendance à minimiser les aspects négatifs.

Nous avons choisi une double approche dans ce but.

En effet, dans une étude qualitative, la référence est l'entretien car c'est ce qui permet de recueillir le plus de données. Néanmoins, sur le plan organisationnel, réaliser les entretiens soignant.e.s et patientes à la sortie de l'examen n'était pas réalisable.

Nous avons donc choisi, pour recueillir les premières impressions de la patiente de la façon la plus précoce possible, un court questionnaire, très simple, donné immédiatement après la consultation. Nous avons également souhaité proposer aux soignant.e.s un autre questionnaire, facultatif celui-là, pour encore une fois limiter le biais de mémoire.

Puis, dans un deuxième temps, nous avons réalisé un entretien semi-dirigé le plus tôt possible avec la patiente et avec le ou la soignant.e pour permettre une étude plus approfondie de la consultation, par des questions ouvertes.

L'objectif, lors de l'entretien, est de faciliter l'abord des émotions et des sentiments des participant.e.s.

La qualité de notre méthodologie a été vérifiée par la grille proposée dans l'ouvrage rédigé par des enseignants de médecine générale, "*Initiation à la recherche qualitative en santé*" (25).

Population d'étude

L'échantillonnage n'a pas été déterminé par le besoin de généraliser ou de prédire, mais par celui d'apporter de nouvelles interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension du phénomène.

Nous n'avons pas d'effectif souhaité, car notre choix d'analyse ne requiert pas de saturation des données. Nous avons souhaité que chacune puisse faire suffisamment d'entretiens pour être à

l'aise et améliorer sa technique. La décision d'arrêter le recueil a donc été prise arbitrairement après l'inclusion de 5 binômes chacune.

L'étude s'est ainsi adressée à toutes les femmes à partir de 18 ans venues consulter pour un premier examen gynécologique dans divers lieux.

Le seul critère d'exclusion était la langue non francophone.

Concernant les soignant.e.s, ils ou elles ont été recruté.e.s dans divers endroits : cabinet de médecine générale, de gynécologie, de sage-femme et centre de planification familiale.

Ils/elles ont été choisi.e.s dans trois départements distincts, le Morbihan, le Maine et Loire et la Loire Atlantique.

Ces trois départements ont été choisis pour des raisons pratiques, proches des cabinets où les investigatrices exerçaient.

Concernant les médecins généralistes, ont été inclus tous ceux qui pratiquaient la gynécologie, que ce soit au quotidien ou de façon occasionnelle.

Inclusion

Nous avons déposé, dans les lieux concernés, des enveloppes contenant un flyer explicatif (Annexe 1), le questionnaire patiente (Annexe 2 :) et le questionnaire soignant.e (Annexe 3).

Cette enveloppe était remise par le ou la soignant.e à la fin d'une consultation comprenant un premier examen gynécologique, après une courte explication sur le sujet de notre thèse et le déroulement de cette investigation.

Afin de favoriser la libre expression des femmes acceptant de participer à notre étude sur ce sujet plutôt personnel et intime, il a été demandé aux patientes de mettre le questionnaire dans l'enveloppe fournie et de la fermer, ou de répondre directement sur Internet via un « QR Code », sans craindre la lecture de leurs réponses par les secrétaires ou les soignant.e.s du cabinet.

Le ou la soignant.e nous contactait ensuite par mail ou par téléphone pour nous informer de l'inclusion, suite à quoi nous convenions d'un rendez-vous pour l'entretien le plus tôt possible en tenant compte des disponibilités de chacun.e.

Dans le souci de ne pas trop perturber l'activité des médecins, de renforcer leur motivation, d'avoir une diversité de pratiques la plus grande possible et de ne pas créer de biais, il a été décidé de ne proposer qu'une seule inclusion par soignant.e.

Le questionnaire d'approche

Le questionnaire patiente (Annexe 2 :), comporte cinq questions, dont une question ouverte.

Les quatre premières questions concernent le ressenti de la patiente aux différentes étapes de la consultation : son accueil dans le cabinet, dans la salle de consultation, l'examen en lui-même et les explications données. Afin de ne pas influencer la patiente dans sa réponse et que le questionnaire soit le plus simple possible à remplir, nous avons opté pour des réponses sous forme de pictogrammes (émoticônes) représentant un visage souriant, renfrogné ou neutre.

La dernière question était une question ouverte à réponse courte demandant de décrire par un seul mot ce qu'elles avaient ressenti lors de l'examen.

Enfin, il était demandé de donner leurs noms, leurs coordonnées et leurs préférences concernant le mode de communication pour être recontactées.

Le questionnaire soignant.e (Annexe 3) était composé de six questions plus un espace libre dédié à tout détail qui lui semble digne d'intérêt concernant cette consultation.

Il avait pour vocation de servir d'aide-mémoire afin de limiter le biais dû au délai inévitable entre l'examen d'intérêt et l'entretien. Il était donc facultatif mais fortement conseillé.

Les questions concernaient diverses étapes de la consultation et de l'examen, et permettaient de consigner certains détails comme les modalités de déshabillage de la patiente, la position dans laquelle s'est déroulé l'examen et les sentiments de la patiente à différents moments de la consultation.

Ce questionnaire n'était pas collecté au moment de l'inclusion.

Entretiens

Un entretien était donc conduit par une des investigatrices avec la patiente et le ou la soignant.e de façon séparée.

Les personnes étaient recontactées soit par téléphone (et SMS), soit par mail, soit directement sur leur lieu de travail pour convenir d'un rendez-vous. En l'absence de réponse, la personne était relancée à plusieurs reprises, en informant de la possibilité à tout moment de se retirer de l'étude. En l'absence de réponse malgré plusieurs sollicitations, le.la participant.e était considéré.e comme perdu.e de vue.

Les modalités de l'entretien étaient guidées par les préférences de l'interviewé.e et les possibilités matérielles : par téléphone ou en face-à-face.

Les entretiens étaient semi-dirigés. Des guides d'entretien ont donc été rédigés pour l'entretien patiente et pour l'entretien soignant.e. (Annexe 4).

Plutôt que de questions, ces guides étaient constitués de points à aborder, afin d'éviter de stéréotyper les entretiens par l'emploi de questions-types. Les questions ouvertes étaient privilégiées afin de ne pas influencer et ne pas cloisonner les discours.

L'entretien patiente comprend cinq parties : une première question « brise-glace » afin d'initier le dialogue, de mieux connaître la patiente et de favoriser la remémoration de la consultation. La deuxième partie concerne la « pré consultation », le temps d'attente précédant directement la consultation et son influence éventuelle sur cette dernière. La troisième partie s'attache à l'entretien avant l'examen clinique proprement dit qui sera, lui, détaillé dans la quatrième partie. La cinquième et dernière partie recueille le ressenti général de la consultation gynécologique, en abordant notamment les pistes d'améliorations possibles.

L'entretien soignant.e suit le même déroulé afin de pouvoir comparer les deux vécus.

Il s'agit d'une discussion profonde et personnelle qui a permis de s'engager dans un dialogue dans lequel les questions initiales ont pu être modifiées à la lumière des réponses des participant.e.s et nous avons pu alors poser des questions en lien avec d'autres thèmes qui ont pu émerger.

Les entretiens ont été enregistrés via l'utilisation de téléphones portables, puis retranscrits sous forme de verbatims par les investigatrices, de façon anonymisée.

L'Analyse des données

Nous avons choisi d'utiliser l'Analyse Interprétative Phénoménologique (plus communément désignée par son acronyme anglophone IPA, que nous utiliserons dans la suite de ce travail).

Cette méthode nous a paru la plus adaptée à notre travail car elle consiste à étudier une expérience en particulier (ici l'examen gynécologique) tel qu'il est vécu par chaque individu.

Il s'agit de chercher à comprendre comment cet individu en particulier a vécu cette expérience. Les critères d'inclusion sont simples : il suffit d'avoir vécu cette expérience pour pouvoir être analysé.

De même, elle n'a pas vocation à généralisation.

L'analyse en elle-même consiste à étudier les verbatims : leur contenu sémantique et les particularités de la langue, à un niveau exploratoire. Il est important de garder un esprit ouvert et de noter tout ce qui peut être intéressant dans le transcrit.

Nous avons ensuite converti cela en thèmes qui capturent et reflètent notre compréhension du ressenti de la personne étudiée. Puis nous avons cherché des thèmes récurrents et fait des connexions entre les cas afin d'en tirer des conclusions plus générales.

Nous sommes restées étroitement liées aux verbatims en reliant chaque thème à un extrait pertinent du transcrit original.

Les résultats ont ensuite été traduits en un compte rendu narratif se basant sur les différents thèmes.

Chaque entretien a été analysé dans la mesure du possible par celle qui l'avait conduit car elle en avait la meilleure connaissance. Une triangulation des données a été réalisée par double annotation de chaque verbatim. Chaque analyse a été relue et éventuellement révisée par la deuxième investigatrice.

Aspect éthique

Les participant.e.s ont consenti librement à faire partie de notre étude en toute connaissance de cause en signant le questionnaire d'approche où était notifiée la possibilité de se rétracter à tout instant ainsi que l'anonymisation et la confidentialité de leurs données.

Les entretiens ont tous été anonymisés lors de la retranscription.

III- Résultats

1- Description des participant.e.s

Nous avons inclus dix couples de soignant.e.s et de patientes, ainsi que deux soignantes isolées. Deux patientes ont été perdues de vue après leur inclusion malgré plusieurs relances. Les patientes avaient toutes un âge similaire, entre 18 et 25 ans. Les caractéristiques principales des participant.e.s sont listées dans le tableau en annexe. (Annexe 5)

Les entretiens ont été conduits par téléphone ou en face à face en fonction des possibilités de chacun.e.

Leur durée était en moyenne de 20min30 pour un minimum de 11min et un maximum de 38min. On note une hétérogénéité entre les deux investigatrices sur la durée des entretiens : 23min en moyenne pour EY contre 16 min pour AF.

Le délai entre l'examen et l'entretien était en moyenne de 7 jours avec un minimum de 0 jour et un maximum de 19 jours.

2- Analyse des entretiens patientes

a. Le thème de la peur

Le thème de la peur est présent chez toutes les patientes, sans exception. Il s'agit d'une notion très vaste qui peut s'exprimer très différemment selon les individus.

Comme il s'agit d'un premier examen pour toutes ces patientes, et, pour la plupart, d'une première rencontre avec un nouveau soignant, il y a donc la peur cumulée de toutes ces inconnues (AF P4 « *ça m'inquiétait* » ; EY P1 « *c'est d'autant plus stressant quand on y va pour la première fois* »).

En effet, pour plusieurs de ces patientes, le fait de n'avoir jamais vécu l'examen en soi est source d'appréhension (EY P2 « *on a une appréhension, c'est la première fois, on sait pas trop comment ça va se passer* », EY P4 : « *je savais pas à quoi m'attendre et j'étais [...] un peu stressée* »). Une patiente se questionne sur les sensations qu'elle va ressentir (EY P4 « *je me demandais ce que ça allait être [...] comme sensation* »). Cette peur peut persister malgré les explications reçues (EY P4 « *Enfin si [...] elle m'avait expliqué [...] mais ouais [...] j'appréhendais un petit peu.* »)

Pendant l'examen, une patiente retrouve des sensations familières (AF P2 « *Comme une douleur de règles* »).

Suite à l'examen, toutes décrivent une disparition de cette peur à l'idée d'un examen futur. (EY P3 « *je le connais donc je suis pas effrayée* » « *j'aurais moins d'appréhension quand même parce que [...] je sais comment ça va se passer* »)

Pour une patiente, cela permet une meilleure acceptation des examens futurs (EY P4 « *je pense que je le prendrais un peu comme [...] une visite annuelle de routine de vérification* »

Lorsque nous avons interrogé les patientes, nous avons essayé de détailler avec elles ce thème de la peur pour mieux comprendre la nature exacte de leurs inquiétudes et les aider à les formuler.

La première chose évoquée sans équivoque est la peur de la douleur lors de l'examen (AF P2 : « *Vachement peur d'avoir mal* » ; EY P1 « *Euh ... bah avoir très très mal* » EY P2 « *si ça va faire mal* »).

L'examen gynécologique en lui-même est spontanément source d'anxiété pour plus de la moitié des patientes. Plusieurs décrivent un sentiment de peur à l'idée de l'examen (AF P5 « *J'ai eu un peu peur* », EY P1 « *quelque chose qui me faisait très très peur* », une anxiété (EY P4 : « *j'appréhendais un peu l'examen* ») voire une réticence (EY P5 : « *plus tard j'y vais, mieux ce sera.* »).

Elles expriment également une peur liée à la méconnaissance (voir chapitre dédié : Une méconnaissance de la gynécologie).

De même, le lieu de l'examen et le genre du soignant peuvent engendrer des angoisses palpables pour plus de la moitié d'entre elles (AF P2 « *je ne voulais pas que ce soit à l'hôpital, ça m'aurait encore plus stressée je crois* » ; EY P2 « *quand on s'attend à avoir une femme que la finalement c'était un homme je me suis dit « oh putain »* »).

Pour certaines d'entre elles, l'attente a été un moment difficile (EY P3 : *L'attente majeure l'angoisse*) avec des expressions corporelles concrètes (AF P3 « *Mon cœur battait fort - J'avais les mains moites* » ; EY P2 « *J'avais chaud, je pense que j'avais de l'appréhension qui montait un peu* »)

Au fur et à mesure de l'avancée dans nos entretiens, nous avons noté que le thème de la peur était toujours présent quel que soit le moment de la consultation, notamment au moment des explications données par le soignant et de la démonstration du matériel.

Plusieurs patientes décrivent en effet une appréhension vis-à-vis du matériel utilisé et plus particulièrement du spéculum (EY P4 « *ben peut-être sur les outils utilisés* », EY P2 « *j'avais peur de ce qu'on allait me mettre dedans* ») liée notamment à sa taille (AF P3 « *ça m'a fait un peu peur je trouvais ça gros* »). Une patiente ressent le spéculum comme un corps étranger (EY P2 : « *y aura toujours l'appréhension d'avoir un corps étranger en nous* »)

Au moment de la proposition de réalisation de l'examen, il y a une réaction intérieure parfois violente (AF P5 « *Et merde...* » ; EY P3 « *savoir qu'on va être examinée crée de l'appréhension* »)

De plus, le moment du déshabillage engendre de l'inquiétude quant à la nudité ou la peur de l'anormalité. (voir chapitre dédié : la normalité La pudeur)

Une fois installées sur la table d'examen, elles peuvent présenter des symptômes physiques d'angoisse (EY P4 « *j'étais un peu tendue [...] et contractée* » ; AF P2 « *Sursauté, sueurs froides, je tremblais* » ; AF P3 « *Mon cœur battait fort, J'avais les mains moites* »).

Nous sentons que pour certaines, l'expérience une fois vécue, l'anxiété du deuxième examen à venir est moindre (EY P4 « *j'imagine qu'il y en aura de moins en moins* » ; EY P3 « *après ça va parce que je sais comment ça se passe donc c'est euh... ça fait moins peur, enfin j'aurai moins d'appréhension* »).

Pour d'autres, elle persiste malgré tout (EY P5 « *je pense que dans tous les cas je serai toujours stressée d'y aller* ») notamment en cas de changement de praticien.ne (EY P1 « *Je pense que j'aurai toujours l'appréhension si à chaque fois je vais voir un médecin différent* »).

Mais c'est la nature de l'examen qui veut cela, puisqu'il diffère fortement d'un examen médical « classique » (EY P2 « *de toute manière on n'a pas vraiment le choix, on doit passer par là, ça doit être mis dedans pour faire l'examen* »)

Enfin quelques-unes parlent de la peur de la maladie (EY P4 « *il y a toujours la petite appréhension [...] de si le docteur découvre quelque chose de totalement anormal* » ; « *ça m'a rassurée le fait [...] qu'il n'y ait rien d'anormal* » ; EY P3 « *pas de cancer de l'utérus mais en fait je vois quand il y a un cancer que ça peut... aller très vite* »).

Pour cette raison, le motif de consultation en lui-même peut générer de l'anxiété. En effet, deux patientes ont consulté en raison de symptômes et décrivent une inquiétude préexistante à la consultation (AF P4 « *je saignais très souvent depuis la vaccination et que ça m'inquiétait quoi* » EY P5 « *ça s'est passé plusieurs fois et à chaque fois je saignais pas mal, quand même, et du coup euh... je me suis posé des questions* »).

b. Une méconnaissance de la gynécologie

En effet, plusieurs patientes exposent un manque de connaissances global concernant la gynécologie.

Pour plus de la moitié des patientes, il existe une méconnaissance corporelle qui engendre une anxiété préalable à l'examen (AF P2 : « *ça m'a fait un peu peur quand elle m'a montré comment et*

où on allait mettre le stérilet, au début je me suis dit que je préférerais ne pas savoir »). AF P3 « c'est bizarre de voir comment on est faite de l'intérieur ».

Les patientes expriment un manque de confiance en elles (EY P3 : « *Je ne suis pas très à l'aise avec mon corps* »), voire une honte de leur corps, parce qu'il y a des leucorrhées, des saignements, ou juste une épilation oubliée (EY P1 « *Je pensais à des trucs bêtes euh ... comme quoi je n'avais pas eu le temps de m'épiler* » AF P3 « *Des trucs qui coulent... des trucs bizarres* »)

Elles décrivent un manque d'interaction avec cette partie du corps en dehors de l'acte sexuel. Ceci est bien exprimé à plusieurs reprises (EY P4 « *y'a pas beaucoup [...] d'interactions avec cette partie-là du corps outre les relations sexuelles* »).

Ce sont donc des sensations peu connues, un sujet peu abordé entre parents et enfants avec une certaine honte sur le fait de se renseigner ou regarder des images du corps humain (EY P5 : « *ben enfin ça aurait été bizarre de voir des vidéos tout ça, ou des schémas ou je ne sais quoi* »).

Elles rapportent également une méconnaissance de l'examen, que ce soit son déroulé (EY P3 « *j'imaginai pas grand-chose, vraiment je ne savais pas du tout à quoi m'attendre* »), le matériel utilisé (EY P5 « *après elle a mis un truc mais je sais pas comment ça s'appelle mais... c'était assez gros* », EY P2 « *Si ça allait être plus gros, jusqu'à où, des choses comme ça* »), l'acte technique en lui-même (EY P3 « *et moi je pensais pas que ce serait ça l'examen* ») ou la position gynécologique (AF P4 « *je savais même pas comment m'asseoir* »).

Par cette méconnaissance, nous avons observé que l'imaginaire prenait une place importante (EY P4 : « *et comme ça j'étais vraiment dans le moment et dans ce qu'elle faisait à pas m'imaginer 5000 trucs* » ; EY P5 « *j'imaginai autre chose dans ma tête* »). Certaines disent se baser par exemple sur les sensations connues d'un premier rapport sexuel (AF P3 « *Comme pour un premier rapport sexuel* » ; EY P4 « *je me demandais ce que ça allait être euh... enfin comme sensation, quoi parce que là on était carrément hors contexte* »).

c. Une préoccupation autour de la normalité

Cette méconnaissance entraîne chez les patientes des questionnements autour de la normalité.

Elles peuvent s'interroger vis-à-vis de leur normalité : normalité de leur anatomie, du fonctionnement de leur corps (EY P2 « *je me demandais si toutes les filles faisaient ça ou... enfin... si c'était normal* »). Le peur d'être anormale revient à plusieurs reprises dans les entretiens (AF P3 « *Que je ne sois pas comme tout le monde... Mal faite ...* »).

Elles ressentent le besoin d'être rassurées sur ce point et estiment que l'examen gynécologique répond à ce besoin (EY P4 « *juste pour voir si tout allait bien* », « *ça m'a rassurée le fait que... qu'il n'y ait rien d'anormal* »).

Une patiente apprécie particulièrement le fait d'être rassurée sur sa normalité au fur et à mesure de l'examen (EY P4 « *que ça c'était mou et que c'était normal, il y avait pas de ganglions là donc c'était normal et du coup euh... enfin ça me rassurait* »)

La notion d'anormalité touche aussi à l'examen et aux sensations qu'il procure (EY P2 « *c'est une gêne, quoi, on sent que c'est pas normal* »). Cela entraîne un besoin de comparer son expérience avec ses proches, pour savoir si ce qu'elles ont ressenti était « normal » (EY P2 « *Mais j'ai dit à ma mère quand même c'est bizarre, et ma mère ça lui avait pas fait ça la première fois* »).

La notion de normalité leur permet de mieux accepter un ressenti négatif (AF P3 « *je pense que c'est normal d'avoir peur* »). Quand l'examen se passe mal, cela permet de rationaliser leur expérience, de justifier les manquements constatés (EY P5 « *c'était peut-être un peu normal d'avoir mal* » « *en me disant qu'elle était froide et si c'était son naturel ça veut dire que c'était normal* »)

d.un rituel de passage obligatoire

Les patientes sont conscientes des nécessités médicales d'un examen gynécologique (EY P2 « *c'est pour notre santé donc on le fait* »), notamment à partir de 25 ans pour la réalisation du premier frottis de dépistage (EY P2 : « *j'ai une collègue de travail... heureusement qu'elle avait fait le frottis parce que ... elle avait chopé le truc, même avec le vaccin* »).

Ce premier examen est vécu comme un passage obligatoire (EY P1 : « *donc fallait bien le faire un jour quoi* »), un rituel (EY P1 : « *bah là je me suis dit ok, pas le choix, il va falloir y passer* ») pour plus de la moitié de nos patientes interrogées.

Même si les praticien.nes abordent le sujet délicatement et progressivement, au fur et à mesure des consultations si ce n'est pas une première entrevue (EY P4 « *elle m'en avait parlé qu'il faudrait qu'on le fasse* »), ou même proposent de le réaliser quand la patiente se sentira prête (AF P5 : « *pas obligé nan surtout qu'elle m'a dit que si je voulais pas aujourd'hui on pouvait remettre si je voulais me préparer* »), le premier examen est vécu comme une étape de vie obligatoire (EY P1 : « *je me suis dit que de toute façon j'allais y avoir droit dans ma vie* »).

La peur du cancer du col de l'utérus est abordée par quelques patientes EY P3 : « *si c'est pour m'apercevoir top tard que j'ai un cancer et que je peux plus rien faire ben je m'en voudrais* »), surtout quand arrive le moment du dépistage et donc du premier examen.

Pourtant, malgré toute cette sensibilisation, le sentiment d'obligation persiste (EY P3 : « *mais il y avait pas le choix donc de toute façon* »).

Plusieurs praticien.nes expliquent, laissent le choix, restent ouvert.e.s à la discussion, permettent de décaler l'examen ou de le faire en plusieurs temps... Mais même avec ces multiples précautions, le sentiment de « passage obligatoire » reste fortement présent.

Les patientes prennent sur elles, le ressentent comme une contrainte qu'elles s'infligeraient elles-mêmes malgré la confiance envers le/la praticien.ne et le caractère bien fondé des examens réalisés. Pour la plupart d'entre elles, une femme adulte se doit d'être examinée (EY P4 « *je suis dans l'âge adulte maintenant et j'avais jamais été examinée alors que ... ben je pense que c'est important quand même* »).

Elles expliquent à plusieurs reprises que finalement, la femme doit s'habituer à cette routine, que la peur de la première fois est sûrement passagère, qu'une fois cette étape passée ce sera plus simple ensuite, comme une porte ouverte à la suite (EY P4 « *après c'est la première fois, j'imagine qu'on s'y fait aussi* »)

Malgré ce fort sentiment de « rituel de passage obligatoire », une partie d'entre elles abordent malgré tout cet examen avec une certaine curiosité (EY P1 « *pour voir ce que c'était* »), et manifestent parfois un refus de différer l'examen quand le praticien le propose en voyant la réaction de sa patiente à l'idée de réaliser son premier examen (EY P5 : « *parce que je me serais pas vue revenir un autre jour en plus en sachant qu'il y allait avoir un examen et du coup ça aurait peut-être provoqué plus de stress* »)

e. La pudeur

La pudeur est également un élément central dans le vécu de l'examen gynécologique par les patientes. En effet, la totalité des patientes aborde ce sujet lors de l'entretien.

Plusieurs la considèrent comme une caractéristique qui leur est propre (AF P3 « *Je suis super pudique, c'est un peu dur* », EY P3 « *c'est parce que je pense je suis quelqu'un de pudique et du coup je réagis comme ça* »).

Pour une patiente, la pudeur ressentie est liée à son propre regard, à son rapport à son propre corps et non au regard de l'autre (EY P1 « *c'était pas son regard qui était gênant, c'était moi... toute seule* »).

Pour une autre, la nudité entraîne un sentiment de vulnérabilité, l'impression d'être : (AF P4) « *Totalement à découvert...* », un besoin d'être protégée (AF P2 « *on a l'impression d'être comme un peu protégée* »).

La pudeur qu'elles ressentent peut aussi être spécifique à la sphère génitale. Plusieurs évoquent le caractère très intime de cette partie du corps (AF P1 « *C'est un endroit intime, ce n'est pas simple* »)

Pour une patiente, à l'inverse, le fait d'exposer ses parties génitales au/à la soignant.e a diminué sa gêne liée à la nudité en elle-même (EY P2 « *ça me gêne pas, hein. Après, elle va voir mon vagin (rires) donc ça me gênait pas vraiment qu'elle me voie* »)

L'idée de la nudité totale, particulièrement, est source d'anxiété pour les patientes (EY P1 « *j'avais peur de me mettre nue en fait* », EY P4 « *quand j'appréhendais... je me voyais toute nue déjà* »). En effet, le vêtement, même léger, présente pour elles une vertu protectrice qui les rassure (EY P5 « *Même si c'est un débardeur, j'étais pas totalement nue* »).

Le déshabillage est un moment délicat, source d'appréhension (EY P3 « *ben moi il y aurait que moi ben du coup... je me serais pas déshabillée !* ») et surtout le retrait du sous-vêtement,

dernière barrière entre l'intimité et le regard extérieur (EY P1 « *d'enlever [...] ma culotte devant quelqu'un, c'est vraiment un truc qui me gêne* »).

Pour cette raison, le déshabillage partiel permet une diminution de la gêne ressentie. (AF P3 « *elle m'a dit de ne retirer que le bas {...} J'étais déjà un peu rassurée de retirer que ça* »). Le fait d'être recouverte d'un drap permet également une amélioration du confort pour une patiente (AF P2 « *Juste le bas ... J'avais un drap sur moi, ça c'est cool* »).

Une patiente évoque une préférence pour le déshabillage en deux temps (EY P4 « *je pense qu'à choisir j'aurais bien aimé remettre le bas quand même* »)

La nudité est vécue comme une réelle épreuve, et le rhabillage comme un soulagement (EY P5 « *je l'avais gardée près de moi pour pouvoir la remettre très très vite* » EY P4 « *un peu soulagée que je puisse me rhabiller* »)

La position gynécologique en elle-même majore la gêne ressentie. Plusieurs patientes décrivent une gêne particulière liée à la position jambes écartées (AF P4 « *C'est bizarre d'avoir les jambes écartées comme ça...* » EY P4 « *c'est vraiment le sentiment d'avoir les jambes écartées en face de quelqu'un qui vous regarde et qui vous ausculte* »). La question de la position gynécologique et de sa répercussion sur le ressenti des patientes est approfondie plus loin. (cf la position)

Ce qu'il est intéressant de noter, c'est le rôle clé de la relation entre la patiente et son/sa soignant.e dans le vécu de la nudité.

En effet, les patientes ne ressentent pas la même pudeur selon la personne qu'elles consultent.

Pour une patiente, la nudité est acceptée grâce au caractère professionnel du/de la soignant.e (AF P3 : « *Même si je sais que c'est son métier* »)

Pour une autre, la nudité est particulièrement anxiogène devant une personne inconnue (AF P3 « *alors là devant quelqu'un que je ne connais pas c'est un peu dur quand même* »).

A l'inverse, la qualité de la relation avec le/la soignant.e a permis à une patiente de dépasser sa gêne (EY P1 « *mais comme le médecin me mettait en confiance etc. ça m'a pas dérangée* »).

Une autre patiente décrit un partage d'intimité avec le/la soignant.e (EY P3 « *de toute façon y a qu'elle et moi dans le bureau* »).

f. Les explications et le rôle de la connaissance

Les patientes évoquent plusieurs origines à leur manque global de connaissances. Certaines décrivent une attitude passive vis-à-vis de la recherche d'informations (EY P3 « *c'était écrit qu'il fallait faire un examen mais [...] j'ai pas cherché plus loin* » EY P2 « *J'avais pas vraiment posé de question* »). Une patiente parle d'une absence de curiosité pour l'examen gynécologique (EY P3 « *puis je m'étais jamais trop posé de question* »)

Plusieurs patientes décrivent un manque d'informations médicales. Cela peut être dû à l'absence d'explications préalables (EY P3 « *elle m'avait pas expliqué* »), mais aussi à l'oubli d'informations données par le passé (EY P4 « *enfin je me rappelais des grandes lignes mais [...] c'est vrai que j'avais plus tous les éléments en tête, arrivée au rendez-vous cette année* »). Une patiente décrit notamment une difficulté à se souvenir des termes médicaux (EY P5 « *on arrive pas à bien se souvenir des termes qu'a utilisés le médecin* »). Pour une patiente, cela faisait suite à une rupture momentanée du suivi (EY P2 « *Donc je demandais à mon médecin traitant et là... étant donné que ça faisait 2 ans, je me suis dit que quand même il faut que je retourne* »).

Pour une patiente, le manque d'informations était lié à l'absence de consultation avec un.e spécialiste en gynécologie (EY P5 : « *je sais que j'ai jamais été voir de gynécologue non plus même pour ma pilule et tout ça a toujours été mon médecin traitant, donc euh enfin voilà, ni de sage-femme ni de ce genre de personne* »). Elle ne semble pas considérer le médecin traitant comme une source potentielle d'informations.

Plusieurs enfin, évoquent une difficulté à se renseigner en-dehors du contexte médical. La gynécologie est présentée comme un sujet tabou, difficile à aborder en public et notamment avec l'entourage (EY P4 « *autour de moi les réactions du corps à ce niveau-là c'est pas... c'est pas quelque chose dont on parle très ouvertement* » EY P5 « *ma maman [...] elle a pas du tout de problème à en parler et tout mais c'est juste qu'elle va pas en parler naturellement non plus* »).

C'est un sujet intime, qu'on ne peut aborder avec n'importe qui (EY P5 « *si j'attendais d'être rendue à la maison ça allait être avec les autres gens donc j'avais pas envie* »)

Pourtant, plusieurs patientes exposent un rôle important de l'entourage dans le partage d'informations vis-à-vis de l'examen. Elles vont se renseigner plutôt auprès de leur entourage féminin (EY P3 « *ben j'ai des copines, j'ai une grande-sœur, j'ai une maman* ») que ce soit leur mère (EY P2 « *j'en avais discuté avec ma mère* ») ou leurs amies (EY P3 « *mais sinon ça aurait été avec des copines* »).

Pour une patiente, son entourage a joué un rôle dans le bon vécu de son premier examen (EY P3 « *après c'est que j'ai de la chance peut-être d'avoir eu des gens autour de moi* »).

Pour d'autres, les retours d'expériences négatifs ont majoré l'appréhension (EY P4 « *avec mes amies effectivement l'examen gynécologique ça paraissait jamais comme quelque chose [...] d'agréable où elles étaient à l'aise, quoi* »).

Une patiente déplore un défaut d'enseignement dans ce domaine (EY P5 « *personne ne nous éduque à ça* ») et pourtant elle-même peine à imaginer comment cela pourrait être différent (EY P5 « *enfin ça aurait été bizarre de voir des vidéos de ça, ou des schémas ou je ne sais pas quoi* »)

Deux patientes se sont tournées vers Internet pour leur recherche d'informations (EY P1 « *sur Internet, je saurais pas vous dire exactement sur quoi* »), notamment les réseaux sociaux, et ont été confrontées à des témoignages négatifs qui ont engendré de l'appréhension (EY P5 « *sur les réseaux sociaux on voit beaucoup [...] de témoignages comme quoi [...] ça s'est mal passé* »). Elles évoquent par exemple des témoignages de violences gynécologiques (EY P1 « *surtout sur les violences gynécologiques* »).

Le rôle des professionnels de santé est donc primordial pour fournir des informations de qualité aux patientes.

Les patientes décrivent en effet un besoin de recevoir des explications sur l'examen, son déroulé (EY P2 « *donc elle explique le déroulement, comment elle va faire* »), le matériel utilisé (EY P2 « *elle m'a montré ce qu'elle allait me mettre dedans et jusqu'où* », AF P3 « *et puis elle m'a montré la brosse* »), l'acte technique (EY P3 « *le frottis c'est un prélèvement [...] avec une petite brosse en fait qui prélève [...] l'intérieur de mon utérus* »), les sensations de l'examen (EY P4 « *les sensations... ouais les sensations d'être examinée* »).

Les explications peuvent se faire à l'aide d'outils visuels tels que des schémas ou tout simplement en montrant le matériel utilisé (AF P5 « *Elle m'a montré ce qu'elle allait me mettre dedans* » « *Elle m'a bien expliqué, et y'avait une image, et elle m'a montré où elle prenait avec la brosse* »).

