

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE 2020

N°261

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine Générale

PAR

Julie PIERSON

Née le 22 mars 1989 à Bitche

***Que vivent les femmes lors d'un examen
gynécologique ? Une étude qualitative auprès de 17
femmes de la région Grand-Est.***

Président de thèse : Professeur Philippe DERUELLE

Directrice de thèse : Docteur Anne BERTHOU



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(2001-2011)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**
Directeur général :
M. GALY Michaël



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak
DOLLFUS Héléne

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01	Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01	Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoit P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Haute-pierre	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option ; Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

MO135	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
-------	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGENI Xavier M0442 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales – Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
Mme DEPIENNE Christel M0499 (En disponibilité)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata MO134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise MO135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DANION Jean-Marie (Psychiatrie) / 01.09.20	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon Président de thèse, Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Anne BERTHOU,

Tu m'as accompagnée et soutenue tout au long de la réalisation de cette thèse, avec implication et bienveillance, je te remercie pour ta disponibilité et tes conseils toujours avisés.

A Madame le Professeur Marie-Pierre CHENARD,

Tu me fais l'honneur, en siégeant à mon jury de thèse, d'apporter ton expérience à la critique de mon travail. Je t'en suis grandement reconnaissante, et j'espère être à la hauteur de tes attentes. Je suis heureuse que tu m'accompagnes pour l'aboutissement de ces longues années d'études, et l'entrée dans ma nouvelle vie professionnelle.

A Madame le Docteur Juliette CHAMBE,

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, de donner de votre temps et de votre expérience pour juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail à mes parents.

A la mémoire de mon papa, François. Tu me manques. Puisses-tu m'accompagner chaque jour et être mon modèle de bienveillance.

A ma maman, Nadine. Merci d'être toujours là pour me soutenir, et de croire toujours en ma réussite. Merci de m'avoir accompagné et donné les moyens d'accéder à ce métier dont j'ai toujours rêvé. Rien de cela n'aurait été possible sans vous.

Un grand merci également à mes amis et ma famille, pour votre soutien et votre intérêt toujours bienveillant à l'égard de mon travail. Pour n'avoir pas perdu patience et m'avoir toujours encouragée, surtout dans les moments de doute.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	21
2	Matériel et méthode.....	26
2.1	Type d'étude	26
2.2	Posture du chercheur et déconstruction des a priori	28
2.3	Échantillon et recrutement.....	29
2.4	Recueil des données	31
2.5	Analyse des données.....	32
3	Résultats	37
3.1	Entretiens et caractéristiques de l'échantillon	37
3.1.1	Entretiens.....	37
3.1.2	Caractéristiques de l'échantillon.....	39
3.2	Analyse des données.....	44
3.2.1	Le vécu de l'examen gynécologique.....	44
3.2.1.1	Une perte de contrôle.....	48
3.2.1.2	Une responsabilité imposée par le genre	68
3.2.1.3	Des mécanismes de reprise de contrôle	82
3.2.2	Le vécu de l'examen gynécologique par le médecin traitant.....	99
3.2.2.1	Le refus.....	101
3.2.2.2	Ambivalence dans les mécanismes de reprises de contrôle	108

3.2.2.3	Vers une possibilité conditionnelle	114
4	Discussion	120
4.1	Principaux résultats et comparaison avec la littérature	120
4.1.1	L'examen gynécologique.....	120
4.1.2	Le médecin généraliste hors de cette sphère d'acceptation	129
4.2	Discussion de la méthode de l'étude : forces et faiblesses.....	133
5	Conclusion.....	141
6	Bibliographie	145
7	Annexes.....	150

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Représentation schématique du cercle herméneutique	27
Figure 2: Modèle schématique de l'analyse en IPA par Moussel et Morel.....	35
Figure 3: Extrait de codage (V13 Kenza)	36
Figure 4: Arbre de code définitif après analyse de l'ensemble des verbatims	36
Figure 5: Nuage de code	45
Figure 6: Carte heuristique n°1	46
Figure 7: Carte heuristique circulaire n°1	47
Figure 8: Table des thèmes de l'EG version complète	98
Figure 9: Carte heuristique circulaire n°2	100
Figure 10: La table des thèmes de l'EG par le MT version complète	119
Figure 11: Guidelines de la recherche qualitative selon Malterud, the Lancet	135
Tableau 1: Caractéristiques des entretiens.....	38
Tableau 2: Caractéristiques de l'échantillon	43
Tableau 3: Table des thèmes de l'examen gynécologique.....	44
Tableau 4: Table des thèmes de l'examen gynécologique par le médecin traitant.....	99

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Guide d'entretien version 1	150
Annexe 2: Guide d'entretien version 2	151
Annexe 3: Formulaire d'information.....	152
Annexe 4: Formulaire de consentement	153
Annexe 5: Table des thèmes du vécu de l'EG	154
Annexe 6: Table des thèmes de la perspective de l'EG par le MG/MT.....	155
Annexe 7: Les 11 questions du score EPICES	156
Annexe 8: Nomenclature des diplômes.....	157
Annexe 9: Variantes de position pour l'examen gynécologique.....	158
Annexe 10: Grille ENTREQ.....	161
Annexe 11: Grille COREQ	163

LISTE DES ABBREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Sante

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre femmes et hommes

EBM : Evidence Based Medicine

IPA : Analyse Phénoménologique Interprétative

MT : Médecin Traitant

MG : Médecin Généraliste

MSG : Médecin spécialiste en Gynécologie

EG : Examen gynécologique

EI : Entretien Individuel

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CMU : Couverture Maladie Universelle

EPICES : Évaluation de la Précarités et des Inégalités de santé pour les CES

CES : Centre d'Examen de Santé

SSM : Sécurité Sociale des Mines

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

ENTREQ: ENhancing Transparancy in REporting the synthesis of Qualitative research

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research

1 INTRODUCTION

Le suivi gynécologique régulier est au cœur des problématiques de santé publique et participe au maintien de la bonne santé des femmes, qui sont aujourd'hui les premières consommatrices de biens de santé(1). Traditionnellement, l'intérêt du corps médical se portait principalement sur la santé des femmes pendant la maternité. Les perspectives ont évolué depuis quelques décennies, et l'on s'intéresse aujourd'hui aux femmes et aux hommes impliqués dans le processus de reproduction, ainsi qu'à une approche plus globale de la sexualité et des risques qui lui sont associés. Il s'agit du concept de santé sexuelle et reproductive tel que défini par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)(2).

Les femmes subissent fréquemment(3)(4)(5) des interventions médicales qui peuvent être vécues comme particulièrement mutilantes (hystérectomie, mammectomie ou césarienne par exemple) et sont sujettes à des cancers qui leurs sont spécifiques pour lesquels des dépistages existent (cancer du sein, cancer du col de l'utérus). Elles sont également en lien étroit avec le milieu médical et gynécologique, même en bonne santé, de par les grossesses et les dépistages organisés.

En l'absence de pathologie particulière, on estime qu'une femme aura en moyenne 50 consultations de gynécologie obstétrique de ses 15 ans à ses 45 ans(5). Cette estimation est extraite du rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes publié en 2018. Elle se base sur le baromètre de la santé des jeunes de 2010(6), sur une étude réalisée par l'observatoire Thalès en 1999(7) ainsi que sur les recommandations de santé publique. Ce chiffre nous conforte dans l'idée que l'examen gynécologique (EG) est un acte médical important à la santé des femmes.

Le rapport du HCE s'intitule : « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme ». Il a été publié le 29 juin 2018, suite à la saisine de la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes. Ce rapport a été commandé en 2017, faisant suite notamment à la médiatisation de témoignages de femmes se déclarant victimes de violences obstétricales. (Via des blogs(8)(9), reportages(10), livres(11) associations(12), et l'apparition du mot clef #PayeTonUterus sur le réseau social Twitter). Le terme de « violence obstétricale », apparu dès les années 2000 en Amérique Latine puis dans le monde Anglo-Saxon, a fait son apparition en France à partir de 2014. Il a été réellement médiatisé lors du lancement du mot clef #PayeTonUterus, ayant généré plus de 7000 témoignages en 24h. L'ampleur du phénomène et le nombre important de témoignages nous poussent à questionner nos pratiques.

Nous avons donc choisi de nous intéresser particulièrement au ressenti des femmes durant l'examen gynécologique. Plusieurs études concernant le vécu de l'examen gynécologique existent. On y retrouve généralement un sentiment négatif associé à l'EG, pouvant être responsable d'un suivi irrégulier, et entraîner un retard de diagnostic et de prise en charge pour certaines pathologies. Les principaux éléments responsables de ce sentiment négatif sont inhérents à l'examen médical en lui-même : la nudité et l'exposition des parties intimes notamment(13)(14)(15). De nombreuses études ont été réalisées afin d'analyser ces aspects négatifs et les aménagements réalisables par l'examineur pour améliorer le vécu de l'examen(15)(16). D'autres se sont intéressées au déroulement de la première consultation gynécologique. Elles ont démontré son importance pour la suite du suivi(17)(18)(19)(20).

Des recherches ont également été menées concernant la réalisation de l'EG par le médecin traitant (MT) : qu'en pensaient les femmes et les médecins(21)(22) ?

Du côté des femmes, le suivi auprès du médecin spécialiste en gynécologie (MSG) était majoritairement préféré. D'une part pour ses compétences, jugées supérieures, mais également pour des raisons d'habitudes et de pudeur vis-à-vis du MT. Pour ces derniers, le frein évoqué le plus fréquemment est celui du manque de formation, initiale et continue. On retrouve également mentionnés le caractère chronophage des consultations et la rémunération inadaptée.

De façon générale, malgré un vécu plutôt négatif, la plupart des femmes reconnaissent l'importance de l'EG et le jugent nécessaire pour se maintenir en bonne santé(23).

Nous avons souhaité explorer ce phénomène quasiment universel pour le genre féminin sous un angle différent. Pour cela, nous avons sélectionné l'analyse phénoménologique interprétative (IPA). Avec l'approche centrée sur le patient et l'*Evidence Based Medicine* (EBM)(24), le praticien se doit d'inclure les valeurs du patient dans ses propositions de prise en charge.

L'IPA apporte un angle d'approche nécessaire à l'EBM, pour appréhender au plus près les expériences vécues par nos patients. Cette méthode permet au chercheur de s'approcher au plus près de l'expérience, telle qu'elle est vécue dans son corps, par une femme qui se fait examiner.

Nous avons donc pour objectif principal d'explorer le vécu des patientes pendant la réalisation d'un EG. Un objectif secondaire de notre travail est d'explorer leur ressenti quant à la réalisation de l'EG par le médecin généraliste. En effet, l'un des rôles du médecin généraliste

est de s'assurer de la continuité des soins et de la prise en charge globale de ses patients(26). Il peut participer au bon déroulement du suivi gynécologique en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens. Bien que relativement peu répandu en France(27), le partage des tâches dans le suivi gynécologique est bien établi entre gynécologues et généralistes dans certains pays étrangers, comme la Norvège ou les USA(28)(29). De nombreux travaux ont recherché les freins à la réalisation de cet EG du point de vue des MT et des patientes(22)(30)(31), sans s'intéresser au ressenti de ces dernières.

L'analyse phénoménologique interprétative est une technique de recherche qualitative, gagnant en popularité depuis les années 2000. Elle est très fréquente dans les recherches en psychologie, mais s'exporte désormais dans d'autres domaines scientifiques. Son but est d'explorer la façon dont les individus ressentent et comprennent leurs expériences de vie(32). Elle se base sur l'hypothèse que les participants, en contant leur expérience, essaient de l'interpréter d'une manière qui leur est compréhensible. Ce faisant, ils s'efforcent de transmettre cette expérience d'une manière compréhensible également pour le chercheur.

L'IPA est soutenue par 3 axes théoriques majeurs. Elle est d'abord phénoménologique, elle s'intéresse spécifiquement à ce qui se passe lorsqu'un événement de la vie quotidienne prend un sens particulier. Lorsqu'un individu vit une expérience majeure dans sa vie, il réfléchit à la signification de cette dernière. L'IPA s'intéresse en détail à la façon dont cet individu intègre ces événements de vie (l'entrée dans la vie active, avoir un premier enfant, le deuil d'une personne proche par exemple).

Cette tentative de comprendre le vécu de ces événements constitue le second axe majeur de la théorie de l'IPA : c'est une démarche interprétative, utilisant l'herméneutique. L'herméneutique est, dans son sens étymologique, l'art d'interpréter. Il s'agit en fait de la

théorie de la lecture, l'explication et l'interprétation des textes. Enfin, le troisième axe théorique de l'IPA, en est son caractère idiographique. L'IPA est dédiée à l'analyse en détail de cas particuliers. Son objectif est d'explorer en profondeur ce que vit chaque individu lors d'une expérience particulière.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur l'analyse interprétative phénoménologique d'entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont été menés auprès de 18 patientes en Alsace et en Lorraine. L'IPA est une méthode d'étude qualitative centrée sur l'individu, et les événements transformant ou menaçant la trajectoire de vie de cet individu. L'objectif en est la compréhension d'un phénomène, tel qu'il est vécu par un sujet.

La figure 1 résume schématiquement l'un des principes de l'IPA, qui est utilisé également dans d'autres méthodes qualitatives. Pour comprendre un phénomène global, il faut en comprendre ses composantes partielles. Mais le sens de chaque composante partielle ne peut être appréhendé qu'en lien avec les autres, et donc avec le Tout. On va ainsi déconstruire le récit, retranscrit mot à mot (verbatim), en de petites unités de sens. Celles-ci vont nous permettre d'appréhender le phénomène global.

La relation du Tout significatif avec ses éléments, et vice-versa, est appelé le cercle herméneutique(33). On comprend donc ainsi que l'herméneutique est la science de l'interprétation.

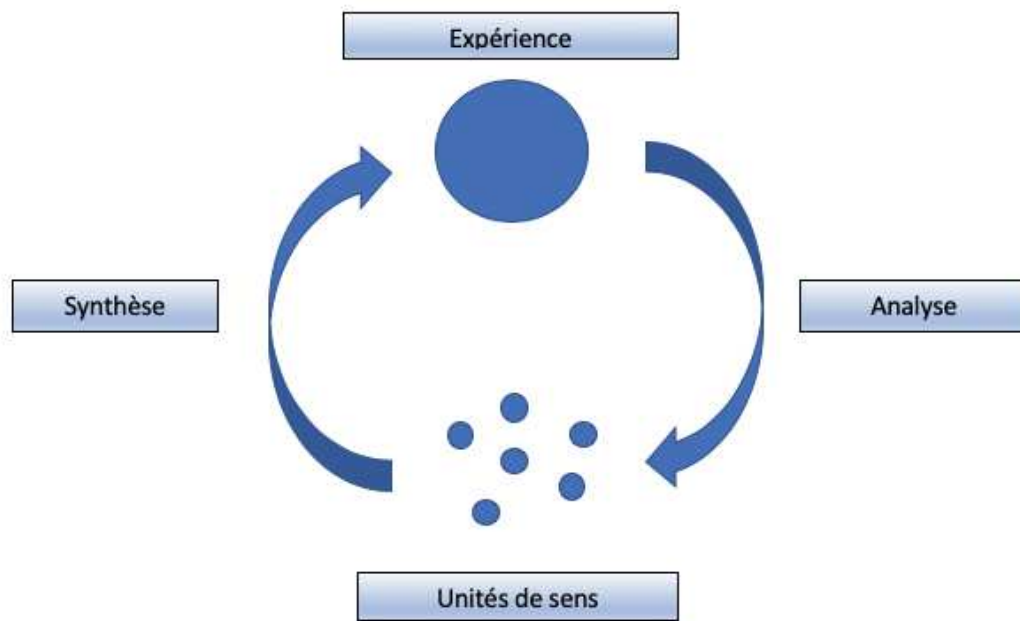


Figure 1: Représentation schématique du cercle herméneutique

En IPA, on parle même d'une double herméneutique : le chercheur essaie de donner du sens au récit du participant, qui lui-même essaie de donner du sens à son expérience en la racontant.

Ce processus, qui vise à extraire le sens de l'expérience d'une personne autre que soi, est inévitablement influencé par les valeurs, les préconceptions et le vécu antérieur du chercheur. Ce principe est connu en IPA, et fait notamment parti des éléments qui peuvent influencer sur la qualité de la recherche. Le chercheur doit donc y être particulièrement vigilant.(34)

2.2 Posture du chercheur et déconstruction des a priori

En raison de la nature de l'analyse interprétative, le chercheur se doit d'être conscient des limites de la neutralité de son interprétation. Les expériences personnelles du chercheur, toutes ses préconceptions vont jouer un rôle dans son analyse. Ce pourquoi l'analyse proposée par le chercheur peut apporter une perspective différente de celle de l'individu dont le récit est analysé. Cette « valeur-ajoutée » provient d'une part d'une analyse très détaillée des dires de l'individu associés à des éléments non verbaux, et d'autre part de l'analyse de plusieurs récits d'une même expérience. Cependant, ce qui peut être bénéfique à l'analyse, peut également être problématique.

Dès lors qu'une interprétation est faite, elle l'est à travers du regard de celui qui interprète. Les préconceptions du chercheur peuvent donc influencer l'analyse et être elles-mêmes influencées par le résultat de l'analyse, et ainsi évoluer au cours du temps. Il s'agit là d'une représentation du cercle herméneutique dans nos processus cognitifs d'interprétation.

Lorsque l'analyse commence, il est compliqué de savoir à l'avance laquelle de nos préconceptions pourrait teinter notre analyse. Il faut garder une posture interrogative, et laisser place aux éléments nouveaux émergent du texte, plutôt qu'aux conceptions anciennes. La position du chercheur concernant ses a priori doit donc être dynamique. Une fois l'influence de ses préconception identifiée, il convient de s'en détacher pour tendre vers une analyse fiable et réellement représentative du sens exprimé par l'individu interrogé. Pour s'aider, le chercheur peut noter ses préconceptions avant chaque analyse, afin d'y être le plus vigilant possible.

Il convient de s'assurer tout au long de l'analyse que les thèmes identifiés soient effectivement représentés dans les données, et ne proviennent pas d'une surinterprétation du chercheur.

Nos préconceptions

A l'origine de ce travail, nous nous sommes interrogées sur l'expérience que vivent les femmes pendant un examen gynécologique, et lors de la répétition de ces examens au cours de la vie. Nous avons également souhaité connaître leur ressenti concernant la réalisation de l'examen gynécologique par le MT. Nous avions dans l'idée que les femmes ressentiraient une anxiété et un sentiment de gêne vis-à-vis de l'EG. Nous pensions également, au vu des éléments médiatisés, que les femmes pouvaient parfois se sentir agressées. Nous supposons que, même sans avoir subi d'examen perçu comme violent, la majorité des femmes redoutaient de se rendre chez le gynécologue, car l'examen est désagréable, potentiellement humiliant, et parfois douloureux. Concernant l'EG réalisé par le MT, nous pensions les femmes y seraient favorables. En raison de la confiance qu'elles portent à leur médecin traitant et pour des raisons pratiques.

Parmi les éléments responsables de nos préconceptions, en plus des éléments recueillis lors de la recherche bibliographique, nous pouvons citer le fait d'être une femme, hétérosexuelle, médecin et d'avoir déjà subi plusieurs EG.