Pour une patiente, par contre, la visualisation de l'examen engendre de l'anxiété (AF P2 « *ça m'a fait un peu peur quand même, genre quand elle m'a montré comment et où elle allait mettre le stérilet, au début je me suis dit que je préférerais ne pas savoir !* »)

Mais le plus souvent les patientes demandent à être incluses dans la prise en charge, à comprendre l'objectif de l'examen (EY P2 « *elle m'explique le but, donc c'est pour détecter si y a des papillomavirus* » EY P5 « *Ça c'est mieux de le savoir, si j'avais pas su ça, ça aurait été vraiment pire* »). Elles souhaitent comprendre la démarche médicale (EY P4 « *je savais que c'était par là mais du coup ça m'a intéressée aussi de voir comment elle s'y prenait [...] pour voir... enfin ce qui allait ou ce qui allait pas, quoi* ». Une patiente apprécie le transfert de savoir (EY P4 « *elle m'a appris des trucs aussi* »)

Les explications sont parfois données lors d'une consultation préalable, ce qui peut être apprécié (AF P2 « *Elle m'avait déjà bien expliqué et montré comment ça allait se passer* ») mais aussi être source d'une perte d'informations avec nécessité d'un rappel le jour-même (EY P4 « *j'aurais bien aimé juste un petit rappel des étapes* »). Pour une patiente, le fait que ce soit des soignant.e.s différent.e.s qui aient donné les premières informations et qui fassent l'examen a permis d'enrichir les explications fournies (AF P3 « *elle m'a un peu expliqué d'autres choses* »).

Plusieurs patientes apprécient de recevoir des explications pendant l'examen en lui-même, notamment une description des actes du/de la soignant.e (EY P2 « *même quand elle faisait la consultation, elle me disait « donc là j'ouvre les lèvres, je mets un petit peu, ensuite la brosse, attention ça va être un peu froid.* »). Elles aiment être prévenues des gestes avant leur exécution (EY P4 « *pendant la consultation elle expliquait bien tout ce qu'elle faisait étape par étape et ce qu'elle était sur le point de faire* »). La cohérence entre les explications et les sensations ressenties est appréciée (AF P5 « *Elle a ouvert mes lèvres comme elle m'avait expliqué* »). En effet, une patiente décrit l'importance de relier la sensation perçue au geste du médecin (EY P4 « *j'arrivais du coup à connecter ce qu'elle faisait [...] avec enfin moi ce que je ressentais* »), de visualiser les gestes du médecin (EY P4 : « *j'arrivais mieux à visualiser et m'imaginer ce qu'il se passait* »). Cela démontre un besoin de se sentir impliquée dans l'examen.

Pour une patiente, la description par le/la soignant.e de ses constatations pendant l'examen lui permet de ne pas rester dans l'ignorance. (EY P4 « *c'est juste de pas attendre de s'asseoir au bureau pour avoir le verdict* »)

Cependant ce besoin n'est pas universel. Une patiente ne souhaitait pas être informée de ce qu'il se passait pendant l'examen (AF P2 « *elle m'a tout expliqué au fur et à mesure mais je n'écoutais pas trop en fait [...] et puis je voulais pas trop savoir* »).

Une patiente exprime d'ailleurs des besoins différents selon les patientes (EY P3 « *Ben moi c'est ce qu'il me fallait [...] mais peut-être que y a des gens qui aimeraient* » AF P5 « *Moins expliquer les choses mais en même temps certaines veulent savoir* »). Les explications sont donc essentielles mais doivent être adaptées aux besoins des patientes.

Les explications améliorent directement le vécu de l'examen par leur caractère rassurant (EY P4 « *le fait qu'elle m'explique et qu'elle me rassure ben en fait du coup ça s'est super bien passé* »). Elles participent à la création d'un lien de confiance (voir chapitre La relation) (EY P3 « *elle m'a mis en confiance parce qu'elle m'a expliqué* »). Elles diminuent la gêne ressentie par les patientes (EY P3 « *c'est pratique, enfin ça met à l'aise, quoi* »). Des explications de qualité engendrent un sentiment de satisfaction (EY P2 « *Si, elle m'expliquait vraiment bien, je vois pas ce qu'elle aurait pu dire de plus* »)

À l'inverse, une patiente décrit une majoration de l'anxiété par défaut d'explications (AF P4 « *j'entendais des plastiques mais je ne voyais rien c'était stressant* »).

Nous avons donc établi que la plupart des patientes étaient en demande d'un transfert de savoir. Nous allons nous intéresser à l'effet que la connaissance produit sur le vécu de la consultation gynécologique. On constate une divergence à ce propos.

Pour certaines patientes, être informées diminue l'appréhension (EY P2 « *Ben la peur je sais ce que c'est donc j'aurais moins* » EY P3 « *après ça va parce que je sais comment ça se passe donc [...] j'aurai moins d'appréhension* »). La connaissance a des vertus rassurantes (EY P3 « *que ça allait être désagréable mais que ça faisait pas mal donc rassurante quand même* »). Elle permet de contrer l'anxiété liée à l'imaginaire (voir section leur imaginaire) (EY P2 « *Enfin là c'est vrai que c'est fin. La brosse elle est fine, et puis ça fait pas mal en soi* »)

Pour une autre, être informée peut améliorer directement le vécu de l'examen (EY P5 « *si on m'en avait un peu plus parlé avant ça m'aurait peut-être aidée* »).

Une patiente décrit, quant à elle, un bénéfice de l'ignorance. Ne pas savoir qu'elle va être examinée lui a permis de ne pas ressentir d'anxiété anticipatoire (EY P3 « *j'ai pas appréhendé parce que j'avais la tête dans les nuages* » « *je me suis pas dit « Ohlala », j'ai pas eu le temps de paniquer* »). Recevoir des explications lors d'une consultation préalable peut engendrer de l'anxiété (EY P3 « *Je pense qu'elle attendait le jour pour m'expliquer, pour pas m'effrayer peut-être* »).

g.La communication

Pendant la consultation, les patientes apprécient donc de recevoir des explications. Mais ce n'est pas leur seul besoin en terme de communication. En effet, elles décrivent également un besoin de dialogue, que ce soit pendant la consultation ou pendant l'examen en lui-même.

Certaines patientes apprécient une simple distraction conversationnelle pendant l'examen (EY P3 « *du coup elle a essayé de me parler un peu d'autre chose* » EY P5 « *je pense que si elle aurait plus discuté de complètement autre chose ça m'aurait aidée* »). Plusieurs préfèrent cela au silence (EY P1 « *je préfère plutôt que rien dire* » AF P2 « *j'aurais pas aimé que personne ne parle* »). D'autres préfèrent que le dialogue reste centré sur le déroulé de l'examen (EY P5 « *un peu plus de paroles, peut-être expliquer un peu plus* » EY P1 « *elle expliquait ce qu'elle faisait et ce qu'elle voyait* »).

Pour une patiente, la distraction conversationnelle aurait paru inadaptée (EY P3 « *si elle m'aurait parlé d'autre chose ça aurait été bizarre peut-être dans la conversation* »).

Pour une autre, le dialogue pendant l'examen a amélioré son ressenti en l'aidant à garder le contrôle à la fois de ses réactions corporelles (EY P4 « *ça m'a aidée à me détendre* ») et de ses pensées (« *et comme ça j'étais vraiment dans le moment et dans ce qu'elle faisait à pas m'imaginer 50 000 trucs* »).

Quelques patientes rapportent l'effet positif d'être guidées pendant l'examen, notamment l'installation (EY P3 « *elle m'a expliqué, elle m'a dit « Ben asseyez-vous » donc je me suis assis. Elle m'a expliqué qu'il faudrait que je mette les pieds sur les trucs pour mettre les pieds, les cale-pieds. (...) donc oui je me suis positionnée* »).

Une patiente a apprécié que le dialogue soit ouvert par la médecin, qu'elle soit libre de s'exprimer (EY P3 « *donc on peut parler [...] elle met vite à l'aise, quoi* ») et de poser ses questions. (EY P3 « *elle me faisait comprendre que si j'avais des questions [...] je pouvais les poser* »).

Une autre ressentait le besoin qu'on l'incite à exprimer son ressenti (EY P5 « *Ben c'est qu'elle m'a pas forcément demandé enfin si j'avais plus de questions ou quoi enfin... je veux dire elle m'a pas demandé mon ressenti* »).

On remarque également l'importance de se sentir écoutées et comprises. En effet, une patiente rapporte l'effet positif de paroles empathiques (EY P5 « *Ah oui ça doit être un peu stressant, du coup vous vous y attendiez peut-être pas* » et tout et du coup ça c'est des paroles qui étaient cool» « *elle m'a dit « Je me doute que vous ne vous attendiez peut-être pas à ça et tout* ») mais déplore finalement un manque d'écoute pendant l'examen (EY P5« *elle m'a dit enfin « Vous me dites si vous avez mal* » et j'ai... je l'ai dit mais.. [...] elle a rien changé dans sa façon de faire »).

Deux patientes rapportent une bonne compréhension du/de la soignant.e de leur gêne, malgré l'absence de communication explicite. (AF P3 « *Elle devait le sentir, je ne parlais pas trop* », EY P3 « *je pense qu'elle ressentait que j'étais pas très à l'aise* »).

Une patiente souligne avoir apprécié que la médecin adapte son langage (EY P3 « *elle a essayé d'adapter son langage, je pense, à moi* »), par le choix d'un vocabulaire simple (« *c'était simple pour que je comprenne, c'était pas des mots compliqués* »)

Enfin, plusieurs patientes décrivent l'importance de l'honnêteté dans la communication avec le/la soignant.e. (EY P3 « *Ben moi c'est ce qu'il me fallait, simple et [...] que je comprenne [...] et honnête* ») En effet, elles préfèrent que le/la soignant.e soit franc/franche vis-à-vis de l'inconfort qu'elles pourraient ressentir (EY P3 « *elle m'a dit dès le début « ça va être désagréable » elle m'a pas menti* »). Pour cette patiente, l'honnêteté est même vécue comme rassurante (EY P3 « *que ça allait être désagréable mais que ça faisait pas mal donc rassurante quand même* »).

Une patiente aurait souhaité que son médecin soit franc vis-à-vis de son incompetence en gynécologie (AF P5 « *j'aurais largement préféré qu'il me dise qu'il savait pas faire* »).

h.La relation soignant.e-patiente

La qualité de la communication abordée ci-dessus permet à la relation soignant.e-patiente de se mettre en place. Toutes les patientes mettent en avant l'influence de la relation sur leur ressenti.

Pour une bonne qualité de la relation, les patientes évoquent l'importance de l'attitude du/de la soignant.e. En effet, celle-ci est présentée comme décisive dans le vécu de la consultation, notamment quand elle est défavorable (EY P1 « *Euh oui enfin de tomber sur des médecins qui sont pas forcément euh très agréables, quoi [...] qui peut altérer le processus la première fois* », EY P3 « *qui font ça vite fait et qui s'en foutent, et que ça doit pas être hyper agréable* » AF P3 « *Mais en vrai ça va surtout quand on est avec quelqu'un de sympa et qui explique bien* »)

À l'inverse, les patientes apprécient d'avoir affaire à un.e praticien.ne avenant.e : souriante (EY P1 « *Elle était plutôt souriante* »), agréable (AF P1 « *Elle a été très agréable* »), gentille (AF P5 « *Elle était gentille c'est cool* »), douce (AFP5 « *Vraiment sympa, et douce* »). L'une d'entre elles décrit une bienveillance du médecin (EY P2 « *et puis elle est quand même bienveillante, elle explique bien* »).

Une autre souligne l'attitude prévenante de sa médecin (EY P3 « *qu'elle essayait de faire en sorte que je me sente bien, même si elle, je pense qu'elle ressentait que j'étais pas très à l'aise* » « *que je trouvais qu'elle faisait des efforts pour que je sois bien* »). Cela est perçu comme exceptionnel et entraîne un fort sentiment de satisfaction (EY P3 « *je me suis dit que j'avais de la chance [...] d'avoir une médecin comme ça* »).

La plupart rapportent une attitude chaleureuse (EY P1 « *Je la trouvais très chaleureuse* ». La froideur, à l'inverse, est évoquée par une patiente et a provoqué un ressenti très négatif dès la rencontre avec la médecin (EY P3 « *Ben Mme T. je la trouve vraiment froide* » « *je l'ai trouvée assez froide même pendant l'examen* »).

Plusieurs expriment le besoin d'une posture rassurante (EY P5 « *plus de « Ne vous inquiétez pas », plus de... paroles un peu rassurantes »* EY P4 « *le fait qu'elle m'explique et qu'elle me rassure ben en fait du coup ça s'est super bien passé* »).

Elles recherchent un.e soignant.e accessible : ouverte (EY P3 « *Elle est ouverte, quoi, elle accueille bien* »), à l'écoute (EY P3 « *elle était ouverte parce qu'elle me faisait comprendre que si j'avais des questions [...] je pouvais les poser* » EY P1 « *on voyait qu'elle s'intéressait à ce que je disais* »).

Une patiente rapporte l'effet positif d'une attitude compréhensive et empathique (EY P5 « *elle m'a dit « Ah oui ça doit être un peu stressant, du coup vous vous y attendiez peut-être pas » et tout et du coup ça c'est des paroles qui étaient cool* »).

Elles sont nombreuses à apprécier que le/la soignant.e prenne le temps (EY P3 « *elle prenait son temps je pense, à m'expliquer* » EY P4 « *elle m'a pas brusquée* »), leur laisse la possibilité de poser leurs questions (EY P4 « *elle était très gentille, compréhensive et elle répondait à mes questions* »).

Toutes ces qualités que les patientes apprécient chez leur soignant.e sont en fait des facteurs facilitant la relation. Ils posent les prémices d'une relation soignant.e-patiente de qualité. Cela est d'autant plus nécessaire du fait de la particularité de cette relation.

En effet, le/la soignant.e étant détenteur.trice du savoir et du pouvoir de décision (EY P3 « *ben du coup elle conseille et du coup j'écoute ce qu'elle me dit* » EY P5 « *elle m'a dit qu'elle allait regarder et qu'elle allait me faire un examen gynécologique* » « *enfin elle m'a pas demandé non plus mon avis* »), la relation soignant.e-patiente est par nature asymétrique. Les patientes se retrouvent en position d'infériorité.

Par conséquent une patiente dit ne pas se sentir libre de refuser un examen médical d'ordre général (EY P4 « *je me vois mal aller chez le docteur et refuser qu'il m'ausculte* ») mais aussi gynécologique (EY P4 « *et c'est pour ça que ça s'applique aussi au gynécologue* »). Pour elle, cela est d'autant plus vrai que la relation avec le médecin est ancienne (EY P4 « *c'est pour ça que je me vois pas refuser à un médecin de m'ausculter enfin surtout [...] quand j'ai déjà vu le docteur plusieurs fois* »). Elle évoque l'usage d'un moyen détourné pour ne pas procéder à l'examen (EY P4 « *si j'avais pas voulu le faire, j'aurais juste pris ma pilule normalement et j'aurais eu mes règles et ça m'aurait fait une excuse pour ne pas faire cet examen* »).

Cette asymétrie entraîne pour plusieurs patientes une difficulté à s'exprimer. Certaines n'ont pas réussi à partager leur gêne, leur malaise (EY P1 « *Je l'ai pas dit tout de suite en fait.* » « *je lui ai pas forcément dit que j'étais mal à l'aise* »). Cela est particulièrement vrai quand il s'agit d'un ressenti négatif à l'issue de la consultation (EY P5 « *je veux dire elle m'a pas demandé mon ressenti comme là vous le faites, du coup ben j'ai pas forcément dit, quoi.* »).

D'autres se sont senties en difficulté pour partager leurs interrogations (AF P3 « *c'est pas toujours facile de poser des questions* » EY P5 « *peut-être que cette question j'aurais pu la poser à un médecin « est-ce que c'est normal que ça fasse mal ? » mais du coup j'avais peur que ça soit une question bête, enfin je sais pas* »).

Pour cette raison, l'enjeu de la qualité de la relation soignant.e-patiente est d'autant plus important.

En effet, la plupart des patientes décrivent, lors d'une consultation médicale, une sensation de malaise (EY P2 « *elle a senti que j'étais pas trop... à l'aise* »). L'attitude ouverte, chaleureuse, empathique, permet de lever cette gêne et de créer une relation plus détendue (AF P3 « *elle était gentille, on a rigolé à propos de ça après* » EY P2 « *elle m'a quand même vraiment mis à l'aise* »). Cela leur est d'autant plus nécessaire que l'examen gynécologique touche à leur intimité (EY P5 « *Quand c'est hyper intime comme ça je préfère me sentir à l'aise* »).

Par la qualité de cette relation, elles arrivent à dépasser l'inconfort qu'elles peuvent ressentir (EY P1 « *Peut-être avec quelqu'un d'autre ça aurait été plus déroutant* »).

À l'inverse, une mauvaise qualité de la relation peut mettre en échec les efforts du/de la soignant.e (EY P5 « *elle essayait de me dire que ça allait bien se passer etc mais euh... enfin je veux dire elle était gentille et tout, y a pas de souci là-dessus, elle était pas méchante, mais juste ben un peu froide quoi* »).

Il est intéressant de noter que la qualité de la relation n'est pas corrélée à sa durée. En effet, si une patiente décrit une relation qui s'est construite sur la durée avec sa médecin traitant (EY P3 « *je la connais bien, c'est mon médecin traitant* » « *Je la connais depuis que je suis toute petite* » « *comme d'hab', elle met très à l'aise, elle demande si ça va* »), pour une autre un nombre restreint de consultations a suffi à établir un lien de confiance (EY P4 « *je l'ai vue que 3 fois [...] à chaque rendez-vous quand on discutait et que je lui posais mes questions elle était [...]très gentille, compréhensive et elle répondait à mes questions et très rassurante donc ça a établi un lien de confiance, je pense.* »).

D'autres patientes évoquent la construction, même en l'espace d'une seule consultation, d'une relation de qualité. Cela peut se jouer dès la première impression (EY P1 « *Enfin, elle inspirait plutôt confiance je trouve* ») ou au fil de la consultation (EY P2 « *elle m'a quand même vraiment mis à l'aise, bien expliqué, on peut pas faire grand-chose d'autre je pense* »).

Les patientes expriment leur satisfaction par leur souhait de revoir ce/cette soignant.e (EY P2 « *ça s'est très bien passé donc je retournerai* » AF P1 « *J'y retournerai sans crainte* »).

Une autre manifestation de la qualité de la relation, est la création d'un lien de confiance. En effet, la plupart d'entre elles évoquent l'importance de ce lien. (EY P4 « *donc ça a établi un lien de confiance, je pense* », AF P5 « *j'étais quand même en confiance hein parce qu'elle était vraiment sympa et douce* » EY P3 « *elle m'a mise en confiance parce qu'elle m'a expliqué* » EY P1 « *Elle m'a expliqué tout le processus pour bien me mettre en confiance* »).

Nous l'avons vu, ce lien est puissant et a une grande influence sur le ressenti des patientes, mais il est à double tranchant. En effet, suite à un mauvais vécu de l'examen, une patiente décrit une relation brisée avec son médecin (AF P4 « *autant j'adore mon médecin autant j'ai l'impression que ça a cassé un truc* ») avec en conséquence une mise en péril de l'alliance thérapeutique (AF P4 « *La prise de sang oui mais pas l'échographie, surtout qu'il m'a dit que fallait passer en bas alors sérieux je me sens pas prête hein !* »).

i. Patiente actrice

Pour équilibrer la relation, les patientes ont besoin de se sentir impliquées et actrices de leur examen.

La question de la décision éclairée revient souvent dans les entretiens (EY P1 « *Du coup j'ai quand même choisi de faire faire* » EY P4 « *en fait pour cet examen j'ai sauté la semaine rouge de ma pilule [...] donc je l'ai préparé en amont* »).

Pour pouvoir prendre cette décision de façon éclairée, les patientes doivent être informées mais aussi convaincues de la nécessité de l'examen.

Cela peut-être par un bénéfice ressenti pour leur santé (EY P4 « *pour être assurée que tout aille bien et je me suis dit que c'était important* » AF P5 « *Je veux faire ce qu'il faut pour être en bonne santé* »), un service rendu (AF P2 « *Je souhaitais un stérilet* » « *J'étais contente d'en finir avec la pilule* »), un rite de passage (EY P4 « *je suis dans l'âge adulte maintenant et j'avais jamais été examinée alors que... ben je pense que c'est important, quand même* »).

Pour une patiente, c'est une sensibilisation à l'intérêt du dépistage qui va créer une réelle motivation à procéder à l'examen, via des cas de cancers dans son entourage. (EY P1 « *il vaut mieux le faire que se rendre compte trop tard que j'aurais dû le faire* »). L'accès à l'examen et au bénéfice qu'il lui apporte est même vécu comme un privilège (EY P1 « *moi je suis quelqu'un qui peut aller facilement au médecin mais y en a qui peuvent pas forcément donc [...] avoir ce droit à cet examen, c'est pas bête* »)

Les patientes doivent être en possession du pouvoir de décision. Cela passe par le fait que le/la soignant.e leur laisse le choix. Cela peut être le choix de différer l'examen (AF P5 « *elle m'a dit que si je voulais pas aujourd'hui on pouvait remettre si je voulais me préparer* »), d'y procéder le jour-même (EY P2 « *mais bon je me suis dit je vais revenir que dans un an donc voilà* »), ou de ne pas procéder à l'examen (EY P1 « *Elle m'a dit que j'étais pas obligée et que si je voulais, on pouvait faire une échographie* »).

Elles demandent également à avoir le contrôle sur le déroulé de l'examen (EY P1 « *si on se sent pas bien on peut arrêter* »).

Par ce biais, l'examen devient réalisé sur une décision conjointe de la patiente et de son/sa soignant.e. (EY P4 « *on s'était mises d'accord en amont en fait* »). La patiente devient ainsi actrice de sa prise en charge, ce qui lui permet de dépasser ses réticences (EY P4 « *ça veut pas dire que j'aime bien qu'on m'ausculte ou quoi, mais je prends sur moi parce que je sais que c'est pour mon bien et que c'est important de le faire* »).

Elle mobilise alors ses ressources internes pour améliorer activement le vécu de l'examen. Elle peut faire appel à ses capacités d'auto-réassurance (EY P1 « *un peu stressée mais en même temps je me sentais en confiance avec cette personne donc je me suis dit que ça allait bien se passer* »). Elle peut contrôler ses réactions corporelles (AF P2 « *je me concentrais pour ne pas trop me contracter* » EY P4 « *j'ai réussi à me détendre* »).

Pour une patiente, cela lui permet une meilleure acceptation de l'inconfort ressenti : de la douleur (EY P1 « *Euh, un tout petit peu. Mais rien de... rien d'exceptionnel, quoi* »), du manque

d'intimité (EY P1 « *mais comme le médecin me mettait en confiance et cætera ça m'a pas dérangée* »).

Sur la question du consentement, on remarque que chez nos patientes interrogées cette notion est difficile à codifier. En effet, elles répondent pour la plupart, que la décision de réaliser l'examen est éclairée et que la demande de consentement explicite n'est pas nécessaire (EY P1 « *du coup j'ai quand même choisi de le faire* » ; EY P4 « *dans mon cas j'étais toujours d'accord et je suis venue aussi pour ça* » ; « *donc effectivement elle avait toujours mon accord et c'est pour ça que ça m'a pas choquée qu'elle me le redemande pas explicitement après* »)

Elles estiment qu'étant informées et présentes, elles sont forcément consentantes à la réalisation de ce dernier (AF P5 « *Elle a ouvert mes lèvres comme elle m'avait expliqué* »).

La plupart du temps il existe un sentiment de liberté et de choix (EY P2 : « *si ça va pas vous me dites, on arrête* ») mais la recherche de consentement verbal en tant que tel n'est présente que chez une de nos patientes (AF P2 : « *elle me demandait toujours si ça allait et si elle pouvait continuer* »)

Elles expliquent que le/la soignant.e demande si tout se passe bien au fur et à mesure de l'examen, (EY P3 « *elle demande si ça va* »), et laisse le choix (EY P3 « *est ce que vous êtes prêtes ?* »), ce qui est une notion indispensable et nécessaire.

j. Le respect de l'intimité

Une autre dimension rapportée par la majorité des patientes dans leur ressenti de la consultation est le respect de l'intimité.

Pour la plupart des patientes, elle repose sur la disposition des locaux. En effet, elles décrivent le besoin d'une séparation visuelle entre le bureau et la table d'examen. (EY P4 « *quand on est du côté examination [...] on voit pas du tout le docteur qui après écrit à son bureau et euh... inversement. Ça je trouvais ça bien.* »). La plupart apprécient également la présence d'un endroit dédié au déshabillage et rhabillage, généralement représenté par un paravent. (EY P4 « *et quand je me suis rhabillée et que je suis sortie du paravent, en fait j'avais eu l'impression d'avoir eu une espèce de... de vestiaire quoi* »).

Les patientes expriment un besoin de transition entre le moment de l'examen, de la nudité et le retour au bureau et à la normalité.

Quand ce schéma n'est pas respecté ou que la conduite à tenir n'est pas claire, cela engendre une incertitude qui majore leur inconfort (EY P5 « *Là je savais pas où me déshabiller du coup au final je me suis déshabillée du côté bureau* »).

Une patiente décrit par exemple la gêne occasionnée par le fait d'avoir dû se déshabiller à l'opposé de la table d'examen (EY P5 « *j'ai remis direct ma culotte [...] enfin du côté allongé. Et après le reste de mes vêtements de l'autre côté parce que la chaise était de l'autre côté du coup* »).

Pour une patiente, à l'inverse, les locaux n'influent pas sur son sentiment de pudeur. Elle décrit une gêne liée à son propre regard (EY P3 « *je pense que j'aurais eu le même sentiment que je dois me déshabiller dans un endroit seule pour ressortir que là de devoir me déshabiller* »)

Plusieurs patientes décrivent d'ailleurs l'importance du regard. Le fait de se sentir à l'abri renforce le sentiment d'intimité (AF P1 « *On se déshabille derrière une grande armoire, à l'abri des regards* », EY P4 « *pour pouvoir me rhabiller enfin... pas sous les yeux du docteur et je trouvais ça bien* »).

Plusieurs décrivent un besoin d'être seule lors du déshabillage/rhabillage (EY P5 « *j'ai l'habitude de me déshabiller et d'être toute seule* » EY P2 « *elle m'a laissé me rhabiller tranquillement* »)

Néanmoins la présence du/de la soignant.e lors du déshabillage/rhabillage n'était pas perçue comme gênante du fait de l'absence de regard (EY P2 « *Non parce qu'elle m'a pas regardée, hein.* »).

Le comportement du/de la soignant.e joue aussi sur leur ressenti, le fait que le/la soignant.e soit occupé à autre chose pendant le déshabillage/rhabillage. (AF P3 « *elle notait des trucs pendant que je me déshabillais* »).

Une patiente souligne également l'effort du/de la soignant.e pour limiter au minimum le temps où sa nudité était exposée à son regard (EY P4 « *dès qu'elle avait fini elle est passée de l'autre côté* »).

k.Le vécu de l'examen

Chez plus de la moitié des patientes interrogées, le vécu de ce premier examen gynécologique semble positif grâce à une bonne communication, une bonne relation patiente-soignant.e comme vu précédemment.

Pour autant il existe une grande gêne pour toutes au moment de l'installation à cause de la position elle-même (AF P5 et EY P2 « *C'est bizarre d'avoir les jambes écartées comme ça...* ») voire une honte (AF P2 « *Je ne voulais pas que quelqu'un me voit dans cette position-là* » ; « *C'est la honte* »).

Il existe un fort sentiment de vulnérabilité (AF P5 « *Totalement à découvert, genre un peu fragile* »), et une difficulté à exposer son intimité (EY P5 « *euh ça me stressait un peu parce que forcément c'est plus intime, quoi* »).

Malgré le rôle de guide du praticien lors de l'installation, l'inconfort de cette position semble inévitable (EY P3 : « *j'arrive pas imaginer comment ça pourrait être moins gênant ou moins désagréable sachant que c'est ... que c'est comme ça...* » ; « *la position elle est pas hyper confortable et c'est pareil, c'est pas très à l'aise* »).

La position est vécue comme intrusive (EY P3 : « *on rentre dans notre intimité donc forcément on n'est pas à l'aise* »).

Les patientes appréhendent la pénétration par le spéculum. Elles décrivent des sensations inhabituelles, inconnues et surprenantes (EY P2 « *c'est une sensation bizarre. On sent qu'il y a un corps étranger qui est en nous* » ; EY P4 « *Les objets froids dans les parties intimes c'était surprenant comme sensation je trouve* »), désagréables (EY P4 « *c'est juste le spéculum qui était froid et... qui écartait...* ») voire douloureuses (EY P5 « *c'est vraiment le truc qu'elle a rentré dedans, ça, ça me faisait vraiment super mal* ») AF P4 « *j'ai eu l'impression qu'on essayait de m'ouvrir en grand... ça faisait trop mal* ».

Elles expriment facilement le caractère difficile de ce moment (EY P2 « *on a hâte que ça se termine quand même* »).

Malgré l'inconfort ressenti, la plupart des patientes se sentent rassurées à l'issue de l'examen. Elles décrivent un décalage entre leur imaginaire et la réalité (AF P5 / EY P2 « *finalement c'est pas si horrible que ça* » ; AF P2 « *je pensais à pire* » ; AF P3 « *Finalement on s'en fait tout un monde mais ça va* ») avec un réel soulagement (AF P2 « *carrément soulagée ouais !!* » ; EY P1 « *j'étais soulagée que ce soit que ça en fait* »), une décontraction (EY P4 « *En fait ça va, j'étais plutôt rassurée* » AF P5 « *J'ai souri et je l'ai remercié* ») et même de l'humour (EY P2 « *s'il y a un souci, elle me rappelle. Donc j'ai dit « je n'attends pas de vos nouvelles* »)

Elles expriment le fait d'être soulagées vis-à-vis de la douleur (EY P1 : « *c'était désagréable mais c'était pas non plus douloureux quoi* »), de la taille du spéculum (AF P5 « *Et je pensais que le spéculum était plus gros* »), et du temps passé à être examinée (AF P5 « *J'imaginai pas que ça allait être aussi rapide en fait...* » ; EY P2 « *on reste pas un quart d'heure dans le vagin ça va* »).

I.Choix du/de la soignant.e

Nous avons évoqué précédemment l'importance pour elles de l'attitude du/de la soignant.e et de la relation soignant.e-patiente. Les patientes nous parlent également du choix de leur praticien.ne pour leur premier examen gynécologique.

Pour certaines, il était guidé par la préexistence d'une relation de qualité. Cela peut être une relation de médecin traitant (EY P3 : « *je la connais bien, c'est mon médecin traitant.* » EY P5 « *Enfin en tout cas si je devais aller voir un médecin, enfin j'aime bien que ça soit ma médecin traitante quand même* »), ou de médecin de famille (EY P4 « *et après je pense que c'est aussi le docteur qui suit ma maman* »).

Une patiente décrit l'importance pour elle de poursuivre le suivi avec la même personne (EY P4 « *c'est toujours un peu délicat pour la prise de rendez-vous mais euh... je préfère que ce soit avec le même médecin* »).

Pour d'autres, le choix était guidé uniquement par une caractéristique du/de la soignant.e. En effet le genre du médecin est de première importance pour plus de la moitié des patientes.

Elles décrivent toutes une préférence pour un médecin de genre féminin (AF P1 : « *je voulais des femmes* », AF P5 « *c'est une fille, je préfère* »). Il s'agit même parfois du seul pré-requis dans le choix du médecin (AF P5 « *Je voulais une femme* », EY P5 « *je savais que c'était une madame, donc il y avait pas de souci* », AF P3 « *Comme je sais qu'il n'y a que des femmes dans ce cabinet bah je me suis dit que ça devrait le faire* »).

Ce besoin est spécifique de la consultation gynécologique (EY P1 : « *dans ce cadre-là, en gynéco, ouais, je pense que c'est quand même mieux d'avoir une femme* »)

Elles décrivent une réassurance à l'idée d'être examinées par une femme (EY P5 : « *j'étais quand même [...] plus rassurée que ça soit une femme* »). Elles font appel notamment à des stéréotypes de genre (AF P1 « *les femmes sont gentilles* »).

Elles pensent qu'une femme les comprendra mieux (AF P5 : *Le fait que ce soit une fille, je me dis qu'elle doit ressentir pareil en fait* »), probablement par un principe d'identification.

À l'inverse, plusieurs décrivent une réticence voire une réelle appréhension à l'idée d'être examinées par un homme (EY P5 « *j'aurais jamais voulu que ça soit un homme qui fasse ça, je me serais pas du tout sentie à l'aise* » « *si ç'avait été un docteur monsieur, j'y serais pas allée je crois, enfin j'aurais annulé mon rendez-vous* »). Pour une patiente, le genre masculin du médecin fait écho aux témoignages de violences gynécologiques vus sur internet (EY P5 « *ça aurait été un homme, je pense que j'aurais fait que penser à ce que j'avais pu lire ou écouter* »).

La spécialité du/de la soignant.e entre aussi en compte dans le choix des patientes. Certaines décrivent une préférence pour un.e spécialiste (gynécologue ou sage-femme) pour un examen gynécologique (AF P4 « *j'irai ailleurs genre chez un spécialiste* »).

Le/la spécialiste est décrit.e comme plus compétent.e (AF P5 : « *Comme il fait ça tout le temps, ça peut faire moins mal aussi...* », AF P4 : « *un spécialiste il a l'habitude, il fait plus gaffe ou il arrive à nous détendre* ») et comme une meilleure source d'informations (AF P5 « *Je me dis qu'un spécialiste saura plus répondre à certaines questions en fait...* », patiente AF P4 « *nous montrer, nous expliquer des trucs* »).

De plus, pour certaines patientes, il est gênant d'avoir un examen gynécologique avec leur médecin généraliste car pour elles, la relation est trop intime avec le médecin traitant (AF P2 « *parce que lui je le connais depuis que je suis toute petite, ça m'aurait gênée* » ; AF P5 « *Je me voyais mal faire ça avec mon médecin que je connais depuis petite en fait* »). On constate également une méconnaissance du champ de compétence du médecin généraliste en gynécologie (AF P5 « *Je sais même pas si le médecin généraliste fait ça en fait* »).

Leur choix pouvait aussi être orienté par le conseil d'une personne de référence, comme le médecin traitant (AF P2 « *Oui, par mon médecin généraliste* ») ou un.e proche (EY P5 « *par exemple si c'est quelqu'un qui me dit « Tiens, va voir ma gynécologue parce qu'elle est comme ça, comme ci », ben je préférerais quoi.* »).

Pour une patiente, l'inquiétude et l'urgence ressentie primaient sur sa préférence pour son médecin traitant (EY P5 « *parce que c'était le rendez-vous le plus rapide [...] elle a pas eu le choix c'est la secrétaire qui lui a dit* »).

Pour une dernière patiente, l'absence de choix était totale suite à un changement de praticien.ne postérieur à la prise du rendez-vous (AF P5 « *j'ai eu le message sur Doctolib comme quoi il y avait eu un changement de médecin.* »).

Dans le cas d'une première rencontre, la patiente cherchait à se renseigner sur le/la soignant.e avant la consultation (AF P5 « *j'en avais juste parlé un peu mais ma mère ne la connaissait pas, et mes copines ne sont pas suivies là, je crois* »).

Le changement de soignant.e par rapport aux habitudes entraîne une déstabilisation des patientes (AF P5 « *ça m'a un peu contrariée au début* ») notamment suite à la perte du caractère rassurant et familier du/de la soignant.e habituel.le (EY P5 « *c'est juste que c'était pas habituel. Parce que du coup je suis pas dans ce bureau-là, d'habitude* »).

L'importance du choix du/de la soignant.e persiste pour une consultation future. En effet, les patientes expriment le souhait de revoir le/la même soignant.e pour un examen futur lorsque le premier s'est bien déroulé (AF P2 « *je n'hésiterai pas à demander un autre rendez-vous si j'ai besoin* »), ou de changer de soignant.e lorsqu'elles ne sont pas satisfaites (EY P5 « *après pour des examens gynécologiques ben... ça sera pas forcément obligé que ça soit elle quoi.* »).

En effet, l'expérience vécue est, pour les patientes, dépendante de la personne qu'elles consultent (EY P1 « *Je pense que j'aurai toujours l'appréhension si à chaque fois je vais voir un médecin différent* »).

Le choix du/de la soignant.e dépend aussi du lieu de consultation. En effet il a un impact important sur la façon d'aborder la consultation et sur son ressenti global.

Le lieu a été initialement choisi selon des critères spécifiques, comme le fait ne pas vouloir aller à l'hôpital car il est trop associé à la maladie (AF P2 « *Je ne voulais pas que ce soit à l'hôpital* » ; « *je ne suis pas malade* »).

Le choix du lieu au moment de la prise de rendez-vous semble diminuer l'angoisse des patientes grâce à un accueil chaleureux (AF P1 « *La secrétaire est très gentille* »), une ambiance rassurante (AF P1 « *Les femmes sont gentilles* ») ou le fait d'avoir eu des retours positifs sur ce lieu (AF P1 « *conseillé par ma sœur qui est suivie au cabinet aussi* »).

Plusieurs patientes soulèvent pourtant le fait qu'il n'existe pas de lien entre la qualité du lieu, du décor et celle du médecin (EY P1 : « *de toute façon, on ne s'attend pas à un truc magnifique. Ce n'est pas ça qui montre que le médecin est de qualité* »).

Pour d'autres, l'accueil et le côté chaleureux de la salle d'attente a un impact positif sur les appréhensions (EY P2 « *Elle est agréable comme salle d'attente, elle est belle* »).

Pour certaines, il est rassurant d'être au sein d'un cabinet connu depuis des années, (EY P3 : « *Je la connais depuis que je suis toute petite* » ; « *c'était toujours ce même cabinet donc j'y suis habituée* »)

Une fois que la confiance est accordée au sein d'un lieu (cabinet ou centre de planification familial), où elles se sentent en sécurité, les patientes y retournent sans souci, même s'il existe un changement de praticien (AF P3 : « *Dr C. m'avait déjà pas mal expliqué pourquoi je devais faire un examen gynécologique* » ; EY P3 « *c'était toujours ce même cabinet donc j'y suis habituée* » ; EY P5 : « *quand le médecin ne peut pas, ils prennent un autre médecin* »).

3- Analyse des entretiens soignant.e.s

a. Le rôle de l'état d'esprit du/de la soignant.e et les facteurs qui l'influencent

La consultation gynécologique, comme nous allons le voir, mobilise de nombreuses compétences du/de la soignant.e et touche à différents aspects de l'individu et de la relation. C'est pour cette raison que de nombreux paramètres peuvent influencer sur son bon déroulement.

L'un de ceux qui présentent une influence majeure sur la consultation est l'état d'esprit du/de la soignant.e.

Plusieurs facteurs semblent avoir une importance pour que les conditions soient réunies afin de réaliser une consultation satisfaisante pour eux et leurs patientes.

De nombreux.ses soignant.e.s évoquent l'influence de leur ponctualité ou de leur état d'esprit au moment de la consultation. En effet, nous remarquons que lorsque le/la soignant.e n'est pas dans la précipitation (AF S2 « *je ne veux pas être dans la précipitation* »), est à l'heure (AF S1 « *Je pense que j'étais plutôt à l'heure* »), et détendu.e (EYS1 « *Ah euh très détendue* » EY S6 « *avant elle j'avais eu le temps de déjeuner. Voilà ça allait bien* » ; EYS2 « *on a vingt minutes quand même par patient donc c'est relativement confortable* »), les conditions sont réunies pour que la consultation débute positivement.

L'inverse est aussi vrai, puisque le stress et la tension se font alors ressentir s'il existe du retard, une absence de disponibilité (AFS4 « *c'est lundi hein, donc ils savent que le lundi c'est hyper speed et qu'on a des demandes à tout va...* »).

Le lieu d'exercice peut influencer sur l'état d'esprit du/de la praticien.ne. Par exemple, une soignante évoque les difficultés d'une pratique hospitalière (AF S5 « *en hôpital c'est compliqué, on est souvent dérangé* ». Une autre nous parle de difficultés liées à l'organisation de son cabinet de consultation (EY S5 « *En général elles descendent comme ça, enfin, entre les... les étriers, parce que ils sont déjà remontés alors j'essaye de les baisser sauf que ben oui elles tombent dans la lampe donc une fois qu'elles sont dans la lampe enfin... je pousse la lampe, je la fais tourner; je dis... des fois, pas là, mais je dis « Pesez-vous » alors on est juste devant après elles enjambent le*

fil»). Des difficultés logistiques peuvent également s'y ajouter (EY S5 « *Parce que j'aurais pu faire le prélèvement en même temps que le... l'examen enfin... il fallait juste que j'aie cherché les tubes, qu'on a pas en général, que c'est toujours la galère de savoir lesquels il faut envoyer à quel labo* »).

Les soignant.e.s évoquent une prise en charge différente selon l'intérêt porté à l'exercice de la gynécologie et l'habitude de la pratiquer.

Lorsqu'il existe un manque de confiance en soi vis-à-vis de cet exercice (AF S4 « *J'avoue ne pas être très à l'aise avec la gynécologie de manière générale ...* »), un sentiment d'incompétence (AF S4 « *mes connaissances sont plus que limitées quoi...* » ; « *je ne suis pas capable* ») ou d'intérêt vis-à-vis de la pratique ((AF S4 « *ce n'est pas forcément quelque chose vers lequel je vais me pencher tu vois* »), il est perçu par la patiente. Le doute est présent et l'examen ne se déroule pas de façon aisée ((AF S4 « *j'étais franchement gêné d'avoir mal fait l'examen* » ; « *j'ai un peu honte hein* »).

A contrario, chez les soignant.e.s qui exercent de façon régulière ou quotidienne la gynécologie, (AF S5 « *Je fais ça depuis des années* » ; EY S3 : « *j'avais le DU de gynéco donc je suis assez à l'aise* » ; « *je me sens assez à l'aise dans mes examens gynéco* ») le ressenti global est tout autre (EY S3 « *La plupart des patientes sont à l'aise* » ; EY S2 « *et puis voilà je pense que ça se passe quand même plutôt bien* »)

Le motif de consultation est également une notion importante dans l'état d'esprit du soignant pour aborder sa consultation sereinement.

En effet, nous remarquons que lorsque la patiente consulte pour un renouvellement de contraception (AFS1 « *Juste un renouvellement de pilule à la base* ») ou un examen de routine (AFS3 « *Pour son premier frottis* ») ; la consultation se déroule, la plupart du temps dans de bonnes conditions.

Lorsqu'au contraire, il existe une symptomatologie, une notion d'obligation de moyens (AF S4 « *Je ne voyais pas trop ne rien faire* » ; « *Histoire de faire avancer les choses ...* » ; « *Histoire de regarder le col éventuellement et puis faire un prélèvement* ») et de résultats apparaît entraînant une pression et donc un ressenti bien plus mitigé.

Deux soignant.e.s se sentent en effet déstabilisé.e.s lorsqu'ils/elles sont confronté.e.s à une consultation pour une symptomatologie gynécologique. (EY S5 « *Autant les patientes elles sont pas dans le même état d'esprit autant nous on ne l'est pas non plus* »). Cela génère une inquiétude (EY S5 « *je sais pas si c'est une inquiétude ou une pression* »), qui peut être majorée par l'incertitude diagnostique (AF S4 « *j'ai dû lui dire [...] que je ne connaissais pas le pourquoi du comment* »).

Le symptôme gynécologique peut aussi interférer dans la relation en entraînant une difficulté pour le/la soignant.e à interpréter les signaux d'inconfort de la patiente pendant l'examen (EY S5 « *et c'est là où je sais pas si c'était lié à... à l'examen en fait [...] ou au motif de consult' en fait* ») et donc une difficulté à agir de façon adaptée (EY S5 « *Et puis sur la douleur... enfin la douleur, oui enfin la gêne initiale de l'examen, je me suis dit « c'est moi qui suis trop brusque ou est-ce*

que... est-ce que c'est l'examen ou est-ce que c'est le symptôme, aussi, qui fait ça ? Qui fait la douleur ? » »).

Le/la praticien.ne se trouve alors en situation d'incertitude totale, ce qui entraîne pour une soignante une désorganisation de la consultation (EYS5 « *j'ai pas pensé à le faire sur le coup donc après j'ai dit « Bon ben ça serait peut-être bien de faire un prélèvement ». Donc euh enfin bon bref c'était le bazar, quoi »*).

Ce désagrément est décrit a minima chez d'autres soignant.e.s lorsque l'examen n'était pas prévu, même en l'absence de symptôme (EY S3 « *pas du tout parce que je m'attendais pas à la voir [...] pour ça »*). Le/la praticien.ne est pris.e par surprise et peut avoir des difficultés à adapter son schéma habituel de consultation (AF S1 « *je n'ai pas donné des explications très carrées puisque c'est elle qui me l'a demandé un peu à la volée »*).

L'état d'esprit général face à un premier examen influence également puisque certain.e.s soignant.e.s abordent les choses différemment lorsqu'il s'agit d'un premier examen gynécologique.

Certain.e.s ne souhaitent pas le réaliser lors d'une première rencontre, préfèrent différer pour plus de confort (AFS2 « *je ne fais jamais de premier examen lors de la 1ère entrevue »* ; EYS6 « *C'est assez confortable ... c'est pas mal de fonctionner comme ça »* ; « *Je le propose systématiquement »* EYS4 « *c'est une patiente que je voyais pour la deuxième fois. Je l'avais vue quelques mois auparavant pour [...] une première visite au cabinet pour une première demande de contraception »*).

D'autres ne modifient pas leur façon de faire (AFS5 « *Je ne crois pas être différente »*), mais prennent par contre davantage de temps pour les explications (AFS5 « *Je prends juste plus de temps pour les explications »*).

L'examen reste très ritualisé pour tous/toutes (voir chapitre un examen ritualisé) afin d'éviter les oublis, ou la déstabilisation du changement (EY S4 « *moi j'ai mes habitudes »*).

La plupart des soignant.e.s interrogé.e.s ont une volonté de bien faire (EYS1 « *on veut essayer de tout bien faire »*) et estiment qu'il s'agit d'une étape de vie à ne pas négliger (AFS2 « *Ça reste délicat »* ; « *On fait quand même un peu plus attention »* ; EYS3 « *quand on fait un examen gynéco euh... on suit notre patiente à un autre stade de sa vie »*).

b.L'histoire de vie des patientes et leur influence sur la consultation

Nous remarquons que la plupart des soignant.e.s soulèvent l'importance de l'histoire de vie des patientes et de leur l'âge sur le vécu de l'examen gynécologique.

En effet, on relève une forte appréhension chez les toutes jeunes patientes (AF S1 « *surtout les petites jeunes »* ; AF S2 « *c'est marrant ces changements de comportement et c'est assez*

fréquent chez les toutes jeunes » ; AF S4 « ce n'est pas très simple pour les jeunes femmes en général »).

Elles sont perçues comme vulnérables, ce qui suscite une volonté de protection chez le/la soignant.e (AF S5 « *Cette petite jeune » ; « Avec des petites jeunes la discussion se fait surtout avant » ; « Elle a tout juste 25 ans »*)

Deux des soignant.e.s soulèvent que, pour eux/elles, c'est l'histoire de vie plutôt que l'âge qui impacte sur le vécu de l'examen (EY S3 « *Un premier mais pas forcément un premier d'ailleurs. Ça peut être plus tard aussi qu'il se passe des choses dans la vie conjugale, dans les rapports, et tout ça, ça peut être plus tard aussi qu'il y a parfois des problèmes, ou tout le temps » ; ou encore la maturité (EY S7 « Plus d'expérience au niveau de la sphère [...] intime » ; « Après ça dépend du vécu, il y a des filles très détendues à 17 ans et à 25 pour qui c'est encore très compliqué »).*

En effet, comme expliqué plus haut, l'histoire de vie de la patiente joue un rôle primordial sur la façon d'aborder ce premier examen (EY S1 « *Après, dans la limite de ce qu'elles ont vécu, quoi » ; « Après dans un coin de ma tête je me suis demandée si c'était une jeune femme qui avait pas vécu peut-être quelque chose je sais pas »).*

Lorsqu'apparaît un passé de violences ou de difficultés particulières, le ressenti global est tout autre (EY S3 « *on voit bien quand ça se passe mal qu'il y a eu des violences sexuelles de subies ou des violences autres, parce que ça se passe mal » ; « soit les patientes nous disent tout de suite « Non c'est pas possible, je veux pas, c'est horrible euh... j'y arriverai pas »*)

Outre le passé, les pathologies en cours peuvent également jouer un rôle (EY S3 « *c'est pas forcément lié à des violences mais ça peut être lié aussi à des douleurs, à une endométriose »*)

Pour la plupart des soignant.e.s il est important de mettre en place des choses pour que le vécu de ce premier examen soit le meilleur possible (EY S4 « *c'est dur parfois, je me dis c'est important [...] de laisser une bonne impression »*). Cela peut passer par la qualité de l'accueil (EY S2 « *c'est un petit peu le principe du cabinet »*) ou la qualité de la relation (AF S5 « *je pense que l'important avant tout c'est la relation avec le soignant »*).

Nous remarquons que dans la plupart des cas, le fait de se poser ces interrogations avant la réalisation de l'examen, conditionne la bonne réalisation de ce dernier (EY S1 « *Elle m'a dit « Je vous remercie pour votre patience » »*).

c. Une capacité d'adaptation mais un examen ritualisé

Chez la majeure partie des soignants, l'exercice est ritualisé (AF S1 « *Comme je fais d'habitude » ; « Pareil que d'habitude » ; « mes examens sont assez ritualisés »*) avec toutefois une notion d'adaptabilité selon la patiente (AF S5 « *Je m'adapte quoi » ; EY S4 « il est assez routinier avec des variantes selon la patiente »*) ou la pathologie (EY S4 « *Selon certaines pathologies je pourrais éventuellement... compléter éventuellement par un toucher rectal »*).

La standardisation ou ritualisation de l'examen est rassurante et permet souvent de ne rien oublier (EY S1 : « *quand c'est indiqué je commence plutôt par le haut. On fait l'examen du haut, après je les fais se rhabiller, et après on fait l'examen du bas, si c'est indiqué* »), et il en est de même pour les explications (EY S2 « *au début moi je fais toujours un peu les mêmes explications* » ; EY S4 « *il y a ce côté assez standardisé des informations données, des explications* »).

Trois des soignant.e.s évoquent même une robotisation (EY S4 « *Ah ben c'est le robot, je vous dis* »), une mécanisation (AF S5 « *C'est assez mécanique et intuitif* » ; « *C'est tellement spontané pour nous que j'avoue ne pas y réfléchir* » ; « *Mécanisé...on enchaîne... toujours dans le même moule* ») comme s'il existait une perte de spontanéité générée par les habitudes.

Cette répétition peut alors, pour certain.e.s, engendrer une certaine lassitude d'exercice (EY S3 « *parfois j'en ai un peu marre parce que j'en fais beaucoup en fait* » ; « *quand on fait ça plusieurs fois par jour, ça a quelque chose d'un peu désagréable quand même* »), essentiellement chez des soignant.e.s exerçant dans un autre domaine que la gynécologie elle-même.

Au-delà de la ritualisation de l'acte technique, il existe également une habitude en terme de procédé, lorsqu'il s'agit d'une première rencontre pour la réalisation d'un premier examen gynécologique (AFS1 « *Je ne fais jamais l'examen direct d'habitude* » ; EYS2 « *je lui avais dit que je n'examinais pas sauf problème spécifique, plainte, gêne, que je faisais pas d'examen clinique la première fois* »).

Par ailleurs, malgré cette ritualisation, tous/toutes les soignant.e.s, sans exception, parlent d'une adaptabilité manifeste. Elle peut concerner l'âge de la patiente (AFS1 « *Surtout les petites jeunes* ») ; la capacité de celle-ci à intégrer les explications fournies (AFS2 « *Certaines ont besoin de plus de temps, Plus explications* » ; « *J'essaie de m'adapter* » ; « *au mieux selon la capacité* ») ou encore le fait que ce soit un premier examen (EYS4 « *quand c'est un premier examen j'utilise plutôt un spéculum en plastique* » ; EYS6 « *Sur un premier examen je fais un toucher vaginal à un doigt, pas à deux* » ; EYS6 « *Elle a placé elle-même le spéculum* » ; « *c'est quelque chose que je propose pour un premier examen* »).

d.La pudeur et le respect de l'intimité

Nous avons vu dans les entretiens des patientes que la pudeur était prépondérante pour toutes. Pourtant, moins de la moitié des soignant.e.s évoquent la pudeur des patientes lors de l'entretien. Elle a été ressentie comme prédominante dans une seule consultation (AF S3 « *la chose qui était difficile pour elle c'est la pudeur plus que l'anxiété elle-même* »).

Une soignante rapporte même l'absence de pudeur chez sa patiente (EY S6 « *j'ai pas l'impression que la nudité était la chose qui la rendait mal à l'aise* »).

Quand ils/elles l'évoquent, deux l'attribuent au jeune âge des patientes (AF S1 « *pour pas qu'elles se retrouvent toutes nues sur la table, surtout les petites jeunes* » AF S3 « *Après ça se pose moins, les femmes perdent relativement cette gêne* »).

Deux ressentent la même pudeur que leurs patientes (EY S3 « *l'examen en soi... c'est quand même... un peu gênant et pour moi et pour la patiente parfois* » AF S5 « *je me sens aussi mal à l'aise que les patientes je crois* »).

En revanche, tous/toutes les soignant.e.s sans exception expriment une volonté de respecter l'intimité des patientes pendant la consultation.

Pour ce faire, la majorité propose un déshabillage partiel (AF S3 « *le bas seulement* ») ou en deux temps (EY S2 « *elle a gardé son pantalon, elle s'est installée, elle s'est rhabillée en haut et ensuite on est passé à l'examen gynéco* » AF S5 « *Toujours une partie puis l'autre* »).

Une soignante laisse le choix à ses patientes de se déshabiller totalement ou partiellement (EY S5 « *maintenant je leur propose « Bon ben si vous voulez remettre le haut vous pouvez* ») et certaines font le choix de se mettre nues (EY S5 « *Des fois certaines le font et puis d'autres pas* »).

Une autre choisit également cette opportunité pour donner le pouvoir de décision à la patiente, concernant l'ordre dans lequel se déshabiller et par conséquent le déroulé de l'examen (EY S6 « *Vous enlevez la partie par laquelle on commence* » « *C'est votre corps c'est vous qui décidez* »).

En effet, plusieurs soignant.e.s soulignent l'importance pour les patientes de ne pas être totalement nues (AF S1 « *J'essaie de leur faire enlever d'abord le haut puis après le bas ... qu'elles ne se retrouvent pas toutes nues sur la table* »).

Une soignante exprime le rôle protecteur du vêtement (AF S1 « *je mets un pull ou un truc sur elles tu vois, pour les protéger* »).

Pour éviter la nudité, certaines font le choix de recouvrir les patientes d'un drap (EY S1 « *je les couvre donc euh là où je suis j'ai des serviettes donc pour le bas elles s'enveloppent d'une serviette et si je suis dans un endroit où il y en a pas je le fais avec un drap d'examen* »). Une soignante décrit l'intérêt de ce procédé, notamment pour un premier examen gynécologique (AF S3 « *C'est vrai que pour les premiers examens ce serait pas mal, on pourrait avoir quelques draps lavables... un paréo, un truc léger, à y penser !* »).

Pour une autre, recouvrir les patientes peut également être fait pour leur confort, en-dehors de la notion de pudeur (EY S6 « *Je vais proposer quelques fois alors juste parce que je trouve qu'il fait pas très chaud* »).

En plus du degré de déshabillage, les soignant.e.s nous parlent également de ses modalités. Plusieurs d'entre elles/eux disent veiller à laisser les patientes seules lors du rhabillage et du déshabillage (EY S3 « *elle s'est rhabillée seule tranquillement* », AF S4 « *je l'ai laissée seule de l'autre côté* »). Souvent, cela passe par la séparation entre la partie bureau et la partie examen (EY S3 « *je suis restée à mon bureau, donc elle s'est déshabillée de l'autre côté* » AF S5 « *Retourner au bureau faire les papiers le temps qu'elle se rhabille* »).

La disposition du cabinet rentre en compte pour deux soignantes, par la séparation visuelle entre ces deux endroits (AF S5 « *C'est la même pièce mais il y a une grande étagère entre mon*

bureau et le lieu d'examen » EY S2 « j'ai une grosse armoire [...] elles vont vraiment se changer derrière la grosse armoire donc il y a aucune visibilité ».

Quand les locaux ne sont pas adaptés, une soignante adapte sa conduite pour préserver l'intimité (EY S7 « *alors j'attends pas jusqu'aux chaussures en général mais au moins voilà une fois que le pantalon a commencé à être mis je considère que... en terme de pudeur c'est correct et je retourne à mon bureau.* »).

Cette séparation permet aux patientes de se dévêtir à l'abri du regard du/de la soignant.e (EY S4 « *moi je ne les vois pas se déshabiller ni se rhabiller* » EY S7 « *J'ai ouvert le paravent pour qu'elle puisse se déshabiller sans que je la voie* »). Pour les patientes, savoir qu'elles ne peuvent être observées est source de confort (EY S2 « *j'ai également un rideau en fait entre l'endroit où elles se déshabillent et la porte* » « *dans l'ensemble elles se plaignent jamais de regarder enfin elles ne regardent jamais autour si quelqu'un pouvait rentrer ou pas* »).

Le respect de l'intimité passe aussi par le comportement des soignant.e.s pendant le déshabillage/rhabillage. En effet, quand ils/elles restent en présence de la patiente, ils/elles adoptent une conduite affairée, dos à elle, comme pour détourner son attention et assurer la patiente de leur absence d'intérêt pour sa nudité, (EY S7 « *Donc en gros une fois qu'elle est redescendue qu'elle se rhabille, ben moi je fais mon petit truc euh... je nettoie mon chariot, j'enlève le papier, je fais tout ça et puis j'attends de voir* » EY S2 « *je leur tourne un peu le dos le temps que je me lave les mains je retourne moi m'asseoir et puis être à l'ordinateur en notant tout ce que tout ce que j'ai vu et puis comme ça elle se rhabille tranquillement* »).

Une soignante maintient le dialogue pendant le rhabillage de la patiente (AF S3 « *J'étais retournée, dos à elle puisque je me lavais les mains mais on discutait en même temps tranquillement* »).

Une autre soignante décrit un soin particulier à préserver l'intimité également pendant l'installation de la patiente (EY S7 « *Je me mets sur le coté pour pas être justement en plein entre ses jambes quand elles s'installent, maintenir quelques secondes de plus de pudeur et d'intimité* »

Malgré leurs efforts, certain.e.s soignant.e.s décrivent des difficultés à assurer un respect optimal de l'intimité des patientes. Deux rapportent une disposition du cabinet inadaptée (EY S1 « *c'est très mal fait, le bureau est du côté de l'arrière du paravent* » EY S5 « *C'est pas très grand, hein, mais voilà* » puis elles sont en petite tenue donc voilà c'est pas très agréable pour elles »).

Parfois ce sont les patientes qui mettent en échec, soit en ressentant une gêne persistante malgré tous les efforts du/de la soignant.e (EY S1 « *mais qu'elle ait eu un inconfort et peut-être même une gêne, voilà, ce qui était peut-être plus de l'ordre de la gêne et de la pudeur, je pense* ») ou en ayant une réaction inattendue face à une mesure bien intentionnée, comme par exemple le fait de recouvrir d'un drap (EY S6 « *elle l'a couvert, elle s'est assise comme on fait pour... et la dame après a pu dire que ça avait été assez violent pour elle parce qu'elle voyait pas ma collègue, en fait, et que du coup ça c'était... ça lui avait fait très peur en fait.* »).

Pour une dernière soignant.e, la gestion de la pudeur a une composante culturelle. Elle décrit en France une banalisation de la nudité (AF S3 « *Je sais qu'on a cette vision assez fermée, en France ça ne se fait pas trop mais c'est peut-être un peu dommage d'imposer cette nudité aux jeunes femmes, on le banalise un peu* »).

e.La relation soignant.e-patiente

Tout comme les patientes, la plupart des soignant.e.s évoquent un impact de la relation soignant.e-patiente sur le déroulé de la consultation gynécologique.

En effet ils/elles décrivent l'importance d'avoir une relation préexistante avec la patiente. Une soignante rapporte que lors d'une première rencontre, les patientes ont du mal à s'exprimer (AF S2 « *Elles sont souvent timides les premiers rendez-vous* »).

Il faut alors créer le lien. Cela passe principalement par la discussion (AF S5 « *Comme c'était une nouvelle patiente je commence déjà par me présenter et puis faire un peu le tour de ses antécédents, sa santé de manière générale quoi* ») notamment sur des sujets extérieurs à la gynécologie (AF S5 « *Je demande aussi des choses plus banales, comme ses études tout ça* », EY S6 « *ce qui nous a permis à la fin de la consultation de plutôt parler de son [...] année en Australie* »)

Le fait que la patiente ait déjà un lien avec le/la praticien.ne ou le lieu de consultation peut aider (EY S7 « *pas complètement inconnu parce qu'on lui avait parlé du service* »). Une médecin par exemple bénéficie de la qualité de la relation que les patientes avaient avec sa prédécesseure (EY S2 « *Les femmes ont l'air quand même relativement contentes, déjà parce que j'ai repris la suite de quelqu'un* »)

Pour une soignante, cette nécessité de créer la relation justifie de différer l'examen à un deuxième rendez-vous (EY S7 « *c'était assez confortable de lui dire en Décembre « je vous examine pas j'ai pas de raison » et [...] de se revoir en Mars. On se connaissait déjà et donc c'est vrai que c'était pas mal de fonctionner comme ça* »).

En l'absence de relation préexistante, le/la soignante se sent moins à l'aise (EY S5 « *Mais c'est vrai qu'on a pas le même contact vu qu'on se connaît pas* » « *Enfin voilà [...] je lui ai pas demandé hein parce que... je me suis dit qu'elle allait peut-être pas bien le prendre* »).

Une soignante décrit un inconfort similaire lié à l'absence de souvenir de la consultation précédente avec la patiente (EY S4 « *et là j'avoue que cette jeune personne-là... j'avoue je m'en rappelais plus trop [...] j'avais un peu d'appréhension* »).

À l'inverse, une fois remémoré, le souvenir positif de la fois précédente lui permet d'aborder la consultation plus sereinement (EY S4 « *donc euh elle est venue et puis [...] la consultation m'est*

revenue. *Je me suis dit que déjà le premier contact s'était bien passé » « donc je me suis dit qu'a priori [...] ça irait, quoi »).*

Pour cette raison, cette soignante souligne l'intérêt de se référer au dossier médical avant la consultation. (EY S4 « *avant d'aller chercher ma patiente moi j'ouvre toujours déjà le dossier [...] dans mon bureau » « Donc j'ouvre toujours le dossier pour regarder s'il y a eu des consultations précédentes pour essayer de la resituer »).*

L'enjeu de la relation de longue durée, notamment de médecin traitant voire médecin de famille, est évoquée par trois soignants, tous médecins généralistes (AF S4 « *je la suis depuis longtemps, et toute la famille »*. EY S3 « *je la vois pour son suivi gynéco notamment, c'est-à-dire le renouvellement de la pilule... puis aussi pour d'autres pathologies courantes »).*

Une médecin décrit un accompagnement de la patiente dans les différentes étapes de sa vie (EY S3 « *moi je l'ai connue ado, je l'ai connue jeune adulte »).*

Cette relation permet une meilleure connaissance de la vie de la patiente (EY S3 « *qui travaille comme serveuse depuis plusieurs années [...] elle est en couple stable depuis plusieurs années » « je connais bien la famille. La mère [...] les neveux, nièces, la sœur... enfin je suis un peu tout le monde dans la famille »).* Pour elle, le fait que les patientes la choisissent pour leur suivi gynécologique est un marqueur de la qualité de leur relation (EY S3 « *je pense que c'est des patientes souvent qui viennent me voir parce qu'elles sont à l'aise avec moi »).*

Pour une autre, être médecin traitant facilite la relation dans le cadre de la consultation gynécologique (EY S5 « *dans le relationnel, qui peut permettre après que ça se passe mieux, je trouve que c'est plus facile. En tout cas j'ai l'impression que c'est plus aidant en tout cas. »).*

Cette médecin généraliste rapporte avoir une relation plus distante avec les patientes qu'elle voit uniquement pour un suivi gynécologique (EY S5 « *c'est pas plus froid mais... c'est plus technique, quoi »).*

Elle évoque également une relation plus distante entre le/la spécialiste en gynécologie et ses patientes (EY S5 « *on a pas la même relation non plus avec les patientes. Que le spécialiste, qui est très... [...] ils y mettent pas forcément toujours... » « peut-être qu'ils sont un peu moins dans le... »).*

Néanmoins, elle décrit la relation de médecin traitant comme parfois limitante sur le plan technique, entraînant l'échec de l'examen. (EY S5 « *Pas forcément dans l'acte, enfin dans la technique, parce qu'effectivement, moi ça va m'arrêter par exemple, de dire « Ben tiens elle a mal » « dans l'acte c'est pas toujours facilitant parce que du coup ça peut mettre une limite en disant « Ben nan » »).*

Qu'elle soit de longue date ou nouvellement créée, plusieurs soignant.e.s s'accordent sur le fait qu'une relation soignant.e-patient.e de qualité améliore le ressenti des patientes. (AF S2 « *je pense que l'important avant tout c'est la relation avec le soignant »* AF S3 « *Le lien fait qu'elle se détend rapidement »).*

La définition d'une relation de qualité n'est pas univoque chez les soignant.e.s. L'une évoque une relation détendue (EY S3 « *très détendue euh... assez neutre* », l'autre une relation simple (EY S6 « *plutôt simple, plutôt bonne* »), ou encore harmonieuse (EY S7 « *je nous ai senties plutôt assez en accord l'une avec l'autre* »). Pour une dernière, la qualité de la relation se manifeste par sa certitude que la patiente poursuivra son suivi avec elle (EY S2 « *je sais qu'elle reviendra sans problème* » « *quand elle est partie je lui ai dit « A bientôt* » »).

Plusieurs soignant.e.s rapportent le rôle de l'attitude du/de la praticien.ne dans le vécu et de l'examen et de l'établissement de la relation (EY S1 « *que vous vous retrouvez avec votre premier examen gynéco fait par un interne aux urgences, ça sera peut-être vraiment pas sympa* »).

La plupart décrivent une volonté d'améliorer le ressenti des patientes (EY S2 « *je l'ai mise à l'aise tout de suite* » EY S4 « *de faire en sorte bah qu'elle soit relativement à l'aise* »). Deux rapportent néanmoins une incertitude quant à l'effet produit sur les patientes (EY S4 « *Ben moi j'espère que... ben j'ai contribué un petit peu* » EY S1 « *on peut nous essayer de tout bien faire puis bah en face, voilà, [...] c'est peut-être beaucoup beaucoup d'un coup* »).

Leur rôle dans l'établissement d'une relation de qualité est d'autant plus important que la relation soignant.e-patiente est décrite par plusieurs soignant.e.s comme asymétrique, surtout avec les patientes jeunes.

Les soignant.e.s décrivent chez les patientes une difficulté à s'exprimer (AF S2 « *Elles ne disent pas grand chose* »), notamment à propos d'un mauvais ressenti éventuel de l'examen (EY S3 « *Elle m'a dit que non. Souvent elles me disent ça mais c'est pas forcément vrai d'ailleurs, hein je sais pas* »). Cela est d'autant plus vrai quand il s'agit de manifester leur refus de réaliser un examen (EY S1 « *aussi ya ce côté je pense très asymétrique même quand on donne le pouvoir à la dame de dire non* »).