2.3 Échantillon et recrutement

L'iPA étant une démarche idiographique, l'échantillon doit être représentatif d'une perspective particulière, et non de la population générale. L'objectif est de produire une

analyse en profondeur d'un certain phénomène tel qu'il est vécu par un individu, ou un groupe d'individus. On ne cherche pas à obtenir une théorie qui puisse se généraliser à l'ensemble de la population. L'échantillon idéal est de petite taille, et présente une certaine homogénéité. Cela permet d'examiner des convergences ou des divergences dans les détails parmi une population particulière.

Les échantillons sont généralement composés de 6 à 8 individus. Cependant, certaines études comprennent jusqu'à 20 sujets(35).

Dans cette étude, nous avons réalisé un échantillonnage ciblé par recrutement direct, avec 2 instances de recrutement par recommandation (dans cette situation, une participante a transmis nos coordonnées à 2 de ses connaissances, qui ont accepté de participer à l'étude). Le terme anglais utilisé généralement est celui de *purposeful chain referral sampling*. Cette technique permet de recruter les sujets de l'étude en fonction du profil souhaité pour répondre à la question de recherche. Les seuls critères d'inclusion étaient : être de sexe féminin et avoir déjà bénéficié d'au moins 1 examen gynécologique.

Nous avons recruté initialement 18 patientes. La participation à l'étude leur a été proposée au cours d'une consultation, dans deux cabinets de médecine générale dans lesquels travaillait régulièrement la chercheuse. L'un était situé en Alsace (Bas-Rhin), l'autre en Lorraine (Moselle). Un document informatif leur a été remis (Annexe 3), avec possibilité de prendre un rendez-vous directement ou de contacter la chercheuse plus tard.

2.4 Recueil des données

Afin d'obtenir des données riches et détaillées d'une expérience personnelle, nous avons sélectionné la méthode des entretiens individuels (EI). Ceux-ci peuvent être libres ou semi-directifs. Nous avons choisi les EI car cette méthode permet au chercheur et à l'interrogé d'établir un dialogue relativement libre, proche d'une conversation. Nos EI étaient semi-directifs, le chercheur était aidé d'un guide d'entretien rédigé avant le début des entretiens. Ce guide est absent dans les EI libres. D'autres méthodes existent, comme les focus group notamment. Il s'agit, dans ce cas, de réunir les participants pour créer une discussion ou un débat. Nous n'avons pas choisi cette méthode, en raison de la nature sensible du sujet évoqué. En entretien individuel il est possible d'obtenir un échange qui va naturellement progresser d'un sujet à un autre. Le chercheur peut alors voir émerger des thèmes inattendus et intéressants qu'il peut explorer en détails en intervenant avec des questions adaptées au récit et à l'aide de son guide d'entretien.

Le guide d'entretien sert surtout de fil conducteur, permettant de diriger le flot de la conversation. Notre guide d'entretien a été réalisé après le travail de bibliographie, et modifié au court du recueil de données (annexes 1 et 2). Le guide a principalement été utilisé pour s'assurer que l'ensemble des sujets souhaités avaient été évoqués. Les conversations n'ont pas suivi la trame du guide de façon stricte.

Les entretiens ont été réalisés entre le 31 mai 2019 et le 23 août 2019 dans le lieu choisi par les participantes lors de la prise de rendez-vous. Au cabinet (en dehors des horaires de consultation), ou à leur domicile. Nous avons essayé de pallier le manque d'expérience de la

chercheuse en EI par la réalisation des entretiens au domicile des participantes, leur permettant d'être dans un lieu de confiance. De plus, certaines patientes connaissaient déjà la chercheuse en raison de consultations antérieures, ce qui pouvait participer à ce climat de confiance favorisant une discussion ouverte. Les EI ont été pratiqués en écoute active, avec reformulation fréquente permettant aux interrogées de confirmer la bonne compréhension de leurs paroles, après une formation théorique par la lecture d'un guide dédié(36).

Les participantes ont reçu une information orale et écrite concernant la recherche et ses modalités. Les EI ont été enregistrés sur un dictaphone, après accord des participantes et recueil de leur consentement éclairé. (Annexe 4)

Une demande d'inscription sur le registre de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été envoyée le 27/5/2019 et l'inscription a été confirmée le 05/11/2019.

2.5 Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot (verbatim), sur le logiciel WORD en mettant en évidence les éléments non verbaux (silence, rire, hésitation, gêne...). Les données ont été rendues anonymes par la modification de tous les prénoms dans le verbatim (V), suppression des noms de lieux, et attribution d'un numéro et d'un pseudonyme à chaque participante.

Les V ont ensuite été codés par unité de sens à l'aide du logiciel Dedoose(37). Ce logiciel a permis d'organiser le codage initial, et de gérer l'importante quantité de donnée obtenues avec les 17 entretiens analysés.

L'analyse s'est faite entretien par entretien, et était constituée de plusieurs étapes.

Chaque entretien a été relu à plusieurs reprises. Le V a ensuite été annoté puis les annotations codées en unités de sens via une technique de codage dit « émergent ». Dans ce type d'analyse, il n'est pas indiqué de créer une liste de codes avant de débiter le travail, puisque l'on cherche à aborder les données avec un minimum d'idées préconçues. Les codes vont donc émerger directement des données. En lisant le V, on attribue aux dires de l'interrogé le sens que l'on en fait, en prenant en compte les éléments verbaux et non verbaux.

Cette analyse se fait pour chaque V individuellement, et en même temps pour l'ensemble des V. Il faut constamment naviguer entre les V. Lorsque de nouveaux codes émergent, il faut revenir sur les V déjà analysés à la recherche d'unité de sens correspondant aux nouveaux codes.

Une fois le codage initial terminé, il convient de se détacher des V, et de travailler avec les codes uniquement. Les 123 codes initiaux ont été retravaillés, regroupés, associés en thèmes plus généraux et organisés de façon hiérarchique (thèmes super-ordonnés et sous-thèmes). Ceci a permis de mettre en évidence des liens entre ces différents thèmes. La figure 2 modélise la méthode d'analyse. En partant de chaque entretien individuel, l'analyse a progressé avec un niveau d'abstraction croissant. Pour obtenir finalement une table des thèmes générale regroupant et organisant les thèmes des différents entretiens.

Les figures 3 et 4 sont respectivement : un extrait du travail de codage de l'entretien de Kenza, et une copie de l'arborescence des codes obtenus après approfondissement de l'analyse.

Nous avons ensuite établi une table des thèmes, pour chaque entretien, qui est ordonnée en thèmes super-ordonnés et en sous-thèmes, permettant d'expliquer l'analyse, ainsi qu'une table générale. Les tables des thèmes générales sont présentées dans les résultats, et également visibles en annexe. (Annexe 5 et 6).

L'utilisation mot à mot des dires de l'interrogé, associé aux commentaires interprétatifs du chercheur dans la rédaction des résultats permet à la fois au lecteur d'évaluer la pertinence de l'analyse, et également de garder au premier plan la voix de l'interrogé qui raconte son expérience personnelle(38). Il s'agit d'un élément de qualité participant à la validation externe dans la recherche qualitative.

Figure 2 : Modèle schématique de l'analyse interprétative phénoménologique par Mousset et Morel (35).

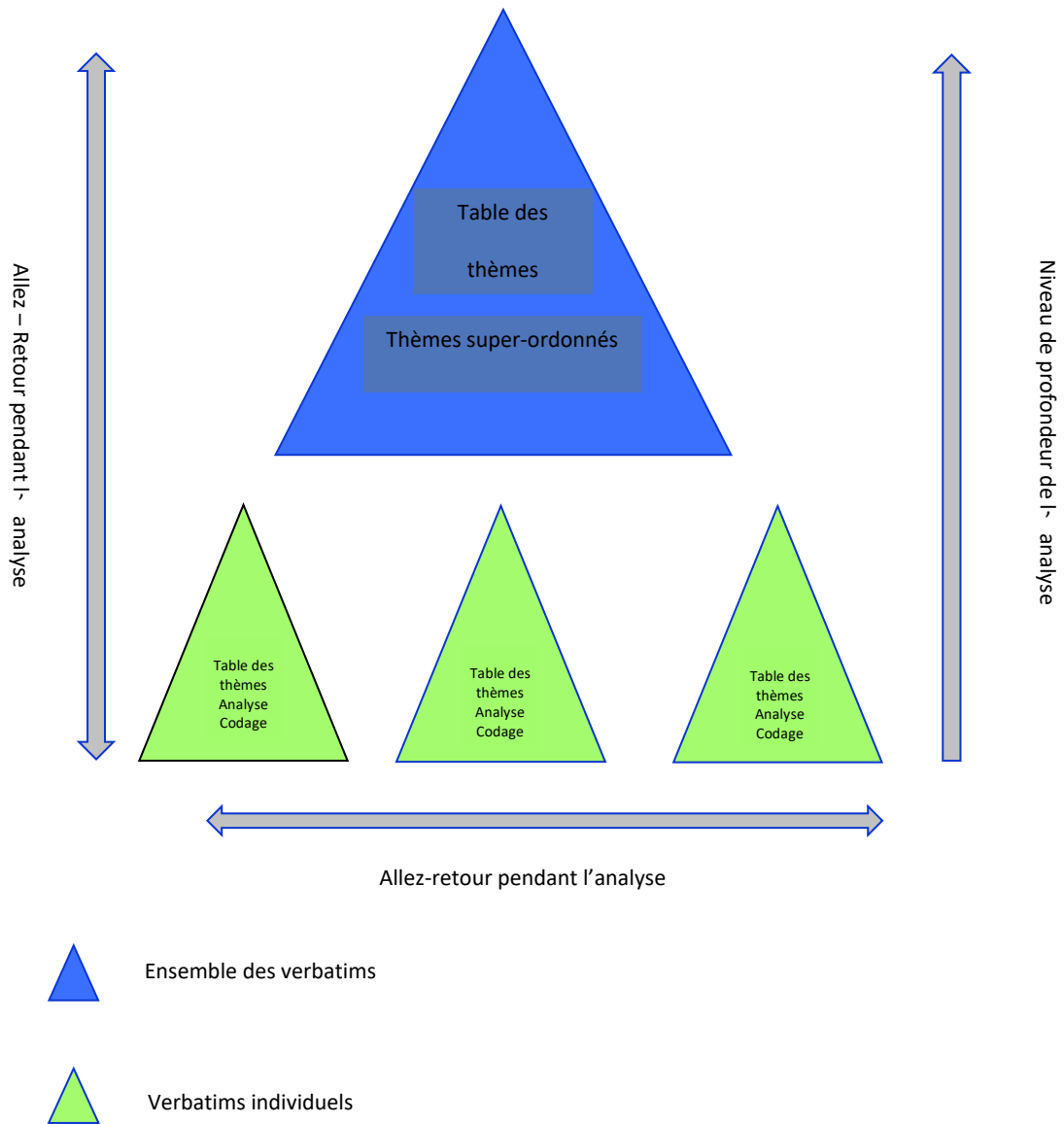


Figure 2: Modèle schématique de l'analyse en IPA par Mousset et Morel

Et ça a été comme ça pendant toute ma grossesse, tout le suivi que j'ai eu avec lui, c'était toujours comme ça, enfin... Il a fait la partie de... je crois que j'étais enceinte de 5 mois quand je suis arrivée chez lui... j'étais choquée. Il me demande de me déshabiller. Je dis : « non, non, je me déshabille pas, je vais pas là dessus ! » Mais en fin de compte, avec lui je n'avais pas le choix, il était assez strict mais gentil. C'est vraiment un bon gynécologue, je dis pas, je n'ai rien à lui reprocher, mais je trouve que ce côté-là voilà on n'est pas à l'aise. Surtout quand on a eu un gynécologue toute notre vie qui nous mettait à l'aise, là on arrive on a 30 ans, (Rire) c'est un peu bizarre quoi.

Bizarre comment ?

Voilà. Si la secrétaire elle rentrait ou des trucs comme ça quoi. Ça, je trouve que c'est pas normal. Non, parce qu'en fait il y a le bureau mais y a juste un rideau. Il ne le fermait pas forcément. Donc ça je trouve ça quand même... voilà. Les secrétaires n'ont pas à voir.... Ouais. Et ça, je n'aime pas les femmes. Je ne veux pas me déshabiller devant une femme.

Et du coup quand c'était les sages-femmes, cela ne vous dérangeait pas tellement ?

On n'avait pas le choix. Si on avait le choix si, ça m'aurait dérangé. En plus elles sont nombreuses. Et ce qui me dérange le plus, ce sont les stagiaires. Je sais très bien qu'elles sont obligées de commencer par là, mais quand on a une stagiaire qui a 16 ans, wow, on se dit : « Oh tu as 16 ans quoi, tu es une gamine et tu es là en train de regarder entre mes jambes ». Je trouve qu'on les a longtemps relevées quoi, relativement longtemps quoi. Mais je ne me souviens le peu qu'elle était là c'était quand même gênant, c'était une gamine, je trouve ça gênant, ouais. Genre on a 30 ans, l'autre, elle a 16 ans, peut-être 17, je ne sais pas, je me rappelle pas ; je trouve que c'est... ils demandent hein, si...

Codes (22816-23376)
expérience négative
Gêne et notion de pudeur
Confiance dans l'examineur
Construction relation M/P
Suivi régulier justifié/ important
Expérience positive

Codes (23437-23720)
Intimité pendant le déshabillage
Environnement rassurant
Gêne et notion de pudeur
expérience négative
Expérience positive

Codes (23720-23801)
Intimité pendant le déshabillage
Environnement rassurant
Gêne et notion de pudeur
expérience négative
Rapport avec la sexualité
Influence du sexe de l'examineur
Expérience positive

Codes (23884-24511)
Accouchement Weight

Figure 3: Extrait de codage (V13 Kenza)

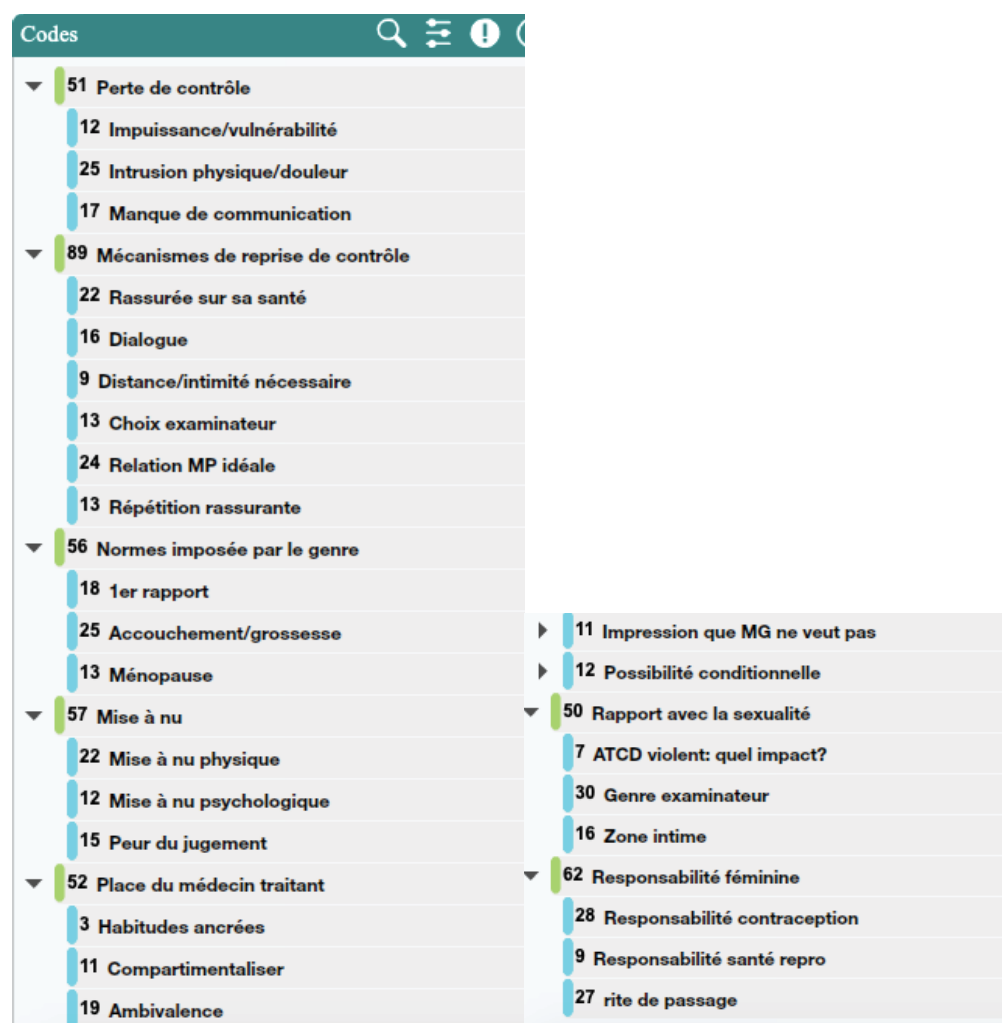


Figure 4: Arbre de code définitif après analyse de l'ensemble des verbatim

3 RESULTATS

3.1 Entretiens et caractéristiques de l'échantillon

3.1.1 Entretiens

Au total 18 entretiens ont été réalisés entre mai et aout 2019. Leur durée variait de 20 min à 1 heure et 21 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 48 minutes. Un pseudonyme a été attribué à chacune des participantes, pour faciliter le travail d'analyse et rendre plus lisible l'expression des résultats.

Entretien	Pseudonyme	Lieu	Durée
V1	Coralie	Domicile	34 min
V2	Mélanie	Cabinet	42min
V3	Yolande	Domicile	44min
V4	Cathy	Domicile	32min
V5	Véronique	Domicile	27min
V6	Christiane	Domicile	44min
V7	Geneviève	Domicile	1h07min
V8	Laetitia	Domicile	42min
V9	Jacqueline	Domicile	38min
V10	Simone	Cabinet	20min
V11	Valérie	Cabinet	1h03min

V12	Aïcha	Cabinet	24min
V13	Kenza	Cabinet	55min
V14	Madeleine	Domicile	1h21min
V15	Elodie	Domicile	42min
V16	Pascale	Cabinet	35min
V17	Sylvie	Cabinet	30min
V18	Pauline	Domicile	41min
Durée moyenne d'un entretien : 48 min			

Tableau 1: Caractéristiques des entretiens

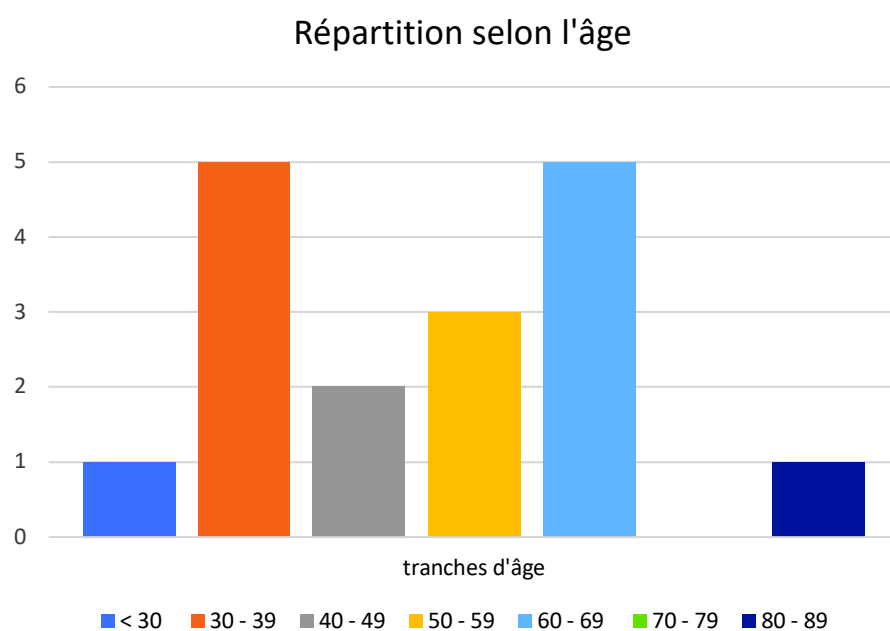
7 entretiens ont été réalisés dans le cabinet de médecine générale de recrutement, les 11 autres entretiens ont eu lieu aux domiciles des participantes (Le choix du lieu ayant été laissé aux participantes).