L'une d'entre elles décrit une position de pouvoir liée au statut de soignant (EY S1 « *alors que nous on est avec la blouse machin tout ça, ya peut-être aussi que c'est pas facile de nous dire non* ».)

Pour y remédier, une soignante évoque le fait d'instaurer une proximité, et pour cela de « descendre » de la position de pouvoir, particulièrement avec les patientes jeunes. (EY S4 « *de descendre un peu, j'avoue* » « *avec les plus jeunes [...] d'avoir un registre [...] qui permet [...] une proximité* »). C'est d'ailleurs un processus qu'elle apprécie (EY S4 « *c'est des consultations que j'aime bien d'ailleurs, avec les jeunes femmes* »).

Une soignante décrit parfois un échec de la mise en place de la relation malgré ses efforts. (EY S1 « *Il y a des patientes où ça va pas, quoi* ». Cela entraîne un sentiment d'échec (« *je l'ai sentie quand même tout du long sur la réserve, euh... voilà. Et puis ben faut l'accepter après hein...* »).

Quand une relation soignant.e-patiente de qualité est établie, plusieurs soignant.e.s évoquent la création d'un lien de confiance (EY S6 « *quelque chose d'assez léger, dans la confiance* », EY S7 « *J'ai eu l'impression qu'elle était capable de me faire confiance* »). Ce lien de confiance permet aux patientes de mieux accepter l'inconfort lié à l'examen (AF S2 « *je pense que les femmes sont prêtes à accepter d'être parfois moins bien installées ou avoir moins d'intimité si elles ont confiance en la personne qui les prend en charge* ») et de dépasser leur appréhension (AF S2 « *c'était vraiment de l'appréhension mais la confiance était là* »).

La relation soignant.e-patiente influe donc directement sur le vécu de l'examen gynécologique. Il est intéressant de noter que pour plusieurs soignant.e.s, la réciproque est également vraie.

En effet, pour une soignante, il marque l'entrée dans un nouveau stade de suivi (EY S3 « *on dépiste un cancer qui touche la femme mûre donc euh... c'est un autre stade... dans le suivi* »). Elle évoque un approfondissement de la relation (EY S3 « *dans le suivi médical, on va un peu plus loin, quoi* »). Pour une autre, il entraîne une proximité entre le/la soignant.e et la patiente (EY S4 « *ça ouvre en plus des... [...] on va pas dire une connivence mais euh [...] une proximité.* » par le partage de son intimité (EY S4 « *ce premier examen gynéco c'est euh... entrer au plus proche de l'intimité de la femme* » « *une proximité dans son intimité* »).

f.La communication entre le/la soignant.e et sa patiente

Pour construire une relation de qualité, il faut une bonne communication.

La plupart des soignant.e.s mettent l'accent sur l'importance de la communication non-verbale.

Elle consiste par exemple en l'observation de manifestations physiques d'inconfort chez leurs patientes : d'une sudation excessive, d'une tension physique (AF S4 « *elle a remonté les fesses, s'est contractée, je l'ai vue se crispier sur le fauteuil* »), d'une modification de la position (EY S1 « *mais ça se voyait parce qu'elle avait les fesses un peu décollées, les genoux etc.* »).

Les soignant.e.s s'aident également de signes comportementaux (EY S6 « *au début qui s'installent pas alors que je me lave les mains [...] Certaines qui n'ont pas enlevé leur culotte, d'autres qui sont un peu [...] les mains sur le pubis* » EY S4 « *j'ai pas eu l'impression qu'elle avait une attitude fuyante.... Ou qu'elle se repliait [...] ou un visage fermé* »).

Ces indicateurs sont décrits comme des outils précieux pour évaluer le ressenti des patientes. En effet, leur absence signe pour les soignant.e.s un bon ressenti de l'examen (EY S4 « *elle est restée détendue à la pose du spéculum, l'ouverture du spéculum sans avoir une réaction un peu réflexe de contraction* » AF S4 « *il n'y avait pas de tension, elle ne s'est pas crispée* »).

L'écoute du langage non verbal permet, pour certaines, d'établir une communication implicite (EY S1 « *C'est quand [...] elle m'a vue attraper le spéculum que je l'ai vue tiquer un peu. Donc là j'ai compris qu'en fait elle avait jamais eu d'examen gynéco* » AF S3 « *Le moment ou elle s'est sentie le plus crispée et le seul, c'est quand elle s'est retrouvée a moitié nue* » « *la chose qui était difficile pour elle c'est la pudeur plus que l'anxiété* »)

Néanmoins, cette modalité de communication a ses limites. En effet, elle peut être altérée dans certaines situations (EY S1 « *après, compliqué avec le masque, je trouve d'utiliser des émotions* ») et nécessite de la part du/de la soignant.e une vigilance particulière (AF S5 « *j'avoue ne pas y avoir prêté attention* »).

L'écoute, en général, est d'ailleurs une notion qui revient à quelques reprises. Elle permet d'adapter la prise en charge aux besoins de la patiente (AF S1 « *Je l'ai fait parce qu'elle me l'a demandé* »). Elle est considérée par une soignante comme fondamentale pour le bien-être des patientes (EY S1 « *un moment où elles se sentent entendues, écoutées [...] je pense que c'est fondamental* »). Lorsqu'elle est présente, elle entraîne une satisfaction du/de la soignant.e (EY S6 « *J'ai la sensation d'avoir été à l'écoute des signaux, des choses qui avaient été dites* »)

La plupart des soignant.e.s évoquent également l'importance du dialogue au cours de la consultation et de l'examen. Plusieurs veillent à donner la parole aux patientes en les incitant à exprimer leur ressenti (AF S3 « *je lui ai demandé régulièrement si ça allait, si c'était supportable...* » EY S3 « *que si c'était douloureux il fallait surtout qu'elle me le dise* »), mais aussi à poser leurs questions (EY S7 « *Je leur demande si elles ont des questions* » EY S6 « *Elle a posé les questions au fur et à mesure* »).

Deux soignantes relatent l'intérêt de questionner les patientes sur leur ressenti après l'examen (EY S3 « *peut-être que j'aurais pu peut-être un peu plus discuter après l'examen de son ressenti* » EY S2 « *après l'examen je lui ai demandé ce qu'on pouvait améliorer* »).

Quelques soignantes décrivent des moments de simple discussion, dans une atmosphère détendue (AF S3 « *on discutait en même temps tranquillement* » « *on a rigolé un peu* » EY S1 « *voilà, des blagues aussi.* »).

Pendant l'examen, de nombreuses soignant.e.s usent de distraction conversationnelle. Certaines en ressentent le besoin car le silence les incommode à titre personnel (AF S2 « *je sais qu'elles ne m'écoutent pas toujours ! mais ça permet de combler le vide* » AF S5 « *j'ai tout expliqué au fur et à mesure, même si clairement je parle toute seule* »). Une soignante décrit un bénéfice de la distraction pour la patiente (EY S6 « *Depuis que j'ai fait ma formation en hypnose, ben en fait l'idée est de détourner l'attention du cerveau pendant qu'on fait l'examen* »).

Pour d'autres, cela n'était pas nécessaire du fait de la brièveté de l'examen (EY S7 « *sur un frottis c'est tellement rapide qu'on a pas le temps de... tu vois déjà en disant ses gestes, machin, « plouf ! » c'est fini, quoi !* ») ou car ce n'était pas adapté aux besoins de la patiente (AF S3 « *Je*

n'ai pas eu besoin de parler d'autre chose parce qu'elle était concentrée sur ce qu'elle ressentait »).

Enfin, une soignante décrit un besoin de se concentrer sur l'acte technique empêchant toute discussion (EY S3 « *je suis pas sûre que j'ai discuté avec la patiente pendant le frottis* » « *lors de l'examen gynéco je suis assez concentrée sur ce que je fais quand même* »).

Quelques un.e.s guident la patiente au cours de l'installation (EY S3 « *je lui ai dit de bien se mettre au bout de la table pour bien détendre le périnée, en laissant aussi les genoux vers l'extérieur* ») ainsi que pendant l'examen (EY S3 « *essayez de bien souffler, de bien respirer et de bien laisser tomber les genoux sur les côtés pour que ça ne soit pas sensible, pas contracté au niveau des muscles autour du vagin* »).

Plusieurs soignant.e.s annoncent leur geste avant sa réalisation (EY S6 « *Je vais faire un toucher vaginal, on va faire le frottis* » et préviennent les patientes de la nature des sensations attendues (EY S3 « *Bon ben je mets le spéculum, c'est un petit peu froid* » EY S4 « *maintenant je vais l'ouvrir, [...] vous allez peut-être ressentir une petite tension* »). Ils/elles évoquent sans détour leur caractère désagréable (AF S2 « *oui il y a un peu de douleur* » AF S5 « *Je vais mettre le spéculum, c'est plutôt ça qui est désagréable* ») tout en gardant une posture rassurante (EY S7 « *Je dis que ce n'est pas agréable mais que ce n'est pas quelque chose qui est censé être douloureux* »).

La volonté de réassurance est en effet une notion qui revient à plusieurs reprises dans les témoignages des soignant.e.s. Ils/elles cherchent à rassurer sur l'inconfort physique de l'examen (EY S1 « *je lui ai dit qu'on était au max de l'inconfort qu'elle pouvait ressentir* » EY S5 « *je fais mon examen mais euh voilà ça sera pas plus que ça donc essayez de bien vous reposer* »), notamment en faisant appel à des sensations familières (AF S2 « *cela ferait comme des règles* »).

Ils/elles rassurent les patientes sur leur état de santé (EY S5 « *j'ai essayé de... peut-être la rassurer en fait. Ce que je voulais c'était ça, c'était de la rassurer un petit peu sur les causes* »).

Pour une soignante, le besoin de réassurance des patientes est majoré lors d'un premier examen (AF 2 « *Comme souvent lors des premiers examens gyneco, [...] avec plus de réassurance et de délicatesse* ».)

Pour une bonne qualité de la communication, une soignante adapte son discours à sa patiente. Elle adapte son langage notamment avec ses jeunes patientes (EY S4 « *j'ai tendance avec les plus jeunes [...] d'avoir un registre [...] qui permet [...] une proximité* » « *le fait [...] de parler de façon assez naturelle* ») et son vocabulaire (EY S4 « *un vocabulaire plus commun, moins médical* » « *pas parler avec des mots très techniques ni rien, quoi* »).

g. Autonomisation et implication de la patiente dans son examen

Après nous avoir parlé de l'asymétrie de la relation, et de comment adapter la communication en conséquence, les soignant.e.s nous présentent plusieurs pistes pour rééquilibrer la relation soignant.e-patiente.

La première est de conférer le pouvoir de décision à la patiente. Cela peut consister à lui laisser le choix concernant :

- le déroulé de l'examen (EY S6 « *Vous enlevez la partie par laquelle on commence* », EY S4 « *de lui demander si elle [...]préférerait que je commence par examiner les seins ou en bas* »)
- la modalité de déshabillage (EY S4 « *la patiente après selon son choix garde le haut ou pas* »)
- la décision de réaliser l'examen (EY S6 « *je leur propose toujours [...] soit de les examiner que sur une prochaine consultation, soit de faire que une partie* » EY S2 « *si elle le sentait pas, ben il y a pas de souci, elle revenait dans quelques semaines* »)
- l'arrêt de l'examen à tout instant (EY S1 « *j'ai posé les mots de consentement, qu'elle pouvait dire non à n'importe quel moment, enfin voilà. Que, il n'y avait rien d'obligatoire* » EY S2 « *qu'elle me dise vraiment comment ça se passe si elle est tendue s'il faut qu'on refasse* »).

Deux soignant.e.s insistent sur l'importance pour les patientes de prendre conscience de ce pouvoir (EY S6 « *C'est votre corps c'est vous qui décidez* », EY S1 « *je pense que du coup avoir une bonne expérience et un moment où elles se sentent entendues, écoutées et maîtresses des décisions, je pense que c'est fondamental, ouais.* »).

Donner le pouvoir de décision aux patientes permet qu'ensuite elles puissent prendre la décision de faire l'examen de façon éclairée. En effet, plusieurs soignant.e.s exposent une décision conjointe de faire l'examen (EY S6 « *on avait convenu qu'on se revoyait juste avant ses 25 ans pour le frottis* » ou à l'initiative de la patiente elle-même (AF S1 « *Je l'ai fait parce qu'elle me l'a demandé* » EY S7 « *C'était une démarche active de sa part* » « *Elle venait pour ça* » « *La patiente je la sentais tout à fait prête pour ce geste* »).

Toutefois, dans un peu moins de la moitié des cas les soignant.e.s décrivent un examen fait à leur initiative (EY S3 « *Ben vous avez 25 ans donc il faut qu'on fasse un premier frottis* » EY S4 « *Je vous rappelle que cette fois-ci je vais vous examiner* »). Dans un cas, la patiente a nécessité l'intervention d'un tiers pour consentir à l'examen (AF S4 « *sa maman a dû lui dire que c'était important ou un truc dans le genre et puis oui elle est venue ensuite* »).

Parfois, l'examen s'impose à la fois à la patiente mais aussi à son/sa soignant.e (EY S5 « *Je me dis « Ben est-ce que je peux m'en passer ? ». Je me suis dit ça, je me dis « Est-ce que... est-ce que je peux ne pas le lui faire ? » par exemple. Ben je dis « Ben... ben non quoi* »).

Pour prendre cette décision éclairée, la patiente doit être en possession des informations requises et les avoir bien comprises (AF S2 « *Je veux vraiment qu'elles réfléchissent et comprennent ce que j'explique avant* »).

L'objectif de ce processus est que la patiente se sente impliquée dans sa consultation et son examen. Cela peut aller jusqu'à la participation effective de la patiente lors de l'examen, par l'introduction du spéculum par exemple (EY S6 « *elle a placé elle-même le spéculum.* » EY S1 « *je leur propose de mettre le spéculum elles-mêmes si elles veulent* » « *je lui ai proposé et elle m'a dit non, et du coup c'est moi qui l'ai mis* »).

Tout cela permet à la patiente, une fois actrice de son examen, de faire appel à ses ressources internes pour en faciliter la réalisation et en améliorer le vécu (EY S2 « *quand elle est allée s'installer je l'ai sentie vraiment se détendre* » EY S4 « *Ben elle déjà elle a une aptitude à se... à permettre qu'on l'examine qui est déjà...qui est déjà marquée* »).

h.La notion de consentement

On ne peut aborder la notion de décision éclairée sans la question du consentement. Chez la plupart des soignant.e.s, la notion de consentement à chaque étape de la consultation est indispensable (EY S1 « *c'est rare les moments où on va... ça devrait être rarissime les moments où on s'affranchit du consentement* » ; AF P4 « *bien sûr que je lui ai donné le choix, je n'imagine pas faire autrement* »). Il doit être impérativement demandé tout au long de l'examen (EY S1 « *je me suis assurée de son consentement à chaque étape* » ; EY S2 « *au fur et à mesure en fait je demandais vraiment si ça allait ou pas, si je pouvais continuer* »).

Ils/elles nous évoquent aussi le fait de changer d'attitude en fonction de la réponse apportée (AF S4 : « *si elle ne le sentait pas, pas de problème, je comprenais* »).

Certain.e.s le verbalisent (AF S1 « *Est-ce que je peux y aller* » ; AF S2 « *Je lui ai demandé si on pouvait commencer* ») et attendent une réponse avant de commencer (AF S2 « *Quand j'ai eu son approbation* ») et d'autres non, mais estiment qu'il est exprimé de façon implicite (AF S5 « *elle m'a suivie donc c'est qu'elle avait confiance* »).

Pour une soignante, il est important d'éduquer ses patientes à cette notion de consentement qui ne peut être oubliée (EY S1 « *bah de poser le cadre de la notion de consentement* » ; « *J'ai essayé que ça passe comme message, quoi* »).

i.Le rôle des explications

La notion de décision éclairée nécessite également que les patientes soient bien informées. C'est pourquoi tous les soignant.e.s (à l'exception d'un) disent avoir pris soin de donner des explications avant la réalisation de l'examen.

En effet, pour une soignante les explications en elles-mêmes ont la capacité de rassurer les patientes (AF S5 « *je crois que mes explications l'ont rassurée* »)

Elles sont d'autant plus nécessaires que les patientes manquent parfois de connaissances sur le fonctionnement de leur corps (AF S1 « *Elle n'osait pas faire la toilette à fond* »), sur l'examen gynécologique (AF S4 « *je l'ai installée correctement ensuite parce qu'elle ne savait pas* » AF S3 « *elle a découvert ce qu'était un spéculum forcément* »). Elles n'ont pas toujours accès à des sources d'informations fiables (EY S7 « *je pense qu'elle avait dû en parler avec des copines, mais je suis pas sûre qu'elle en avait parlé avec un professionnel de santé* »).

Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit d'un premier examen, c'est pourquoi plusieurs soignant.e.s rapportent prodiguer plus d'explications dans ce contexte (EY S1 « *généralement je montre le spéculum quand c'est la première fois, quand elles savent pas ce que c'est.* » EY S7 « *J'ai expliqué tout avant la consultation comme c'était le premier* »).

Les explications peuvent varier en fonction du contexte de la consultation. En effet, pour une soignante elles sont plus détaillées dans le cadre du dépistage (AF S1 « *c'était pas le truc habituel où tu expliques tout en détail comme avant le premier dépistage, pour recherche d'infections ou autres* ») que pour un examen fait en raison d'un symptôme et donc imprévu (AF S1 « *je n'ai pas donné des explications très carrées puisque c'est elle qui me l'a demandé un peu à la volée* »).

Malgré tout, la majorité des soignant.e.s évoquent un aspect standardisé des explications (EY S4 « *il y a ce côté assez standardisé des informations données, des explications* » AF S2 « *j'ai expliqué tout le déroulement de l'examen comme je fais souvent* »).

Deux décrivent pourtant des besoins différents selon les patientes (AF S2 « *Certaines ont besoin de plus de temps, plus d'explications* » AF S5 « *Certaines ne sont pas trop ouvertes à des explications mais là oui elle était contente je crois* »).

Pour adapter les explications aux patientes, certain.e.s soignant.e.s cherchent à explorer leurs connaissances afin de comprendre leurs besoins.

Pour cela, ils/elles reviennent par exemple sur les explications données précédemment (AF S2 « *quand je la revois, je demande toujours s'il y a des questions si les choses sont claires* » « *si elle voulait que je réexplique certaines choses* »). Cela permet de pouvoir compléter de façon adéquate les informations déjà données. (AF S3 « *je lui ai expliqué l'examen en pratique en tant que tel, je ne pense pas qu'elle avait abordé ça avec Michelle** »).

Une soignante rapporte lors de l'entretien ne pas le faire suffisamment (EY S4 « *c'est vrai que je me rends compte que je ne fais pas une vérification [...] de ce qu'elle a vraiment intégré, quoi* »).

Pourtant, des explications inadaptées aux besoins des patientes entraînent une perte d'information (EY S4 « *Ben oui mais elle les a pas calculées, quoi* »). Le temps entre deux consultations peut également entraîner des oublis (EY S4 « *parfois ben quand on revient sur... sur des problématiques ou aborder des... des sujets sur le papillomavirus on se rend compte...* » « *Ben*

mince, ça je l'avais dit »)). Les informations données peuvent aussi ne pas avoir été intégrées (EY S4 « *Parce qu'on donne tellement d'informations que [...] leur cerveau bien évidemment se focalise sur des données »*).

Des explications inadaptées peuvent aussi avoir l'effet inverse de celui escompté pour une soignante (EY S7 « *mais il y a quelques personnes qui ne préfèrent pas savoir » « par exemple, de voir la brosse ça peut leur faire plus peur que de ne pas la voir »*).

Les explications peuvent être données à différentes étapes dans le suivi. Elles peuvent être fournies lors d'une consultation précédente (EY S4 « *j'expliquais qu'à la consultation suivante, quand elle viendrait pour réévaluer la contraception ben à ce moment-là [...] je ferais l'examen.* »), parfois par un.e soignant.e différent.e (AF S3 « *elle avait déjà vu Michelle* qui lui avait expliqué »*). Elles peuvent être données lors de la consultation, avant l'examen (EY S5 « *c'est avant qu'elle se déshabille pour le bas que je lui ai expliqué [...] comment ça allait se passer, quoi »*) et/ou pendant l'examen (EY S7 « *j'ai tendance à plutôt tout le temps assez détailler ce que je fais »*). Une soignante utilise les explications pendant l'examen comme une distraction conversationnelle (AF S5 « *j'ai tout expliqué au fur et à mesure même si clairement je parle toute seule »*).

Concernant la teneur des explications, elles vont concerner toutes les facettes de l'examen :

- son objectif (AF S5 « *j'ai dû expliquer pourquoi on faisait un frottis, le but, comment on le faisait tout ça quoi... pour que ce soit plus clair pour elle »*)
- son déroulé (EY S7 « *En quoi ça consistait et comment se passait l'examen vraiment »*)
- le frottis (EY S7 « *j'explique aussi le frottis qui consiste à prendre des cellules au niveau du col avec une petite brosse »*)
- la position (EY S5 « *« Ben voilà on se met vraiment en bord de table, on met les étriers » puis tout... tout le processus »*)
- le matériel (EY S1 « *je leur explique, on fait une inspection, on regarde, et puis à quoi ça sert chaque truc »*)
- l'anatomie (EY S7 « *ça dépend de l'anatomie de chaque femme, en fait. Que des fois quand on met le spéculum ben tout de suite on est en face du col ou que des fois il est plus en avant, en arrière, à gauche, à droite »*)
- les gestes (EY S4 « *je fais le geste où j'écarte, je dis « ben voilà, je vais regarder... j'écarte la région du clitoris, j'écarte les petites lèvres pour regarder ci et ça »*).
- les sensations attendues (EY S5 « *je lui ai expliqué que donc il y avait un spéculum, que ça écarte un petit peu, qu'il y a une sensation un petit peu particulière, un petit peu désagréable mais normalement qui n'est pas douloureuse »*).

Concernant la forme, une soignante utilise un vocabulaire simple et imagé pour expliquer l'examen (EY S3 « *je lui ai montré qu'on l'ouvrirait comme un bec de canard pour voir le col au fond du vagin* »).

Plus de la moitié des soignant.e.s se basent sur des supports visuels pour étayer leurs explications. Ils/elles exposent le matériel aux patientes (EY S6 « *Je lui avais montré le spéculum* » « *Je montre la petite brochette* » EY S1 « *Je leur fais une démo, je leur montre l'objet* ») ou s'aident de schémas (AF S5 « *j'aime bien expliquer tranquillement les choses et montrer sur des croquis* » EY S4 « *Je montre des schémas aussi, à la première consultation* »).

Deux soignantes expriment une satisfaction vis-à-vis des explications, et estiment avoir répondu à toutes les questions de leur patiente (AF S3 « *je n'ai pas l'impression qu'elle avait des questions en suspens* » EY S6 « *Elle a posé les questions au fur et à mesure ce qui nous a permis à la fin de la consultation de plutôt parler de son... de son année en Australie* »).

j. Le vécu de l'examen en lui-même par les soignant.e.s et leur patiente

Après nous avoir détaillé tous les facteurs qui pouvaient influencer sur le ressenti des patientes et des soignant.e.s lors de la consultation et de l'examen gynécologiques, plusieurs soignant.e.s évoquent le caractère délicat de l'examen gynécologique de manière générale. (EY S5 « *c'est pas un examen qui est facile* »).

Il est en lui-même source d'appréhension pour les patientes (EY S2 « *c'est un examen qu'elles appréhendent forcément* » AF S5 « *Elle semblait un peu tendue, mais c'est normal ça, le contraire serait plutôt étonnant* »), intrusif (EY S3 « *c'est un peu intrusif, c'est invasif* », EY S4 « *c'est quand même un examen qui est... hyper intrusif* ») et parfois même vécu comme violent (EY S3 « *ça peut être traumatique aussi pour certaines personnes* ». L'examen gynécologique peut être source de gêne pour le/la soignant.e également (EY S3 « *l'examen en soi... c'est quand même... un peu gênant et pour moi et pour la patiente parfois* »).

Il provoque des sensations désagréables (EY S5 « *Bon ben c'est peut-être l'examen qui est un petit peu désagréable* » EY S4 « *Vous allez avoir un premier contact avec un corps étranger, c'est désagréable* »).

Certaines soignantes évoquent parfois des difficultés à rassurer les patientes et à les mettre à l'aise (EY S3 « *d'expliquer l'examen, de mettre à l'aise une patiente pour faire un premier frottis en fait, c'est pas forcément toujours aussi facile* »).

L'examen gynécologique est aussi exigeant sur le plan technique avec une nécessité pour certain.e.s soignantes de se former (EY S5 « *et puis j'avais fait un DU moi, de... de gynéco justement pour... parce que je me sentais pas au départ de poser des stérilets. [...] donc j'avais besoin d'encadrer les choses avec un DU où on fait une formation* »).

Il demande des compétences sur plusieurs champs en simultané, que ce soit celui du relationnel comme nous l'avons vu, le domaine technique, mais aussi médical (EY S5 « *j'étais tellement focalisée pour le frottis, enfin l'examen gynéco, que ça se passe pas trop mal finalement que j'en ai oublié le côté infectieux* »).

L'examen est parfois tout simplement impossible à réaliser soit du fait de la douleur des patientes (EY S5 « *finalement le fait de mettre le spéculum et puis après de l'écarter ça peut être [...] très douloureux, on les sent qui se contractent énormément* ») soit d'une impossibilité technique (EY S5 « *il peut y avoir un spasme du col* »).

Le/la soignant.e est alors mis.e en situation d'échec (EY S5 « *des fois c'est compliqué tout le temps, en fait. On arrive pas en fait* » EY S3 « *on peut même des fois difficilement euh... le faire en fait* »).

Une soignante évoque le besoin de se rassurer après l'examen (EY S3 « *souvent je demande mais je sais plus si là je l'ai fait : « Bon ben ça a été ? C'était pas trop sensible ? [...] je me rends compte que c'est une question négative enfin une question avec des négations donc... c'est pour me rassurer que je demande  a* »).

Concernant le déroulé de l'examen en lui-même lors de cette consultation précise, la moitié des soignant.e.s rapportent avoir constaté une appréhension de l'examen chez leur patiente (EY S1 « *je l'ai sentie très stressée* » EY S5 « *Moi je l'ai sentie un peu inquiète.* »).

Plusieurs rapportent une tension physique lors de l'installation (AF S2 « *je l'ai ressentie quand même un petit peu tendue* » AF S3 « *elle était un peu plus tendue, mal à l'aise quand elle s'est installée* ») puis pendant l'examen (EY S1 « *au moment de l'introduction je l'ai sentie crispée* »).

Pendant l'examen en lui-même, plusieurs patientes ont manifesté des signes physiques d'inconfort (AF S2 « *Oh elle était bien stressée, assez fermée dans la discussion elle soufflait, elle m'a demandé si elle pouvait retirer son masque, elle transpirait* » AF S4 « *elle a remonté les fesses, s'est contractée, je l'ai vue se crispée* »). Un soignant a ressenti lui-même des signes physiques d'anxiété (AF S4 « *j'ai eu une sueur froide* »).

Deux patientes ont verbalisé leur inconfort (EY S5 « *Oui ben quand j'ai mis le spéculum elle a fait « Aaaah euuuh, c'est pas très... » Enfin elle était pas très confortable* ») dont une qui a demandé l'arrêt de l'examen (AF S4 « *elle a demandé d'arrêter. [...] je n'ai vraiment pas insisté [...] j'ai retiré le spéculum de suite* »).

Pour les soignant.e.s, cela engendre un sentiment d'échec (EY S1 « *je l'ai sentie quand même tout du long sur la réserve, euh... voilà. Et puis ben faut l'accepter après hein...* » « *je l'ai sentie quand même crispée pendant une bonne partie effectivement, malgré ma réassurance et tout* ») voire de honte (AF S4 « *j'étais franchement g n  d'avoir mal fait l'examen* » « *j'ai un peu honte* »).

Bien que négatif, le ressenti des patientes n'est attribué à la douleur par aucun.e praticien.ne (EY S1 « *En tout cas j'ai, je pense pas lui avoir fait très mal, enfin voilà. Mais qu'elle ait eu un inconfort et peut-être même une gêne, voilà* » AF S4 « *douloureuse je sais pas mais pas à l'aise clairement oui* »).

La plupart des soignant.e.s évoquent malgré tout un examen sans difficulté technique (EY S1 « *j'ai réussi à poser sans souci* » « *après franchement c'est passé tout seul* » EY S6 « *J'ai pas eu de mal à mettre le spéculum, l'examen en lui-même n'a pas été difficile* »), de réalisation rapide (EY S1 « *c'est allé assez vite* » EY S6 « *Assez rapide, assez simple* »).

Plusieurs d'entre eux/elles décrivent une patiente à l'aise, détendue (AF S1 « *non pas du tout elle était même plutôt à l'aise* » EY S7 « *j'ai pas eu l'impression qu'elle avait eu une appréhension particulière* »).

Dans ces examens, le vécu de la patiente est ressenti comme positif avec l'absence de signe physique d'inconfort (AFS3 « *il n'y avait pas de tension, elle ne s'est pas crispée* » EY S3 « *bah ça s'est très bien passé, ya pas eu de douleur ou d'inconfort* ») ou de changement d'état d'esprit de la patiente (EY S4 « *également détendue, quoi. Elle était euh... sans avoir un gros soulagement comme si elle avait vécu quelque chose de difficile, non, finalement* »).

Les soignant.e.s ressentent alors une satisfaction vis-à-vis de l'examen (EY S6 « *Quelque chose de relativement réussi comme premier examen* »), parfois exprimée par la patiente également (EY S1 « *Elle m'a dit « Je vous remercie pour votre patience* » »).

Parfois, l'examen est difficile mais a pu être mené à bien malgré tout. Cela peut être dû à la qualité de la relation (AF S2 « *mais tout s'est bien déroulé et son col était bien perméable donc c'était vraiment de l'appréhension mais la confiance était là je pense* ») ou à l'attitude du médecin (AF S5 « *je lui laisse le temps de se relâcher, de m'expliquer si ça va pas puis en général ça le fait plutôt bien* »).

Pour une soignante, ce sont ses efforts ainsi que ceux de la patiente conjoints qui ont permis la réalisation de l'examen (EY S5 « *on a réussi toutes les deux à aller au bout* »). Elle exprime un sentiment de réussite malgré les difficultés (EY S5 « *C'était ça le côté on va dire peut-être un petit peu positif dans... même si dans mon ressenti c'était pas top quoi. Mais euh... voilà je me dis « Bon t'as quand même réussi à... » Et puis voilà parce que des fois... c'est impossible quoi* »).

Pour améliorer le vécu de l'examen, les soignant.e.s décrivent plusieurs procédés.

Pour l'une d'entre eux/elles, cela passe par une bonne installation, que ce soit pour le confort de la patiente (EY S2 « *j'ai remis un petit peu euh... les étriers pour qu'elle soit vraiment bien à l'aise* ») mais aussi de sa médecin (EY S2 « *je l'ai bien installée vraiment bien au bord de la table pour que ce soit facile et bien visible pour moi aussi* »).

Plusieurs soignant.e.s décrivent déployer des efforts pour que la patiente se sente à l'aise (EY S4 « *de faire en sorte bah qu'elle soit relativement à l'aise* »).

Pendant l'examen en lui-même, la douceur revient plusieurs fois (EY S4 « *d'essayer de rendre l'examen doux* ») notamment pour un premier examen gynécologique (AF S2 « *comme souvent lors des premiers examens gynéco [...] plus de réassurance et de délicatesse* »).

Cela peut également nécessiter l'adaptation du protocole d'examen habituel, par exemple en changeant sur la nature du spéculum (EY S4 « *je vous l'ai mis en plastique comme ça vous n'aurez pas le froid* ») ou en permettant à la patiente de l'introduire elle-même (EY S6 « *elle a placé elle-même le spéculum* »).

Un des indicateurs du vécu de l'examen par les patientes est le changement de comportement qui s'ensuit.

En effet, La plupart des praticiens interrogés soulignent le changement de comportement de la patiente au cours de la consultation avec un soulagement perceptible en fin d'examen (AF S2 « *Souriante, soulagée, beaucoup plus ouverte à parler* » ; AF S3 « *Je crois qu'elle était soulagée que ce soit fait* »).

Dans certains cas, l'ampleur du soulagement fait ressortir l'importance de l'appréhension initiale de la patiente vis-à-vis de l'examen « EY S6 « *Ah ben je pensais que c'était pire que ça* » ; « *Elle a décrit comme un soulagement sur quelque chose dont elle se faisait peut-être une montagne* »).

Une dédramatisation de l'examen est parfois présente (AF S3 « *on a rigolé un peu sur le fait que ce n'est pas si terrible...* ») ce qui permet au/à la soignant.e de se rendre compte du rôle important que joue l'imaginaire chez la patiente et de la différence entre les pensées initiales et la réalité (AF S3 : « *quelque chose dont elle se faisait tout un monde au final* »)

Quand tout se déroule bien (EY S3 « *plutôt sereine en partant, elle avait le sourire* ») cela permet d'ouvrir la discussion sur le suivi (AF S1 « *On se revoyait dans un an si tout allait bien* » ; « *Revenir si besoin* »).

Chez deux soignant.e.s, ce soulagement ressort du fait d'un examen plus compliqué (EY S1 « *je l'ai sentie quand même tout du long sur la réserve, euh... voilà. Et puis ben faut l'accepter après hein...* ») faisant ressortir un sentiment d'échec chez le soignant voire même d'une proposition de réorientation vers un.e confrère/consœur (AF S4 « *je lui ai proposé d'aller voir une consœur bien plus à l'aise...* »)

4- Analyse comparative des soignant.e.s et des patientes

a. Analyse thématique

La similarité des thèmes abordés par les soignant.e.s et les patientes lors des entretiens a permis une analyse comparative. Nous allons vous présenter les points qui nous paraissent les plus importants concernant les divergences et les similarités entre les deux perspectives.