4 femmes n'avaient jamais eu de contact avec la chercheuse avant la consultation de recrutement. Les 14 autres l'avaient déjà rencontré à au moins une reprise, en raison d'un remplacement régulier depuis 2 ans dans les cabinets de recrutement.

L'entretien numéro 9, celui de Jacqueline, n'a pas pu être exploité en raison d'un problème technique. Le fichier audio était corrompu et n'a pas pu être réparé. Elle n'a donc pas été incluse dans les statistiques de l'échantillon.

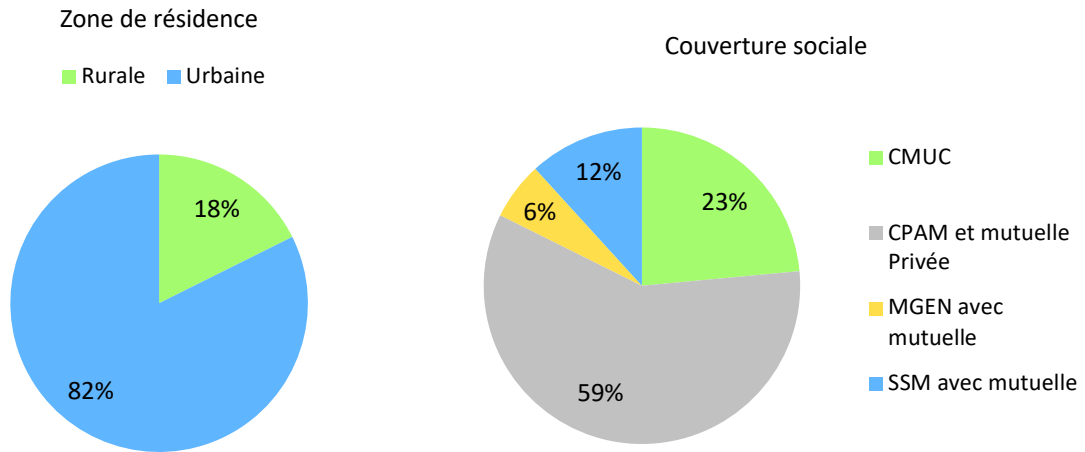
3.1.2 Caractéristiques de l'échantillon

La patiente la plus jeune avait 29 ans, la patiente la plus âgée 82 ans. L'âge moyen était de 50 ans.

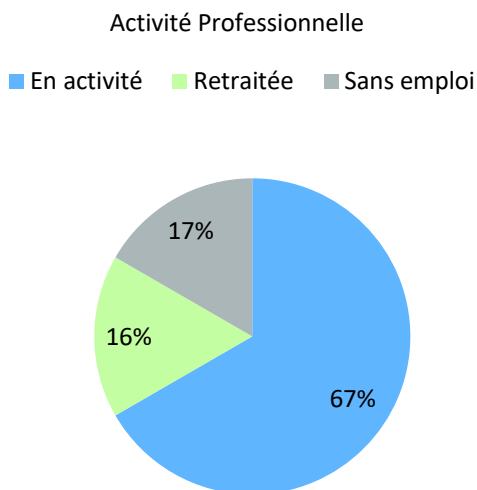


14 patientes résidaient en zone urbaine, et 3 en zone rurale.

Toutes les patientes bénéficiaient d'une couverture sociale. Pour 4 d'entre-elles il s'agissait de la couverture maladie universelle (CMU), 3 étaient affiliées à un régime spécial, et 10 à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).



3 d'entre-elles étaient retraitées, 3 étaient sans emploi, et 11 étaient en activité.

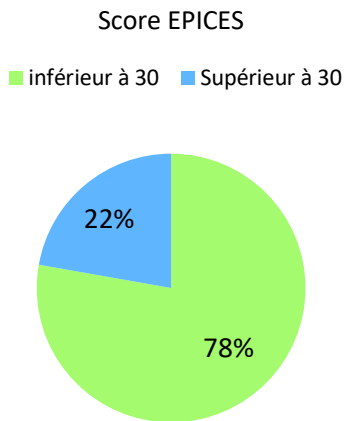


Nous avons également choisi de recueillir le score EPICES, qui est un outil permettant de repérer la vulnérabilité sociale. Son calcul est lié aux indicateurs de niveau socio-économique, de comportement et de santé(39). Il est utilisé depuis 2002 dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie(40). La grille de calcul du score est disponible en annexe. (Annexe

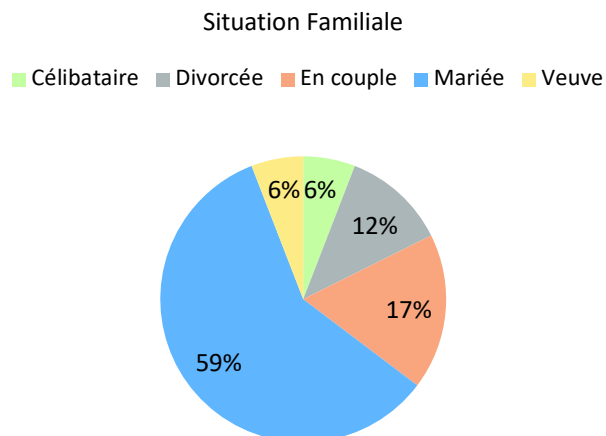
7)

Un score supérieur ou égal 30 est considéré comme un marqueur de précarité.

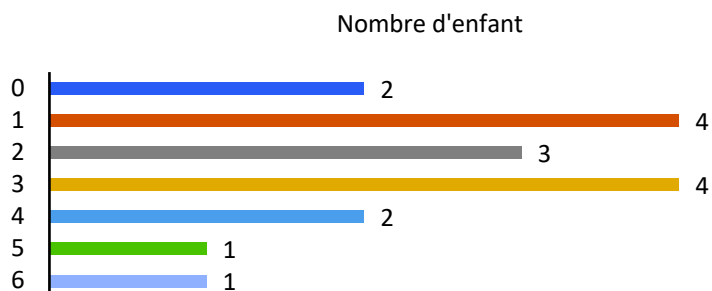
Selon ce score, 4 de nos patientes étaient en situation de précarité sociale.



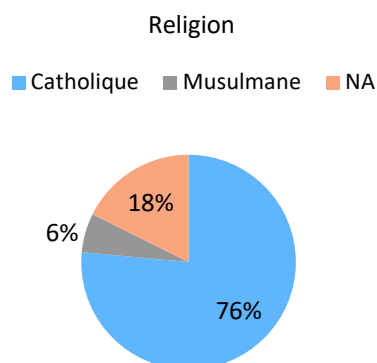
10 d'entre elles étaient mariées, 3 en concubinage, 1 était veuve, 1 célibataire et 2 divorcées.



2 d'entre elles n'avaient pas d'enfant. Les 15 autres avaient entre 1 et 6 enfants.

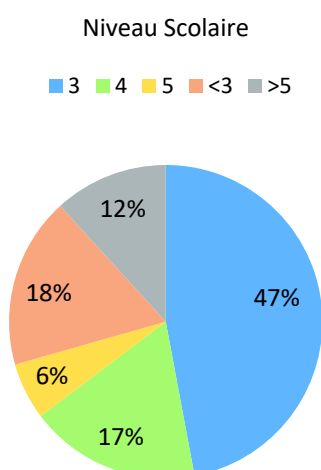


Concernant la religion, 13 étaient catholiques, 2 musulmanes, et 2 n'avaient pas souhaité répondre.



Nous avons choisi de classer le niveau scolaire des patientes selon la nomenclature des diplômes établie par le ministère de l'éducation (41).

La nomenclature précise est disponible en annexe (Annexe 8). Pour nos patientes, 11 avaient un niveau CAP/BEP (certificat d'aptitude professionnelle/brevet d'étude professionnelle) ou inférieur, 3 un niveau BAC (baccalauréat), 3 avaient un niveau BAC+2 ou supérieur.



Le tableau suivant regroupe les caractéristiques détaillées de l'échantillon.

Coralie	29	Rurale	1 Non ménopausée	9 CPAM et mutuelle privée	Secrétaire	Catholique	En couple	4
Mélanie	37	Urbaine	1 Non ménopausée	8 CPAM et mutuelle privée	Sans emploi	Catholique	Mariée	3
Yolande	60	Urbaine	3 Ménopausée	22 SSM avec mutuelle	Retraitée	Catholique	Mariée	3
Cathy	42	Urbaine	2 Non Ménopausée	64 CMUC	Vendeuse	NA	Divorcée	3
Véronique	50	Urbaine	2 Non ménopausée	0 CPAM et mutuelle privée	Aide-soignante	NA	Mariée	<3
Christiane	63	Rurale	3 Ménopausée	0 CPAM et mutuelle privée	Commerçante	Catholique	Mariée	3
Geneviève	69	Rurale	4 Ménopausée	8 CPAM et mutuelle privée	Retraitée	Catholique	Mariée	3
Laetitia	34	Urbaine	1 Non ménopausée	16 CPAM et mutuelle privée	Téléconseillère	Catholique	Mariée	4
Simone	65	Urbaine	6 Ménopausée	15 CPAM et mutuelle privée	Agent d'entretien	Catholique	Divorcée	3
Valérie	46	Urbaine	0 Non ménopausée	40 CMUC	Sans emploi	Musulmane	Célibataire	3
Aïcha	58	Urbaine	4 Ménopausée	40 CMUC	Agent d'entretien	Musulmane	Mariée	<3
Dalila	38	Urbaine	5 Non ménopausée	47 CMUC	Sans emploi	Catholique	En couple	<3
Madeleine	82	Urbaine	2 Ménopausée	9 SSM avec mutuelle	Retraitée	Catholique	Veuve	4
Elodie	34	Urbaine	3 Non ménopausée	15 CPAM et mutuelle privée	Infirmière	Catholique	Mariée	5
Pascale	60	Urbaine	3 Ménopausée	14 CPAM et mutuelle privée	Vendeuse	Catholique	Mariée	3
Sylvie	58	Urbaine	1 Ménopausée	0 MGEN avec mutuelle	Enseignante	Catholique	Mariée	>5
Pauline	30	Urbaine	0 Non ménopausée	15 CPAM et mutuelle privée	Ingénieure	Catholique	En couple	>5

Tableau 2: Caractéristiques de l'échantillon

3.2 Analyse des données

3.2.1 Le vécu de l'examen gynécologique

Lors de l'analyse, concernant l'examen gynécologique, 3 thèmes super-ordonnés et 10 sous-thèmes sont ressortis, ils sont présentés dans le tableau ci-dessous. La table des thèmes complète, regroupant les 3 thèmes majeurs, 10 sous-thèmes et 23 thèmes mineurs (regroupés dans les sous-thèmes) est visible en annexe 5 et en fin de chapitre.

Thèmes super-ordonnés	Sous-thèmes
La perte de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Une mise à nu • Une intrusion physique • Rapport avec la sexualité
Une responsabilité imposée par le genre	<ul style="list-style-type: none"> • Des rites de passage • Une trajectoire féminine • Un devoir féminin
Des mécanismes de reprise de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du praticien • La distance entre la patiente et le praticien • Une routine rassurante • Trouver un bénéfice à l'EG

Tableau 3: Table des thèmes de l'examen gynécologique, version réduite

Ces thèmes ont été extraits des verbatims grâce au codage évoqué précédemment. Dans la figure suivante on retrouve le « nuage de codes » qui est une représentation graphique de l'ensemble des codes avant le travail de thématisation et hiérarchisation.



Figure 5: Nuage de code

La figure 6 représente quant à elle une carte heuristique, qui permet de visualiser les différents thèmes du vécu de l'EG ainsi que la façon dont ils s'articulent entre eux. Cette carte a été réalisée assez précocément lorsque l'analyse des verbatims était à peine terminée. Elle représente certains thèmes de l'analyse, et leurs interactions. En rouge, les éléments agissant de façon négative sur le vécu de l'examen, en vert et bleu, les éléments facilitateurs, qui seront plus tard renommés « mécanismes de reprise de contrôle ». En gris et jaune, les thèmes ayant été définis comme pouvant avoir une influence positive ou négative sur le vécu de l'examen, selon les participantes.

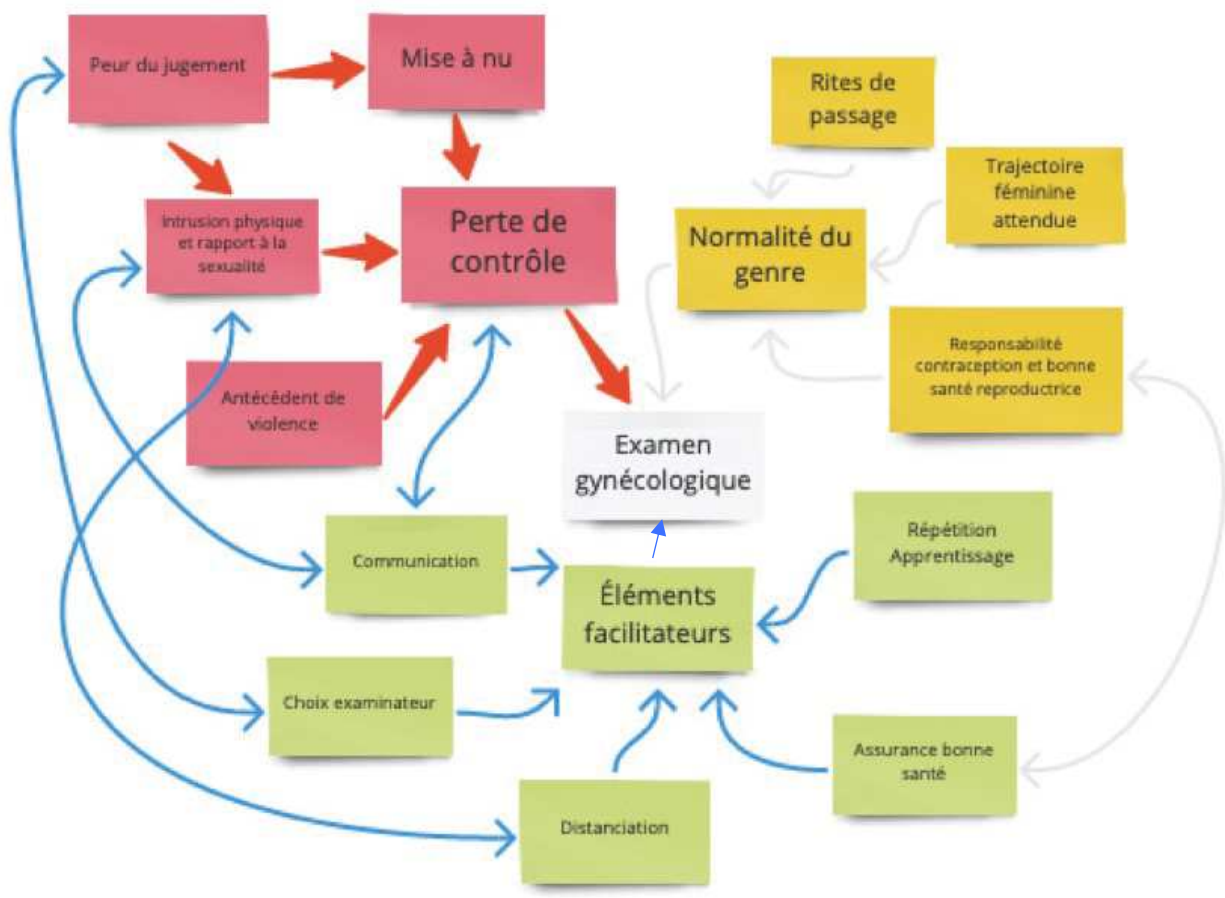


Figure 6: Carte heuristique n°1

Une seconde carte heuristique a été réalisée à la fin de l'analyse, une fois les thèmes organisés de façon définitive. Elle est cette fois organisée de façon circulaire.



Figure 7: Carte heuristique circulaire n°1

3.2.1.1 Une perte de contrôle

La mise à nu	<ul style="list-style-type: none"> • Physique • Intellectuelle • Peur d'un jugement de valeur
L'intrusion physique	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur • Position d'impuissance
Un rapport avec la sexualité	<ul style="list-style-type: none"> • Une zone intime • Rôle du genre de l'examineur • Impact en cas d'antécédent violent

Une mise à nu physique

Se dénuder devant un examinateur, parfois inconnu auparavant, était loin d'être une évidence pour les femmes interrogées. L'éducation, le regard des autres et la pression de la société sont à l'origine de la construction d'une certaine pudeur, variable selon les individus. Chez nos participantes, le rapport au corps avait une influence importante sur leur vécu de la nudité.

On constatait chez Kenza de réelles difficultés avec le fait de se dénuder. Elle vivait sa nudité dans la gêne, voire la honte. Elle n'aimait pas qu'on puisse la voir, et elle n'aimait pas non plus se regarder. Elle n'appréciait pas l'image de son corps. L'environnement dans lequel elle a grandi ayant impacté son vécu actuel de la nudité et son rapport au corps. On retrouve ici

également cette notion de gêne majorée lorsqu'elle doit se déplacer nue dans la salle, devant le praticien.

Kenza : C'est gênant quoi. Je n'aime pas, je n'aime pas le truc. Je suis plutôt pudique quoi.

(V13/750-835)

Kenza : Là on est déjà grosse, moche quoi, je veux dire, ce n'est pas... Moi, je n'aime pas mon corps, je trouve ça pas beau du tout, donc, et quand on doit se déshabiller, je trouve que c'est gênant de marcher devant eux (V13/20160-20378)

Kenza : Peut-être, ma mère nous a toujours dit « on n'a pas le droit de se déshabiller devant quelqu'un », c'était un peu difficile, même devant elle on n'a pas le droit, encore aujourd'hui. Si je suis en soutien-gorge pendant 2 minutes c'est pareil, elle n'aime pas. (V13-35161-35422)

Pour Pauline, le problème résidait dans le fait d'avoir à être entièrement nue, pour une durée inconnue à ce moment là, avec une personne inconnue et sans justification médicale. Elle ne savait pas ce qui allait se dérouler durant la suite de l'examen. Cette situation était vécue comme angoissante, indigne, et même brutale.

Pauline : Oui justement, maintenant qu'on parle de ça, je me souviens quand je suis allée chez la gynécologue pour la première fois, ce qui m'a beaucoup gênée aussi c'est qu'elle m'a fait me mettre toute nue. Pour regarder ma poitrine aussi. Mais bon elle aurait pu faire l'un après l'autre quoi, là j'étais allongée entièrement nue pendant tout l'examen. C'est un peu brutal,

*c'est la première fois que tu viens, tu dois te mettre toute nue là, sur un morceau de papier
tout fin tu sais même pas ce qu'on va te faire. (V18/16782-18906)*

Pour Elodie, la nudité était un désagrément par lequel il fallait passer lors de l'examen. L'EG était facilité par son côté routinier. Elle était mise à l'aise par son gynécologue et pouvait maintenir une certaine dignité par un déshabillage progressif.

*Elodie : Il faut se dénuder de toute façon, donc quand il te dit d'enlever ton slip ou ton soutien-gorge, un moment donné il faut y aller quoi. (En riant). Non, il y a un endroit pour se déshabiller, il me fait faire d'abord le haut et après le bas, et je suis jamais nue entièrement.
Donc c'est pas agréable mais bon, c'est gérable quoi. (V15/16667-16997))*

Elodie : Je n'y vais pas les yeux fermés, j'aime pas trop me montrer nue mais après voilà, c'est la routine. (V15/488-587)

Aïcha était très gênée par la nudité, notamment vis-à-vis d'un examinateur masculin. Elle mettait en avant son éducation pour expliquer sa gêne.

Aïcha : Non on n'avait pas le droit. (De parler de sexualité/de gynécologie) Mon père c'était un arabe. C'est pour ça qu'on est devenue comme ça, timide... C'était très strict.

Yolande et Coralie acceptaient mieux leur nudité. Cela leur apparaissait plutôt comme un non-événement. Coralie le rapportait spontanément à son éducation qui lui a permis d'apprendre à vivre sa nudité de manière confortable, et à se dégager du regard de l'autre et d'une

éventuelle crainte de jugement. Yolande avait également réussi à détacher son ressenti de l'image de son corps. Pour elle, le corps dans ce moment de la consultation était simplement l'enveloppe corporelle dont nous possédons tous un exemplaire, semblable dans les grandes lignes :

Yolande : Mais je ne suis pas... comment est-ce qu'on dit ça... pudique devant un médecin. Voilà, bon j'enlève mon slip, je suis dans le petit truc, hein, dans la petite salle, mais je ferme pas les portes. Il y a que lui dedans. Bon si maintenant mon mari il était une fois avec, mais même, non. Ca ne me fait rien du tout. On est tous pareils non ? (V3/6166-6496)

Coralie : Bon après moi, ça me dérange pas d'être nue en fait, j'ai aucun problème avec ça (en riant) dans ma famille on a jamais été pudique. (V1/8533-8665)

Une mise à nu intellectuelle

En miroir de cette nudité physique, on retrouvait la notion d'un moment d'ouverture à des questionnements intimes. La consultation pouvait être une opportunité d'exprimer des inquiétudes concernant sa santé, sa vie sexuelle, de poser des questions que l'on aurait pas osé poser ailleurs. L'examineur devenait alors un confident de confiance, puisqu'elles pouvaient tout dire.

C'était accepté pour Mélanie, Coralie, Sylvie, Véronique et Aïcha qui profitaient de cette consultation dédiée pour s'ouvrir à des sujets habituellement privés.

Mélanie : Mais il me demande toujours « est-ce que vous avez des questions, est-ce que vous avez eu un souci particulier, est-ce que vous avez une question à me poser », voilà quoi.

(V2/14683-14884)

Coralie : c'est aussi l'occasion de poser les questions un peu plus intimes, que tu vas pas poser euh.. Je me vois mal aller chez le médecin traitant parce que j'ai un peu la grippe ou euh, un rhume, et puis en même temps lui dire « ah au fait, quand j'ai des relations ça me fait mal, ou... ». (V1/14628-15268)

Sylvie : Parfois, ce qui peut aider, c'est si, peut-être, la gynécologue dit « si vous souhaitez parler, je ne sais pas, d'autre chose, on pourra peut-être en parler, en lien avec la ménopause, le sommeil, les rapports, la peau... » peut-être parfois on a des choses qui ne sont pas très précises dans la tête. (V17/7310-7713)

Véronique : On peut parler avec lui de tout... et je trouve que c'est rassurant. Vous vous dites que... ben voilà, il m'écoute. (V5/8366-8510)

Aïcha : Elle parle bien, on se sent bien avec elle. C'est comme un genre de psychologue. Elle est très gentille. Elle parle de tout. (V12/3408-3527)

Dans le même temps, les sujets intimes et personnels étaient difficile à aborder dans certaines situations. Pour Coralie par exemple, sa première consultation ne lui avait pas offert la possibilité de s'ouvrir.

Coralie : Oui voilà, je n'ai pas osé poser vraiment de questions. Il m'a demandé pourquoi je venais, j'ai dit « pour prendre la pilule », il m'a dit « ah ben je vais quand même vous ausculter avant» Euh voilà, il a regardé ... et après... ouai, tu vois, c'était pas très... c'était rapide. (V1/1914-2067)

Dans le cas de Pauline, qui avait accepté de s'ouvrir et de discuter des obstacles qu'elle rencontrait, l'examinatrice n'avait pas su reconnaître la difficulté de l'expérience que vivait sa patiente. Elle ne lui avait pas apporté la confiance ni les encouragements dont elle aurait eu besoin à ce moment précis pour établir une communication constructive.

Pauline : Parce que là vraiment, c'était à une période où j'allais chez une diététicienne, chez la psy, je faisais des efforts... Donc elle m'a dit « mais vous faites quelque chose pour ça au moins ? » (mon obésité, en aparté) donc je lui ai expliqué. Et puis elle a dit sur un ton catastrophé : « Ah non mais faut arrêter ça, faut aller vous faire opérer ! ». Enfin je veux dire, c'est la première fois qu'elle me rencontrait quoi. Oh purée, quand j'étais sortie de là... j'étais vraiment pas bien. Elle m'avait pas encouragé, elle m'avait dit « mais ça va pas marcher, ça va prendre beaucoup trop de temps ». C'était horrible, une des pires consult de ma vie je crois. (V18/7297-7924)

Kenza quant à elle, éprouvait tout autant de difficulté à s'ouvrir sur le plan psychologique que physique. Elle avait choisi un gynécologue qui ne lui demandait pas d'entrer dans une relation d'échange, dans un dialogue, ce qui lui permettait de supporter l'examen. Peut-être avait-elle une crainte de la découverte d'une pathologie, ou d'éléments concernant ses pratiques sexuelles, qu'elle ne souhaitait pas aborder.

Kenza : *C'est tout donc, on ne parlait pas beaucoup, c'était pas quelqu'un de très bavard et très curieux, ça va encore. Si on allait bien... tout allait bien pour lui. (en parlant de son gynécologue)*

(V13/8055-8213)

Kenza : *Non je préfère qu'on ne me pose pas trop de questions. (rire) (V13/8332-8390)*

Kenza : *Je n'aime pas trop, donc je ne suis pas à l'aise quand on en parle. Je n'aime pas trop le truc... Gynécologue, c'est pas mon truc. Pourtant, j'en ai vu, mais non, c'est pas trop... Je ne sais pas. Je n'aime pas trop les gynécologues. C'est trop intime, voilà quoi. Et toute partie intime, je n'aime pas. Donc voilà. (V13/217-529)*

La peur d'un jugement de valeur

Les participantes connaissaient toutes la notion de secret médical. Cependant elles ressentait malgré cela une peur du jugement.

Pour Pauline et Laetitia, cela concernait leur poids. Pauline se sentait jugée pour son obésité, et non soutenue dans son travail sur elle et son cheminement. Elle sentait que les médecins qu'elle avait pu rencontrer avaient tendance à se focaliser sur cela au point parfois d'en occulter le motif de consultation initial. Elle comprenait la nécessité d'en parler, et les problèmes de santé qui pourrait en découler, mais elle se sentait réduite à sa pathologie. Laetitia souffrait elle aussi d'obésité, mais elle avait déjà perdu plus de 50kgs. Les remarques négatives qu'elle aurait pu subir étaient de fait invalidées par cette perte de poids. D'autant

plus qu'elle avait « réussi » seule, sans chirurgie bariatrique. Elle utilisait cet argument pour contrer un éventuel jugement.

Pauline : Du coup j'y avais été pour avoir ma pilule et faire un contrôle. J'avais été chez une dame, j'ai eu toujours que des femmes moi du coup. Et euh, bof ça c'est passé normalement au début quoi, et au fur et mesure, enfin, comme j'ai un problème de poids, elle revenait tout le temps dessus. C'est normal, enfin c'est ok c'est son boulot, mais c'était trop présent. (...) Au final elle m'a dit « non mais c'est pas ça le problème, vous devriez vous faire poser un anneau gastrique » (...) Enfin en même temps je comprends parce que c'est aussi leur boulot de faire de la prévention et tout... Mais moi ça m'avais vraiment, enfin elle avait vraiment beaucoup insisté, et c'est vraiment... enfin j'étais pas à l'aise du tout quoi. (V18/1289-2560)

Pauline : Là je sentais vraiment que c'était des avis personnels. Surtout à Elle. (V18/7040-7079)

Pauline : Parce que au final, les gynéco me parlent jamais de gynécologie. Et du coup ben, dès que je parle, dès que je dis que j'ai tel ou tel problème, ben en fait la réponse c'est « c'est la faute de votre poids ». Donc, t'as mal à la tête : c'est à cause du poids, t'as des boutons là : si t'étais pas en surpoids, tu les aurais pas... (V18/4590-5173)

Laetitia : parce que j'entends souvent des personnes qui parlent « ah moi mon gynécologue si je prends 2-3 kg je me fais engueuler »... Elle elle me disait aussi quand... ben j'avais du mal à tomber enceinte que si... ben justement je perdais du poids... ben ça irait mieux. Et puis un jour je me rappelle j'étais allée la voir pour un abcès donc elle avait contrôlé mon poids, elle

m'a dit « ah c'est très bien » j'avais déjà perdu je crois... ben une quinzaine ou une vingtaine de kilos (V8/2871-3361)

Laetitia : *Après je sais pas, parce que quand j'ai rencontré les autres (médecins/gynécologues) j'avais déjà perdu un peu de poids... donc je pense que si maintenant j'allais chez quelqu'un voilà il ferait peut être une réflexion parce que je suis encore en surpoids je veux dire, voilà hein ? Mais après je suis plus non plus autant qu'avant donc je pense que si je leur dit « oui bah voilà j'ai perdu 53 kg » bah ça passera déjà mieux hein. (V8/21775-22271)*

Pour Christiane et Geneviève la crainte du jugement concernait leur âge, et les modifications que leur corps avait pu subir. Se dénuder devant un homme devenait plus difficile, et encore plus devant un homme jeune.

Geneviève : *Je me voyais pas aller chez un gynécologue et me déshabiller devant un homme plus jeune que moi. Quand on a mon âge bon... c'est difficile de se montrer comme ça. (V7/5853-6016)*

Geneviève : *Je me suis dit, bon alors on vieillit, les mecs fini. (V7/5597-5551)*

Christiane : *Eh ben, je pense que comme j'étais jeune, et qu'il y avait que un seul gynéco à B, n'ayant pas le permis et rien je ne pouvais pas dire je me déplace et je vais ailleurs... Et donc ... non ça m'a jamais dérangé à ce moment là. Mais là, euh... Je sais que son fils avait repris mais... Il est quand même assez jeune. Et puis moi j'ai plus vraiment 20 ans (rires) et donc c'est là que j'ai décidé que je n'irai plus chez un homme. (V6/6023-6447)*

Une intrusion physique

Une position d'impuissance

Pour Coralie, Simone et Kenza, la position dans laquelle l'examen les amène à se trouver était un point dérangent. Cette position, associée à la sexualité, plaçait la patiente et le gynécologue dans une « distance corporelle intime » génératrice de gêne. En plus de cela, Coralie se sentait totalement impuissante dans la position gynécologique classique, incapable de quoi que ce soit pour se protéger.

Coralie : Mais je ne voudrais pas que la chaise soit tournée dans l'autre sens, et que quand tu ouvres la porte, et tu rentres dans le bureau, c'est la première chose que tu vois. C'est pas le déshabillage qui me stresse, c'est le fait d'être face à la porte, jambes écartées, et que quelqu'un ouvre la porte. (V1/85499187)

Simone : Bien non, je me dis s'il le faut, il faut que j'y aille, mais on n'aime pas y aller, je vous dis franchement c'est comme le dentiste. C'est pas que ça fait mal... non, je sais pas, c'est l'examen lui-même, je sais pas, pourtant je suis pas pudique, je peux me changer devant mes enfants et tout, ça ça me fait rien. Mais je sais pas c'est tellement gênant. C'est... vous êtes là comme ça.. (V10/12061-12392)

Kenza : Si encore, à la rigueur, comme ça (mime allongée sur le côté), et qu'il fait juste le frottis, ça me dérangerait pas, mais écarter...(V13/26226-26452)

Kenza : Ouais, c'est mieux, ouais. Parce que avoir les jambes écartées comme ça... c'est carrément montrer quoi, il voit tout quoi. (V13/2053-2174)

Un examen parfois douloureux

En plus d'être intrusif et gênant, l'examen pouvait parfois s'avérer douloureux.

Mélanie : Ouais, ouais. Maintenant, l'autre gynécologue, non, elle était, elle y allait quoi. Ah, ouais, c'était un petit peu hard. V2/7768-7888

Sylvie : Récemment si, un petit peu quand même, comme je suis ménopausée, il y a une sécheresse vaginale et c'est un peu douloureux. (V17/6434-6558)

Madeleine : c'est un peu désagréable. Oui, je sais pas ce qu'elle introduit. Mais bon c'est pas pour ça que je lui dirai de ne plus en faire, j'ai déjà vu pire. (V14/9471-9622)

Kenza : Mais bon, justement ce côté brut, où ils ont l'habitude de le faire, quand ils rentrent la ferraille la comment ils appellent ça encore ? (Moi : Le spéculum) Oui ça, ça fait trop mal. Moi je ne connaissais pas ça, je trouve que ça fait vraiment... enfin peut-être pas mal, mais je trouve que c'est vraiment tellement désagréable, il le met vachement loin. (V13/28159-28498)

Laetitia : Bon je ne dis pas que c'est agréable, hein franchement après moi je suis vachement douillette donc justement quand je dois faire ces suivis je suis vachement crispée même quand elle met le spéculum et tout ça... moi j'ai trop mal de toute façon. (V8/23537-23781)

Un rapport avec la sexualité

Un examen intime

Lors de l'examen gynécologique, les patientes doivent exposer leur sexe, et laisser un examinateur les toucher et effectuer des gestes techniques avec ses doigts et ses instruments sur leur sexe. Si pour le médecin, il peut être plus facile de déssexualiser cet acte devenu routinier, ce n'est pas toujours le cas pour les patientes. Pour nos participantes, cette situation restait toujours très chargée émotionnellement, et difficile à gérer, notamment pour Mélanie.

Mélanie : Ben voilà. C'est pas aller chez un dentiste, c'est une partie intime quoi. Si on se sent pas mise à l'aise, on ne peut pas. (V2/13260-13382)

Mélanie : Ah oui, ouais, ouais, la relation et puis ben déjà les gestes, je veux dire, c'est quand même une partie sensible quoi, doucement. (V2/9694-9823)

Mélanie : c'est la douceur quand même quoi je veux dire, on ne rentre pas un engin (Rire)
(V2/10098-10177)

Pour Simone, ainsi que pour sa fille, être touchée dans cet endroit intime par une tierce personne était très difficile à supporter.

Simone : lui il voulait la consulter *(sa fille)* et elle ne s'est pas laissée faire, « non me touche pas ! », on dirait que c'était la même chose que moi au début. Elle ne voulait pas se laisser toucher, rien du tout. (V10/3662-4373)

Simone : Ben écoutez je vous dis franchement, j'aimais pas, je sais pas pourquoi, j'aimais pas vraiment quand on me touchait, je sais pas c'est ça qui était le plus, qui me touchait plus. (V101668-1846)

Quant à Kenza, elle n'appréciait pas non plus d'être touchée, ni regardée d'ailleurs. Elle avait tendance à penser que le regard de l'examineur était forcément sexualisé.

Kenza : Parce que c'est intime quoi. Je ne sais pas, je veux dire, ils touchent en bas et ils me regardent, c'est difficile pour moi. (V13/624-749)

Kenza : Mais coté touché, il touchait trop je trouve...Enfin la poitrine aussi ! Moi, le Docteur G il m'a jamais touché la poitrine. Lui, il était tout le contraire, il regardait tout quoi, il regardait vraiment tout. Moi je trouvais que c'était abusé, quoi mais bon. C'était une fois par an quoi. (V13/9819-10106)

Kenza : C'est juste parce que je n'ai pas envie qu'il me touche, voilà. Même si, bon j'aimerais faire la ligature des trompes, mais je n'y suis pas allée là, je suis pas allée rien que de savoir... voilà, il va devoir m'ausculter, il va devoir faire les choses. (V13/10708-11018)

***Kenza** : Je pense qu'il y a des gens qui se sentent trop... Qui sont comme moi, n'aiment pas être touchés, et je pense que les gens, ils sont plutôt comme ça. C'est plutôt ça quand ils disent « ils sont vicieux » ou quoi, mais en fait ils font peut-être juste leur travail quoi, c'est nous qui sommes un peu trop coincées quoi. (V13/19508-19519)*

L'influence du genre de l'examineur

La charge sexuelle de cet examen joue également un rôle dans le choix d'un examineur. Pour Mélanie, Elodie et Cathy se montrer nue devant un homme était très difficile. Pour cela il fallait réussir à faire la part des choses entre le regard d'un médecin sur sa patiente, et celui d'un homme sur une femme. C'est la douceur perçue lors de l'examen réalisé par un examineur masculin qui compensait la gêne ressentie. Pour elles, une femme qui pouvait vivre et ressentir ces mêmes expériences, pouvait avoir tendance à les banaliser et les mettre sur le compte d'un certain fardeau féminin dont il fallait s'accomoder. Elles pensaient qu'un homme aurait plutôt tendance à réaliser un examen plus délicat, n'ayant pas la capacité de le vivre lui-même.

***Mélanie** : je me sens très bien à l'aise avec un homme comme je vous le dis et alors que je suis très, très pudique, mais voilà je pense que le relationnel est totalement différent quoi, et c'est vrai que ça fait beaucoup quoi. (V2/12988-13204)*

***Mélanie** : je n'ai rien contre les femmes (Rire), mais je pense qu'un homme aura plus... Peut-être d'attention par rapport à ça. Enfin, moi, je l'ai perçu comme ça, maintenant parce que j'avais eu les 2. Enfin, avant j'avais madame, maintenant j'ai lui et je pense que c'est... Voilà,*

totallement différent quoi. Plus doux, ouais, au niveau du... De l'examen, c'est vrai, la femme que j'avais, elle, c'était... J'avais mal quoi. Et c'est vrai que je prenais rendez-vous, ma hantise c'était d'y aller quoi. Que maintenant quand je prends rendez-vous chez mon gynécologue, j'ai pas de hantise, je suis à l'aise, ouais, ouais. (V2/6546-7145)

***Elodie** : Alors, moi qui suis pudique, j'ai un peu plus de mal avec les hommes. Mais alors par contre, le mien hein je généralise pas, je le trouve plus doux et plus à l'écoute. (V15/3180 3349)*

***Elodie** : J'ai l'impression qu'avec la gynécologue femme c'était un peu « ben c'est comme ça et c'est pas autrement » (en parlant sévèrement) « c'est la féminité et puis c'est comme ça ! » voilà quoi. J'arrive plus à parler de choses... Enfin voilà, parfois c'est un peu gênant mais ouais, je trouve qu'il est plus attentif. (V15/3350-3662)*

***Cathy** : Bien écoutez ma 1ère donc c'était une femme, je la trouvais très très brute et très... Que non l'homme est beaucoup plus doux on va dire. (V4/6055-6189)*

***Cathy** : Voilà parce qu'au début c'est quand même intimidant, c'est pas... Et je veux dire là maintenant bien sûr il voit énormément de femmes et tout ça mais maintenant ça fait depuis 2001 que je suis chez lui donc il me connaît, c'est différent, il n'y a plus cette gêne de se déshabiller quoi hein (rire gêné). (V4/12586-12888)*

Pascale préfèrait choisir une gynécologue féminine. Sa préférence visait à diminuer la charge sexuelle de l'examen.