L'état d'esprit du/de la soignant.e

L'état d'esprit du/de la soignant.e a, pour les deux parties un impact important sur le déroulé de la consultation et donc du vécu de l'examen par la patiente.

En effet, lorsque la/le soignant.e est détendu.e et à l'aise avec l'exercice gynécologique, les conditions sont réunies pour une bonne réalisation de ce premier examen gynécologique. Il en découlera un vécu positif de la part de la patiente et une satisfaction du/de la soignant.e.

La/le soignant.e prend alors le temps d'expliquer, de rassurer et de guider, ce qui permet à la patiente de passer outre les désagréments inévitables déjà évoqués plus haut.

A contrario, lorsque le soignant n'est pas à l'aise avec l'exercice gynécologique, stressé ou occupé, le vécu est tout autre. La vulnérabilité de la patiente est importante, les désagréments prennent une grande place, et il existe donc un mauvais ressenti de la part des deux protagonistes.

La pudeur

On remarque que la pudeur est un sujet prédominant chez les patientes puisqu'il est abordé lors de tous les entretiens, parfois au premier plan des inquiétudes ou de l'inconfort ressenti pendant l'examen.

Chez les soignant.e.s, ceux/celles-ci évoquent plutôt les mesures visant à respecter l'intimité. Certain.e.s abordent tout de même le sujet de la pudeur, et deux soignant.e.s la ressentent même à titre personnel.

Une soignant.e pense que le problème de la pudeur des patientes est sous-estimé et banalisé. On peut penser, au vu de l'asymétrie présente dans le traitement de ce sujet par les soignant.e.s et les patientes qu'il est possible en effet qu'elle soit sous-évaluée lors de la consultation. Notamment, une seule soignante évoque la gêne liée à la position gynécologique et à l'exposition des organes génitaux.

Concernant le respect de l'intimité en lui-même, on note une très bonne cohérence entre les témoignages des patientes et des soignant.e.s : les bénéfices du déshabillage partiel ou en deux temps, le besoin d'être à l'abri des regards, d'être seule pendant le déshabillage et le rhabillage, l'influence de la disposition des locaux. Le fait que le/la soignant.e soit présent mais soit occupé.e à autre chose est en effet vécu comme respectueux par les patientes.

Les deux parties évoquent le rôle de la relation dans le vécu de la nudité pour les patientes. Soignant.e.s comme patientes expliquent que la qualité de la relation permet aux patientes d'accepter et tolérer la gêne liée à la pudeur.

Enfin, la mise en échec vécue par certains soignant.e.s peut être expliquée par la gêne liée au propre regard des patientes, à laquelle finalement rien ne peut remédier, si ce n'est limiter le déshabillage au minimum et pour la durée la plus courte possible.

Les explications

Sur la question des explications, on remarque que les enjeux en sont bien cernés par les soignant.e.s. En effet, les deux parties décrivent le caractère rassurant des explications. La plupart des patientes apprécient de recevoir des explications détaillées, voire de visualiser le matériel, l'anatomie. Certaines relatent un réel besoin de relier les sensations perçues aux gestes du médecin, et d'être tenues informées des constatations médicales.

Les soignant.e.s sont bien conscientes des besoins différents d'une patiente à l'autre, et du besoin d'adapter les explications. En effet, les deux parties décrivent l'effet néfaste d'explications trop détaillées ou trop visuelles lorsque ce n'est pas souhaité, pouvant majorer l'anxiété.

Pourtant, beaucoup disent prodiguer des informations standardisées. Le caractère inadapté des informations reçues n'est décrit que dans trois entretiens patientes. La plupart ont donc été satisfaites des explications fournies.

Le manque de connaissances des patientes est constaté par les soignant.e.s, qui, pour plusieurs, expriment la nécessité de les interroger sur ce qu'elles savent déjà. Néanmoins, peu se questionnent sur les sources d'informations utilisées (bien souvent l'entourage ou Internet) et les répercussions négatives que cela peut avoir sur les représentations des patientes (notamment les violences gynécologiques).

Patientes comme soignant.e.s apprécient que les explications soient données lors d'une première consultation. Néanmoins, les patientes décrivent le besoin de recevoir un rappel des informations données lors de la consultation suivante.

La communication

La comparaison des points de vue des soignant.e.s et de leurs patientes sur la communication pendant la consultation et l'examen révèle une bonne cohérence entre les besoins perçus par les soignant.e.s et ceux ressentis par les patientes.

Le besoin de dialogue, d'écoute, le bénéfice d'être guidée et prévenue des sensations, même désagréables sont rapportés par les deux parties.

On remarque que pour les soignant.e.s beaucoup d'échanges se basent sur le langage non verbal tandis que les patientes mettent surtout en avant le besoin de dialogue.

Une soignante s'interroge sur l'intérêt de questionner la patiente sur son ressenti après l'examen. Cette notion se retrouve en miroir chez les patientes, qui décrivent une difficulté à exprimer leur ressenti sans y avoir d'abord été incitées par le/la soignant.e.

De même, il est intéressant de noter que bien que plusieurs soignant.e.s veillent à donner la parole aux patientes, la plupart hésitent malgré tout à s'exprimer.

La relation soignant.e-patiente

Les deux parties s'accordent sur le fait que la qualité de la relation est de première importance dans le déroulé de la consultation. Les soignant.e.s comme les patientes se sentent plus à l'aise lorsqu'ils ou elles se connaissent déjà.

Le bénéfice de la relation de médecin traitant est décrite par les deux parties.

Pour les patientes, c'est l'attitude du/de la soignant.e qui ressort particulièrement dans la mise en place du lien.

L'asymétrie de la relation est ressentie par les deux parties. La difficulté à s'exprimer des patientes est constatée par les soignant.e.s.

Les efforts des soignant.e.s pour mettre les patientes à l'aise sont perçus et appréciés par les patient.e.s, mais ne sont pas suffisants pour qu'elles se sentent toujours libres de poser leurs questions ou d'exprimer un ressenti négatif.

La première divergence est sur l'importance de créer la relation lors d'un premier rendez-vous. En effet, les patientes rapportent, quand le/la soignant.e leur inspire confiance, la possibilité d'un lien de qualité dès la première rencontre. Ce lien peut être suffisant pour entraîner un bon vécu de l'examen.

La deuxième concerne l'impact de l'examen gynécologique sur la relation. Décrit par deux soignant.e.s, il est absent des entretiens patientes.

Enfin, tous/toutes décrivent l'importance du lien de confiance. Patientes comme soignant.e.s rapportent que ce lien permet aux patientes de dépasser leur inconfort et leur gêne.

La décision éclairée, l'implication de la patiente

Sur le sujet de la décision éclairée et de l'implication des patientes, on remarque encore une fois une bonne cohérence entre la vision des soignant.e.s et celle des patientes.

Les patientes apprécient qu'on leur donne le pouvoir de décision. Elles ressentent le besoin que la décision de procéder à l'examen soit partagée. Tout cela est également décrit par les soignant.e.s.

Les patientes peuvent ressentir cette prise de décision conjointe même lorsque l'examen est décidé et annoncé par le/la soignant.e, à condition qu'elles soient elles-mêmes convaincues de sa nécessité.

Nous avons vu néanmoins qu'il persistait un fort sentiment d'obligation chez les patientes qui n'est pas décrit par les soignant.e.s. Cela laisse à penser que celui-ci n'est probablement pas suffisamment pris en compte.

Enfin, les deux parties évoquent les capacités internes des patientes à se détendre et améliorer leur propre vécu de l'examen quand elles en sont actrices.

Le consentement

La recherche de consentement est une notion importante chez les soignant.e.s avec une volonté de recherche explicite de celui-ci.

Chez les patientes, il est moindre puisque pour la plupart, le fait de venir consulter et d'accepter l'examen est, pour elles, une notion nécessaire et suffisante même si deux d'entre elles disent apprécier le fait que le praticien ait demandé leur accord à chaque étape.

La perception du ressenti des patientes par les soignant.e.s vis-à-vis de l'examen

Lorsqu'on compare la perception des patientes à celle des soignant.e.s, on remarque que si les soignant.e.s sont conscient.e.s du caractère désagréable de l'examen et de l'appréhension des patientes, ils/elles sous-estiment le ressenti négatif qu'elles peuvent en retirer.

En effet, la plupart des soignant.e.s évoquent un examen sans difficulté et un ressenti globalement positif à l'issue de l'examen, mais on constate que pour les patientes la gêne est omniprésente, notamment liée à la position gynécologique. La position en décubitus dorsal avec étriers est l'origine d'un inconfort et d'un ressenti négatif pour la plupart des patientes. Une patiente parle d'un sentiment de honte, une autre de vulnérabilité.

La pénétration pose problème pour plusieurs patientes. Une seule d'entre elle a pu poser le spéculum elle-même mais malheureusement elle a été perdue de vue.

Les soignant.e.s sous-estiment également la sensation douloureuse. En effet, aucun.e n'évoque une possible douleur chez sa patiente, quand plusieurs patientes disent avoir eu mal (à divers degrés) pendant l'examen.

La douceur exprimée par quelques soignant.e.s n'est pas retrouvée dans les entretiens patientes.

On peut donc penser que la perception du ressenti des patientes par les soignant.e.s pendant l'examen n'est pas parfaite.

Le soulagement

Que ce soit chez les soignant.e.s ou les patientes, le sentiment de soulagement en fin de consultation est bien décrit pour la plupart des binômes.

Le/la soignant.e nous évoque le fait que la patiente est plus détendue en fin de consultation, avec un dialogue plus ouvert, un sourire, un remerciement.

Il existe même chez un binôme, une dédramatisation de l'examen avec de l'humour.

De ce fait, les soignant.e.s arrivent à terminer leur consultation en proposant un suivi annuel ou plus tôt selon besoin qui, pour la plupart des patientes ne semble pas poser de difficulté.

Des thèmes absents chez les soignant.e.s

On remarque que dans la comparaison des thèmes abordés, trois sont absents des entretiens soignant.e.s. Il s'agit de la peur, de la méconnaissance, et du rituel de passage. S'ils sont abordés de façon parcellaire au cours des entretiens, ils ne sont pas développés au point de ressortir en tant que thèmes principaux.

Cela reflète bien un manque global d'exploration des connaissances et des peurs des patientes par les soignant.e.s, que l'on retrouve de façon plus évidente dans les analyses par binôme que nous allons vous exposer ci-dessous.

L'aspect obligatoire de l'examen gynécologique est prédominant dans les entretiens patientes mais n'est pas abordé par les soignant.e.s. Malgré le souhait de favoriser l'implication de la patiente et la prise de décision éclairée, il semble que l'ampleur de ce sentiment d'obligation est sous-estimé, ce qui empêche l'obtention d'un consentement libre et éclairé total des patientes.

b. Analyse des binômes

Premier binôme AF

Il s'agit d'une première rencontre entre ces deux femmes avec une demande de renouvellement de contraception de la part de la patiente, contraception initialement introduite par son médecin traitant, ainsi que la présence d'une gêne vulvaire depuis quelques semaines.

La rencontre se fait en toute simplicité dans un état d'esprit détendu pour les deux protagonistes. Il s'agit d'une patiente de 18 ans qui consulte un médecin spécialiste pour la toute première fois (AF S1 « *c'était une première rencontre et c'est la première fois qu'elle venait chez un gyneco* »). Elle a été orientée vers ce cabinet sur les conseils de sa sœur, également suivie ici (AF P1 « *conseillé par ma sœur qui est suivie au cabinet aussi et qui m'a dit que c'est bien et que les femmes sont gentilles* »).

La patiente s'est sentie en sécurité dès le premier contact (AF P1 « *le cabinet est sympa c'est accueillant* »).

Le lien de confiance s'est mis en place au fur et à mesure de la consultation, ce qui a permis à la patiente de dépasser ses inquiétudes initiales et de demander l'examen au moment venu (AFP1 « *C'est moi qui ai demandé à ce qu'elle regarde...c'était pas prévu* »)

La soignante, ne pensant pas l'examiner, au vu de son âge et de sa demande initiale de renouvellement de contraceptif, pensait tout simplement examiner sa poitrine et s'est retrouvée prise au dépourvu quand la patiente lui a demandé de l'examiner (AFS1 : « *je n'ai pas donné d'explications très carrées puisque c'est elle qui me l'a demandé un peu à la volée et comme c'était sa demande donc c'était pas le truc habituel* »).

La surprise était donc au rendez-vous pour la soignante (AFS1 « *Ce n'est pas représentatif d'une consultation habituelle* ») mais cette déstabilisation n'a pas été perçue par la patiente.

Malgré le fait que la soignante soit sortie de son rituel et de ses habitudes (AFS1 « *ce n'est pas le truc habituel où tu expliques tout comme avant le premier dépistage, pour rechercher des infections ou autres* »), elle a su répondre aux attentes de la patiente et s'est adaptée à elle.

La patiente rassurée par les explications fournies (AFP1 « *elle m'a rassurée* ») s'est sentie soulagée et l'examen a pu se dérouler sans difficulté.

La communication a donc été efficace et la relation médecin-patient de bonne qualité.

La patiente s'est sentie respectée vis-à-vis de sa nudité (AFP1 « *j'avais mon pull sur moi* », grâce à l'attitude de la soignante (AFP1 « *Elle a été très agréable* »). Les explications fournies ont été à la hauteur des attentes de la patiente qui découvrait les sensations d'un premier examen et qui, du fait de son jeune âge, découvre progressivement son corps (AFS1 « *Elle n'osait pas bien nettoyer* »).

Toutes deux décrivent une certaine décontraction au moment de l'examen (AFS1 « *Elle était même plutôt à l'aise, je la sentais tranquille* » ; AFP1 « *Comme je la trouvais gentille je me suis dit que c'était aussi le moment de savoir* » ; « *j'étais à l'aise* »).

Il est intéressant de constater l'importance de la communication tout au long de la consultation et de l'examen bien décrit par les deux actrices.

Toutes deux évoquent le même cheminement de la consultation : la demande d'examen à l'initiative de la patiente et la soignante qui a agi en conséquence, avec efficacité.

La seule divergence notée est l'insatisfaction de la soignante vis-à-vis des explications données puisque habituellement elles sont données avant la réalisation de l'examen. Mais la patiente, elle, est tout à fait satisfaite de la consultation.

Certaines notions ne sont pas partagées comme par exemple le sentiment de vulnérabilité lié à l'âge décrit par le médecin, non ressenti par la patiente.

En fin de consultation, la soignante fait une ouverture sur la suite de la prise en charge et la patiente, satisfaite de son médecin, se sent apte à la reconsulter si besoin.

Au total :

- Bonne relation de confiance entre les deux protagonistes
- Bonne écoute des demandes de la patiente par la soignante
- Respect de la nudité par la soignante, apprécié par la patiente
- Insatisfaction personnelle vis-à-vis des explications fournies coté soignante mais non ressentie coté patiente qui, elle, est satisfaite des réponses apportées.

Deuxième binôme AF

Il s'agit d'une deuxième rencontre entre ces deux femmes pour une demande de pose de dispositif intra-utérin. La patiente a été orientée vers une sage-femme, par son médecin traitant ne se sentant pas compétent en matière de prise en charge gynécologique.

La première rencontre, indispensable aux yeux de la soignante, (AFS2 « *Je ne fais jamais de premier examen lors de la première entrevue* ») était à des fins d'explications sur le déroulement et la réalisation de l'examen ainsi que la démonstration du matériel utilisé (AFS2 « *J'ai expliqué tout le déroulement de l'examen comme je fais souvent* »).

La préparation à un premier examen gynécologique est une notion importante pour la soignante qui explique vouloir que la patiente en comprenne le but, le déroulé et découvre son anatomie. Elle décrit un souhait d'informer la patiente car elle estime que c'est indispensable de comprendre l'examen (AFS2 « *Je veux vraiment qu'elles réfléchissent et comprennent ce que j'explique avant* »)

Elle n'a pour autant pas essayé de savoir si cela posait un problème à la patiente ou si la patiente souhaitait réellement connaître tout cela en détail, notamment sur son anatomie (AFP2 « *Ça m'a fait un peu peur quand elle m'a montré comment et où on allait mettre le stérilet* »).

La patiente, initialement inquiète face à de nombreuses inconnues, obtient tout de même des réponses grâce à cette première entrevue (AFP2 « *Elle m'avait déjà bien expliqué et montré comment ça allait se passer* ») mais certaines peurs subsistent, notamment celle de la douleur (AFP2 « *Vachement peur d'avoir mal* »).

Le message de la soignante sur la notion de l'importance d'une réflexion et d'une compréhension de l'examen été transmis car la patiente explique être bien informée sur l'intérêt et le déroulé de l'examen mais que le fait d'avoir eu trop d'information a eu pour elle un effet peu bénéfique sur ses angoisses (AFP2 « *Je préférerais ne pas savoir* »).

Ceci n'a pas été perçu par la soignante.

Lors de la deuxième rencontre, la soignante revient sur la première entrevue et explore les doutes persistants de la patiente (AFS2 « *J'ai demandé s'il y avait des questions sur notre première entrevue...* ») en faisant preuve de franchise (AFS2 « *oui il y a un peu de douleur...* »), et de réassurance (AFS2 « *cela ferait comme des règles* »).

Lors de l'examen, les explications, le partage d'informations et le dialogue ont été bénéfiques pour les deux parties. (AFS2 « *je pense que les femmes sont prêtes à accepter d'être parfois moins bien installées ou avoir moins d'intimité si elles ont confiance en la personne qui les prend en charge* » ; AFP2 « *Elle m'a tout expliqué au fur et à mesure* »).

La soignante s'est adaptée pour répondre aux besoins de sa patiente (AFS2 « *J'essaie de m'adapter* »). Elle a par exemple anticipé une appréhension de la pudeur et lui a proposé de se recouvrir d'un drap (AFS2 « *Je lui ai proposé un drap* »), ce qui a été apprécié par la patiente (AFP2 « *J'ai apprécié, on a l'impression d'être comme un peu protégée* »).

La soignante a cherché à faire visualiser ses gestes à la patiente, à la tenir informée de chaque étape pour lui permettre de relier les sensations à ses gestes. (AFS2 « *Même si je sais qu'elles ne m'écoutent pas toujours ! mais ça permet de combler le vide* » ; AFP2 « *je voulais pas trop savoir mais en même temps c'était bien qu'elle me le dise parce que je crois que j'aurais pas aimé que personne ne parle* »).

La patiente était impliquée dans l'examen et a participé activement à son bon déroulement par sa capacité à se détendre grâce à l'aide du dialogue pendant l'examen, malgré des signes physiques d'anxiété majeurs et perçus par la soignante (AFP2 « *Sursauté, sueurs froides, je tremblais* » ; AFS2 « *elle était bien stressée, assez fermée dans la discussion elle soufflait, elle m'a demandé si elle pouvait retirer son masque, elle transpirait* »).

L'examen est reconnu comme désagréable par les deux parties. (AFP2 « *C'est une sensation un peu bizarre mais ça fait pas mal* » ; AFS2 « *après ça reste un examen gynécologique donc ça reste délicat* »). Mais toutes deux estiment que l'examen s'est bien déroulé (AFS2 « *mais tout s'est bien déroulé et son col était bien perméable donc c'était vraiment de l'appréhension mais la confiance était là je pense* » ; AFP2 « *Je pensais à pire* »).

Il existe par contre une discordance de ressenti quant à la position gynécologique ressentie comme honteuse par la patiente (AFP2 : « *Je ne voulais pas que quelqu'un me voit dans cette position-là* » ; « *C'est la honte* » ; « *Les jambes écartées, ça fait bizarre* ») non exploré ni ressenti par la soignante.

L'enjeu du premier examen sur la suite de la prise en charge décrit initialement la soignante se confirme auprès de la patiente puisque celle-ci dit ne plus avoir d'appréhension à l'idée d'un futur examen (AFP2 « *je n'ai plus peur maintenant, c'est cool* »).

Au total

- Bon ressenti global de la part des deux protagonistes
- Bonne relation de confiance instaurée entre elles deux
- Une intimité respectée, un consentement recherché.
- Une discordance quant aux informations fournies, indispensables pour la soignante et trop descriptives aux yeux de la patiente qui n'en demandait pas tant.

Troisième binôme AF

Il s'agit d'une première rencontre entre ces deux femmes (patiente initialement suivie par un autre praticien du cabinet), à l'occasion de la réalisation du premier frottis cervico-vaginal.

On remarque un effet de surprise majeur chez la patiente : elle est déstabilisée de ne pas avoir été informée du changement de professionnel (AFP3 « *j'ai eu le message sur Doctolib comme quoi il y avait eu un changement de médecin. Et euhhh ça m'a un peu contrariée au début* »). Cette contrariété n'a pourtant pas été perçue par la soignante.

Lors de cette consultation une communication efficace et une relation médecin-patiente de qualité se met en place ce qui permet une mise en confiance rapide de la patiente (AF S3 « *assez à l'aise, elle ne paraissait pas anxieuse ...* » ; AF P3 « *Ça m'a rassurée et mise en sécurité* »).

La soignante revient sur les connaissances de la patiente et aborde le côté technique de l'examen afin qu'il soit réalisé sans surprise (AF S3 « *je lui ai expliqué l'examen en pratique en tant que tel, je ne pense pas qu'elle avait abordé ça avec I.* » ; AF P3 « *Dr C. m'avait déjà pas mal expliqué pourquoi je devais faire un examen gynécologique* »).

La médecin a ensuite perçu les craintes de la patiente lors de l'installation (AF S3 « *elle était un peu plus tendue, mal à l'aise quand elle s'est installée* ») et a agi en conséquence, notamment concernant sa pudeur et son inconfort face à la nudité (AF S3 « *la chose qui était difficile pour elle c'est la pudeur* » ; « *en lui expliquant progressivement, je suis allée doucement...* »).

La communication est partagée et bienveillante.

La médecin était à l'écoute pour mettre à l'aise sa patiente, ce qui a été bien perçu et a permis l'établissement d'une relation de qualité. (AF S3 « *je lui ai demandé régulièrement si ça allait, si c'était supportable...* » ; AF P3 « *elle parlait, elle m'expliquait bien...* »)

Les deux parties ont ressenti les mêmes difficultés lors de l'examen, notamment autour de la nudité (AF P3 « *Je me cachais un peu* » « *Je suis super pudique* » ; AF S3 « *mal à l'aise par le fait d'être à moitié nue* »)

Toutes deux rapportent le rôle indispensable d'une bonne relation (AF S3 « *Le lien fait qu'elle se détend rapidement* » ; AF P3 « *Mais en vrai ça va surtout quand on est avec quelqu'un de sympa et qui explique bien* »).

On constate une bonne adéquation entre le ressenti de la patiente lors de l'examen et celui de la médecin qui décrivent toutes deux un examen rapide (AF P3 « *c'était hyper rapide* ») et sans douleur (AF P3 « *ça n'a pas du tout fait mal en fait* »).

Il est particulièrement intéressant de constater que l'importance de la communication, tout au long de la consultation et de l'examen, est décrite par les deux actrices.

Enfin, on note qu'une notion de soulagement et de dédramatisation est décrite par les deux parties (AF S3 « *On a rigolé* » ; « *Elle était soulagée* », AF P3 « *Elle était gentille, on a rigolé à propos de ça après* » ; « *Finalement on s'en fait tout un monde mais ça va* »)

Du côté de la médecin, on remarque une grande importance portée au respect de l'intimité (AF S3 « *En France ça ne se fait pas trop mais c'est peut-être un peu dommage d'imposer cette nudité aux jeunes femmes* » ; « *on le banalise un peu* ») surtout voyant sa patiente bien plus gênée par la nudité que par l'examen en lui-même.

Au total :

- Bon ressenti des deux cotés dans un dialogue ouvert, avec un lien de confiance et un respect mutuel. Absence d'élément négatif grâce à de bonnes explications pratiques en amont permettant à la patiente de se projeter et se préparer.
- La pudeur de la patiente a été entendue, comprise et respectée.
- Les deux femmes sont satisfaites de cette consultation même si la médecin aimerait, à l'avenir, remédier à cette nudité parfois souvent imposée.

Quatrième binôme AF

Il s'agit d'une consultation entre une patiente et son médecin traitant connu depuis plusieurs années, motivée par une symptomatologie gynécologique (métrorragies post-vaccinale). La patiente ne savait pas qu'elle allait être examinée.

Le médecin décrit dès le début un mauvais état d'esprit ce jour, avec un stress, une activité prenante et importante mais cherche à se déculpabiliser par le fait que la patiente est habituée à ce

fonctionnement (AF S4 « *c'est lundi hein, donc ils savent que le lundi c'est hyper speed et qu'on a des demandes a tout va...* »).

Ils décrivent tous les deux une relation préexistante, et donc un relationnel déjà établi (AF S4 « *je la suis depuis longtemps* »).

La patiente est perspicace concernant l'état d'esprit du médecin, elle constate une gêne et un manque d'aisance dans le domaine de la gynécologie. (AF P4 « *j'aurai largement préféré qu'il me dise qu'il savait pas faire* » ; AF S4 « *mes connaissances sont plus que limitées quoi...* »).

Le médecin rapporte en effet un manque d'attrait et de connaissance dans ce domaine. (AF S4 « *ce n'est pas forcément quelque chose vers lequel je vais me pencher tu vois ...* ») mais l'obligation de moyens le pousse à ne pas en rester là ou passer la main (AF S4 « *Histoire de regarder le col éventuellement et puis faire un prélèvement* »)

La patiente exprime une distance dans l'attitude du médecin qui la fait douter de ses compétences (AF P4 « *lui ne savait pas trop non plus* »).

De son côté, le médecin perçoit bien l'appréhension de la patiente vis-à-vis de la proposition d'examen. (AF P4 « *elle était gênée* »).

La patiente n'est pas du tout informée de la façon dont les choses doivent se dérouler, ce dont le médecin est n'est pas conscient. (AF P4 « *un prélèvement avec un coton la, pour étudier le liquide mais j'avoue je sais pas trop pourquoi* » ; « *je savais même pas comment m'asseoir... pffff* »).

Cet examen n'a donc pu être préparé est a dû être interrompu du fait de douleurs importantes, (AF P4 « *j'ai eu l'impression qu'on essayait de m'ouvrir en grand ...* » ; AF S4« *elle a demandé d'arrêter* » ; « *elle a remonté les fesses* » ; « *Je l'ai vue se crispier* ») et les deux parties en reconnaissent les effets négatifs immédiatement. (AF P4 « *plus jamais je fais ça moi...* » ; AF S4 « *j'étais franchement gêné d'avoir mal fait l'examen* »).

La patiente évoque une perte de confiance envers son médecin de famille (AF P4 « *ça a cassé un truc* »).

Les deux protagonistes avaient pourtant la volonté que la consultation se passe bien, la patiente est venue vers son médecin de famille pour une demande intime et a eu confiance en lui.

Mais l'absence de pratique gynécologique engendre une mauvaise qualité de la relation (AF P4 « *il s'est pas mal excusé, il avait l'air aussi gêné que moi ...* » ; « *j'étais pas à l'aise* » ; AFS4 « *elle était gênée* »).

L'examen se déroule avec difficulté. Le médecin perçoit un inconfort à l'introduction du spéculum, mais ignore qu'il s'agit en fait d'une douleur intense. (AF S4 « *elle a remonté les fesses* » ; « *Je l'ai vue se crispier* »).

Le médecin et la patiente ont eu le même souhait d'arrêter l'examen. (AF S4 « *je n'ai pas vraiment insisté* » ; « *j'ai retiré le spéculum de suite* » ; AF P4 « *j'ai demandé d'arrêter...* »)

Le manque de communication et la mauvaise qualité de la relation empêchent la patiente d'exprimer son ressenti suite à l'examen et de poser ses questions.

Le manque d'explications est majeur, entraînant une grande angoisse de la part de la patiente (AF P4 « *J'entendais des plastiques mais je voyais rien, c'était stressant...* ») non ressenti par le médecin (AF S4 « *elle n'a trop rien dit* »).

La patiente, qui avait initialement confiance en son médecin traitant, pense finalement qu'il est préférable d'aller voir un spécialiste (AF P4 « *J'irai ailleurs genre chez un spécialiste ...* »). Tous deux sont en accord sur l'impact du genre féminin sur les patientes plus jeunes (AFP4 « *c'est une fille, je préfère...* » ; AFS4 « *je lui ai proposé d'aller voir une consœur bien plus à l'aise...* »).

Elle décrit qu'un spécialiste sera plus apte à l'informer sur l'examen gynécologique que le/la médecin traitant.e et sera plus habitué à réaliser les examens dans de meilleures conditions (AF P4 « *un spécialiste il a l'habitude, il fait plus gaffe ou il arrive a nous détendre* »).

Le manque d'information et la douleur ressentie par la patiente sont marquants, avec un besoin important de partager, d'échanger, de se rassurer en parlant avec ses proches et notamment sa mère mais sans y arriver, par pudeur ou par honte. (AF P4 « *même au retour avec ma mère, j'ai pas osé en parler avec elle...* »).

Au vu de cette rencontre de soin très négative, la patiente est en colère envers son médecin traitant. Elle aurait préféré qu'il soit franc et l'oriente vers quelqu'un de compétent (AF P4 « *j'aurais largement préféré qu'il me dise ...* »). Elle évoque également une rupture du lien (AF P4 « *ça a cassé un truc* » ; « *j'espère ne pas retomber malade de suite* »).

Le médecin, quant à lui, conscient d'avoir raté sa consultation (AF S4 « *j'étais franchement gêné d'avoir mal fait l'examen* » ; « *j'ai un peu honte hein* ») n'a en revanche pas conscience de l'ampleur de l'impact évoqué par la patiente.

Au total :

- Mauvais ressenti de la part des deux protagonistes, essentiellement par manque de communication et d'explications. Ce qui entraîne une incertitude et des peurs chez la patiente.
- Le manque de pratique gynécologique du médecin traitant le met dans une situation délicate, mais l'obligation de moyen le contraint à réaliser l'examen.
- La douleur, prise en compte par le soignant, entraîne l'interruption de l'examen.
- La relation patiente – médecin traitant a été mise à mal.

Cinquième binôme AF

Il s'agit d'une première rencontre entre une gynécologue et sa patiente pour la réalisation d'un premier frottis cervico vaginal.

Cette première rencontre entre ces deux femmes a été marquée par un sentiment de satisfaction mutuel (AF P5 « *Vraiment sympa, et douce* » ; AF S5 « *Le sentiment global je pense que ça a été, la patiente m'avait l'air soulagée, elle m'avait l'air détendue, je pense avoir répondu à ses questions* ») La patiente s'est sentie comprise, son intimité a été respectée, elle a reçu des explications adaptées à ses interrogations initiales ce qui lui a permis de se rassurer.

La médecin a donné toutes les informations nécessaires pour permettre à la patiente ensuite d'accepter ou refuser l'examen (AF P5 « *Pas obligée nan surtout qu'elle m'a dit que si je voulais pas aujourd'hui on pouvait remettre si je voulais me préparer* »). La patiente s'est sentie guidée tout du long. Et même si la soignante a ressenti de la tension au moment de passer à l'examen, elle lui a laissé le temps nécessaire pour se détendre (AF S5 « *Elle semblait un peu tendue sur le fait de devoir avoir un examen* » ; « *Je lui laisse le temps de se relâcher, de m'expliquer si ça ne va pas* »).

Les deux parties décrivent une relation de bonne qualité à l'issue de la consultation.

La médecin n'a pas particulièrement exploré les peurs et représentations de la patiente et a décrit ses explications comme plutôt standards (AF S5 « *J'ai dû expliquer pourquoi on faisait un frottis, le but, comment on le faisait* » ; « *J'ai tout expliqué au fur et à mesure* »). La patiente quant à elle, les a perçues comme plutôt bien adaptées (AF P5 « *Elle m'explique le but* » ; « *Elle m'explique bien le truc, elle explique le déroulement, comment elle va faire et tout* » ; « *Elle m'a bien expliqué, et y'avait une image, et elle m'a montré où elle prenait avec la brosse* »).

La médecin n'est pas sortie de son rituel, et a expliqué les choses importantes à ses yeux lors d'une première rencontre (AF S5 « *Comme c'était une nouvelle patiente je commence déjà par me présenter et puis faire un peu le tour de ses antécédents, sa santé de manière générale quoi* ») et d'un premier examen (AF S5 « *J'ai dû expliquer pourquoi on faisait un frottis, le but, comment on le faisait* »).

La patiente, a évoqué le fait de savoir qu'elle allait avoir un examen gynécologique l'année de ses 25 ans (AF P5 « *je savais que je devais le faire l'année de mes 25 ans* »), mais a malgré tout beaucoup apprécié les explications du médecin car ne connaissait pas les tenants et les aboutissants de celui-ci. (EY P5 « *Elle m'a montré ce qu'elle allait me mettre dedans* » ; « *Elle m'a bien expliqué, et y'avait une image, et elle m'a montré où elle prenait avec la brosse* »).

La médecin a perçu la gêne de la patiente au moment de l'installation (AFS5 « *Elle semblait un peu tendue sur le fait de devoir avoir un examen* ») mais a adapté son comportement en conséquence (AFS5 « *Mais c'est normal ça* » ; « *Je lui laisse le temps* »), ce qui a permis une réalisation de l'examen rapidement et sans douleur (AF P5 « *C'est juste désagréable mais c'est tout* » ; « *Ben j'imaginai pas que ça allait être aussi rapide en fait* »)

La médecin a réalisé les gestes qu'elle avait initialement décrits lors des explications ce qui a particulièrement été apprécié par la patiente (AF P5 « *Elle a ouvert mes lèvres comme elle m'avait expliqué* »).