Pascale : Je ne sais pas à quoi c'est dû, peut-être à l'éducation que j'ai eu par rapport aux hommes dans ma famille. Au début j'étais un petit peu... comment dire... pas inconsciente mais bon un petit peu naïve, légère, j'analysais pas trop les choses et les situations. Et au fur et à mesure que j'avançais comme ça dans la vie je me sentais plus à l'aise avec les femmes.

(V16/3645-4314)

De même Aïcha, préfèrait consulter une femme. Pour elle, avant d'être un médecin, l'examineur restait un homme. Son éducation dans une famille musulmane et très stricte jouait un rôle majeur dans son choix de gynécologue, ainsi que dans son vécu de l'examen.

Aïcha : On se sent gênée parce que c'est un homme... (gênée) (Moi : Parce qu'il regarde en bas ?) C'est ça.

(baisse le regard) (V12/742-847)

Aïcha : Ca me gêne plutôt. Là ça va, c'est une femme. Quand c'est un homme, je me sens gênée. Je préfère une femme. (V12/210-317)

Aïcha : C'est pour ça qu'on se sent un peu gênée. Il en a vu des femmes, mais quand même, il y en a qui ne se gênent pas. (V12/12075-12192)

Aïcha : Non on n'avait pas le droit. Mon père c'était un arabe. C'est pour ça qu'on est devenue comme ça, timide... C'était très strict. (V12/7168-7295)

A l'inverse, pour Kenza et Yolande, il n'était pas envisageable de consulter une femme.

Kenza répétait à plusieurs reprises que cela n'avait rien de sexuel, sans que nous ayons posé la question. Elle était très véhémement à ce sujet. Lors de la relecture et l'écoute répétée de l'entretien nous nous sommes longuement questionné sur l'interprétation de cette véhémence. Pourrait-il s'agir de la négation de sentiments refoulés, car perçus comme innacceptables ?

***Kenza** : Ah non, non, que des hommes. J'aurais pas voulu une femme. J'ai eu une femme parce que c'était une remplaçante, mais j'ai pas supporté hein. Ah non c'est encore pire ! (V13/2777-2930)*

***Kenza** : Ben parce que c'était une femme ! Je veux dire, je ne sais pas... C'est une femme quoi, une femme elle ne touche pas une femme ! Enfin moi c'est mon opinion. (V13/2972-3124)*

***Kenza** : Une femme pour moi, elle ne doit pas toucher une femme. Non ! me faire toucher par une femme... Donc c'est vraiment pas facile à expliquer, c'est ce que je disais, c'est pas sexuel du tout ! C'est juste qu'une femme elle touche les hommes et un homme il touche une femme (rire) (V13/3139-3413)*

***Kenza** : Mais sinon je n'aime pas les femmes. (V13/3601-3637)*

Yolande avait également vécu une expérience qu'il l'avait dérangée avec une étudiante, lorsqu'elle avait 25 ans. Celle-ci serait entrée dans la pièce où se trouvait Yolande, en

attendant son curetage, et aurait pratiqué un examen clinique qui aurait mis Yolande très mal à l'aise.

Yolande : Je ne suis pas... quand je vois le gynécologue je ne suis pas crispée, rien. Pourquoi, parce qu'on connaît la personne. Une femme ça serait autre chose, gynécologue. (V3/2116-2279)

Yolande : C'est Docteur M. qui me l'a fait mais c'est une jeune fille qui est venue dans la salle d'examen pour m'examiner. Je ne sais pas ce qu'elle a fait, c'était tellement... Je pensais qu'elle avait plus envie de faire quelque chose d'autre qu'un examen... Je lui ai dit au Docteur M, hein, tout de suite, hein dès que j'ai revu... sage ich (« je dis » en dialecte lorrain) « ah non, non, non ça je ne veux plus ! ». Et c'est la seule qui m'a touchée, depuis toutes ces années. (V3/8196-8923)

Un Impact en cas d'antécédent violent

Lors de 2 entretiens, le sujet des violences, physiques et sexuelles, a été abordé. Pour nos deux participantes, ces antécédents ont eu un impact sur le vécu de l'examen.

Aïcha a été mariée à 15 ans, avec un homme beaucoup plus âgé qu'elle, lors d'un mariage arrangé par sa mère. Elle a subi des violences conjugales. Elle n'en avait pas parlé à son ancien gynécologue, qui ne pouvait donc pas agir en conséquence.

Aïcha : j'en ai bavé. J'en ai bavé dans ma vie. J'ai eu des coups et tout. Depuis que mes enfants sont grands, je me suis remise avec quelqu'un ça va faire 10 ans et 3 ans marié. Lui il est très gentil. Jamais levé la main. Mais avec des arabes, plus jamais. Mon ancien mari c'était un arabe. Il m'a tué, il m'a tapé. C'était la misère... (V12/7376-8002)

Aïcha : 15 ans, mariage forcé. Il avait 40 ans moi j'avais 15 ans. C'était à l'époque ça. C'était pas mon père, c'était ma mère pourtant. Mon père il voulait pas. Après aussi, moi j'ai cru qu'il était gentil. C'était pour avoir un peu de liberté. Moi j'avais pas droit de sortir. Et enfin de compte, j'ai quand même rien gagné. A 15 ans, on peut pas s'imaginer.... Lui il m'en a fait voir. C'est grave. (V12/8098-8504)

Aïcha : Ma maman c'était pareil, elle s'est mariée jeune à 18 ans. Elle aussi elle a dû faire ménage avec sa mère, elle était méchante sa mère. C'est pour ça elle a fait à nous pareil. (V12/8647-8829)

Avec Kenza, la question de violences éventuelle a été abordée lorsqu'elle expliquait avec intensité qu'elle détestait être touchée, et que l'examen était très difficile à vivre pour elle. Son ancien gynécologue avait fini par s'adapter à cette difficulté et ne lui faisait pas d'examen au speculum. Elle a eu besoin de prendre sur elle lors du changement, avec un nouveau gynécologue pour qui l'examen était indispensable.

Elle disait n'avoir pas subi de violence elle-même, mais avoir eu des cas d'attouchements sexuels dans sa famille, et notamment sa maman, qui a pu en subir. La difficulté de Kenza dans le vécu de la nudité et du contact physique semblait en lien avec la projection de l'angoisse maternelle. La réécoute de l'entretien montre ici un manque de clarté dans les explications,

malheureusement aucune question complémentaire n'a été posée pour définir clairement qui étaient les victimes de ces abus (cousines ? maman ? Kenza elle-même ?)

***Kenza** : Non, ma mère elle a toujours été stricte. Déjà avec un beau-père, mon père est mort, donc on a eu un beau-père toute notre vie, ma mère a eu très très peur de ça. Je pense qu'elle nous a toujours protégés et mais dans la famille il y en a eu, des oncles qui ont été assez...
Avec mes cousines. Alors que nous on n'a jamais eu de soucis. (V13/34222-34524)*

***Kenza** : Mais ma mère elle a eu ces problèmes là quand elle était jeune avec un oncle, donc du coup elle a eu peur pour nous. (V13/34879-34995)*

***Kenza** : Oui parce que nous notre beau-père il nous lavait. Nous on aimait bien. Mais ma mère elle disait « mais ça va pas ? Vous avez pas le droit. » Parce-que moi j'avais 3 ans (V13/35522-35692)*

3.2.1.2 Une responsabilité imposée par le genre

Des rites de passage	<ul style="list-style-type: none"> • Le premier rapport sexuel • La première consultation gynécologique
Une « trajectoire normale »	<ul style="list-style-type: none"> • Grossesse et accouchement • La période de « vie génitale active » • La ménopause
Un devoir féminin	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité contraceptive • Bonne santé reproductrice • Une culpabilité en cas de manquement

Première consultation et premier rapport sexuel : deux rites de passage

Cette consultation gynécologique, qui peut devenir banale lorsqu'elle se prolonge tout au long de la vie de la patiente, porte un rôle particulier pour la première. Elle était souvent proche chronologiquement des premiers rapports sexuels chez nos participantes.

On peut parler d'une forme de rite de passage de l'adolescente ou de la jeune femme. « Une introduction dans sa vie de femme » comme l'avait bien formulé Sylvie, un évènement par lequel « il faut (y) passer » pour Geneviève.

Pour Laetitia et Coralie, une préparation antérieure avait été possible grâce à leur entourage familial. La maman de Laetitia lui avait expliqué la nécessité de consulter le gynécologue, pour Coralie cette information était venue de ses grandes sœurs.

***Laetitia** : Ben ma mère elle m'en avait parlé qu'il fallait aller voir un gynécologue, après on avait encore je pense plus avant qu'à l'heure actuelle au niveau du collège, du planning familial parce qu'on en entendait, moi je trouve après c'est mon avis personnel, plus parler avant que maintenant de ces choses-là. (V8/7809-8123)*

***Coralie** : Avec ma mère un peu... mais pas plus que ça. Pas beaucoup. Mais ouais après moi j'ai deux grandes sœurs donc... donc mes deux grandes sœurs m'en ont beaucoup parlé et avec elles y'a aucun tabou. On parle de tout. Donc bon je savais à quoi m'en tenir en fait. (V1/16985-17183)*

Pour Sylvie, si elle n'avait pas pu se préparer, ou communiquer avec sa mère, il a été important de ne pas reproduire ce schéma et de permettre à sa fille un rite de passage facilité.

***Sylvie** : Je crois, la première fois, je l'ai amenée, juste pour parler, à 15 ans, très tôt. Il n'y avait pas d'examen, c'était juste pour voir ce que c'est, ce que ça veut dire. (...) En fait, c'était ça mon intention, qu'elle n'aille pas voir les copines pour poser des questions ou s'il y a quelque chose, si elle n'ose pas m'en parler, qu'elle aille voir quelqu'un qu'elle a peut-être déjà vu une ou deux fois, juste comme ça pour dire bonjour. Voilà, et je trouvais ça une bonne introduction pour elle dans sa vie de femme. (V17/1242-2614)*

Pauline, quant à elle, avait pu s'informer grâce au matériel mis à disposition par sa maman, mais elles n'ont pas pu échanger de vive voix. Pauline n'avait pas eu de préparation à l'examen gynécologique, et elle l'a vécu assez tardivement pour la première fois. Elle a souffert de ce manque d'informations.

Pauline : Ben on avait... (Rire). C'était un peu bizarre, ma mère elle est super gênée pour parler de trucs comme ça. Et du coup, elle nous avait acheté des livres à ma sœur et à moi, c'était adapté à nos âges et en fonction de ça les choses étaient expliquées dedans quoi. Et je me souviens elle nous avait dit : « quand vous l'aurez lu, si vous avez des questions, vous avez qu'à venir me demander. » Donc c'était plutôt ce genre de trucs quoi. (V18/101258-10700)

Valérie a pris sur elle d'aller parler à sa maman, pour prendre en main sa santé gynécologique. Elle ne recevait pas d'information spontanément mais envisageait d'avoir des rapports sexuels. Elle est allée chercher l'information auprès de sa maman, par peur des conséquences en cas de grossesse.

Valérie : parce que, chez moi, c'était un peu... On parlait pas de sexe. Ou on parlait pas de contraception, machin... Donc, comme je vivais dans une famille mixte, donc 2 religions musulmane et catholique, c'était un peu compliqué. Donc, après on n'était pas, ils étaient pas fermés d'esprit, je peux pas dire ni l'un ni l'autre. Mais... Donc je lui en ai parlé et j'ai pris mon courage parce que j'avais quand même un peu peur de lui en parler, bon elle m'a un peu fait la morale (rires) « t'as le temps, t'as le temps... » Mais elle m'a dit « je préfère ça que tu sois enceinte ». (V11/12770-13012)

Pour Christiane, Elodie et Madeleine la préparation était insuffisante. Elles ont fini par s'informer au cours du temps, en grandissant. Ce qui a été lourd de conséquences pour Christiane, puisqu'elle s'est trouvée enceinte à 17 ans. Geneviève n'avait pas été préparée non plus mais elle s'en est accommodée et estimait cela normal pour sa génération.

***Christiane** : Parce-que ce qui est un peu dommage, c'est que ma maman n'a jamais parlé de quoi que ce soit, de faire attention... Quand j'ai eu mes règles à 11 ans elle m'a dit « oh ça c'est rien ». Plutôt que de m'informer hein ? Y a plein de choses que à l'époque, j'étais pas au courant. C'est-à-dire que, bon voilà, c'est un petit peu dommage parce-que il faut quand même... Je veux dire qu'elle aurait pu me dire à ce moment-là qu'il fallait faire attention, que quand tu as des rapports tu peux avoir un bébé, enfin bon voilà. Et ça c'est pas... c'était rien pour elle. Et puis moi, je pense que j'étais pas assez curieuse, je me suis pas documentée non plus, j'ai pas cherché à comprendre non plus. (V6/2534-3246)*

***Elodie** : C'est ma mère qui m'a déposée, elle est pas venue avec moi. Du coup ben j'étais dans une salle d'attente à attendre, à attendre... parce que c'était avec des numéros chez lui, vous savez... Et puis bon je sentais le stress qui montait, je perlais. Je savais pas à quelle sauce j'allais être mangée quoi ». (V15/4404-5020)*

***Madeleine** : c'est pour ça question gynécologie après quand j'ai eu mes 1ères règles... ils ne m'ont pas prévenue ! Disons ma mère ne m'a pas prévenue, tu auras tes règles ou quoi que ce soit. Maintenant c'est ce qu'on fait avec les gosses, bon très bien. Mais je n'étais pas prévenue de ça. (V14/546-857)*

Geneviève : *Parce qu'on n'a pas eu de préparation à la maison, nous c'était entre amies. Faut y passer, ça ne me choque pas du tout moi, c'est dans la vie c'est le courant... enfin voilà c'est... heureusement qu'il y a quand même des médecins pour les femmes (rires) (V7/11664-11739)*

Pour les plus jeunes, la première consultation servait de préparation au premier rapport sexuel, pendant leur adolescence. Un désir de se sentir prête sur le plan médical, pour ne pas avoir à rajouter l'inquiétude ou la peur à un moment déjà riche en émotions, une entrée dans la vie d'adulte.

Sylvie : *Ben, c'était pour une demande de contraception parce que j'avais un ami à l'époque et je ne souhaitais pas tomber enceinte. Donc, c'était un premier rendez-vous très simple, je ne me rappelle même pas trop les détails. Pour moi, c'était assez naturel, d'avoir des conseils à ce niveau-là. (V17/727-1015)*

Elodie : *J'étais allée au planning familial à S. et eux, je me souviens qu'on avait discuté, ils nous avaient donné des préservatifs enfin voilà. Et donc elle me disait que s'il devait y avoir un début d'activité sexuelle il faudrait mieux prendre un rdv chez le gynécologue. Et donc c'est ce que j'ai fait. (V15/6402-6619)*

Kenza : *Quand on a des rapports, enfin ma mère, elle me disait : « Il faut y aller » donc du coup voilà. C'était super gênant. Ouais, je me souviens mais vite fait, j'étais jeune, je devais avoir 17 ans, peut-être 17-18 ans je crois quand j'ai commencé à avoir des rapports, donc... (V13/4782-4977)*

Valérie : A 16 ans j'ai quand même... voulu aller plus loin. Donc au bout de 3 ans d'une relation, j'ai commencé, on a commencé à penser quand même aux relations sexuelles, donc j'en ai parlé à ma mère. Et puis, elle m'a accompagnée pour aller voir un gynécologue.

(V11/4848-5100)

Véronique : Ben j'y suis allée parce que je savais qu'il fallait que j'aie un moyen de contraception. Bon à l'époque, c'est vrai que mes parents c'était une génération où on n'en parlait pas beaucoup. (V5/1629-1817)

Une « trajectoire normale » de la vie gynécologique

Pour les participantes plus âgées, la première consultation survenait généralement au moment de la première grossesse, et le suivi se poursuivait après.

Madeleine : La toute première fois, ça devait être ma première grossesse. Mais j'étais jeune, on s'est mariés plus tôt que maintenant. (V14/2252-2364)

Geneviève : La première fois, houlà ! je pense que je devais être enceinte (V7/4777-4834)

Christiane : Oh oui ! Alors la première fois que j'y suis allée c'est que, comment dire, ben j'ai eu des rapports et j'ai pas eu mes règles et je me suis dit c'est pas normal (Rires). Donc, bon même on avait fait un test de grossesse et c'est parce que j'étais enceinte donc j'ai dû y aller,

voilà. Donc ben, j'avais quoi, 17 ans à l'époque. Parce-que oui, S est venu j'avais 18 ans et 2 mois. (2174-2561)

Pascale : *Oui, la première fois c'était au bout de... j'étais enceinte de mon premier garçon. Voilà, c'est là que j'ai commencé à aller régulièrement chez le gynécologue. (V16/1828-1986)*

Yolande : *La première fois... c'était à l'hôpital parce que j'étais enceinte de P. Avant je n'ai jamais été. A l'époque ça n'existait pas d'aller chez le gynécologue comme ça. (V3/4307-4478)*

Cette mise en route d'un suivi gynécologique prolongé correspondait à une trajectoire attendue pour certaines de nos participantes. Pour Pascale et Madeleine, le suivi gynécologique apparaissait comme une évidence pendant ce que l'on appelle parfois la période d'activité génitale.

Pascale : *C'était tout l'ensemble, ma vie, c'était normal d'être... d'aller voir un médecin quand... Voilà. C'est un parcours normal quoi. (V16/2837-2966)*

Pascale : *En fait je vivais ça comme une évidence. Je rentrais à l'hôpital, je voyais les médecins, c'était évident, je devais vivre ça et on me disait vous allez dans cette chambre là, vous allez accoucher ici, pour moi c'était quelque chose de... C'était une directive normale. (V16/11013-11281)*

Pascale : *Je pensais que c'était normal, je pensais que c'était une trajectoire normale. (V16/11662-11740)*

***Madeleine** : Non, juste, que c'était comme ça. C'était le rythme, c'était comme ça. On faisait les enfants, donc on allait chez le gynécologue. Ma maman elle accouchait à la maison mais c'était plus comme ça après. C'était juste le chemin normal de la vie. On ne se posait pas tant de questions, on suivait le rythme. (V14/11306-11619)*

Par la suite, lorsque survient la ménopause toutes ne le vivaient pas de la même manière. Pour Pascale et Yolande, ce moment représentait la fin d'une période de leur vie de femme. Comme si cela signait la fin d'une vie gynécologique dans son ensemble, reproductrice et sexuelle. Elles devaient à nouveau traverser un rite de passage, comme lors de l'entrée dans la puberté. Pour toute les deux, il s'agissait d'un moment difficile, elles semblaient laisser derrière elles une part de leur féminité, ou de leur capacité à exister en tant que femme.