L'intimité a été respectée (AF S5 « *J'évite (le déshabillage entier) je n'aime pas ça, je me sens aussi mal à l'aise que les patientes je crois* ») même si la patiente s'est sentie vulnérable face à cette nudité, ce qui n'a pas été perçu par la médecin (AF P5 « *Totalement à découvert, genre un peu fragile* »).

La médecin, n'est tout de même pas totalement satisfaite à la fin de notre entretien car elle se rend compte de la robotisation de son examen, du fait que les gestes ne soit pas réfléchis et soient très automatiques (AF S5 « *Parfois on doit passer à côté de certaines choses le fait de faire des gestes assez machinalement et ça c'est pas top* » ; « *Ça me perturbe un peu le fait qu'on soit si mécanisé* »).

De son côté, la patiente ne retient pas cela. Elle est satisfaite de leur rencontre et repart soulagée en faisant de nombreux remerciements (AF P5 « *J'ai souri et je l'ai remercié* »).

Au total :

- Très bon ressenti global lors de cette première rencontre
- La patiente, rassurée par les explications du médecin, se sent en confiance tout du long. Grâce à cette relation médecin – patiente de qualité, l'examen a pu être réalisé rapidement et sans douleur.
- La médecin de son côté n'est pas totalement satisfaite de sa consultation du fait d'une mécanisation trop présente à son goût.

Premier binôme EY

Il s'agit d'une rencontre à l'occasion d'une visite de contrôle post-avortement, lors de laquelle il était convenu de s'assurer de la bonne localisation du dispositif intra-utérin posé à cette occasion.

La surprise était au rendez-vous pour les deux parties car la patiente ne savait pas qu'elle serait examinée sur le plan gynécologique (EY P1 « *Euh j'étais pas sûre parce que j'avais regardé sur internet et je savais que c'était soit une échographie soit ça* »), et la médecin n'était pas informée qu'il s'agissait d'un premier examen. (EY S1 « *Non, je savais pas du coup. Et effectivement je pense que je me suis un peu rendue compte au moment de l'examiner que c'était son premier examen.* »)

En effet, elle n'avait pas pris le temps de consulter le dossier médical de la patiente alors qu'elle en avait la possibilité. (EY S1 « *je me dis « oh ça va être rapido, facile » et du coup j'ai pas pris ce temps-là »*)

Il est intéressant de noter que l'état d'esprit initialement moins investi du médecin n'a pas été perçu et n'a eu aucune incidence sur le ressenti de la patiente.

On remarque lors de cette consultation une communication efficace et une relation médecin-patient de qualité.

La médecin a perçu efficacement les peurs de la patiente et a agi en conséquence, notamment concernant le spéculum. (EY S1 « *C'est quand elle a été sur la table et [...] qu'elle m'a vue attraper le spéculum que je l'ai vue tiquer un peu »*) Elle a su percevoir également la pudeur de la patiente et son inconfort lié à la nudité (EY S1 « *mais qu'elle ait eu un inconfort et peut-être même une gêne, voilà, ce qui était peut-être plus de l'ordre de la gêne et de la pudeur, je pense »*)

La communication est réciproque car la patiente a perçu la surprise du médecin lors de sa découverte qu'il s'agissait d'un premier examen gynécologique (EY P1 « *Elle a été surprise au début »*)

La médecin a fait des efforts pour mettre la patiente à l'aise, qui ont été bien reçus et ont permis l'établissement d'une relation de qualité. (EY P1 « *Elle était plutôt souriante euh... et elle inspirait confiance » « on voyait qu'elle s'intéressait à ce que je disais » « Elle m'a expliqué tout le processus pour bien me mettre en confiance »*)

Les deux parties ont perçu les mêmes enjeux : l'influence du motif de la consultation (EY S1 « *elle était peut-être un petit peu stressée, mais en post-IVG, enfin ouais... »*, EY P1 « *après moi c'était dans le cadre d'un avortement donc c'était peut-être spécial »*) et la spécificité du premier examen (EY P1 « *qui peut altérer le processus la première fois »*, EY S1 « *c'est pas mal de faire un premier examen gynéco dans un cadre justement pas d'urgence euh... et où on a le temps »*).

Elles décrivent également les mêmes limites à l'abord de la consultation :

- les locaux inadaptés au respect de l'intimité (EY S1 « *c'est très mal fait, le bureau est du côté de l'arrière du paravent »*, EY P1 « *y avait juste un petit paravent »*)

- l'influence des expériences passées de la patiente (EY P1 « *Il y a certains médecins, on les voit, on a l'impression de les déranger, qu'ils sont super speeds, qu'ils ont envie de passer à autre chose»* EY S1 « *Après, dans la limite de ce qu'elle ont vécu, quoi »*)

- les difficultés liées à la nature de l'examen (EY S1 « *parce que voilà c'est quand même un gros truc »*).

Toutes deux rapportent le rôle central du médecin dans la qualité de la rencontre de soins (EY P1 « *Peut-être avec quelqu'un d'autre ça aurait été plus dérangentant »*, EY S1 « *que vous vous retrouvez avec votre premier examen gynéco fait par un interne aux urgences, ça sera peut-être vraiment pas sympa »*).

On constate une légère inadéquation entre le ressenti de la patiente lors de l'examen et celui perçu par la médecin. En effet, si toutes deux décrivent un examen rapide et désagréable, la médecin l'estime indolore (EY S1 « *elle m'a dit que non, c'était pas agréable mais que c'était pas douloureux* », tandis que selon la patiente il a été douloureux mais de façon acceptable (EY P1 « *C'était pas... agréable mais c'était pas non plus très douloureux* »).

Il est particulièrement intéressant de constater que l'importance de la communication tout au long de la consultation et de l'examen est décrite par les deux actrices.

Toutes deux décrivent le même cheminement de la patiente, secondaire à une volonté de la médecin de sortir de sa position de pouvoir et d'autonomiser la patiente. En effet, la posture passive et l'absence de liberté ressentie par la patiente ont été totalement perçues par la médecin qui a agi en conséquence, avec efficacité. La patiente est alors devenue actrice de sa consultation. (EY S1 « *avoir [...] un moment où elles se sentent entendues, écoutées et maîtresses des décisions, je pense que c'est fondamental* »)

Il persiste malgré tout de légères divergences liées principalement à un manque d'expression de la patiente : elle n'a pas exprimé la douleur qu'elle a ressentie car elle l'a estimée minime (EY P1 « *Euh, un tout petit peu. Mais rien de... rien d'exceptionnel, quoi* ») et n'a pas signalé à quel point elle était gênée par la nudité. Il en découle une incertitude du médecin et un sentiment d'échec probablement secondaires à l'absence de retour suffisant de la patiente sur son ressenti. (EY S1 « *je l'ai sentie quand même tout du long sur la réserve, euh... voilà. Et puis ben faut l'accepter après hein...* »)

Enfin, on constate que certaines notions ne sont pas partagées par les deux actrices. En effet, la médecin a exprimé une réelle volonté d'éduquer la patiente notamment à la notion de consentement. (EY S1 « *j'ai essayé que ça passe comme message, quoi* ») On ne remarque pas d'écho à cette démarche chez la patiente.

Du côté de la médecin, on remarque une capacité d'observation supplémentaire et centrale par l'analyse de la communication non verbale qui n'est pas décrite par la patiente. Cela s'explique probablement par l'asymétrie de la relation, et le fait que la médecin déploie des efforts supplémentaires pour mieux comprendre et communiquer avec la patiente.

Du côté de la patiente, le sentiment de confiance ressenti n'a pas du tout été perçu par le médecin. (EY S1 « *je sais pas si elle reviendra me voir moi spécifiquement* »)

On peut constater que certaines de ses représentations (du monde médical et des violences gynécologiques par exemple) n'ont pas été explorées par la médecin.

Au total, dans cette rencontre on constate :

- une bonne qualité de la relation
- une bonne perception des difficultés et du ressenti de la patiente par la médecin
- une efficacité des efforts communicationnels et relationnels du médecin
- un manque de communication du côté de la patiente qui engendre un sentiment d'échec chez la médecin
- un manque d'exploration des représentations de la patiente par la médecin

Deuxième binôme EY

Cette rencontre est une première consultation entre la médecin et sa patiente. On remarque une divergence dès le motif de consultation, puisque la patiente avait pris rendez-vous pour son renouvellement de contraception quand pour la médecin le rendez-vous avait été pris pour la réalisation du premier frottis. La patiente n'était pas certaine qu'elle serait examinée.

Cette consultation est marquée par un fort sentiment de satisfaction mutuel. La patiente s'est sentie comprise, son intimité a été respectée, elle a reçu des explications adaptées à ses peurs qui lui ont permise de se rassurer. La médecin a perçu ses appréhensions. (EY P2 « *elle m'a quand même vraiment mis à l'aise, bien expliqué, on peut pas faire grand-chose d'autre je pense* »)

La médecin a donné le pouvoir de décision à la patiente et la liberté de refuser ou arrêter l'examen. (EY S2 « *si elle le sentait pas, ben il y a pas de souci, elle revenait dans quelques semaines* ») Ce transfert a été efficace, avec une patiente qui s'est sentie en contrôle et libre de décaler ou mettre fin à l'examen. (EY P2 « *si on se sent pas bien on peut arrêter* ») La patiente s'est sentie guidée tout du long. La médecin a ressenti un réel bénéfice de ses efforts. (EY S2 « *quand elle est allée s'installer je l'ai sentie vraiment se détendre* »)

Les deux parties décrivent une relation de bonne qualité à l'issue de la consultation. (EY S2 « *je sais qu'elle reviendra sans problème* », EY P2 « *ça s'est très bien passé donc pas de raison de changer* »)

Et pourtant, on remarque que la médecin n'avait pas exploré les peurs et représentations de la patiente. La médecin a décrit ses explications comme standards, mais la patiente les a perçues comme adaptées à ses peurs.

La médecin pensait la patiente bien informée sur l'examen et ses explications pas nécessairement justifiées. Elle les a données car elles font partie de sa routine pour un premier examen. (EY S2 « *j'ai refait un peu mon laïus un peu comme d'habitude, donc tout ça elle était quand même plutôt au courant* »)

La patiente, quant à elle dit avoir très peu de connaissances préalables et avoir beaucoup apprécié les explications du médecin. (EY P2 « *Si ça allait être plus gros, jusqu'à où, des choses comme ça* » « *Si, elle m'expliquait vraiment bien, je vois pas ce qu'elle aurait pu dire de plus* »)

La patiente ressentait un fort sentiment d'obligation et de contrainte que la médecin ne semble pas avoir perçu. (EY P2 « *on est obligé de le faire* ») La médecin n'a pas perçu non plus l'inconfort de la patiente pendant l'examen qu'elle qualifie tout de même de désagréable. (EY S2 « *non franchement ça s'est vraiment bien passé* », EY P2 « *quand elle tourne, c'est pas très très agréable* » « *on a hâte que ça se termine quand même* »).

La médecin a pris soin d'ouvrir le dialogue, de prendre le temps. Cela n'a pas été spécialement décrit par la patiente.

Au total dans cette rencontre on constate que :

- la médecin a suivi sa routine de consultation et n'a pas perçu de difficultés particulières.
- malgré l'absence d'adaptation de la consultation à la patiente et ses peurs, celle-ci s'est malgré tout sentie comprise et rassurée.
- il s'en est ensuivi une relation de bonne qualité et une forte satisfaction des deux parties.

On peut donc conclure de cette rencontre qu'une routine respectueuse de l'intimité de la patiente, visant à l'informer et à lui donner le pouvoir lors de la consultation peut la rassurer, sans pour autant être individualisée.

Troisième binôme EY

Il s'agit d'une consultation entre une patiente et sa médecin traitante. Le rendez-vous avait été pris initialement pour un motif non gynécologique, mais entre temps la patiente avait reçu le courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et l'avait amené à la consultation. Elle ne savait pas en quoi consistait un frottis et ignorait donc qu'elle allait être examinée sur le plan gynécologique.

La médecin et la patiente décrivent toutes les deux une relation de qualité, de longue date. Elles se connaissent bien, il s'agit de son médecin traitant. Leur relation est simple et cordiale. (EY S3 « *Je la connais depuis plusieurs années* » « *très détendue euh... assez neutre* », EY P3 « *je la connais bien, c'est mon médecin traitant* » « *comme d'hab, elle met très à l'aise, elle demande si ça va* »), On note l'importance de la question pourtant banale « *Comment ça va ?* » qui est relatée par les deux parties. (EY S3 « *moi je pose facilement la question quand j'ai pas vu quelqu'un depuis longtemps : « Comment allez-vous ? »* »)

La médecin est à l'aise dans sa pratique gynécologique, mais du fait de la répétition des examens sur la journée elle peut ressentir une certaine lassitude. (EY S3 « *je me sens assez à l'aise dans mes examens gynéco* » « *parfois j'en ai un peu marre parce que j'en fais beaucoup en fait* ») Cela n'a pas été perçu par la patiente qui décrit au contraire une médecin investie. (EY P3 « *elle faisait des efforts pour que je sois bien* »)

L'examen gynécologique n'était pas prévu, c'est pourquoi aucune information n'avait été donnée au préalable. La décision de procéder à l'examen est prise par la médecin.

Elle ne ressent pas le fort sentiment d'obligation et de contrainte de la patiente. (EY P3 « *du coup j'ai donné l'enveloppe, elle m'a dit « Bon ben on va faire le frottis »* » « *bah de toute façon il faut le faire* »).

La médecin a donné des explications en adaptant son discours à la patiente (EY P3 « *elle a essayé d'adapter son langage, je pense, à moi* »). Elle n'a pas exploré les connaissances préalables de la patiente ni ses représentations. Elle garde tout au long de la consultation une position de guide, de conseillère. (EY P3 « *ben du coup elle conseille et du coup j'écoute ce qu'elle me dit* ») Elle préfère être honnête et annoncer que le ressenti sera désagréable, ce que la patiente apprécie. (EY P3 « *elle m'a dit dès le début « ça va être désagréable » elle m'a pas menti* »)

La médecin est à l'écoute, elle encourage la patiente à exprimer son ressenti. Elle prend le temps. (EY P3 « *elle prenait son temps je pense, à m'expliquer* »)

La patiente ressent que la médecin est soucieuse de son bien-être. La médecin ouvre le dialogue et la patiente se sent libre de s'exprimer. (EY P3 « *elle me faisait comprendre que si j'avais des questions euh... je pouvais les poser* » « *donc on peut parler [...] elle met vite à l'aise, quoi* ») La patiente est extrêmement satisfaite de l'attitude de sa médecin. (EY P3 « *je me suis dit que j'avais de la chance [...] d'avoir une médecin comme ça* »)

Toutes deux décrivent le caractère intrusif et gênant de l'examen. (EY S3 « *c'est un peu intrusif, c'est invasif* » EY P3 « *j'arrive pas à imaginer comment ça pourrait être moins gênant ou moins désagréable sachant que c'est... que c'est comme ça... c'est en faisant le prélèvement qu'on sait* »).

Néanmoins il s'est déroulé sans difficulté technique particulière. (EY P3 « *ça a été rapide* » EY S3 « *Non, rien de particulier. J'ai trouvé ça habituel* »)

On constate alors que les points de vue divergent : la médecin décrit une patiente détendue, à l'aise, un examen sans inconfort particulier. (EY S3 « *bah ça s'est très bien passé, ya pas eu de douleur ou d'inconfort* »). La patiente elle, décrit une gêne liée à la nudité très importante, et un examen très désagréable sans pour autant être douloureux. (EY P3 « *ça fait pas mal, que... c'est juste pas très agréable et gênant* »).

Son soulagement à l'issue de l'examen n'est pas perçu par la médecin. (EY P3 « *mais après, une fois que c'était fini je me disais « C'est bon, c'est fini !* » » EY S3 « *comme avant l'examen* »).

Cette divergence est probablement due à l'insuffisance de dialogue après l'examen. En effet la médecin dit ne pas suffisamment questionner les patientes sur leur ressenti en fin de consultation. (EY S3 « *peut-être que j'aurais pu peut-être un peu plus discuter après l'examen de son ressenti* »)

Une meilleure exploration des représentations négatives et difficultés propres à la patiente aurait permis également de détecter son appréhension et l'intensité de sa pudeur. (EY P3 « *ben j'étais pas bien mais ça c'est encore un coup... c'est moi quoi euh... parce que ben j'étais nue dans une position pas du tout à l'aise enfin, pas agréable* »).

Au total, dans cette rencontre on constate :

- l'importance de la relation médecin-traitant et de son impact sur le vécu de l'examen
- une sous-estimation de la gêne et de l'inconfort de la patiente liée à un manque d'exploration des représentations et des appréhensions qui lui sont spécifiques
- un manque de communication et de dialogue à l'issue de l'examen qui aurait permis une meilleure évaluation du ressenti de la patiente par sa médecin

Quatrième binôme EY

Cette rencontre concerne une médecin et une patiente qui se connaissent déjà. Elles se sont vues peu de fois, mais toutes les deux gardent le souvenir d'une bonne expérience, ce qui les met en confiance. Le rendez-vous avait été pris pour un renouvellement de contraception mais la patiente savait qu'elle serait examinée. Le motif de l'examen était un contrôle, sans plus de précision, chez cette patiente âgée de vingt-et-un ans.

Il s'agit cette fois-ci d'un examen gynécologique préparé. En effet, il a été abordé lors d'une consultation précédente. La médecin avait alors annoncé la réalisation de l'examen la fois suivante et expliqué son déroulé. (EY S4 « *j'expliquais qu'à la consultation suivante, quand elle viendrait pour réévaluer la contraception ben à ce moment-là je ferais, je ferais l'examen* » EY P4 « *j'avais pris rendez-vous juste [...] pour renouveler l'ordonnance et comme convenu [...] on a fait l'examen* »)

La patiente a bien reçu les informations mais avoue en avoir oublié une partie et aurait souhaité un rappel. (EY P4 « *enfin je me rappelais des grandes lignes mais euh... c'est vrai que j'avais plus tous les éléments en tête, arrivée au rendez-vous cette année* »)

La médecin est consciente de ce risque mais n'a pas exploré les connaissances de la patiente. Celle-ci n'a pas non plus posé de question supplémentaire. (EY S4 « *Parce qu'on donne tellement d'informations que [...] leur cerveau bien évidemment se focalise sur des données* »).

Lors de l'examen, les explications tout du long, le partage d'informations notamment sur le raisonnement médical et le dialogue ont été bénéfiques pour les deux parties. (EY P4 « *le fait qu'elle m'explique et qu'elle me rassure ben en fait du coup ça s'est super bien passé* »).

La médecin a cherché à faire visualiser ses gestes à la patiente, à la tenir informée de chaque étape et répond ainsi à un réel besoin. (EY P4 « *ça m'a intéressée aussi de voir comment elle s'y prenait [...] pour voir* »)

Elle décrit au premier plan un souhait d'informer la patiente car elle pense que c'est important pour elle de comprendre le bénéfice de l'examen. (EY S4 « *pourquoi j'allais l'examiner, à quoi ça allait servir, quel était le bénéfice qu'elle allait en tirer d'être examinée* ») Le message a bien été transmis car la patiente explique être bien informée sur l'intérêt de l'examen. (EY P4 « *pour être assurée que tout aille bien et je me suis dit que c'était important* »).

La médecin a cherché à adapter son langage à la patiente, qui ne le décrit pas de son côté. (EY S4 « *avec les plus jeunes [...] d'avoir un registre [...] qui permet une euh... une proximité* »).

La patiente était impliquée dans l'examen et a participé activement à son bon déroulement par sa capacité à se détendre, grâce à l'aide du dialogue pendant l'examen. (EY P4 « *j'ai réussi à me détendre* » EY S4 « *elle a une aptitude [...] à permettre qu'on l'examine [...] qui est déjà marquée* »).

La médecin avait une bonne capacité à répondre aux besoins de sa patiente. Par exemple la patiente dit que la médecin anticipait ses questions. (EY P4 « *elle a répondu à mes questions avant que je les pose* »)

Celle-ci a par exemple anticipé une appréhension du spéculum et l'a donc montré à la patiente pour diminuer sa peur. La patiente explique que cela n'est pas forcément efficace et peut avoir l'effet inverse. (EY P4 « *quand je vois une aiguille avant qu'on me fasse un vaccin, j'ai tendance à paniquer plus que si je la voyais pas* »)

L'extrême pudeur de la patiente n'a pas été perçue par le médecin, ses représentations négatives n'ont pas été explorées. (EY P4 « *Ben j'appréhendais un peu quand même... parce que [...] on se retrouve toute nue devant un médecin* » EY S4 « *elle m'a semblé détendue* ») Pourtant, les efforts du médecin pour respecter son intimité ont été perçus et appréciés. (EY P4 « *dès qu'elle a pu elle m'a laissée... enfin dans mon intimité, quoi* »)

Elle déplore seulement d'avoir été totalement nue car cela lui a occasionné une gêne importante que la médecin ne semble pas avoir perçue. (EY P4 « *j'ai trouvé ça vraiment très particulier d'être toute nue sauf les chaussettes et le masque* ») La médecin, de son côté, dit avoir laissé le choix de la modalité de déshabillage à la patiente. (EY S4 « *la patiente après selon son choix garde le haut ou pas* »)

L'examen est reconnu comme désagréable par les deux parties. (EY S4 « *c'est quand même un examen qui est... hyper intrusif* », EY P4 « *c'était pas très agréable cette sensation* ») La médecin estime que cet examen en particulier s'est bien déroulé et n'a pas perçu la gêne ni

l'inconfort de la patiente, notamment lors de l'introduction du spéculum. (EY S4 « *j'étais contente de voir qu'elle avait [...] été examinée sans avoir de réaction euh... de douleur, de gêne* »).

L'enjeu du premier examen gynéco sur le suivi futur décrit par la médecin se confirme auprès de la patiente. Celle-ci décrit en effet ne plus avoir d'appréhension à l'idée d'un futur examen, qui se trouve ainsi « banalisé ». (EY P4 « *je pense que je le prendrais un peu comme une... [...] enfin une visite annuelle de routine de vérification* »).

Au total dans cette consultation :

- Malgré des explications standardisées et une absence d'exploration des besoins de la patiente en informations ainsi que de ses représentations, la patiente est satisfaite des explications fournies.
- La relation et la communication sont de bonne qualité.
- Cependant, une investigation aurait permis de déceler l'importante pudeur de la patiente, et aurait pu éviter une nudité intégrale qui se trouve être le point négatif principal de cette rencontre.

Cinquième binôme EY

Il s'agit d'une première rencontre entre la médecin et sa patiente, motivée par une symptomatologie gynécologique (métrorragies post-coïtales). La patiente ne savait pas qu'elle serait examinée.

La médecin et la patiente reconnaissent que la médecin a été choisie par défaut, plus pour des besoins organisationnels et une urgence ressentie que par réel choix. (EY P5 « *parce que c'était le rendez-vous le plus rapide [...] elle a pas eu le choix c'est la secrétaire qui lui a dit* » EY S5 « *c'était peut-être parce que j'étais là, qu'elle était inquiète* »).

Elles décrivent toutes les deux un bénéfice important d'une relation pré-existante, et donc plus de difficultés lors d'une première rencontre. (EY S5 « *quand je les connais, les patientes euh... enfin je trouve que ça pose pas de problème* », EY P5 « *si je devais aller voir un médecin, enfin j'aime bien que ça soit ma médecin traitante quand même* »).

La patiente est perspicace concernant l'état d'esprit du médecin : elle constate une lassitude et une attitude distante que la médecin décrit également. (EY P5 « *au départ je pensais qu'elle était un peu saoulée de sa matinée* »)

La médecin rapporte en effet une attitude plus distante lorsqu'elle ne connaît pas les patientes ou les suit uniquement sur le plan gynécologique. (EY S5 « *c'est pas plus froid mais... c'est plus technique, quoi* »).

La patiente signale une froideur et une distance dans l'attitude du médecin qui altèrent l'établissement de la relation. (EY P5 « *Ben Mme T. je la trouve vraiment froide* »).

De son côté, la médecin perçoit bien l'appréhension de la patiente vis-à-vis de l'examen gynécologique, mais en sous-estime l'importance. (EY S5 « *Moi je l'ai sentie un peu inquiète.* » EY P5 « *j'étais un petit peu stressée* » « *plus tard j'y vais, mieux ce sera.* »)

L'indication de l'examen est posée par la médecin, mais finalement s'impose aux deux parties. En effet, son indication est indiscutable et il ne peut donc être différé. (EY S5 « *je me dis* » « *Est-ce que [...] je peux ne pas le lui faire ?* » par exemple. Ben je dis « *Ben... ben non quoi* »).

Or, la patiente n'étant pas du tout informée, ne s'attendait pas à être examinée, ce dont la médecin est consciente. (EY S5 « *Euh j'ai senti que quand je lui ai dit que j'allais faire un frottis enfin un examen gynéco ça l'a pas détendue non plus* »)

Cet examen n'a donc pas pu être préparé, et toutes deux reconnaissent l'effet défavorable de cette absence de préparation. (EY P5 « *à l'avenir ben si j'ai un examen gynécologique du coup ben je serais plus préparée dans le sens où je le saurais* »)

La patiente évoque malgré tout un effet bénéfique de l'absence de préparation sur l'anxiété anticipatoire (EY P5 « *parce que je me serais pas vue revenir un autre jour en plus en sachant qu'il y allait avoir un examen et du coup ça aurait peut-être provoqué un peu plus de stress* »).

Les deux parties décrivent une bonne volonté à ce que la consultation et l'examen se passent bien, mais les efforts du médecin, notamment de réassurance sont inefficaces du fait de la mauvaise qualité de la relation. (EY S5 « *Ce que je voulais c'était ça, c'était de la rassurer un petit peu sur les causes* » EY P5 « *elle essayait de me dire que ça allait bien se passer etc mais euh... [...] elle était pas méchante, mais juste ben un peu froide quoi* »).

L'examen se déroule avec difficulté. La médecin perçoit un inconfort à l'introduction du spéculum, mais ignore qu'il s'agit en fait d'une douleur intense. (EYS5 « *elle était pas très confortable* » EY P5 « *c'est vraiment le truc qu'elle a rentré dedans ça ça me faisait vraiment super mal* »).

La médecin et la patiente avaient le même souhait d'arrêter l'examen en cas de douleur. (EY S5 « *si jamais ça se passe pas bien, j'arrête, hein* » EY P5 « *je pensais que si elle m'avait dit ça c'était peut-être parce qu'elle allait retirer le spéculum ou quoi que ce soit si ça faisait mal* »)

Cependant, la médecin est incertaine quant à l'origine de l'inconfort de la patiente, et ressent une obligation de résultat du fait d'une possible pathologie sous-jacente. Cela entraîne une poursuite de l'examen malgré la douleur exprimée par la patiente. (EY S5 « *Et puis sur la douleur... [...] oui enfin la gêne initiale de l'examen, je me suis dit [...]* » « *est-ce que c'est l'examen ou est-ce que c'est le symptôme, aussi, qui fait ça ? Qui fait la douleur ?* » »)

Pendant tout l'examen, les deux parties sont dans l'incertitude vis-à-vis de la douleur ou de l'inconfort. Chacune se demande si cette douleur est normale, si elle est secondaire à l'examen ou à une possible pathologie. (EY P5 « *je pense que dans tous les cas elle allait pas arrêter parce que c'était peut-être un peu normal d'avoir mal* »).

C'est pourquoi l'examen est poursuivi, faute de conduite à tenir évidente. La patiente interprète cela comme un signe d'impuissance de la médecin face à la douleur. (EY P5 « *En fait je pense qu'elle ne pouvait rien faire de plus* »).

La médecin décrit l'aboutissement de l'examen comme une réussite, menée à bien par leurs efforts conjoints. (EY S5 « *on a réussi toutes les deux à aller au bout* »)

Pour la patiente, il s'agit plutôt d'une épreuve dont elle aurait souhaité qu'elle se termine plus tôt. (EY P5 « *j'avais hâte qu'on retire ça de moi.* »)

Suite à l'examen, la médecin ressent un soulagement chez la patiente et la décrit comme détendue, tandis que la patiente partage plutôt un malaise difficile à caractériser et un besoin d'en parler à ses proches. (EY S5 « *mieux qu'avant [...] le pire était passé* » EY P5 « *je saurais pas décrire mon sentiment juste à part le besoin d'en parler, de discuter pour savoir si c'était normal que ça fasse mal* »).

Le manque de communication et la mauvaise qualité de la relation empêchent la patiente d'exprimer son ressenti suite à l'examen et de poser ses questions. (EY P5 « *Ben c'est qu'elle m'a pas forcément demandé enfin si j'avais plus de questions ou quoi enfin... je veux dire elle m'a pas demandé mon ressenti* »)

Concernant le respect de l'intimité, les deux parties décrivent des efforts mais en pratique insuffisants. On note une incohérence sur le déshabillage, avec chez la patiente une gêne importante liée au fait de ne pas savoir où se déshabiller et d'avoir dû le faire devant le bureau du médecin pendant que celle-ci était dans la partie examen. (EY P5 « *Là, Mme T. elle s'est mis de l'autre côté directement, du coup c'est là normalement que je me déshabille et donc [...] je savais plus trop où me déshabiller parce que du coup elle m'a dit « Déshabillez-vous » mais elle était dans l'endroit...* »)

La médecin décrit quant à elle la situation inverse. (EY S5 « *Je lui dis :« Passez à côté, déshabillez-vous* »)

La médecin met en avant une différence de pratique selon la spécialité du médecin (EY S5 « *Parce que des fois je les adresse au gynéco quand j'y arrive pas par exemple, je dis « Ben alors ils ont fait comment ? » « Ben il y sont allés fort » Donc euh... donc voilà je dis que c'est pas ma façon de faire non plus* »).

Pour la patiente, c'est surtout le genre du médecin qui importe. (EY P5 « *je savais que c'était une madame, donc il y avait pas de souci* »). Néanmoins elle décrira le/la gynécologue ou un.e sage-femme comme plus apte à informer les patientes sur l'examen gynécologique que le/la médecin traitant.e.

Toutes deux décrivent une influence de la jeunesse de la patiente sur la prise en charge. (EY P5 « *après c'est peut-être parce que je suis jeune* » EY S5 « *à 19 ans c'est peut-être pas [...] l'idéal* »)

La médecin décrit une inquiétude, une incertitude tout au long de la consultation ainsi que des difficultés organisationnelles qui n'ont pas été perçues par la patiente. (EY S5 « *c'était pas très... pas très carré, quoi. Enfin j'ai l'impression après peut-être que pour elle ça l'a été* »).

Elle est consciente qu'elle n'a pas suffisamment exploré les connaissances et représentations de la patiente et que cela aurait pu améliorer sa prise en charge et lui permettre de donner des explications plus adaptées. (EY S5 « *je lui ai pas demandé ce qu'elle savait ou ce qu'elle en connaissait, même vaguement quoi. [...] parce qu'il y a des fois des choses qu'on... qu'on peut penser ou qu'on peut.. avoir entendues* »).

Concernant la patiente, quatre choses au premier plan ont été sous-estimées par le médecin :

- son manque total d'informations sur l'examen (EY P5 « *je savais pas du tout ce que c'était un frottis [...] j'imaginai autre chose dans ma tête [...] avec une sorte de mouchoir plutôt qu'un coton-tige* »).

- la qualité très médiocre de la relation et notamment la froideur du médecin et son effet négatif sur la patiente, ainsi que le besoin de réassurance et de dialogue de celle-ci. La patiente décrit une asymétrie de la relation que le médecin ne semble pas avoir perçue. (EY P5 « *je l'ai trouvée assez froide même pendant l'examen* » « *durant la consultation elle a pas été hyper méga rassurante, quoi* »)

- la pudeur extrême et l'inconfort liés à la nudité mais surtout à la position gynécologique en elle-même (EY P5 « *ma culotte je l'avais gardée très proche de moi, enfin je l'avais gardée près de moi pour pouvoir la remettre très très vite* » « *j'avais qu'une envie c'est de fermer mes jambes* »)

- la douleur ressentie pendant l'examen

Ces deux dernières sont décrites comme marquantes, avec suite à l'examen chez la patiente un besoin importante de partager, d'échanger, de se rassurer en parlant avec ses proches et notamment sa mère. (EY P5 « *ce sentiment il est assez... ça je m'en souviens très bien* »).

On note que malgré une rencontre de soin très négative, la patiente ne prête pas de mauvaises intentions au médecin et ne lui fait aucun reproche. Au contraire, elle présente une attitude compréhensive et estime le comportement du médecin normal et justifié, malgré les inconvénients que cela entraînait pour elle. (EY P5 « *je pense que c'est normal faut prendre de la distance quand on fait ce métier-là* » « *c'est juste qu'elle était froide et du coup moi j'ai interprété ça d'une certaine façon. Mais en fait non c'est son naturel* » « *Je voudrais pas l'accuser de quoi que ce soit, elle a rien fait.* »).

L'expérience négative de ce premier examen gynécologique entraîne pour la patiente une appréhension à l'idée d'un futur examen (EY P5 « *Ben j'ai pas très envie de faire un examen gynécologique demain, quoi, ni dans quelques temps. Je veux juste pas qu'il y ait d'autres... enfin.. pour le moment j'ai pas très envie d'en refaire* »).

Au total dans cette rencontre on constate :

- un manque de communication au premier plan et une mauvaise qualité de la relation. Ces deux choses sont probablement liées à la fatigue du médecin mais aussi à une attitude distante du fait d'une première rencontre. Elles sont également secondaires à l'inquiétude, l'incertitude et la désorganisation de la médecin qui n'ont pas été perçues par la patiente.
- ce manque de communication entraîne un manque d'informations, une incertitude chez la patiente, et une absence de prise en compte de sa pudeur et de sa douleur
- le ressenti global est négatif pour les deux parties

IV-Discussion

1- Forces et faiblesses de notre travail

En comparaison à des études issues de la nomenclature, notre travail présente des axes d'améliorations possibles, ainsi que des biais qui n'ont pu être palliés.