***Pascale** : Ben, c'est déjà, on avance dans l'âge. Moi je parle par rapport à moi maintenant, par rapport à mes 60 ans il me semble être allé chez le gynécologue, j'ai dit il me semble, il y a à peu près 4 ans. Et quand je suis entrée dans la salle d'attente, j'ai vu plein de jeunes femmes enceintes et puis j'avais pas d'appréhension avant, et puis d'un seul coup comme ça je vois toutes ces femmes-là, jeunes et tout, je me dis ben peut-être j'ai plus trop mal place ici. Voilà c'est ce que j'ai ressenti, hein. (659-1161)*

***Yolande** : La ménopause chez une femme ça coupe quelque chose, hein, euh... on se sent vide. (V3/24073-24152)*

Pour Christiane, il y avait également cette notion d'un arrêt, d'une perte de quelque chose.

Christiane : Comme bon, comme dit je suis ménopausée, donc je me suis dit « oh il peut plus trop arriver quoi que ce soit... ». On se dit « ça s'arrête (en riant franchement) On est maintenant sur la pente descendante » (en riant toujours de bon cœur) (V6/16663-16769)

Pour Geneviève, la ménopause marquait l'arrêt de la nécessité d'un suivi régulier, celui-ci étant lié à la vie sexuelle et génitale active. Elle préférait ne pas consulter. Elle évitait les événements pouvant la mettre face à son vieillissement, qu'elle vivait comme angoissant.

Geneviève : Non... Mais voilà ça c'est moi ! C'est peut-être pas bien non plus. Non, non, j'en fais pas une fixation. Maintenant tu vas avoir 70 ans, qu'est-ce qui va te tomber dessus, non je prends comme ça vient, positive tous les jours, tous les matins : « hop t'es encore en vie » « hop on redémarre une journée ». Voilà bon ça c'est le mental, j'ai rien qui me tracasse. Ah on vieillit, comment qu'on va vieillir ? Le vieillissement, la maladie d'Alzheimer, de tout... J'ai dit « on avisera », on sera peut-être plus... Mais bon c'est pas la peine de... Voilà. On n'y peut rien. S'angoisser, rendre les enfants inquiets, ils ont d'autres chats à fouetter, enfin avec le travail et les enfants. Non, non, je positive complètement. Mais c'est tout à fait personnel. (V7/3942-4680)

Geneviève : C'est plutôt lié avec la vie sexuelle ou l'activité soit d'avoir des enfants ou d'avoir une activité sexuelle peut-être avec des partenaires plus variés ? Voilà. (V7/20917-21978)

Madeleine et Sylvie craignaient particulièrement le cancer. Toutes les deux continuaient des examens gynécologiques réguliers et estimaient que toutes les femmes devraient faire de même.

Sylvie : C'est très important, c'est mon avis. Et que toute femme, même plus âgée... Je vois par exemple ma maman qui a 76 ans, je ne sais pas quand elle y était pour la dernière fois. J'ai l'impression que les dames plus âgées négligent un peu. Oui, ce n'est peut-être pas important, je ne sais pas, mais je lui dis souvent : « mais écoute, ce serait quand même bien de faire un examen ». (V17/18052-18430)

Madeleine : Parce que je vois, je connais des personnes qui sont veuves, Il n'y a plus de partenaires, elles ne cherchent pas, voilà, elles sont bien comme ça, elles sont bien seules, mènent la vie qu'elles veulent, donc voilà, enfin on respecte. Je vais pas lui dire « écoute tu devrais quand même ». J'avais quand même dit à ma cousine, j'ai dit « écoute tu pourrais quand même faire un contrôle. Ça t'engage à rien ». Au moins voilà... Savoir s'il n'y a pas justement le cancer. Parce que ça peut arriver quand même (V14/21152-21687)

Un devoir féminin

Pour nos participantes, le suivi gynécologique et la contraception, représentaient une responsabilité qui leur incombait de par leur genre. Certaines s'en sentaient rassurées et en contrôle de leur vie. Pour les moins assidues, un sentiment de culpabilité émergeait.

Une responsabilité contraceptive

Pour Coralie et Laetitia, la recherche d'une contraception efficace et qui leur corresponde passait au premier plan. Même si pour y arriver, il leur avait fallu passer par des expériences douloureuses, elles ont persisté afin d'obtenir ce qu'elles souhaitaient.

***Coralie** (sur la mise en place du stérilet) : Et là par contre, ça me faisait des contractions, des douleurs... D'ailleurs je suis pas rentrée de l'hôpital, elle m'a laissée une bonne heure, une heure et demi, couchée sur un lit dans une salle parce que... Je pouvais pas, j'étais dans un état... je pouvais pas rouler, j'ai vomi... Je vomissais, je me vidais par en haut et par en bas... Enfin, voilà, c'était... pas super glorieux. Faut le vouloir, faut le vouloir. (V1/3850-4259)*

***Laetitia** : j'avais eu des soucis avec le stérilet, donc mais bon elle m'a vraiment rassurée sur ce point-là, elle a tout essayé pour que justement je puisse garder le stérilet puisqu'au départ bin je ne le supportais pas, parce que quand ils l'ont mis j'avais mes règles pendant 3 mois d'affilée, donc j'ai été la voir aussi assez régulièrement puisque voilà des règles bin c'est déjà pas sympa quand on les a pendant une semaine dans le mois, mais alors quand on les a 3 mois d'affilée je vous explique même pas la fatigue, l'énervement et tout ça. (V8/6595-7138)*

Pascale avait également pris en main sa contraception, de manière à être libérée de la nécessité de consulter fréquemment. Lorsqu'elle a su qu'elle ne souhaitait plus de grossesse supplémentaire, elle a choisi la stérilisation définitive. Ceci lui permettait de ne pas avoir d'élément « l'obligeant » à consulter régulièrement.

Pascale : J'ai essayé la pilule et le fait d'en prendre tous les jours ça me faisait... Je pensais que c'était comme une maladie, le fait de prendre des cachets comme ça. Donc j'en prenais pas. Donc je prenais, j'oubliais, j'en prenais et puis... Donc après mon premier j'ai eu un stérilet, et j'ai eu mon deuxième garçon... Donc après le troisième j'ai subi une ligature des trompes, je savais que je ne voulais plus d'enfants. (V16/5974-6387)

Pascale : Et bien je pense que ce serait raisonnable d'y aller. Mais parfois, je suis laxiste. Je laisse passer des choses et je me dis « oh j'irai le mois prochain », « oh j'irai dans 6 mois, j'irai dans 9 mois » et ça fait que ça fait déjà 4 ans que je n'y vais plus. Voilà. Donc je repousse comme ça les choses. Voilà. Par négligence aussi. (V16/6585-6911)

Pour Valérie, la réalisation que cette responsabilité contraceptive lui incombait s'est imposée à elle lors d'un « accident » particulier, à l'âge de 21 ans.

Valérie : Donc à 21 ans, je suis tombée enceinte, j'ai eu on va dire, des oublis de pilule, donc c'était une période où je faisais pas attention, enfin je faisais attention mais parfois j'en prenais, j'en prenais une après j'en oubliais 2, puis j'en prenais, et puis arrivé ce qui est arrivé.

(V11/22741-23031)

Valérie : donc j'ai appelé des hôpitaux, et on m'a dit « ah non ! On fait pas ça chez nous » et on m'a raccroché au nez. Donc ça c'était le 1er appel. Donc je vous dis pas l'angoisse, pour le 2ème appel. Parce-que sur le coup, on se dit : « je vais avorter », déjà c'est pas super, après on s'en veut, en plus on se dit : « j'aurais pu faire gaffe », voilà et quand on vous dit « ah non on fait pas ça chez nous » et on vous raccroche au nez. On culpabilise mais complètement quoi.

(V11/23550-24009)

Valérie : c'est vrai que c'est « con » parce que c'est une erreur, totalement. Honnêtement c'était de ma faute, voilà, j'admettais, j'aurais pu l'éviter mais... J'étais un peu plus jeune, donc, on n'avait pas toujours des horaires réguliers, pour prendre la pilule à la même heure, alors que j'ai essayé d'être le plus consciencieuse possible mais après c'est vrai que y a des fois où j'oubliais... C'était une bonne leçon, après c'est bon. Il n'y avait pas le téléphone portable pour nous rappeler l'heure, tout ça. Non mais là après c'est bon, j'étais vaccinée. Après j'étais

pile à l'heure. (V11/26225-26809)

Une responsabilité de bonne santé, notamment reproductive

Pour Christiane et Simone ce suivi avait notamment pour but de contrôler leur santé reproductrice, pour Madeleine, la préoccupation principale était plutôt celle d'un éventuel cancer.

Christiane : Non mais quand on est jeune, c'est vrai que là il faut avoir un suivi quand même régulier (...) voilà, il faut voir que tout est en ordre de fonctionnement. (V6/1521-2017)

Simone : moi je pense que les jeunes y vont beaucoup plus pour ça, pour la pilule pour quoi que ce soit, bon après la pilule il faut qu'ils fassent bien des frottis, qu'ils fassent des examens encore en plus pour savoir, aussi si tout marche bien quoi. (V10/7288-7532)

Madeleine : Ben oui, par exemple, je suis surprise, même une amie qui avait un cancer du sein et qui a été opérée et qui a suivi tous les traitements possibles, elle n'y va pas, elle me dit « qu'est-ce que tu veux que j'aïlle faire là-bas ? » et j'ai dit « le jour où tu auras des surprises, tu sauras ». Elle me « dit de toute façon, si je fais une récurrence (ça fait maintenant 5 ans, en aparté), si je fais une récurrence, je ne me laisserai plus rien faire ». Alors moi je fais mon suivi très régulièrement, alors même que je n'ai jamais eu de problème. Je ne comprends pas trop ça. Il faut se prendre en main tout de même, et s'occuper de sa santé. (V14/17750-18365)

Une culpabilité en cas de « manquement »

Pauline et Elodie avaient tendance à éviter les contrôles. Pauline avait un vécu très négatif de l'EG. Elodie avait eu un suivi régulier jusqu'à présent, imposé par ses 2 grossesses. Elle estimait que cela ne serait pas le cas dans le futur. Elles ressentait toutes les deux une culpabilité lorsqu'elles évoquent le fait de ne pas respecter ce devoir féminin de bonne santé gynécologique.

Pauline : Ben euh on sait que c'est quelque chose d'important, mais on se donne, en tout cas moi je me donne pas forcément le temps de faire ce qu'il faudrait faire. (V18/276-431)

Pauline : Moi ce qui me motivait vraiment à y aller c'était pour la pilule, et puis en même temps on faisait le contrôle tu vois. Maintenant que je ne la prends plus je n'ai plus aucune motivation pour y aller, mais je sais que c'est pas bien. (V18/5757-5990)

Elodie : Là j'ai un suivi régulier qui est dû à mes deux grossesses récentes. Sinon... En même temps, je l'ai à l'esprit, je sais que c'est important mais avec le rythme de travail, les enfants, machin et tout... ça me fait pas forcément tilt. Après j'essaye, je sais qu'il faut faire des suivis et que c'est pas bien de laisser trainer. (V15/7724-8007)

3.2.1.3 Des mécanismes de reprise de contrôle

Nous avons vu jusqu'à présent que l'expérience vécue lors de l'examen était difficile à gérer émotionnellement. Les patientes doivent se dénuder, subir un examen physique intrusif et parfois douloureux. Plusieurs mécanismes de protection sont apparus lors de l'analyse des entretiens. Ces mécanismes permettaient aux participantes d'accepter cet examen malgré les sentiments négatifs qu'il induisait.

Le choix du praticien	<ul style="list-style-type: none"> • La relation médecin-patient • Le genre de l'examineur
Une distance nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • Lors du déshabillage • Lors de l'examen
Une routine rassurante	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les étapes de l'examen • S'approprier les lieux
Trouver un bénéfice	<ul style="list-style-type: none"> • Se rassurer sur sa santé

Le choix du praticien

La relation médecin patient : L'importance de la communication

Recevoir de l'information

Les participantes disaient se sentir rassurées lorsque le praticien leur donnait les explications claires sur le déroulement de l'examen. Tout comme lors d'une consultation chez le dentiste, comparaison faite par plusieurs participantes, une part de la difficulté était liée à l'inconnu et l'impossibilité de voir ce qui se passe.

Mélanie, Coralie et Pauline se sont senties perdues lors de leurs premières consultations de gynécologie avec examen. Elles ne se souvenaient pas forcément d'une douleur, mais surtout de ne pas avoir eu d'explications sur ce qui allait se passer.

Mélanie : Ben, elle parlait pas trop, ben, je pense que c'est son tempérament, quoi, mais, voilà quoi, elle est très gentille, mais c'est vrai que, ben, j'étais pas à l'aise, pas du tout à l'aise.

Voilà, pour la 1ère consultation, elle m'a déjà pas mis à l'aise. Elle était, voilà quoi. Rapide.

(V2/5151-5435)

Coralie : Je peux pas dire que je l'ai mal vécu, parce que comme dit, ce n'était pas douloureux rien du tout, mais euh c'était nouveau, et sans aucune explication quoi. Donc voilà, c'était pas... Je pense qu'il manquait un peu de tact... Mais après, c'était pas traumatisant. (V1/2274-

2540)

Pauline : Je pense qu'il faudrait expliquer comment se passe la consultation. Peu importe ton âge. Ou au moins te demander si tu as déjà eu un examen ou si c'est la première fois. Ou au moins te demander si veux ou si tu as besoin qu'on t'explique. J'ai un peu l'impression que si t'es pas super jeune, c'est pris pour acquis que tu sais déjà tout. C'est pas évident, tu dois te déshabiller devant quelqu'un que tu connais pas, tu sais pas trop comment ça se passe... Voilà, je pense déjà ça. Les explications. (V18/14499-15125)

Yolande et Aïcha exprimaient toutes l'importance de savoir ce que fait l'examineur, pour pouvoir s'y préparer et y consentir. Quand elles ne le savaient pas, elles étaient anxieuses et mal à l'aise, ce qui participait à majorer la douleur ressentie.

Yolande : Leur façon de faire... Leur façon de parler, il ne t'expliquait... Il ne m'expliquait pas comment ça se passait... Ah oui « c'est comme ça et puis c'est tout ». C'est difficile de rester là et on sait pas ce qu'on te fait. On te dit « vous inquiétez pas c'est rien » (V3/3228-3382)

Aïcha : C'est comme ça que j'ai eu mal. Je savais pas ce qu'il me faisait en bas. Et finalement apparemment il devait sortir un p'tit liquide pour faire le test, le liquide est tombé car j'ai poussé avec mon pied. Pour prendre la biopsie à vif, ça m'a fait mal ça. J'étais en colère.(V12/3962-4821)

Donner de l'information

L'importance que les participantes accordent à la communication explique qu'elles aient consulté parfois plusieurs praticiens avant de trouver une personne à laquelle elles sont restées fidèles pour de nombreuses années. Lorsqu'elles se sentaient à l'aise, et que la communication et le dialogue étaient permis, elles pouvaient devenir plus actives dans leur prise en charge, elles pouvaient exprimer leur avis et prendre du pouvoir. Il fallait pour cela un examinateur ouvert et possédant des capacités d'adaptation. Les femmes interrogées accordaient non seulement de l'importance à l'information reçue, mais également à la capacité du médecin à entendre les informations qu'elles voulaient transmettre.

Pour Kenza, au vu de ses difficultés à se déshabiller et à subir cet examen, son gynécologue précédent s'était adapté, en acceptant de ne pas utiliser les étriers. Il lui avait proposé une position alternative, que l'on appelle « en M » : la patiente est allongée sur le dos, les genoux pliés avec les pieds posés sur les bords de la table, remontés vers les fesses. De plus, il baissait la lumière dans le cabinet.

Elle a tenté de proposer cela à son gynécologue actuel, qui a préféré continuer avec la méthode d'examen classique.

Kenza : J'ai eu deux gynécologues, le premier je mettais pas les pieds sur ça là... Il faisait comme ça, alors que le Dr P alors lui c'est obligatoire. L'autre je mettais les jambes pliées sur la table quoi. Voilà. Ouais, c'est mieux. Parce que avoir les jambes écartées comme ça... C'est carrément montrer quoi, il voit tout quoi. Je crois bien que mon homme, il n'a jamais vu (rire). Ouais, voilà, donc c'est ça, ce côté-là. Ouais. Et il gardait juste les lumières des écrans. Donc voilà quoi, il n'y avait pas plus de lumière. (V13/1793-2445)

Pour Coralie, son choix était motivé par le souhait de pouvoir bénéficier d'une contraception par stérilet. Elle a persisté malgré plusieurs refus, jusqu'à trouver la personne qui pouvait accéder à sa demande. Cette situation a permis à Coralie de se sentir en confiance pour prendre des décisions concernant sa santé.

Coralie : Ben déjà, c'était la seule qui voulait me le faire. (Mise en place d'un stérilet) Parce que, j'avais fait le tour de plusieurs gynécos, et personne voulait me le poser, comme j'avais pas encore eu d'enfant. Donc déjà ça, et deuxièmement, elle était super sympa. (V1/4353-5040)

Pour Sylvie, son choix de maternité différent de celle où exerçait son gynécologue a été générateur de tensions dans la relation médecin-patient. Elle a tout de même fait ce qu'elle souhaitait, mais a eu l'impression par la suite que son gynécologue ne lui avait pas « pardonné », et elle a fini par partir.

Sylvie : Au moment où je suis tombée enceinte, il me semblait qu'il voulait que j'accouche dans une clinique privée, celle où il travaillait. Et moi, je souhaitais accoucher dans un établissement public, il n'avait pas trop aimé. Alors, bon, à partir de ce moment-là, il m'a donné un peu de l'insécurité par rapport à mon choix. Et je me sentais mal à l'aise par rapport à ça. Et là, il y avait un moment de mésentente, qui m'avait pesé quand même un peu. Et j'ai quand même fait le choix d'aller là-bas. (V17/4462-5220)

Pour Madeleine, le fait de participer à la prise de décision et de pouvoir exprimer ses choix et être entendue était important.

Madeleine : Ensuite j'ai été opérée d'une hystérectomie totale à l'âge de 46 ans parce que j'avais un fibrome énorme et mais bon c'était pas méchant. Alors ça c'était Dr F, et puis il voulait simplement enlever l'utérus, mais j'ai insisté jusqu'à ce qu'il accepte pour qu'il enlève aussi les ovaires ! Je n'avais pas du tout envie de revenir un jour pour des problèmes d'ovaires qui sont souvent graves. (V14/4542-4904)

Madeleine : Il voulait me mettre, me donner des hormones. Après l'opération. J'ai refusé parce que, il me dit « oui oui, c'est bon pour la peau », j'ai dit « les rides ne font pas mal ». Je n'avais pas envie de ça comme je n'avais jamais eu envie de prendre la pilule. (V14/7781-8033)

Pascale, au bout de sa 3^{ème} grossesse, a réalisé qu'elle n'était pas seulement spectatrice et qu'elle avait pouvoir de parole. Cette réalisation a été concomitante de son entrée dans le monde du travail. Il s'agissait d'une prise de conscience dans plusieurs domaines.

Pascale : Ça a changé après, après au bout du 3ème accouchement, donc quand je suis allée travailler, ça a changé je me suis dit, ah oui je peux donner parfois mon avis, j'ai le droit de faire ci j'ai le droit de demander ça. (V16/11432-11645)

Le rôle du genre de l'examineur

Toutes les participantes avaient eu plusieurs examinateurs différents au cours de leur suivi. Elles ont toutes mentionné qu'il s'agissait d'un suivi long, sur la durée, qui permettait d'établir une relation de confiance. Lorsque cette relation n'était pas satisfaisante, les participantes décidaient alors de chercher un autre praticien, jusqu'à rencontrer la personne avec laquelle elles se sentaient à l'aise. Si la relation médecin-patient était toujours l'élément majeur dans le choix d'un examinateur, ce choix était également souvent guidé par une préférence pour un examinateur d'un genre particulier : féminin (pour 8 des participantes), masculin (pour 5 des participantes).

Pour Mélanie, qui pourtant se trouvait pudique en particulier avec les hommes, son choix s'était porté sur un examinateur masculin. Elle trouvait plus d'écoute et de dialogue avec son gynécologue actuel. Pour elle, le fait qu'il ne soit pas une femme lui conférait une approche différente et plus de douceur.

Mélanie : Ben après l'accouchement, ben c'est Docteur E. qui m'a fait la visite de sortie et ainsi de suite et du coup je le trouvais, ben il mettait vraiment les gens à l'aise, il était beaucoup

plus doux dans ses gestes et ainsi de suite et puis du coup je suis restée chez lui, ouais.

(V2/9129-9406)

Mélanie : *Franchement pas super, surtout quand c'est dans ce genre de suivi qui est long aussi, je veux dire c'est quelqu'un en général qui vous suit de la 1ère grossesse voire avant jusque finalement la ménopause, et après donc il y a toute une construction. Je trouve que d'année en d'année, voilà, ils connaissent les patients et mais bon après je pense que c'est son caractère et son tempérament qui font qu'elle est comme ça. (Parlant de son ancienne gynécologue)*

(V2/12467-12888)

Pour Coralie, le genre de l'examineur n'entrait pas en ligne de compte. Elle priorisait une relation médecin-patient satisfaisante, qui justifiait pour elle un déplacement de plus d'une heure pour chaque consultation.

Coralie : *Je suis allée chez la gynécologue chez qui je suis actuellement, qui était à B à l'époque. Elle travaillait à l'hôpital, mais je sais pas, elle venait à B. Mais ça n'existe plus maintenant, et moi j'ai décidé de la suivre. Je me suis dit, c'est 1 fois par an, je suis prête à faire les kilomètres parce qu'elle est vraiment bien. (V1/6362-6698)*

Pour Aïcha également, le dialogue, et l'écoute étaient d'une importance majeure. Mais pour elle, le genre de l'examineur était un élément limitant dans le choix d'un praticien.

Aïcha : *Ben, je vais chez un gynécologue à S, c'est une femme et elle est très bien, elle est très gentille. Elle parle beaucoup quand on arrive. Elle nous met vraiment à l'aise. Donc pour ce qui*

concerne cette dame, je pense qu'elle est bien. Elle parle... le fait de parler avec les gens dès qu'on rentre dans le cabinet ça nous met en confiance, enfin, en fait ça me met en confiance et je me sens plus à l'aise. Parfois quand c'est silencieux, ça me... C'est bizarre quoi.

(V17/7550-8015)

***Aïcha** : Oui. Oui, oui, oui. Parce qu'avant, bon, j'ai eu 3 enfants, donc il fallait aller pour les visites. Ça me paraissait normal quoi. Voilà. Au début j'avais un gynécologue homme et par la suite j'ai choisi des gynécologues femmes. Je me sentais plus à l'aise avec les femmes.*

(V16/1453-1725)

Elodie n'ayant pas été satisfaite de la prise en charge offerte par sa précédente gynécologue, elle s'est tournée vers son médecin généraliste pour une recommandation. Malgré sa pudeur, la relation médecin-patient qui s'est formée et la confiance qu'elle porte à son gynécologue lui permettaient de passer outre cette difficulté.

***Elodie** : D'abord c'était tranquille et puis après ça devenait un peu l'usine, et puis elle avait parfois des sautes d'humeur. Et donc du coup je suis revenue chez le généraliste, je lui ai demandé si il connaissait quelqu'un et du coup il m'a envoyé chez un autre gynéco, qui est un gynécologue homme avec qui ça se passe très bien. (V15/2823-3005)*

La distance nécessaire

Pendant le déshabillage

Ce moment du déshabillage, lorsque disparaissait la barrière protectrice constituée par les vêtements, revêtait une importance particulière pour toutes nos participantes. C'est un moment habituellement privé, réalisé uniquement seule ou en présence d'une personne avec laquelle on partage son intimité.

Elles appréciaient toujours de pouvoir se déshabiller derrière un paravent, ou un autre endroit dédié et avoir un espace pour déposer ses vêtements.

L'importance du paravent est aussi symbolique. Le découpage de l'espace permettant de se sentir rassurée. Chaque endroit de la salle d'examen ayant un rôle attribué, on sait exactement ce qui va s'y passer et comment cela va se passer. Être dénudée sur la table d'examen est un élément bien assimilé et qui paraît normal. Par contre devoir marcher nue ou se tenir nue debout devant une autre personne est associé à un autre type d'intimité. Cette distanciation est également retrouvée chez l'examineur, qui va généralement se détourner ou s'occuper de préparer le matériel nécessaire, et attendre que la patiente soit installée pour poser à nouveau le regard sur elle.

Mélanie : Elle avait son bureau à part et il y avait une pièce où il y avait un petit paravent on pouvait quand même se déshabiller un peu de côté. (V2/57444-7582)

Coralie : Là tu as un petit recoin, avec un paravent pour déjà te déshabiller, et même la chaise, tu la vois pas, elle est bien dans le coin. Et je sais que pour la grossesse, quand mon conjoint venait avec moi, lui était au bureau, il ne voyait rien quoi. Il était assis au bureau, et il ne voyait pas ce qu'il se passait. Donc euh voilà. C'est le minimum d'intimité. (V1/8202-8549)

Valérie : Après je veux dire que je puisse me changer dans mon espace un peu clos, ça aussi c'est quand même, j'aime bien, même si après on se retrouve, voilà, on se retrouve nue, mais en tout cas, c'est quand même important d'avoir son petit espace où poser ses affaires.

(V11/14905-15166)

Laetitia : Et il y a un petit espace avec un auvent pour qu'on puisse se déshabiller tranquille.

(V8/7474-7559)

Geneviève : ça c'est sympa quand même, le petit paravent, on a besoin d'être protégée.

(V7/15189-15107)

Véronique : Tout est bien séparé pour pouvoir se déshabiller seule. (V5/3791-3846)

Cathy : il y a une petite cabine avec un rideau où là on se déshabille. Dans un petit coin. Ça c'est bien parce-que c'est quand même intime quoi. (V4/11820-11958)

Pour Yolande, le port de sous-vêtements adapté à la situation était important, pour éviter toute possibilité de malentendu, ou entrer dans un rapport de séduction. Elle avait un jour eu

un échange avec son gynécologue à ce propos, concernant ce que son gynécologue considérait comme inapproprié.

***Yolande** : C'est ce qu'il m'a dit aussi une fois, il a dit « Yolande, j'ai déjà eu des bonnes femmes elles viennent là chez moi en porte-jarretelles, tout, vraiment elles sont provocantes. » Il a dit « je les renvoie tout de suite » ah il les renvoie, hein, il ne les garde pas, et vraiment aguichantes. Ça existe. (V3/10408-10713)*

Pendant l'examen

Pour 2 de nos participantes, le moment de l'examen était un moment pendant lequel il était important de se distancier de l'examineur, notamment de ne pas le regarder directement. Cela permettait de maintenir une distance malgré la proximité physique pendant la réalisation de l'examen.

***Kenza** : Oh yé non non ça c'est atroce pour moi, rentrer quelque chose là en bas. Et puis alors il me regarde là. Non non, je ferme les yeux. Heureusement il est assez loin là en bas, on n'est pas trop proche quoi. (V13/7230-7429)*

***Cathy** : Et après ben il regarde, avec les doigts puis avec son truc là. Ça j'aime pas, mais bon il arrive à me décontracter. En fait je le regarde pas, je regarde le plafond et ça va quoi. (V4/11958-12138)*

Une routine rassurante

La connaissance du déroulement de l'examen

Un autre facteur permettant de mieux gérer l'examen était la connaissance de son déroulement. L'examen se déroulait généralement toujours de la même manière, et les participantes le connaissaient par cœur. Elles étaient anxieuses lorsqu'elles changeaient de gynécologue, car elles ne connaissaient pas les lieux et le déroulement précis de l'examen. Mais il leur suffisait de l'avoir vécu quelques fois pour être rassurées. Chaque moment de l'examen était codifié, ce qui permettait aux participantes de savoir exactement ce que l'on attendait d'elle. D'abord la discussion, puis le déshabillage et l'exploration des organes génitaux et parfois la palpation des seins, puis le rhabillage et une nouvelle phase de discussion avec possiblement établissement d'une ordonnance.

Madeleine : *Je suis tellement habituée, j'ai été suivie toute ma vie, j'ai subi certaines interventions et puis j'ai Madame S qui est une gynécologue extraordinaire. Et puis malgré mes 82 ans cette année, je vais quand même tous les ans au mois d'août. (V14/256-496)*

Kenza : *à force on a l'habitude, on crée quand-même un lien, on a l'habitude, on sait comment que ça marche. (V13/5642-5742)*

Geneviève : *Elle explique, bon, il y a rien à expliquer après tant d'années (Rires). Le frottis c'est toujours la même histoire, le résultat, et puis hop je vous téléphone si, oui voilà. (V7/11097-*

11254)

Cathy : finalement on sait comment cela va se passer, on est habituée. (V4/13007-13069)

L'appropriation du lieu de l'examen

Pour Coralie et Jacqueline, il apparaissait assez clairement que le bureau du gynécologue faisait partie de la routine de l'examen, à l'inverse de celui du médecin généraliste qui n'était pas considéré comme un lieu acceptable dans lequel se déshabiller.

Coralie : Non, elle fait bien, je ne vois pas je ne vois pas qu'est-ce qu'elle pourrait améliorer. Je suis assez à l'aise là. Je sais ce qu'elle va me faire. Quand je viens je m'installe déjà, je pose mes affaires. Je sais qu'après on va dans la salle spéciale pour l'examen, là je me déshabille, on est pas dans le bureau. (V1/9296-9609)

Coralie : Et puis franchement, je me verrais mal me déshabiller là quand même. C'est juste le bureau. Il y a pas d'endroit pour se déshabiller. Et la secrétaire rentre souvent sans toquer. (V1/14318-14496)

Jacqueline : Mais bon donc on se dit on va pas de déshabiller ici quoi, il a pas le temps. D'ailleurs il me demande jamais de me déshabiller. Donc bon... C'est un peu délicat de se déshabiller là dans le bureau quoi. Ça serait trop... Non vraiment ça ferait bizarre. (V7/15853-16077)

Le bénéfice : être rassurée sur son état de santé

Cette responsabilité féminine d'assurer sa bonne santé gynécologique était également un moyen de compenser le vécu négatif lors de l'examen. Pour Véronique, le stress de louper un contrôle de routine était plus important que le stress provoqué par l'examen.

Véronique : Après je pense tout dépend les relations qu'on a avec son gynécologue aussi, hein. Moi j'ai, depuis que j'ai accouché j'ai toujours le même, donc je me sens quand même rassurée d'aller le voir. C'est plutôt positif. Je trouve qu'on on se sent rassurés quand on a un suivi... Enfin moi je sais que si je loupe un rendez-vous ça me stresse, quoi, je préfère y aller. (V5/783-1146)

Pour Cathy se maintenir en bonne santé était devenu une priorité, en raison de ses lourds antécédents.

Cathy : écoutez franchement je trouve que c'est essentiel, il faut avoir des contrôles au moins une fois par an, tous les 6 mois, c'est ce que je fais pour le frottis, pour un suivi. Non il faut faire ce suivi parce qu'on ne sait pas ce qu'on peut avoir. (V4/503-702)

Pour Yolande et Madeleine également, notamment en raison du risque de cancer, très présent dans leurs esprits.

Yolande : Déjà, on va voir un gynécologue, le dialogue. Ensuite, bon c'est important, pourquoi, parce que le truc, l'ensemble du corps, en bas c'est quand même important que tout aille bien,

et surtout de nos jours avec tous les cancers qu'on entend, quand même être suivi, et après les seins... Parce que je connais 2 dames qui étaient très jeunes qui sont mortes du cancer du sein, voilà... (V3/22024-22402)

***Madeleine** : Alors moi je fais mon suivi très régulièrement, alors même que je n'ai jamais eu de problème. Je ne comprends pas trop ça. Il faut se prendre en main tout de même, et s'occuper de sa santé. Ça fait partie de ma discipline. (V14/18447-18636)*

Et encore plus pour Aïcha, qui avait souffert d'un cancer de l'ovaire, raison pour laquelle elle était très assidue dans son suivi, malgré ses difficultés lors de l'examen.

***Aïcha** : On met le doigt pour voir, et après ils font des échographies à l'intérieur pour voir s'il n'y a pas de cancer, s'il n'y pas de maladie. Il vaut mieux. Moi si je n'avais pas fait ça, j'en aurais eu partout. (V12/10703-10939)*

L'examen gynécologique

Une situation intime et à connotation sexuelle, vectrice d'un sentiment de vulnérabilité et d'une perte de contrôle. La notion d'une responsabilité féminine et de mécanismes de reprise de contrôle permettant la tolérance de l'examen.

L'examen gynécologique : table des thèmes

Thèmes supra-ordonnés	Sous-thèmes
Perte de contrôle	<p><i>Mise à nu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nudité physique Questions intimes/personnelles Peur d'un jugement de valeur <p><i>Intrusion physique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Impuissance/vulnérabilité Examen douloureux <p><i>Lien avec la sexualité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Zone intime Rôle du genre de l'examineur Un impact si antécédent violent
Responsabilité féminine	<p><i>Des rites de passage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} rapport sexuel 1^{ère} consultation <p><i>Une trajectoire féminine attendue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Grossesses/accouchements Vie génitale active Ménopause <p><i>Un devoir féminin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Contraception efficace Bonne santé/procréation Culpabilité si manquement
Mécanismes de reprise de contrôle	<p><i>Choix de l'examineur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Relation MP/communication Genre de l'examineur <p><i>Distance confortable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pour déshabillage Pour examen <p><i>Routine rassurante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Connaitre déroulement examen Connaitre les lieux <p><i>Trouver un bénéfice</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bonne santé/être rassurée

Figure 8: Table des thèmes de l'EG version complète

3.2.2 Le vécu de l'examen gynécologique par le médecin traitant

Lors de l'analyse des entretiens, concernant la réalisation de l'EG par le MG/MT, 3 thèmes généraux ont été mis en évidence, comprenant 6 sous-thèmes.

Ils sont présentés dans la table des thèmes ci-dessous :

Thèmes super-ordonnés	Sous-thèmes
Le refus	<ul style="list-style-type: none"> • Des patientes • Des MG/MT (perçu par les patientes)
Une ambivalence dans les mécanismes de reprise de contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • La relation MP idéale • Le choix de l'examineur
Une possibilité conditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendant de la situation • Dépendant du MG/MT

Tableau 4: Table des thèmes de l'EG par le MT version simplifiée

Les thèmes de l'examen gynécologique lorsque celui-ci est réalisé par le MG/MT ont également été représenté visuellement dans une carte heuristique circulaire. (Figure 8)

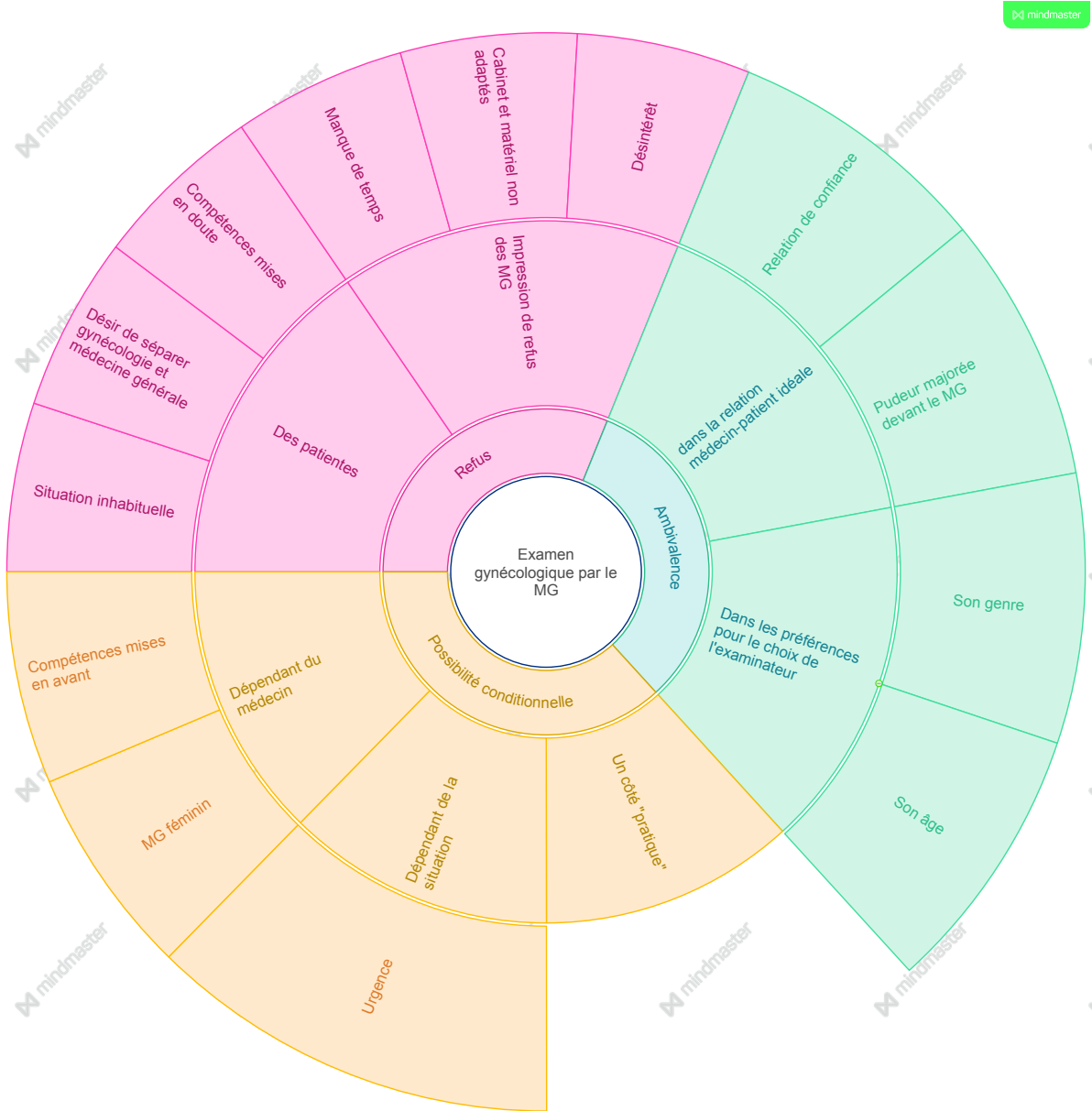


Figure 9: Carte heuristique circulaire n°2

3.2.2.1 Le refus

Le refus des patientes	<ul style="list-style-type: none"> • Une situation inhabituelle • Des compétences mises en doute • Un désir de séparer gynécologie et médecine générale
Le refus des médecins tel que perçu par les patientes	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque de temps • Un cabinet/du matériel non adapté • Un manque d'intérêt

Le refus des patientes

La première réaction qu'avaient les participantes à l'idée de l'EG chez le MT était un refus d'emblée. Ensuite venait une discussion, avec justification de ce refus initial, notamment pour des questions d'habitudes et de compétences.