Plusieurs biais internes à l'étude sont notés.

En effet, le nombre de questionnaires remplis dans chaque cabinet a été déterminé par la motivation du médecin sollicité qui n'a parfois pas eu le temps de proposer le questionnaire à ses patientes ou qui a parfois reconnu avoir oublié de le proposer de manière systématique.

De plus, il a parfois été difficile de faire coïncider nos emplois du temps professionnels et ceux des soignant.e.s et des patientes, ce qui a entraîné un délai plus ou moins long entre la date d'examen et la date d'entretien et donc une probable perte ou sélection d'information.

D'autant plus, que deux patientes, initialement incluses, n'ont pas répondu présentes pour l'entretien téléphonique malgré nos nombreuses sollicitations et le rappel sur le fait qu'elles pouvaient se retirer à tout moment. Les raisons de leur silence sont donc inconnues.

Un entretien téléphonique avec une patiente n'a pas été enregistré. Une prise de notes avec retranscription des phrases telles qu'énoncées par la patiente a été effectuée.

Il existe également des biais externes à l'étude, liés à notre faible expérience personnelle à conduire des entretiens semi dirigés ainsi qu'à notre manque de formation à la recherche qualitative.

Nous sommes toutes deux conscientes que ce manque de formation et d'expérience en la matière, notamment notre difficulté à poser des questions ouvertes, induisant une orientation des réponses, a entraîné une perte d'information non négligeable.

De ce fait nous remarquons qu'il en ressort une grande hétérogénéité des entretiens et un manque d'approfondissement des notions données par les participant.e.s.

En revanche, nous avons pu inclure dix couples et deux soignantes seules, ce qui nous a permis d'avoir un échantillon assez conséquent pour réaliser une étude minutieuse de l'expérience vécue telle qu'elle est exprimée ce qui est une dimension importante.

Il s'agit d'une étude rétrospective, au plus proche d'une étude prospective pour une meilleure approche qualitative de la psychologie des personnes interrogées.

De plus, le fait d'être deux investigatrices a permis d'avoir une double vision des entretiens et donc une interprétation plus poussée des données collectées.

Enfin, cette double perspective soignant.e./patiente pour une même consultation est une force majeure de notre étude puisque inédite en France.

2- Comparaison à la littérature

Nous avons établi au début de notre travail que dans la littérature, l'examen gynécologique est décrit comme un acte complexe. En effet, il touche à différents domaines et compétences du/de la praticien.ne : l'acte technique, les compétences relationnelles et communicationnelles. Concernant la patiente, il touche à différentes facettes de son identité : ses peurs, sa confiance en elle, la relation à son corps et à sa sphère intime, sa pudeur, son rapport à l'autre.

Cela se confirme à la lecture des témoignages de nos participant.e.s.

a.Représentations négatives et anxiété

Pour *Hein (27)*, la peur est l'une des trois émotions négatives qui peut influencer principalement sur le ressenti des patientes lors d'un examen gynécologique.

Cela se reflète dans nos entretiens puisque toutes les patientes sans exception ont dit ressentir une anxiété que ce soit avant ou pendant l'examen.

L'anxiété peut être anticipatoire (EY P3 « *savoir qu'on va être examinée crée de l'appréhension* ») comme le décrit *Larsen (5)*. Elle est alors bien souvent secondaire à des représentations négatives. En effet, dans son étude quantitative concernant 90 femmes, *Gautier (11)* montre que 74 % d'entre elles présentent des représentations négatives vis-à-vis de l'examen gynécologique. Pour *Grundström (13)*, cela est lié à la recherche d'informations dans les médias ou via l'entourage, ce qui se confirme dans les témoignages de nos patientes.

b.Méconnaissance de l'examen gynécologique

Ce besoin d'informations est secondaire à une méconnaissance globale de l'examen gynécologique mais aussi de leur anatomie que nous retrouvons chez nos patientes. (AF P2 « *ça m'a fait un peu peur quand elle m'a montré comment et où on allait mettre le stérilet* »).

Pour s'informer, peu ont recours à un.e professionnel.le de santé : 24 % des femmes dans l'étude de *Gautier (11)*.

Les patientes, notamment les plus jeunes, se tournent alors vers les sources les plus accessibles, à savoir les médias (principalement internet et les réseaux sociaux) et leur entourage. Ces sources sont peu fiables et peuvent engendrer de l'appréhension via des témoignages négatifs. ((EY P5 « *sur les réseaux sociaux on voit beaucoup [...] de témoignages comme quoi... enfin ça s'est mal passé* »).

Pourtant, c'est en-dehors du milieu médical que les patientes souhaitent recevoir les informations. Une patiente déplore en effet un défaut d'enseignement (EY P5 « *personne ne nous éduque à ça* »). Plusieurs évoquent une difficulté à en parler en public ou même avec leurs proches, du fait d'un tabou concernant tout ce qui touche à la sphère génitale dans notre société. (EY P4 « *autour de moi les réactions du corps à ce niveau-là c'est pas... c'est pas quelque chose dont on*

parle très ouvertement »). Cela entraîne une restriction du dialogue à ce sujet dans la vie quotidienne et donc une perte d'informations pour les jeunes femmes.

C'est une constatation que fait également *Joumard (28)* dans son travail : les patientes interrogées évoquaient le souhait de voir des publicités, des affiches, de participer à des réunions d'informations et que ce sujet soit abordé dans le milieu scolaire.

Cette ignorance est, d'après *Hein (27)*, le deuxième facteur influençant le ressenti de l'examen gynécologique. Pour *Siwe (29)*, l'ignorance entraîne une perte de contrôle pour les femmes, et un inconfort lié au fait qu'un tiers en sache plus sur leur propre corps qu'elles.

Plusieurs de nos patientes décrivent du fait de la méconnaissance une place trop grande laissée à l'imaginaire. C'est leur imagination qui va ensuite provoquer une anxiété, en anticipant une expérience bien pire que la réalité (EY P4 « *Finalemment c'est pas si horrible que ça* »).

c.L'importance du transfert de connaissance

Pour pallier à ce manque de connaissance des patientes, les explications lors de la consultation jouent malgré tout un rôle important. Elles peuvent être données lors d'une consultation préalable, comme par exemple dans le travail de *Siwe (29)* : il était proposé à des patientes volontaires et qui devaient recevoir un examen gynécologique de suivre une séance de formation à cet examen avec entraînement sur un mannequin. Leur ressenti à la suite de leur examen était ensuite évalué.

Siwe (29) a alors montré que recevoir des connaissances avant l'examen avait diminué drastiquement l'anxiété anticipatoire d'une patiente initialement très réticente. Les participantes ont exprimé un sentiment de sécurité et de contrôle créé par l'apprentissage et la connaissance de leur anatomie. Le fait d'avoir vécu l'examen en lieu et place du/de la soignant.e et de visualiser leurs organes internes était fortement apprécié. Cela a fait naître chez elles une réelle curiosité à propos de leur corps et de l'examen gynécologique et a grandement amélioré leur vécu de l'examen.

Ce besoin de visualisation est décrit également par nos patientes, notamment vis-à-vis du spéculum (AF P5 « *Elle m'a montré ce qu'elle allait me mettre dedans* » « *Elle m'a bien expliqué, et y'avait une image, et elle m'a montré où elle prenait avec la brosse* »). *Hein (27)* décrit même, pour certaines patientes, le bénéfice de voir leurs structures internes pendant l'examen à l'aide d'un miroir.

Néanmoins, l'une d'entre elle évoque un effet anxiogène de la visualisation (AF P2 « *ça m'a fait un peu peur quand même, genre quand elle m'a montré comment et où elle allait mettre le stérilet, au début je me suis dit que je préférerais ne pas savoir !* »). Cet effet indésirable de l'excès d'informations est décrit également chez *Kielar-Moreau (15)*.

C'est pour cette raison que les explications doivent être adaptées aux besoins des patientes, comme le rapporte *Skär (3)*. Pour ce faire, *O'Laughlin (7)* évoque l'importance d'explorer les connaissances et les inquiétudes des patientes, afin de guider la discussion.

Pourtant, nous avons constaté dans notre travail un manque global d'exploration des connaissances et des peurs des patientes par les praticien.nes. Une soignante l'évoque (EY S5 « *plus discuter avant éventuellement avec elle sur l'examen [...] pour partir d'elle ce qu'elle connaît et du coup s'appuyer là-dessus* »).

Plusieurs soignant.e.s avouent d'ailleurs avoir fourni des explications standardisées (EY S4 « *il y a ce côté assez standardisé des informations données, des explications* »).

Les explications sur l'examen peuvent être données même très en amont de sa réalisation effective. En effet, *O'Laughlin (7)* et *Siwe (29)* évoquent l'intérêt d'informer les jeunes patientes dès l'adolescence afin de les familiariser avec l'examen gynécologique.

Néanmoins, il est important de tenir compte de la perte d'informations avec le temps et donc encore une fois de l'intérêt de réévaluer les connaissances pour compléter les informations si besoin le jour-même comme le dit une de nos patientes (EY P4 « *enfin je me rappelais des grandes lignes mais euh... c'est vrai que j'avais plus tous les éléments en tête, arrivée au rendez-vous cette année* »).

Nous avons évoqué ci-dessus la satisfaction des patientes liée au sentiment de contrôle. Ce besoin revient également dans nos entretiens (EY P1 « *si on se sent pas bien on peut arrêter* »), et il est lié au sentiment de vulnérabilité que les patientes ressentent pendant l'examen gynécologique.

d.Pudeur et respect de l'intimité

Cette vulnérabilité ressentie a plusieurs origines dont la première est la gêne liée à la nudité.

D'après *Grundström (13)*, la pudeur est prépondérante chez les patientes pour un premier examen gynécologique mais persiste pour les examens futurs.

Le sentiment de pudeur est présent dans la totalité de nos entretiens avec les patientes et source d'un inconfort certain pour nombre d'entre elles. Une patiente évoque la vulnérabilité liée à la nudité « (AF P5 « *Totalement à découvert, genre un peu fragile* »). Elle est décrite également par une soignante, qui ressent un besoin de protection vis-à-vis des patientes (AF S1 « *je mets un pull ou un truc sur elles tu vois, pour les protéger* »).

La pudeur peut aussi être majorée par une image négative de leur corps que décrivent *Kielar-Moreau (15)* et *Vaillant (30)* : vis-à-vis de leur pilosité, de leur poids, leurs cicatrices éventuelles, leur poitrine. Les normes de beauté jouent également un rôle dans leur ressenti, ce que décrit une patiente (EY P1 « *je pensais à des trucs bêtes euh... comme quoi j'avais pas eu le temps de m'épiler* »).

Tous/toutes les soignant.e.s de notre étude sont conscient.e.s de l'importance du respect de l'intimité. Néanmoins nous avons constaté par la comparaison des entretiens que la pudeur des patientes était possiblement sous-estimée par les soignant.e.s.

Concernant le respect de l'intimité, le rôle protecteur du vêtement était retrouvé également chez *Kielar-Moreau (15)*. Le fait de recouvrir la patiente pendant l'examen a été proposé par deux

soignantes dans notre travail. Il est décrit par *O'Laughlin (7)* comme un moyen de diminuer l'anxiété liée à la nudité. Une soignante rapportait l'effet parfois contradictoire de cette mesure qui peut entraîner un ressenti négatif chez les patientes au passé de violences, soulignant ainsi encore une fois l'importance de s'adapter aux besoins des patientes.

La disposition des locaux est une notion évoquée à plusieurs reprises par les patientes. Elles rapportent le bénéfice de la séparation physique entre le bureau et la table d'examen que *Skär (3)* décrit également. *Guyard (31)* évoque le rôle du découpage de l'espace et le malaise que la patiente peut ressentir si le déshabillage ne se déroule pas à l'endroit prévu. Une de nos patientes confirme cela (EY P5 « *Là, Mme T. elle s'est mis de l'autre côté directement, du coup c'est là normalement que je me déshabille et donc [...] je savais plus trop où me déshabiller parce que du coup elle m'a dit « Déshabillez-vous » mais elle était dans l'endroit...* »).

e.L'impact de la position gynécologique

Le sentiment de vulnérabilité des patientes est aussi lié à la position gynécologique. En effet, de façon générale et cela s'est vérifié dans nos entretiens, l'examen est réalisé en décubitus dorsal avec étriers (ou repose-mollets pour certaines soignantes). Or, cette position est source d'un inconfort majeur pour les patientes (EY P4 « *c'est vraiment le sentiment d'avoir les jambes écartées en face de quelqu'un qui vous regarde et qui vous ausculte* »). Cela est retrouvé également dans plusieurs travaux comme celui d'*Yvon (24)*, *Nguyen (32)* ou *Benoist-Harang (33)*: la position est décrite comme « dégradante », source d'un sentiment de honte, de soumission voire de déshumanisation.

Pour *Larsen (14)*, c'est l'association de la position gynécologique et de la nudité qui crée chez les patientes ce sentiment de vulnérabilité.

Bates (1) évoque dans les moyens existants pour améliorer le vécu de l'examen par les patientes, l'existence de différentes positions qui semblent peu utilisées en France : position en V, en M, en diamant ou en décubitus latéral. *Seehusen (34)* a étudié l'influence d'une position en décubitus dorsal sans étriers sur le ressenti des patientes et a retrouvé une diminution de 43 % du sentiment de vulnérabilité.

f.L'asymétrie de la relation soignant.e-patiente

Le troisième paramètre qui provoque ce sentiment de vulnérabilité est l'asymétrie de la relation soignant.e-patiente. Cette asymétrie est décrite dans plusieurs travaux. Pour *Santandreu (35)*, elle est liée à une inadéquation entre l'engagement émotionnel, plus présent côté patiente, et le savoir, plus présent côté soignant.e. *Kielar-Moreau (15)* évoque un rapport d'autorité entre le/la soignant.e et sa patiente, *De Bardonnèche (20)* un paternalisme.

Pour *Grundström (13)*, les patientes doivent renoncer au sentiment de contrôle en laissant à un tiers l'accès à leurs parties intimes.

Cette asymétrie se retrouve dans nos entretiens, avec une attitude passive des patientes. Elle se traduit par une hésitation à s'exprimer et poser leurs questions ((EY P1 « *je lui ai pas forcément*

dit que j'étais mal à l'aise » AF P3 « c'est pas toujours facile de poser des questions »), mais également une difficulté à refuser un examen médical ((EY P4 « je me vois mal aller chez le docteur et refuser qu'il m'ausculte »).

g.L'empouvoirement

C'est alors qu'intervient la notion d'empouvoirement. Évoqué par *Wijma (23)* dans un essai, l'empouvoirement est décrit comme « le développement d'un certain état d'esprit (se sentir puissant.e, compétent.e, digne d'estime) et comme une modification structurelle dans le but de redonner du pouvoir » (texte original en anglais). Il s'agit donc de donner le pouvoir aux patientes. *Wijma* précise que dans ce processus, l'ajout de pouvoir aux patientes n'en enlève pas aux soignant.e.s.

Le but de ce procédé est de rendre la patiente actrice de son examen. *Siwe (29)* décrit en effet qu'une participation active de la patiente contribue à rééquilibrer la relation, facilite la communication et diminue le sentiment de vulnérabilité.

Pour y parvenir, *Skär (3)* évoque l'importance d'appréhender la patiente dans sa totalité et non uniquement via ses organes génitaux. Reconnaître la vulnérabilité des femmes est également important pour elles, en les questionnant sur leur ressenti et le respect de leur intimité tout au long de l'examen. C'est d'ailleurs un procédé décrit par plusieurs soignant.e.s dans notre travail (AF S3 « je lui ai demandé régulièrement si ca allait, si c'était supportable »).

Pour *Grundström (13)*, l'empouvoirement passe par l'implication de la patiente lors de l'examen, en lui donnant des informations tout au long de la procédure sur les gestes effectués, les constatations médicales, ce qui participe à restaurer le sentiment de contrôle. Une patiente évoque en effet apprécier d'être tenue informée au cours de l'examen (EY P4 « à chaque fois elle me disait ce qu'elle faisait, ses impressions [...] quand c'était mou c'était normal, ce qu'elle observait et euh ce qu'elle allait faire ensuite »).

La prise de contrôle par la patiente est évoquée par plusieurs autres auteurs : *Larsen (14)*, *Oscarsson (16)* et *McCarthy (21)*. Tous trois soulignent l'importance de lui laisser la possibilité d'arrêter l'examen à n'importe quel moment.

Pour *Webb (36)*, cela peut aussi passer par la participation de la patiente à l'examen gynécologique lui-même, en insérant le spéculum. Cela a été proposé par deux soignantes dans notre étude.

h.Consentement et sentiment d'obligation

La notion de consentement est centrale pour favoriser la prise de contrôle des patientes. Nous avons constaté au fil des témoignages de nos patientes que la demande de consentement explicite était plutôt rare et jugée non nécessaire. Cela est confirmé par les travaux de *Gautier (11)* et *De Bardonnèche (20)* qui montrent que le consentement n'est pas demandé explicitement dans la majorité des cas. Néanmoins, les patientes ressentent leur consentement comme implicitement donné.

Dans leurs entretiens, les soignant.e.s évoquent pourtant l'importance de la demande de consentement et même pour l'une d'entre eux/elles une volonté de sensibiliser la patiente sur ce point. (EY S1 « *j'ai posé les mots de consentement, qu'elle pouvait dire non à n'importe quel moment, enfin voilà. Que, il n'y avait rien d'obligatoire* »).

Dans ses travaux, *Chen (37)* montre à ce propos que malgré une importance accordée à la demande du consentement, celle-ci n'est pas toujours appliquée au moment de l'examen.

Pourtant, il existe chez les patientes un fort sentiment d'obligation vis-à-vis de l'examen gynécologique qui se retrouve également dans la littérature. Chez *Grundström (13)*, il est vu par les patientes comme obligatoire pour leur santé. *Larsen (14)* décrit qu'il est perçu comme nécessaire et permettant de rassurer sur l'état de santé, peut-être de façon irréaliste. Pour elle, c'est même cette croyance qui permet aux patientes d'adhérer au suivi gynécologique.

Ces notions se retrouvent également chez nos patientes, qui décrivent pour la plupart un sentiment d'obligation mais un réel souhait d'y procéder pour prendre soin de leur santé ou être rassurées sur leur normalité. (EY P2 « *c'est pour notre santé donc on le fait* »). Nous avons vu que ce sentiment d'obligation était sous-estimé par les soignant.e.s.

L'empouvoirement de la patiente est un enjeu majeur pour un bon déroulé de l'examen gynécologique car, comme nous l'avons vu, en devenant actrice la patiente devient capable de mobiliser ses propres capacités d'auto-réassurance et présente une meilleure acceptation de l'inconfort ressenti. Pour pouvoir atteindre cet objectif, les patientes décrivent l'importance de la relation avec le/la praticien.ne et notamment du lien de confiance. (EY P1 « *un peu stressée mais en même temps je me sentais en confiance avec cette personne donc je me suis dit que ça allait bien se passer* »)

i.La relation soignant.e-patiente

La qualité de la relation soignant.e-patiente a en effet une influence directe sur le ressenti des patientes. Pour *Wendt (38)*, le caractère positif ou négatif de l'expérience des femmes est pour la majeure partie corrélé à l'attitude de l'examineur.rice. *Hilden (4)* décrit une forte corrélation entre un mauvais contact relationnel avec le/la praticien.ne et l'inconfort ressenti pendant l'examen gynécologique.

Cela se retrouve également dans les témoignages des patientes (EY P3 « *qui font ça vite fait et qui s'en foutent, et que ça doit pas être hyper agréable* » AF P3 « *Mais en vrai ça va surtout quand on est avec quelqu'un de sympa et qui explique bien* »), mais aussi des soignant.e.s (AF S2 « *je pense que l'important avant tout c'est la relation avec le soignant* »).

L'attitude souhaitée du/de la praticien.ne est plutôt consensuelle : amicale d'après *Oscarsson (16)* et *Skär (3)*, ouverte et sincère chez *Grundström (13)*. *Pascal (41)* souligne l'importance que le/la soignant.e prenne le temps. *Santandreu (35)* décrit un besoin pour les patientes que le/la soignant.e les mette à l'aise. Toutes ces notions se retrouvent dans les témoignages de nos patientes ((EY P1 « *Elle était plutôt souriante* » AF P1 « *Elle a été très agréable* », EY P1 « *Je la trouvais très chaleureuse* » EY P3 « *Elle est ouverte, quoi, elle accueille bien* » « *Elle met à l'aise* »).

À l'inverse, la froideur du/de la soignant.e est décrit chez *Larsen (14)* comme péjorative sur le ressenti des patientes. Cela est décrit également par une patiente (EY P5 « *Ben Mme T. je la trouve vraiment froide* ») avec mise en place d'une relation de mauvaise qualité à l'issue de la consultation.

Plusieurs auteurs (*Skär (3)*, *Grundström (13)*) insistent sur l'importance d'une prise en charge personnalisée tout en restant professionnelle. Pour *Hein (27)*, la mise en place de la relation peut nécessiter une consultation préliminaire afin de créer le lien par des questions sur d'autres sphères de la vie de la patiente, ce qu'une soignant.e rapporte également. (AF S5 « *Comme c'était une nouvelle patiente je commence déjà par me présenter et puis faire un peu le tour de ses antécédents, sa santé de manière générale quoi* » « *Je demande aussi des choses plus banales, comme ses études tout ça* »).

Cette nécessité d'une première consultation pour créer le lien est décrite par plusieurs soignant.e.s dans notre étude. (EY S7 « *c'était assez confortable de lui dire en Décembre « je vous examine pas j'ai pas de raison* » et [...] *de se revoir en Mars. On se connaissait déjà et donc c'est vrai que c'était pas mal de fonctionner comme ça* »).

Les soignant.e.s évoquent être moins à l'aise lors d'une première rencontre ((EY S5 « *Mais c'est vrai qu'on a pas le même contact vu qu'on se connaît pas* »), de même que les patientes (AF S2 « *Elles sont souvent timides les premiers rendez-vous* »).

Pourtant, lors de leurs entretiens, plusieurs patientes rapportent l'établissement d'une relation de qualité dès la première consultation. Elles ont exprimé une réelle confiance et une grande satisfaction vis-à-vis du lien avec leur soignant.e à l'issue d'une première consultation. (EY P2 « *elle m'a quand même vraiment mis à l'aise, bien expliqué, on peut pas faire grand-chose d'autre je pense* » « *ça s'est très bien passé donc je retournerai* »)

Malgré tout, patientes comme soignant.e.s rapportent que la qualité d'une relation préexistante facilite tout de même la rencontre de soins. Cela se retrouve chez *De Bardonnèche (20)* avec une majoration de l'anxiété lors d'une première rencontre.

Dans notre étude, patientes comme soignant.e.s ont évoqué le bénéfice de la relation de médecin traitant sur la consultation gynécologique.

j.Choix du/de la soignant.e

Concernant le choix du/de la soignant.e pour leur premier examen gynécologique, une certaine ambivalence des femmes semble exister vis-à-vis du médecin traitant. En effet, *Jouenne (38)* évoque que bien que bénéficiant d'une meilleure relation et étant plus facile d'accès, le médecin généraliste est parfois ressenti comme trop familier et peu propice à l'intimité, notamment par le fait qu'il suive d'autres membres de la famille. *Champeaux (40)* rapporte un doute sur les compétences du généraliste pour la prise en charge gynécologique.

Joumard (28) rapporte un besoin pour certaines femmes de séparer leur suivi gynécologique de leur suivi médical général.

À l'inverse, dans le travail de *De Bardonnèche (20)* le spécialiste est perçu comme plus propice à l'intimité, comme prenant plus le temps pour les patientes, et plus compétent.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que certaines patientes choisissent d'être suivies par un.e spécialiste (gynécologue ou sage-femme) plutôt que par leur médecin généraliste.

Dans leurs témoignages, deux patientes disent préférer voir un spécialiste. Cette préférence est évoquée suite au mauvais déroulement de leur premier examen avec un.e médecin généraliste (AF P4 : « *un spécialiste il a l'habitude, il fait plus gaffe ou il arrive à nous détendre* ») qui a engendré une perte de confiance. En-dehors de ces situations d'échec, deux patientes évoquent un malaise à l'idée d'être suivies sur le plan gynécologique par leur médecin traitant (AF P2 « *parce que lui je le connais depuis que je suis toute petite, ça m'aurait gênée* »).

Néanmoins, pour les patientes, c'est le genre du médecin qui arrive au premier plan dans leur choix de praticien. Toutes évoquent une préférence pour un.e médecin de genre féminin. Cela se retrouve également dans le travail de *De Bardonnèche (20)* et dans de nombreux autres travaux.

k.Communication

La question de la communication, rapportée comme centrale par les soignant.e.s comme les patientes, est également abordée dans la littérature. *McCarthy (21)* insiste sur l'importance de l'honnêteté, notamment dans l'annonce du caractère désagréable des sensations. Ce besoin d'honnêteté a été rapporté par plusieurs patientes (EY P3 « *elle m'a dit dès le début « ça va être désagréable » elle m'a pas menti* »). *Skär (3)* et *De Bardonnèche (20)* rapportent un souhait des patientes que le langage soit adapté à elles. Cela est en effet apprécié par une patiente (EY P3 « *elle a essayé d'adapter son langage, je pense, à moi* ») et décrit par une soignante qui dit adapter son vocabulaire (EY S4 (EY S4 « *un vocabulaire plus commun, moins médical* » « *pas parler avec des mots très techniques ni rien, quoi* »).

La question du vocabulaire revient dans plusieurs travaux, notamment dans le choix de certains mots qui peuvent entraîner une anxiété. En effet *McCarthy (21)* et *O'Laughlin (7)* insistent sur l'effet péjoratif d'utiliser les mots comme « *étriers* » par exemple, mais de leur préférer le terme de « *repose-pieds* » qui présente une connotation moins péjorative.

La communication non-verbale est importante également. Pour *Larsen (14)*, la similitude avec l'acte sexuel nécessite une vigilance particulière du/de la soignant.e sur son attitude. D'après *Pascal (41)*, il est important de ne pas toucher la patiente ni la table pendant l'installation.

La communication non-verbale donne aussi des informations sur le vécu des patientes. *Reddy (42)* décrit en effet cinq attitudes signes d'une anxiété majeure : se tenir les mains, se couvrir les yeux ou les garder fermés, mains sur les épaules, mains couvrant le pelvis, mains sur les jambes, mains tenant la table. Dans notre travail, les soignant.e.s sont globalement très à l'écoute du langage non-verbal des patientes.

Concernant la communication pendant l'examen, la littérature est unanime sur le besoin de maintenir le dialogue tout au long de l'examen. Selon la patiente, il peut s'agir d'une description par

le/la soignant.e de ses gestes et constatations ou bien une simple distraction conversationnelle. Pour *Larsen (14)*, la discussion avec le médecin pendant l'examen favorise le sentiment de sécurité et de prise de contrôle de la patiente. *Grundström (13)* évoque l'intérêt de la distraction conversationnelle, qui permet de renforcer le sentiment de normalité et détourner l'attention de la patiente. *Pascal (41)* rapporte l'importance de prévenir de chaque geste et de rassurer oralement la patiente pendant l'examen.

Toutes ces préconisations sont confirmées par les témoignages de nos patientes qui disent toute apprécier le dialogue pendant l'examen. Il en est de même pour la plupart des soignant.e.s. (AF S2 « *je sais qu'elles ne m'écoutent pas toujours ! mais ça permet de combler le vide* »)

Une patiente apprécie particulièrement d'être rassurée sur la normalité de l'examen au fil de son déroulement (EY P4 « *de dire [...] que ça c'était mou et que c'était normal, il y avait pas de ganglions là donc c'était normal* »).

I. Vécu de l'examen

Concernant le vécu de l'examen en lui-même, la littérature met en avant de façon unanime un inconfort des patientes, chez *Tugut (8)* ou bien *Bates (1)* par exemple. *Bates (1)* met en avant quelques préconisations pour diminuer l'inconfort de l'examen : demander à la patiente d'uriner avant l'examen, l'utilisation de lubrifiant et choisir un spéculum de taille adaptée à la patiente.

Dans les entretiens des soignant.e.s, les efforts faits visaient à bien installer la patiente, à rendre l'examen plus doux. Une soignante évoque utiliser un spéculum en plastique pour un premier examen. *Bates (1)* rapporte l'absence de supériorité d'un type de spéculum sur le ressenti des patientes.

Pour réduire l'anxiété des patientes pendant l'examen *O'Laughlin (7)* propose d'avoir recours à l'aromathérapie à la lavande, la musique, ou l'utilisation d'une blouse d'examen. *McCarthy (21)* évoque l'intérêt de techniques de relaxation comme la respiration profonde ou la visualisation mentale. Une soignante rapporte également utiliser ces procédés lorsque l'examen est difficile.

Un autre paramètre permettant de sécuriser les patientes selon *Guyard (31)* est le caractère très protocolaire de la consultation gynécologique. En effet, la présence d'un cadre rassure les patientes et la codification de la consultation leur permet de savoir à quoi s'attendre, à savoir la séquence déshabillage, examen puis rhabillage. Chez nos soignant.e.s, cette protocolisation est bien décrite. Plusieurs parlent même d'un comportement mécanique (AFS5 « *C'est assez mécanique et intuitif* ») voire robotisé (EYS4 « *Ah ben c'est le robot, je vous dis* »). Une soignante trouve cela préoccupant (AF S5 « *Ca me perturbe un peu le fait qu'on soit si mécanisé* »). Pourtant, ce n'est pas décrit par les patientes dans les entretiens. Cela peut-être lié au fait qu'il s'agissait d'un premier examen et que la routine ne pouvait par conséquent pas s'être installée.

m.Capacités de perception des soignants

Pour pouvoir améliorer le ressenti des patientes pendant l'examen, il faut que les soignant.e.s en aient une bonne perception. Nous avons vu dans notre travail que la perception des soignant.e.s n'était pas tout à fait satisfaisante, pour plusieurs raisons :

- l'hésitation à s'exprimer des patientes, notamment quand il s'agit d'un ressenti négatif
- le manque de demande explicite du/de la soignant.e, notamment en fin de consultation ou une demande biaisée par la négative
- le/la soignant.e se repose alors plus sur le non-verbal, et considère l'absence de signe physique d'inconfort comme une absence d'inconfort. Les patientes nous disent bien que la vérité est toute autre.

Il est possible que cela soit également lié à une différence de référentiel de la douleur entre médecin et patiente : pour le/la médecin, l'absence de tension physique équivaut à une absence de douleur ou d'inconfort extrême et signe un bon vécu de l'examen. Pour les patientes, un inconfort modéré ou une douleur modérée signe un mauvais ressenti, bien qu'accepté par la plupart d'entre elles.

Fiddes (22) retrouve également dans ses travaux une difficulté à prédire les sentiments des femmes et leurs attentes vis-à-vis de l'examen gynécologique, et une sous-estimation des extrêmes (positif comme négatif).

n.Autres facteurs

Enfin, deux autres facteurs peuvent influencer sur le ressenti des patientes lors de l'examen gynécologique.

Le premier est l'influence du motif de consultation. Nous avons vu que pour les soignant.e.s comme pour les patientes, l'état d'esprit et le ressenti de la consultation était différents selon qu'elles consultaient pour un frottis de dépistage ou pour un symptôme. (EY S5 « *Autant les patientes elles sont pas dans le même état d'esprit autant nous on ne l'est pas non plus* »)

Wijma (23) corrobore cette observation, et ce d'autant plus qu'il y ait un contexte pathologique (fausse-couche par exemple) ou un contexte de violences. *Kielar-Moreau (15)* évoque également l'effet négatif d'un « chantage suivi et contraception » obligeant les patientes à être examinées pour le renouvellement de leur traitement et entraînant un ressenti négatif.

Le deuxième est l'âge de la patiente ou tout du moins sa maturité. En effet, plusieurs soignant.e.s évoquent l'impact du jeune âge des patientes sur leur ressenti (AF S4 « *ce n'est pas très simple pour les jeunes femmes en général* »). Une soignante parle d'une maturité indépendante de l'âge (EY S7 « *Après ça dépend du vécu, il y a des filles très détendues à 17 ans et à 25 pour qui c'est encore très compliqué* »). Cela se retrouve dans la littérature. En effet, *Gautier (11)* et *Gupta (6)* montrent que le ressenti de l'examen est meilleur chez les patientes de plus de 18 ans. Pour *Oscarsson (16)*, la patiente doit se sentir prête dans sa tête et dans son corps.

3- Perspectives et propositions

Grâce à notre analyse et aux résultats qui en ressortent, nous avons en notre possession de nombreuses pistes à explorer individuellement ou collectivement dans le but d'améliorer le vécu et le ressenti des femmes et des soignant.e.s lors de l'examen gynécologique.

En effet, Selon *Kielar-Moreau (15)* et *Oscarsson (43)*, il existe un impact non négligeable sur le suivi et la participation au dépistage par frottis cervico vaginal lorsque la première expérience est traumatisante. *Benoist-Harang (33)* décrit également ce phénomène dans une étude en montrant que 87% des femmes « inexaminables » ont eu une expérience antérieure négative.

De tout ceci découle l'importance de notre travail. Nous faisons ces propositions pour un meilleur vécu d'un premier examen gynécologique :

- Une nécessité de rassurer la patiente au préalable en proposant une première consultation sans examen gynécologique à des fins d'information et d'explications sur le déroulement de l'examen et sur l'anatomie à l'aide de schémas. Cela permettrait également à la patiente de se familiariser avec l'environnement et avec le/la soignant.e.

- Une exploration des représentations, des connaissances et des peurs des patientes est essentielle pour une prise en charge la plus adaptée possible

- L'examen doit être justifié par une symptomatologie ou un dépistage et la patiente doit en comprendre l'objectif et l'intérêt.

- Une nécessité de respecter l'intimité, en laissant le temps à la patiente de se déshabiller dans un espace privé ou à l'abri des regards avec une séparation visuelle entre bureau et table d'examen. Il est préférable de diminuer le temps d'attente entre le déshabillage et l'examen ou de proposer un linge pour se couvrir en attendant. La nudité totale ne doit jamais être imposée.

- Éviter la douleur en utilisant un spéculum de taille adaptée ainsi que du gel lubrifiant quelle que soit l'indication. Il est important de réaliser l'examen sans précipitation en attendant l'accord et le relâchement de la patiente.

- Il est nécessaire de créer un climat de confiance en rassurant la patiente oralement sur la normalité de l'examen, en la prévenant avant de la toucher, en tenant compte de ses réactions corporelles. Il est appréciable de maintenir le dialogue pendant l'examen, que ce soit en décrivant son déroulé ou en parlant d'autre chose selon la préférence de la patiente. Il est important de l'écouter et de lui laisser le temps de poser ses questions, de s'adapter à son rythme.

- Il faut également adapter son discours, faire preuve d'empathie et informer la patiente des sensations qu'elle peut avoir de façon honnête.

- Enfin, nous remarquons qu'il est important d'autonomiser la patiente, de lui laisser le droit de refuser l'examen, de recueillir son consentement oral à chaque instant. Il est important de rechercher une prise de décision partagée entre la patiente et le praticien de réaliser l'examen.

- Pour permettre cela, il faut essayer de diminuer l'asymétrie de la relation et ouvrir le dialogue pour que la patiente se sente réellement libre de s'exprimer.

- Nous ne pouvons qu'insister sur l'importance d'établir une relation soignant.e-patiente de qualité. Les différents inconforts ressentis pendant l'examen semblent devenir secondaires lorsque la patiente est en confiance.

- Si la prise en charge doit être la plus adaptée à la patiente, notre travail montre qu'un protocole respectueux de l'intimité, l'absence de précipitation et une attitude favorable du/de la soignant.e engendrent, dans l'ensemble, une satisfaction des patientes.

- Former les soignant.e.s au recours à des positions alternatives pour la réalisation de l'examen gynécologique semblerait bénéfique

- Sur un plan plus général, une meilleure information des patientes passerait par une libération de la parole autour de la gynécologie, afin qu'elles puissent obtenir des renseignements de façon plus facile et accessible dans leur quotidien, et par une volonté d'éducation à la santé de femmes lors de la scolarité.

V-Conclusion

À l'issue de ce travail, nous remarquons que l'attitude du/de la soignant.e a un rôle primordial dans la qualité du premier examen gynécologique.

L'instauration d'une relation de confiance est indispensable pour diminuer le sentiment de peur initial, de vulnérabilité et les désagréments que les patientes ressentent lors de leur premier examen gynécologique. Elle permet aux patientes de garder une bonne impression de cette première consultation pour un suivi gynécologique sans appréhension et donc régulier.

Restaurer le sentiment de contrôle des patientes lors de l'examen gynécologique est essentiel, et passe par la recherche de leur consentement à la réalisation de chaque étape de l'examen. C'est pourquoi, avant tout examen gynécologique, une réévaluation de son indication par le/la soignant.e en concertation avec la patiente semble essentielle, afin d'obtenir un consentement parfaitement éclairé et la création d'un lien de confiance.

La délivrance d'informations complètes et adaptées sur le déroulement de l'examen, ou encore le respect de l'intimité, s'avèrent indispensables aux yeux des patientes. L'exploration des connaissances et représentations des patientes est essentielle. Il est donc important de leur laisser la liberté et l'espace pour s'exprimer par l'ouverture du dialogue. Cela semble insuffisamment appliqué par les soignant.e.s à ce jour.

C'est en écoutant la parole et en tenant compte de l'inconfort des patientes, en apprenant à les connaître que le/la soignant.e apportera les réponses nécessaires à un bon déroulé de l'examen. La relation de confiance sera alors partagée.

De cela, en découlera une acceptation de l'inconfort de la position, ou de sensations désagréables mais non douloureuses de l'examen.

Les soignant.e.s décrivent bien l'enjeu du ressenti de ce premier examen qui est majeur pour la suite du suivi des patientes. Rééquilibrer la relation et redonner le contrôle aux patientes sont des éléments essentiels pour qu'elles se sentent en confiance et en sécurité.

Même si la plupart des soignants décrivent un exercice très ritualisé, l'adaptabilité est un point fort sur lequel il faut travailler pour permettre un meilleur ressenti de l'examen par la patiente.

Toutes ces notions sont indispensables à prendre en compte pour la réalisation d'un premier examen gynécologique dans de bonnes conditions et une prise en charge de qualité.

Nous constatons que les solutions proposées dans les différents travaux semblent effectivement appréciées par les patientes et participer à un meilleur vécu du premier examen gynécologique. On remarque une satisfaction globale des patientes concernant les informations fournies et sur le plan relationnel.

Concernant la perception du ressenti des patientes par les soignant.e.s, des progrès restent à faire, notamment en travaillant à améliorer la communication soignant.e-patiente.

Il paraîtrait pertinent d'étudier l'intérêt de campagnes d'information chez les jeunes filles que ce soit dans le milieu scolaire ou en-dehors, très amont de la réalisation d'un premier examen.

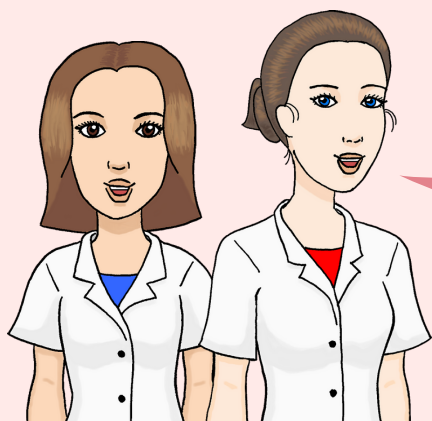
Par ailleurs, mieux investir Internet en tant que source d'informations de référence pour les jeunes pourrait également être une piste d'amélioration. En effet, des sources d'informations fiables existent mais ne sont peut-être pas suffisamment accessibles (*Pour une meuf (44), Dépliant informatif du CPEF du CHU de Nantes Annexe 6*).

Nous suggérons dans la formation des soignants à l'examen gynécologique un renforcement de l'enseignement des techniques communicationnelles, de l'importance du dialogue, de la notion d'empouvoirement et des positions gynécologiques alternatives.

VI-Annexes

Toutes les retranscriptions des entretiens ainsi que les tableaux d'analyse sont disponibles via ce lien : <https://e.pcloud.link/publink/show?code=kZNVzSZ2gQ5F4n8W9VqUxnMIGyU4L2I4oRk>

1- Annexe 1 : flyer explicatif



*Si vous lisez ce flyer, c'est que vous avez accepté de participer à notre étude donc avant toute chose :
MERCI !*

Qui sommes-nous ?

Aude et Elsa, deux jeunes médecins généralistes tout juste sorties de formation. Nous menons une étude sur un moment délicat de notre vie de femme :
le 1er examen gynécologique.

Cet examen est souvent perçu comme désagréable. Il peut susciter une appréhension.

Notre objectif : recueillir votre ressenti puis le comparer à celui du médecin qui sera peut-être très différent.

Femmes et médecins, nous espérons que cette étude permettra ainsi à de nombreuses jeunes patientes de mieux vivre ce premier examen, et aux médecins de mieux les comprendre et les accompagner.

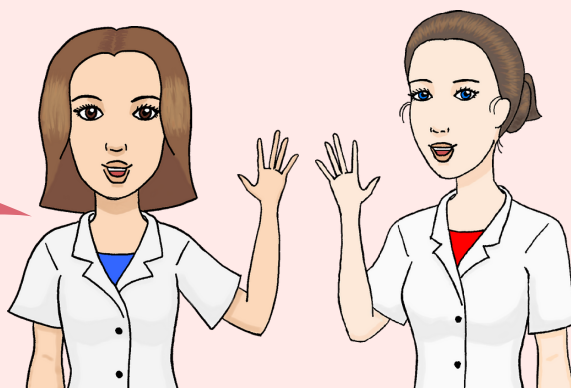
Mais nous ne pouvons rien sans votre participation !

Comment participer ?

- 1** En complétant un petit questionnaire (**5 questions**), le plus spontanément possible, sans trop réfléchir, immédiatement après cet examen.
- 2** En remettant ce questionnaire au secrétariat, dans une enveloppe fermée.
→ **Important : votre médecin n'aura en aucun cas accès à votre questionnaire. Vous pourrez vous exprimer librement.**
- 3** En acceptant de nous rencontrer ensuite par téléphone, en visio conférence, ou en face-à-face, selon votre choix et vos disponibilités, pour discuter de ce qui pourrait être amélioré ou au contraire de ce qui vous a aidé à bien vivre ce moment. (**Environ une trentaine de minutes**)

En nous aidant à réfléchir au moyen de faciliter ce premier examen féminin, vous effectuerez ainsi un geste de solidarité envers toutes les femmes.

Alors à très bientôt !



Retour au texte : Inclusion

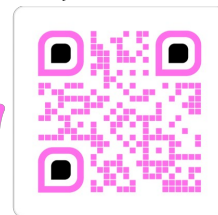
2- Annexe 2 : Questionnaire patiente

Thèse : vécu de l'examen gynécologique - Questionnaire patiente

Comme convenu, voici un petit questionnaire, très rapide, qui a pour but de recueillir vos premières impressions « à chaud ». Pas besoin de trop réfléchir, il suffit juste d'entourer l'emoji qui représente le mieux votre état d'esprit au moment où vous lisez ces mots. N'oubliez pas de nous indiquer votre téléphone ou votre adresse mail à la fin du questionnaire pour que nous puissions vous recontacter pour l'entretien.

A très bientôt ! 😊

Si vous préférez, vous pouvez le remplir en ligne !



Voici le lien

L'accueil dans le cabinet (salle d'attente, secrétaire éventuelle...)



L'accueil de la consultation (attitude du praticien, aspect de la salle de consultation...)



Déroulement de l'examen gynécologique en lui-même :



Explications données pendant cette consultation concernant l'examen :



Quel est le premier sentiment qui vous vient à l'esprit quand on parle de votre premier examen gynécologique ?

3 dernières petites questions pour la route !

Nom et prénom :

Nom du praticien :

Adresse mail :

N° de téléphone :

Préférez-vous être contactée :

Par téléphone

Par mail

Un grand merci pour votre temps et à bientôt pour l'entretien !

Retour au texte : Inclusion Le questionnaire d'approche

3- Annexe 3 : Questionnaire soignant.e

Thèse : Vécu du premier examen gynécologique

-
Questionnaire soignant

Tout d'abord, merci de nous aider dans l'élaboration de notre thèse ! ☺ Ce questionnaire est une première approche, servant d'aide-mémoire en prévision de l'entretien que nous aurons. Il est donc tout à fait facultatif et à remplir selon votre convenance.

Petit rappel sur l'inclusion d'une patiente :

- Remettre l'enveloppe contenant flyer explicatif et questionnaire, **en lui spécifiant bien d'indiquer son numéro de téléphone ou son mail lors du remplissage**, puis de remettre l'enveloppe au secrétariat (si rempli sur format papier) avec le questionnaire dedans, bien fermée.

- Ensuite, vous concernant, pouvez-vous nous appeler au : 06 28 05 86 50 (Elsa) ou au 06 18 80 52 66 (Aude) (n'hésitez pas à laisser un message) ou nous envoyer un email à : ae.these.gyneco@gmail.com
Nous vous recontacterons dans les plus brefs délais (plus l'entretien est fait tôt, plus il a de valeur) !

1. Concernant la patiente est-ce :

- une première consultation
- une patiente que vous aviez déjà vue au moins une fois

2. Dans quel état d'esprit avez-vous senti votre patiente :

- Avant l'examen gynécologique :

- plutôt stressée
- plutôt détendue
- neutre/autre (préciser si nécessaire:)

- Pendant l'examen :

- plutôt stressée
- plutôt détendue
- neutre/autre (préciser si nécessaire:)
- douloureuse

- Après l'examen :

- plutôt stressée
- plutôt détendue
- neutre/autre (préciser si nécessaire:)

3. Avez-vous fourni à la patiente des explications concernant l'examen gynécologique en lui-même ou les éventuels gestes techniques (**une ou plusieurs réponse(s) possibles**) :

- lors d'une précédente consultation
- pendant cette consultation, **avant** l'examen
- pendant cette consultation, **pendant** l'examen

- pendant cette consultation, **après** l'examen
- absence d'explications / autre :

4. Concernant le déshabillage de la patiente (**une ou plusieurs réponses possibles**) :

- a eu lieu dans une zone à part (cabine/pièce séparée/derrière un paravent)
- total (patiente totalement nue)
- séquentiel (enlève le haut en gardant le bas, puis inversement, quel que soit l'ordre)
- concerne uniquement le bas du corps
- utilisation d'un drap ou autre objet pour recouvrir la patiente

5. Concernant la position de la patiente lors de l'examen gynécologique :

- décubitus dorsal avec étriers
- décubitus dorsal sans étriers
- décubitus latéral
- autre :

6. Votre impression générale concernant le déroulement de l'examen :

- plutôt bonne
- plutôt mauvaise
- neutre

7. Remarques générales / notes libres concernant la consultation :

Retour au texte : Inclusion Le questionnaire d'approche

4- Annexe 4 : Guides d'entretien

Thèse : vécu de l'examen gynécologique Guide d'entretien patiente

Avant de commencer : présentation de l'enquêteur, proposition de donner plus d'informations sur la thèse, et l'entretien du jour.

Question brise-glace : à propos de la prise de rendez-vous :

- A l'initiative de qui ? Si à son initiative à elle, pour quel motif ? Comment l'a-t-elle su ?
- Quels sentiments concernant la prise de rdv (avant et après) ?
- Éléments de son histoire de vie entraînant des difficultés autour du suivi gynéco ?
- Choix du soignant ? (connu ou 1ère fois, genre, âge, spé, médecin de famille?)

Concernant la patiente : niveau socio-professionnel/scolaire, milieu d'habitation (urbain/rural)
Maintenant, nous allons suivre le déroulement de la consultation « comme si vous y étiez »

1. Dans la salle d'attente :

- Qualité de l'accueil (aspect de la salle d'attente, accueil par le/la secrétaire éventuel(le).
- Sentiments pendant l'attente ? (anxiété ? long/court ? causes de stress supplémentaires ?)
- Explications sur la consultation et l'examen fournies auparavant ? (source ? Famille, amis, médecin ou autre soignant, internet, documentation...)
- Accompagnée de qui, pourquoi ?
- Représentations de l'examen avant d'entrer dans la consultation

2. Début de la consultation :

- Accueil par le médecin dans la salle de consultation. **Tiers soignant présent ?**
- Aspect du cabinet
- Explications avant de passer à l'examen / relation avec le soignant
- Sentiment avant de passer à l'examen ?
- Déshabillage (lieu ? Manière ? Comportement du médecin pendant le déshabillage?)

3. Examen en lui-même :

- attente entre déshabillage et examen
- installation (position, drap, ambiance/décor)
- **demande de consentement aux différentes étapes ?**
- sentiments et sensations pendant l'examen (spéculum / TV)
- Relation avec le soignant / explications pendant l'examen (explications au fur et à mesure, distraction?)
- élément marquant positif ou négatif que ce soit sur le plan technique ou communicationnel ?

4. Après l'examen :

- Rhabillage, attitude du médecin juste après l'examen (reste à côté, repart au bureau directement?)
- Sentiments après l'examen
- satisfaction autour des explications données en sortant de la consultation ?
- satisfaction autour de l'attitude du soignant, de la relation soignant/patient ?
- nécessité d'en discuter avec l'entourage, nécessité d'explications complémentaires
- sentiments à propos du suivi ultérieur ?

5. Pistes d'amélioration :

- qu'est-ce qui serait à refaire autrement / à améliorer ?
- Sentiment général vis-à-vis du professionnel de santé (le reverrait ? Plutôt pas? Pourquoi ?)

Retour au texte : Entretiens

Thèse : vécu de l'examen gynécologique

Guide d'entretien soignant

Avant de démarrer : rappels sur le sujet de la thèse et le but de l'entretien. Explications complémentaires si nécessaires.

Question brise-glace : concernant la patiente, première fois ? Si l'avait déjà vue en consultation, relation avec la patiente ? Relation avec entourage ?

Ou alors (si médecin généraliste) :

- Autour de la consultation gynécologique en général, quel ressenti des patientes, quelles préoccupations particulières autour de l'examen ?
- Plutôt « routinier », plutôt individualisé ?
- Fréquence des consultations gynécologiques / d'une première consultation gynéco ?
- Est-il à l'aise avec le premier examen gynéco, les discussions autour des questions gynécologiques en général et les différents gestes ?

Concernant la consultation en question, nous allons suivre son déroulement :

1. Avant la consultation :

- relation avec la patiente / histoire (si pas déjà évoqué avant)
- contexte de la consultation (quand dans la journée ? Retard ?)
- état émotionnel avant la consultation (stress, fatigue...)
- explications données par le passé concernant l'examen ? (téléphone, autre cs, par un tiers...)
- pratique gynéco (si pas abordé avant) : routinier ou individualisé ?

2. Avant l'examen :

- accueil de la patiente dans la salle de consultation, seule ou accompagnée ?
- Gestion de l'accompagnant
- première impression sur la patiente (sentiments particuliers ? Semble stressée/détendue etc)
- explications avant l'examen ? Relation avec la patiente / techniques communicationnelles.
- Déshabillage : lieu ? Attitude du soignant pendant le déshabillage ?

3. Pendant l'examen :

- installation de la patiente (position, drap etc.)
- **Consentement demandé ?**
- examen en lui-même : gestes techniques réalisés.
- Réactions de la patiente pendant l'examen ? Sentiments de la patiente ?
- Techniques communicationnelles utilisées ? (explications des gestes, distraction...) A l'initiative de qui ?
- Élément marquant positif ou négatif pendant l'examen ?

4. Après l'examen :

- rhabillage de la patiente, attitude du soignant pendant ce temps ?
- Sentiments de la patiente après l'examen ?
- Explications après l'examen / discussion ? La patiente vous semblait-elle avoir compris l'intérêt et les nécessités de l'examen ?
- Quel ressenti global du vécu de la consultation par la patiente ?
- Côté soignant, ressenti particulier à l'issue de la consultation ?
- Relation soignant/patiente à l'issue de la consultation ?

5. Pistes d'amélioration

Qu'est-ce qui serait à refaire autrement / à améliorer dans cette consultation ?

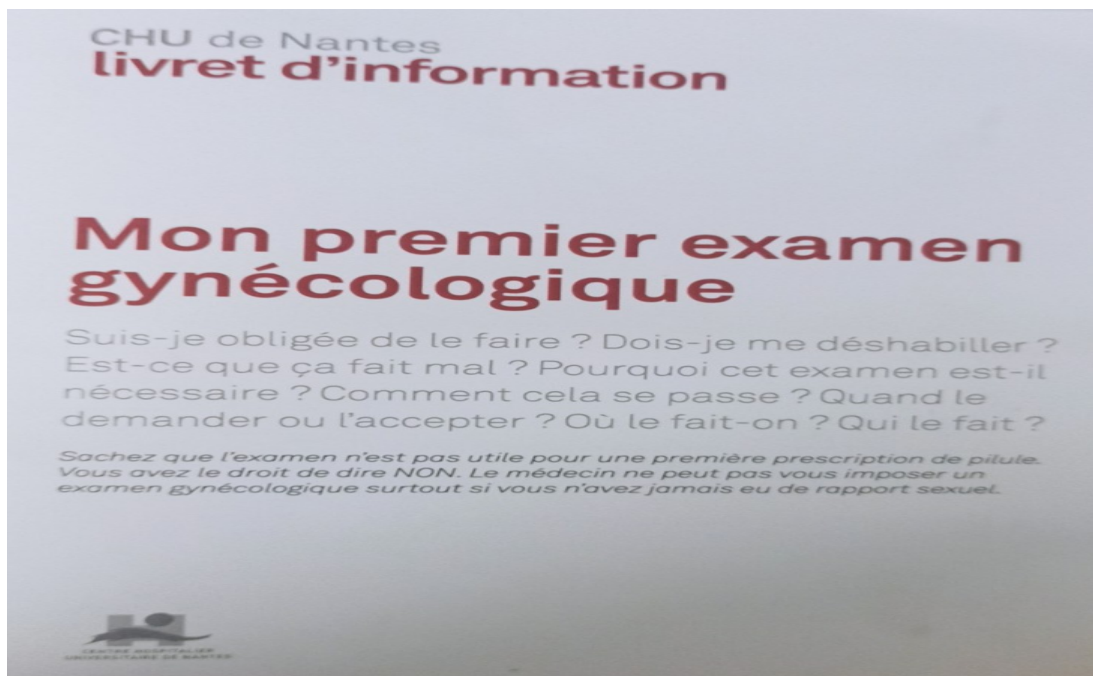
[Retour au texte Entretiens](#)

5- Annexe 5 : Tableau descriptif des participant.e.s

Numéro du couple	Age de la patiente	Niveau socio professionnel	Lieu d'habitation de la patiente	Motif de consultation	Caractéristiques du soignant
1 - Elsa	25 ans	Étudiante	Urbain 44	Contrôle de dispositif intra-utérin en post avortement	CIVG 44 - Médecin généraliste n'exerçant QUE la gynécologie depuis 5 ans
2 - Elsa	24 ans et 11 mois	Assistante comptable	Urbain 56	Renouvellement contraception orale	Médecin généraliste QUE de la gynécologie depuis 18 mois
3 - Elsa	25 ans	Serveuse	Rural 49	Réalisation premier frottis cervico-vaginal	Cabinet de médecine générale - DU de gynécologie
4 - Elsa	21 ans	Étudiante	Urbain 56	Renouvellement de contraception orale	Médecin généraliste n'exerçant QUE la gynécologie depuis 6 ans
5 - Elsa	19 ans	Étudiante	Rural 56	Symptomatologie gynécologique	Cabinet de médecine générale
6- Elsa	Absence d'entretien patiente				Cabinet de sage - femme libérale 44
7- Elsa	Absence d'entretien patiente				CPEF sage-femme 44
1- Aude	18 ans	Étudiante	Urbain 56	Renouvellement contraception orale + gêne vulvaire	Cabinet de gynécologie, gynécologue médicale
2- Aude	23 ans	Étudiante	Rural 56	Pose de dispositif intra-utérin	Cabinet de sage-femme
3- Aude	25 ans	Salariée	Urbain 56	Réalisation du premier frottis cervico-vaginal	Cabinet de gynécologie-gynécologue
4- Aude	21 ans	Étudiante	Rural 56	Symptomatologie gynécologique	Cabinet de médecine générale
5- Aude	25 ans	Étudiante	Urbain 56	Renouvellement contraception orale	Gynécologue obstétricien

Retour au texte : Résultats

6- Annexe 6 – Dépliant d'information du Centre Simone Veil – CHU de Nantes



CHU de Nantes
livret d'information

Vos organes génitaux sont internes et précieux. Pour les examens, il faut donc regarder à l'intérieur. L'examen gynécologique permet de vérifier que tout va bien, de comprendre les signes qui alarment, de prévenir, de dépister, de suivre le déroulement d'une grossesse.

Cet examen **n'est jamais obligatoire**, il n'est pas nécessaire pour une première prescription de pilule, anneau, implant, patch...

Quand le demander ou l'accepter ?

Lorsque vous vous sentez prête...

Il n'y a pas d'âge pour le faire réaliser. En général, on le pratique quand on a commencé à avoir des rapports sexuels.

Et aussi en cas de problèmes :

- Règles douloureuses, absentes
- Douleurs du bas ventre, gêne lors des rapports sexuels
- Démangeaisons, boutons, brûlures
- Saignements, pertes anormales.

Qui le pratique ?

- Un médecin de votre choix, qui peut être généraliste ou gynécologue, exerçant en cabinet ou dans un centre de planification.
- Une sage-femme

Tous ces professionnels sont tenus au secret médical.

Ils font régulièrement ce type d'examen, qu'ils doivent réaliser avec douceur, respect de votre pudeur et sans faire mal. Ils vous dispenseront des conseils fiables et adaptés.

Comment se déroule l'examen ?

Se faire examiner si on est malade semble naturel, accepter un examen quand on est bien portant, surtout pour une partie aussi intime de son corps est plus difficile.


La consultation commence par un **échange**. C'est l'occasion de poser vos questions et de répondre à celles du professionnel.

2

CHU de Nantes
livret d'information


Vous pouvez parler à ce moment de votre gêne et de vos peurs éventuelles. Vous enlèverez votre slip, ce qui n'empêche pas de garder jupe et haut si vous vous sentez plus à l'aise.

Vous allez vous allonger sur la **table d'examen** (voir schéma ci-dessous), les pieds posés dans des étriers pour que les jambes soient **écartées et fléchies**. C'est la **position gynécologique**.

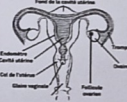


Le médecin procède **en deux temps** :

- Il examine le périnée, la vulve et l'entrée du vagin. Puis il introduit dans le vagin, un spéculum (petit instrument en métal ou en plastique étroit et long permettant d'écarter doucement les parois du vagin) : ce n'est pas plus difficile de mettre un tampon. Ainsi le médecin peut visualiser les parois vaginales et le col de l'utérus et pratiquer éventuellement des prélèvements (notamment un frottis)



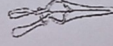
vulve et périnée



Front de la femme allongée
Cervix utérin
Col de l'utérus
Clitoris
Vagina
Vulve
Périnée
Organes génitaux internes

organes génitaux internes

- Il effectue un toucher vaginal : après avoir mis un doigtier, il introduit **un ou deux doigts dans le vagin**, l'autre main posée sur le ventre. Ce toucher vaginal permet d'apprécier la taille, la sensibilité et la mobilité de l'utérus et des ovaires.



spéculum

Éventuellement, le médecin **palpe vos seins, prend votre tension artérielle et vous pèse**. Si tout va bien, le prochain examen peut avoir lieu dans un ou deux ans.

3

VII-Bibliographie

1. Bates CK, Carroll N, Potter J. The challenging pelvic examination. *J Gen Intern Med.* juin 2011;26(6):651-7.
2. Bodden-Heidrich R, Walter S, Teutenberger S, Küppers V, Pelzer V, Rechenberger I, et al. What does a young girl experience in her first gynecological examination? Study on the relationship between anxiety and pain. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* août 2000;13(3):139-42.
3. Skär L, Grankvist O, Söderberg S. Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. *Health Care Women Int.* Août 2020;41(8):869-82.
4. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2003;82(11):1030-6.
5. Larsen SB, Kragstrup J. Experiences of the first pelvic examination in a random sample of Danish teenagers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Janv 1995;74(2):137-41.
6. Gupta S, Hogan R, Kirkman RJ. Experience of the first pelvic examination. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* Mars 2001;6(1):34-8.
7. O'Laughlin DJ, Strelow B, Fellows N, Kelsey E, Peters S, Stevens J, et al. Addressing Anxiety and Fear during the Female Pelvic Examination. *J Prim Care Community Health.* 1 janv 2021;12:2150132721992195.
8. Tugut N, Golbasi Z. Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: a study of Turkish women. *J Obstet Gynaecol Res.* Juin 2014;40(6):1777-84.
9. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Avr 1998;77(4):422-8.
10. Oscarsson M, Benzein E. Women's Experiences of Pelvic Examination: An Interview Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* Janv 2002;23(1):17-25.
11. Gautier C, Canévet JP. Le premier examen gynécologique: une épreuve pour les femmes ? France; 2010.
12. Huber JD, Pukall CF, Boyer SC, Reissing ED, Chamberlain SM. « Just relax »: physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. *J Sex Med.* Mars 2009;6(3):791-9.
13. Grundström H, Wallin K, Berterö C. « You expose yourself in so many ways »: young women's experiences of pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Juin 2011;32(2):59-64.
14. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Family Practice.* 1 avr 1997;14(2):148-52.
15. Kielar A, Moreau E. Enjeux et complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et la femme jeune: une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de femmes

âgées de 18 à 30 ans [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2012.

16. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. The first pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Mars 2007;28(1):7-12.

17. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi

18. Ripaud M, Rialland A. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active: étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127022/2016MCEM6136/fichier/6136F.pdf>

19. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. 2021[cité 24 août 2021]. Disponible sur : [http://apercu\(cngof.fr\)](http://apercu(cngof.fr))

20. de Bardonnèche-Richard É. La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention: ce que les femmes ont à nous dire. Étude qualitative auprès de 15 patientes de 3 maternités des Hauts-de-France. :65.

21. McCarthy V. The first pelvic examination. *J Pediatr Health Care.* Oct 1997;11(5):247-9.

22. Fiddes P, Scott A, Fletcher J, Glasier A. Attitudes towards pelvic examination and chaperones: a questionnaire survey of patients and providers. *Contraception.* Avr 2003;67(4):313-7.

23. Wijma B, Siwe K. Examiner's unique possibilities to catalyze women's empowerment during a pelvic examination. *Acta Obstet Gynecol Scand.* Déc 2004;83(12):1102-3.

24. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.

25. Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) Initiation à la recherche qualitative en santé - Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire, Jouve, France : Global Media Santé, CNGE productions ; 2021. 192 p.

26. Smith J. Flowers P. Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis. Bodmin, Great Britain : SAGE Publications Ltd. ; 2009. 225p.

27. Hein K. The first pelvic examination and common gynecological problems in adolescent girls. *Women Health.* Summer-Fall 1984;9(2-3):47-63.

28. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin [Thèse d'exercice]. [Saint-Étienne ; 1969-..., France]: Université Jean Monnet; 2010.

29. Siwe K, Berterö C, Wijma B. Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: a win-win concept. *Sex Reprod Healthc.* Juin 2013;4(2):73-7.

30. Vaillant AC, Savage A. Approche de l'expérience par les femmes de la position et de l'examen gynécologique: une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. France; 2015.
31. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*. 2002;no 27(3):81-92.
32. Nguyen NK. Environnement réconfortant et respect de l'intimité: à propos de la consultation gynécologique [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM097.pdf
33. Benoist-Harang C, Marès P. Vécu de l'examen gynécologique pelvien par les femmes: revue de la littérature. Nîmes, France; 2017.
34. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 22 juill 2006;333(7560):171.
35. Santandreu C. Comment se construit la relation soignant- soignée durant l'entretien gynécologique en médecine générale ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2019 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2019/2019LILUM324.pdf
36. Webb R, Opdahl M. Breast and pelvic examinations: easing women's discomfort. *Can Fam Physician*. Janv 1996;42:54-8.
37. Chen SL, Jane SW, Yu YMC, Hsieh YS. Discrepancy between physicians' perceptions and practices during pelvic examinations in Taiwan. *Patient Education and Counseling*. Janv 2009;74(1):124-9.
38. Wendt E, Fridlund B, Lidell E. Trust and confirmation in a gynecologic examination situation: a critical incident technique analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. déc 2004;83(12):1208-15.
39. Jouenne J, Compagnon L. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin [Internet]. Créteil, France: Université Paris-Est Créteil; 2014 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <https://athena.u-pec.fr/primo-explore/search?query=any,exact,990006434350204611&vid=upec>
40. Champeaux R, Dominault M. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes [Internet]. France; 2013 [cité 24 août 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
41. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
42. Reddy DM, Wasserman SA. Patient anxiety during gynecologic examinations. *Behavioral indicators*. *J Reprod Med*. Oct 1997;42(10):631-6.
43. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Janv 2008;29(1):23-31.

44. Admin. Déroulement de l'examen gynécologique [Internet]. Pour une M.E.U.F. 2018 [cité 28 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.pourunemeuf.org/2018/12/22/deroulement-de-lexamen-gynecologique/>

**NOM : FOURURE
YILDIZOGLU**

**PRENOM : Aude
Elsa-Nuray**

**Titre de Thèse : RESSENTI DU PREMIER EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE PAR LA
PATIENTE ET LE/LA SOIGNANT.E : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LE GRAND
OUEST**

RESUME

- **Introduction** : L'examen gynécologique est un élément essentiel pour la santé des femmes. Pourtant, il est source d'une anxiété et d'un inconfort qui peuvent nuire à une bonne adhésion du suivi par les patientes. De nombreuses études ont révélé divers éléments permettant un meilleur vécu de l'examen. Ces pratiques améliorent-elles réellement le ressenti des patientes ? Les soignant.e.s ont-ils une bonne perception de ce ressenti ?

- **Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec les soignant.e.s et leur patiente au plus proche d'un premier examen gynécologique. Les entretiens étaient ensuite retranscrits et soumis à une triangulation des données via une analyse phénoménologique interprétative.

- **Résultats** : La qualité de la relation soignant.e-patiente est décisive dans le ressenti des patientes. Les patientes demandent à être informées en amont de l'examen, à ce que leur pudeur soit respectée. Lorsqu'elles se sentent en confiance, l'inconfort subi est mieux accepté. Bien qu'elles soient globalement satisfaites sur le plan communicationnel et relationnel, on remarque une difficulté pour les patientes à s'exprimer.

- **Discussion** : Il faut donc veiller à ouvrir le dialogue et donner le pouvoir de décision aux patientes dans une démarche d'empouvoirement. Cela leur permettrait une meilleure expression de leur inconfort qui, associée à une exploration de leurs peurs et représentations permettrait une approche individualisée. Cela améliorerait le vécu de l'examen. C'est ainsi que la perception des soignant.e.s vis-à-vis du ressenti des patientes pourrait être affinée. Enfin, le sujet de l'examen gynécologique gagnerait à être abordé dans l'espace public et notamment dans le milieu scolaire pour pallier au manque global de connaissances que les patientes décrivent de façon unanime.

MOTS-CLES

**EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE
EMPOUVOIREMENT**

COMMUNICATION

RELATION MEDECIN-PATIENT