Elodie : Euh je vais être franche, je vais dire non. (V15/17136-17179)

Madeleine : J'aurais pas envie. Non. (V14/15494-15563)

Kenza : Mais un docteur généraliste, non. Ah non non non (Rire). (V13/26617-26651)

Geneviève : *Non j'irais pas. Non pas actuellement. Non pas du tout, je préfère attendre ou...*

Non non, je connaissais déjà son père... Ah non j'irai pas, ça c'est clair. Même si c'était un problème urgent... (V7/1049-1238)

Christiane : *Pas du tout ! (En s'exclamant). Non pas du tout. (V6/11271-11368)*

Une situation inhabituelle

Pour les participantes, l'idée d'un EG réalisé par le MG/MT dans leur cabinet semblait toujours inhabituelle. Aucune de nos participantes n'avait eu l'occasion de le vivre, et seules quelques-unes savaient que cette possibilité existait.

Pauline : *On n'entend pas trop parler de ça. Le système veut que t'ailles chez le gynécologue.*

C'est sûr que spontanément, moi j'aurais pas demandé. Mais c'est pas parce-que j'aurais pas osé, c'est que, j'aurais pas su que ça se faisait. (V18/16475-16936)

Valentine : *Après c'est une habitude, aussi, c'est une habitude. (V11/20479-20881)*

Véronique : *je ne voudrais pas que ce soit mon médecin traitant. Du fait que... Ouais je sais pas, peut-être parce que c'est pas une habitude. (V5/9971-10098)*

Des compétences mises en doute

Les compétences spécialisées du MSG étaient un argument souvent mis en avant pour expliquer leur réticence. Le MT/MG leur semblait trop éloigné des préoccupations gynécologiques pour être suffisamment compétent dans ce domaine.

Sylvie : Parce que je pense que le spécialiste a plus de, je ne sais pas, peut-être plus d'exemples, plus de vision ou de vue d'ensemble, une formation plus spécialisée pour ce domaine. (V17/13591-13767)

Elodie : Je serai pas allée voir le généraliste. Parce que je pense que chaque corps professionnel a sa spécialité. (V15/8318-8508)

Madeleine : Ben non mais moi je dirai quand même à chacun sa spécialité. (V14/17199-17199)

Valérie : Après moi je suis un peu, vous savez c'est chacun sa spécialité. Mais je suis comme ça pour tout. C'est pas que les médecins, c'est même comme ça pour, une banque c'est une banque, une assurance c'est une assurance, une banque n'est pas une assurance. (Rires). Oui chacun son domaine, j'ai mon pneumologue, j'ai mon truc, chacun sa spécialité. Après c'est une habitude, aussi, c'est une habitude. (V11/20479-20881)

Laetitia : Euh bah après moi je pars du principe que chacun sa spécialité. (V8/18056-18119)

Véronique : *Peut-être pas qu'il est moins... Mais je me dis que voilà s'il y a des gynécos c'est qu'ils sont spécialisés dans ce domaine-là, donc autant aller les voir eux. Tout comme, comme un problème de vue, j'irai voir un ophtalmo. (V5/12546-12763)*

Un désir de maintenir une séparation entre la gynécologie et la médecine générale

On constatait chez nos patientes un important besoin de cloisonner l'EG et la gynécologie, hors du champ des préoccupations de la médecine générale. Cet élément fait écho à l'un des mécanismes de reprise de contrôle évoqué précédemment : l'acceptation de l'EG dans un environnement précis et avec un examinateur dédié, qui permettent de déssexualiser la consultation. Cet EG par le MG/MT apparaissait en dehors du cadre de tolérance de l'EG construit par les patientes.

Mélanie : *Plutôt quelque chose qui faudrait séparer quoi... La gynécologie reste d'un côté et après le côté suivi médical classique de l'autre. (V2/16721-16952)*

Kenza : *c'est mon médecin traitant, il voit mes gamins, je le vois complètement différent. Pour moi, fait des piqûres, il ausculte si on est malade mais pas le coté gynécologique. (V13/33664-33993)*

Cathy : *Pour moi, c'est deux choses différentes. Il y à celui qui s'occupe de la gynécologie et après le reste. Non plus. Pour moi le gynécologue, c'est le gynécologue et le médecin c'est le médecin. (Rire) (V4/13810-14008)*

Christiane : Pour moi c'est trop séparé (V6/12077-12103)

Le refus des médecins généralistes tel que perçu par les patientes

On ressentait dans les explications des participantes que, si elles n'étaient pas certaines de vouloir se faire examiner par leur médecin traitant, c'est aussi en partie car celui-ci leur renvoyait l'impression de ne pas être intéressé.

Un manque de temps

Plusieurs des femmes interrogées ont signalé que le médecin généraliste, avec des consultations qui durent parfois moins de 10 minutes, n'aurait pas le temps de les examiner. Elles ne pensaient pas à la possibilité d'une consultation dédiée, plus longue, en raison de la charge de travail qu'elles estimaient déjà trop importante pour le médecin.

Coralie : Je pense que en général le médecin traitant, ou en tout cas le mien, vu comme il nous expédie, il aurait pas trop le temps. Et parce que même lui serait surpris de ma question (rire).

V1/15049-15689

Elodie : Euh je vais être franche, je vais dire non. Parce-que bon, moi je suis infirmière libérale comme vous le savez, et je les vois les généralistes. Ils sont déjà assaillis de tous les côtés, avec tous ceux qui partent à la retraite en ce moment, ils sont tous débordés. (V15/17132-17398)

Christiane : Mais ici ça ne se fait pas, il ne propose pas. Et puis il a pas le temps, enfin quand même, chez la gynécologue c'est 30 minutes ou même plus parfois. Là... Chez lui c'est 5 minutes. (En riant) (V6/13325-13516)

Un manque d'intérêt

En plus du problème du temps, pour Christiane et Geneviève, le médecin ne mentionnait jamais leur suivi gynécologique, elles ne pensaient pas que cela puisse l'intéresser.

Christiane : On ne parle pas de gynécologie quand je vais chez le médecin traitant. (V6/12493-12563)

Geneviève : Et puis bon ils ont pas le temps actuellement. Ça c'est sûr il faut que ça aille vite. Quand on voit la salle d'attente chez le médecin traitant, des fois il dit « Oh là là il y a un minibus qui est arrivé ! » c'est marrant (Rire), il me fait marrer, non non c'est vrai tout le monde sourit. Mais bon donc on se dit on va pas de déshabiller ici quoi, il a pas le temps. D'ailleurs il me demande jamais de me déshabiller. (V7/15555-15977)

Un cabinet inadapté

Pour Geneviève et Coralie, en plus de tout cela, le cabinet et la salle d'examen ne paraissaient pas adaptés.

Geneviève : Et puis voilà, le médecin traitant par contre, il y a pas de paravent. Donc c'est pire.

(V7/15361-15456)

Coralie : Et puis franchement, je me verrais mal me déshabiller là quand même. C'est juste le bureau. Il y à pas d'endroit pour se déshabiller. Et la secrétaire rentre souvent sans toquer.

(V1/14218-14496)

3.2.2.2 Ambivalence dans les mécanismes de reprises de contrôle

Comment reprendre le contrôle dans cette situation	<ul style="list-style-type: none"> • La relation MP idéale pour l'EG • Le choix de l'examineur
----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La relation médecin patient idéale

Nous nous sommes aperçus en écoutant les participantes, que pour plusieurs d'entre-elles, si une certaine proximité était souhaitable pour être à l'aise avec le gynécologue, il n'en allait pas forcément de même pour le médecin traitant.

La relation construite avec leur MT leur posait un problème : elles se sentaient plus gênées, car trop proche de leur médecin pour se dénuder. La pudeur devant le MT était plus importante que devant le MSG.

Ceci se rapproche également de l'idée développée précédemment : la ritualisation de l'examen gynécologique dans un lieu précis, avec un espace défini de nudité et d'examen génital, parfaitement connu et accepté permet aux femmes de supporter plus facilement cet évènement. C'est cette sectorisation qui était importante pour la gestion des émotions provoquées par l'examen. Le MSG est dans son rôle lorsqu'il réalise un EG, alors que le MG/MT ne l'est pas, aux yeux des femmes que nous avons interrogées.

Mélanie : Je pense. Ouais. Plutôt quelque chose qui faudrait séparer quoi... La gynécologie reste d'un côté et après le côté suivi médical classique de l'autre. Ça serait gênant je pense de se déshabiller devant lui si je le connais vraiment. (V2/16714-16945)

Kenza : Là, ce n'est pas pareil. Mais un Docteur généraliste, non. Là ça serait différent, parce que vous êtes un autre médecin, remplaçant, lui il nous voit tout le temps, il sait mes délires, mes gosses... Non je veux dire c'est mon médecin. Et ça reste un médecin traitant. Voilà, ouais c'est ça. Parce que en fait, lui on le voit pour une grippe, je veux dire il vous voit comme ça, quand on est malade mais il ne va pas regarder notre corps. (V2/26592-27028)

Geneviève : Oui y a une gêne voilà. Oui, on le connaît. L'autre jour, il y a une dame qui m'a dit écoute je suis allée le voir parce que j'avais une tache au niveau d'en bas là, j'ai dit « comment que tu vas faire tu vas aller chez lui ? » (V7/1304-1530)

Geneviève : Voilà... La pudeur quoi. Mais bon il faudrait pas avoir peur, il y a le secret professionnel. Enfin voilà, il ne faut pas avoir peur. Mais bon c'est peut-être un peu moi maintenant peut-être. Voilà il y a de l'appréhension quand même. C'est une autre relation. (V7/1782-2041)

Christiane : Le généraliste il a son domaine, je pense que je serai plus gênée. Je sais que j'avais une fois une amie qui m'a dit qu'il lui a un frottis. J'ai dit « quoi ?! ton médecin traitant ? » moi je ne l'aurais pas fait. (V6/11404-11617)

Christiane : Je pourrais pas le faire. Déjà je le connais... Enfin il me connaît depuis petite. Je pense que c'est aussi parce que je le connais trop bien on va dire. Je voudrais pas, avec ce médecin là. (V6/12718-12996)

Véronique : Non, je ne peux pas expliquer pourquoi mais je crois que je me sentirais gênée si c'était mon médecin traitant, je ne sais pas. (V5/9667-9873)

Yolande : Je, alors là vraiment, là aussi j'ai déjà eu des petites boules là, au sein là. Je lui l'ai dit, il m'a tout contrôlé, les 2 seins tout... Mais j'étais pas aussi à l'aise qu'avec Docteur M. Mais disons voir, il était sympa, tout, son papa aussi mais je ne sais pas. (...) Non, c'est parce qu'on se connaissait trop bien. (17770-18156)

Le choix de l'examineur idéal

Pour 5 des participantes, on retrouvait une préférence pour un MSG de sexe masculin, 4 n'avaient pas de préférence concernant le genre. Par contre, pour le MG/MT qui réaliserait l'EG, ces 9 participantes changeaient d'avis.

La pudeur, plus importante auprès du MG/MT, pouvait être atténuée par le fait de se dénuder devant une femme. De plus, les compétences d'un généraliste féminin étaient considérées comme supérieures, en raison de ses expériences personnelles.

Kenza, dont on se souvient des affirmations véhémentes « Une femme elle ne touche pas une femme », « je n'aime pas les femmes », disait préférer une femme MT pour un examen gynécologique, car elle se sentirait moins exposée.

Kenza : *(Moi : pour le gynécologue, vous préférez un homme ?) Ouais. (Moi : et si c'est le médecin généraliste qui vous examinait là?)*

Si c'est une femme alors, on a le même corps, on a la même chose, donc ce serait plutôt une femme. On me regarderait moins, je me sentirais moins regardée, plutôt Je me sentirais moins regardée que si c'était l'inverse. Je me sens plus regardée alors que finalement il ne regarderait peut-être même pas. Mais ça serait autrement avec lui. (V13/27220-27700)

Kenza : *dans ce cas-là si c'était vous, ouais, ça serait différent. Parce que vous êtes une femme. (V13/26226-26254)*

Pour Coralie, qui n'avait pas de préférence particulière concernant le genre de son MSG, si le MT devait faire cet examen elle préférerait également une femme.

Elle considérait que les compétences en gynécologie du médecin généraliste féminin seraient supérieures, en raison de ses expériences personnelles.

Coralie : *j'aurais plus confiance avec un médecin généraliste femme, pour les questions gynécologiques, que un médecin traitant homme. Je pense que, enfin c'est mon... C'est mon avis quoi, mais je me dis, en tant que médecin traitant, tu vois un peu de tout quoi. Au moins un gynécologue homme, il est à fond dans ce qu'il fait. Alors que là non. Alors que une femme médecin traitant, même si elle a exactement le même enseignement qu'un homme, c'est*

quand même une femme. Donc elle a peut-être quand même des trucs qu'elle sait un peu plus, ou elle a peut-être déjà eu des enfants, ou elle a déjà été en consultation gynécologique elle-même. Et donc, je ferai peut-être plus confiance parce-que c'est une femme. (V1/12275-13060)

Coralie : *Et puis, en tant que femme, tu parles forcément, t'as bien une sœur, une copine, une cousine, n'importe qui, qui a eu des enfants. Donc tu parles un peu de ça, et du coup tu te tiens peut-être plus informée qu'un médecin traitant homme. Même si il a une sœur, une cousine ou machin, qui a eu des enfants, je pense pas que tu discutes pareil. Je pense que j'aurai plus confiance en une femme qu'en un homme. Après si c'est juste un frottis ou juste euh... Mais je pense que j'aurais plus facile à parler si c'était une femme. Je me dis que une femme médecin sera toujours plus au courant. (V1/13504-14091)*

On retrouvait la même ambivalence, avec l'inquiétude des compétences et du regard masculin, chez Geneviève et Christiane. Pour elles, le MSG, même s'il est un homme, est en quelque sorte « désensibilisé » à la nudité féminine, puisque c'est son travail au quotidien. Le MG/MT, pour qui cela resterait plus exceptionnel, pourrait leur porter un regard différent.

Geneviève : *Le gynéco lui il voit que ça (rires) (V7/16790-16803)*

Geneviève : *Non. Pas un homme, pas un homme non. Oui, si c'est une femme, oui. Ça change quand même, même par rapport aux enfants, elles savent quand même plus. (V7/17431-17539)*

Christiane : Après, dans ce cas, si c'est mon généraliste, alors je préférerais que ça soit une femme. Vous voyez ? c'est parce-que... Je suis une femme, vous êtes une femme, donc c'est plus facile. Que un homme, même si c'est le médecin, j'aurai quand même encore la barrière de me dire que c'est pas vraiment son métier. Le gynéco homme, c'est son métier. Le généraliste, bon il a tout vu, je veux pas dire qu'il ne sait pas, mais j'aurais plus de mal à accepter. Alors qu'une femme ça me dérangerait moins. (V6/18878-19372)

En plus de la question du genre de l'examineur, plusieurs participantes mentionnaient son âge.

Pour les participantes plus âgées, l'EG avec un MG/MT trop jeune n'était pas concevable.

Yolande : Mais J., c'est Docteur J. hein je dis toujours J. parce qu'il a l'âge de ma fille, il a 40 ans c'est pour ça, mais je sais pas. (V3/19514-1988)

Madeleine : Parce que vous savez, j'ai pas encore tellement pris le pli avec le fils, et puis il est trop jeune ! Il est plus jeune que mon fils, il pourrait presque être mon petit-fils, vous vous rendez compte ?? (Rires) (V14/15857-16866)

Pascale : Et parce qu'il est plus jeune que moi et puis je sais pas...(V16/8492-8663)

Inversement, pour Coralie, plus jeune, l'âge plus avancé de son MG/MT était problématique.

Elle considérait également qu'il n'était pas intéressé et serait surpris de sa demande.

***Coralie** : Parce-que... C'est un vieux. C'est un mec, c'est un vieux, et euh, je pense que même lui serait choqué de ma demande. Je me souviens quand je suis allée le voir une ou deux fois pour me prescrire la pilule, ouais OK, il me l'a prescrit mais euh, tu vois, il s'est pas du tout intéressé à me poser des questions, à ci à ça... Ouais... A l'heure actuelle, avec ce médecin traitant, non.*

(V1/10914-11289)

***Coralie** : Je pense maintenant, si c'était un médecin traitant, homme ou femme, mais plus jeune, je pense que je lui demanderai plus facilement, est-ce que vous faites des consultations gynécologiques et si il me dit oui, alors je pense que je serai plus encline. (V1/11291-11544)*

3.2.2.3 Vers une possibilité conditionnelle

Une possibilité conditionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Dépendant du médecin • Dépendant de la situation • Un côté pratique
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Une possibilité dépendant du médecin

Après un refus initial de l'idée d'une consultation gynécologique par le MT, plusieurs conditions pouvant faire accepter la consultation sont apparues.

Nous avons déjà évoqué une première de ces conditions dans le chapitre concernant l'ambivalence : avoir un médecin généraliste de sexe féminin.

Pour Coralie, qui avait signalé sa préférence pour un MT féminin, si celle-ci venait à lui proposer, elle ne semblait pas totalement fermée à l'idée, mais pas dans les conditions actuelles. Elle aimerait une consultation dédiée uniquement à la gynécologie, et un praticien qui pourrait prendre son temps.

***Coralie** : Je me vois vraiment mal aborder le sujet si j'y vais pour la gastro. Je pense que en général le médecin traitant, ou en tout cas le mien, vu comme il nous expédie, il aurait pas trop le temps. Et parce que même lui serait surpris de ma question (en rigolant). S'il l'avait proposé, pourquoi pas... (V1/14644-15284)*

En plus du temps, l'importance d'une relation de confiance avec le MT était fréquemment retrouvée dans les entretiens. De plus, il était attendu du MT qu'il soit à l'initiative de la proposition, les patientes n'auraient pas spontanément fait cette demande.

***Madeleine** : Avec le père oui (Son MT actuel est le fils de son ancien MT). Parce que vous savez, j'ai pas encore tellement pris le pli avec le fils, et puis il est trop jeune ! Il est plus jeune que mon fils, il pourrait presque être mon petit-fils, vous vous rendez compte ?? (Rires) le père c'est normal, j'étais chez lui pendant 35 ans, c'est un bail. Ah avec lui, je pouvais tout faire. Moi je lui faisais tellement confiance, et je savais qu'il cherchait toujours toutes les meilleures solutions. (V14/16360-16506)*

Christiane : A moins que le médecin généraliste me mette vraiment en confiance, tout dépend aussi comment il présente la chose. (V6/12210-12324)

Christiane : Alors que si il en avait parlé, peut être que si il avait dit qu'il était aussi formé pour... Peut-être que j'aurais accepté, sachant que c'est un médecin. (V6/12529-12683)

Une possibilité dépendant de la situation

Pour Yolande, Laetitia, Elodie et Kenza, en cas de survenue d'une urgence nécessitant une consultation immédiate, et seulement si le gynécologue ne pouvait pas les recevoir, elles accepteraient cette consultation chez le MG.

Néanmoins, elles chercheraient toutes d'abord à contacter leur gynécologue pour obtenir un rendez-vous en urgence.

Elodie : Euh, oui, je pense, que j'aurais pu envisager en dépannage, si j'avais eu une urgence, mais vraiment pas pour le suivi régulier. (V15/18005-18133)

Laetitia : En fait la seule chose qui pourrait faire que j'aille maintenant chez le médecin généraliste ce serait si c'est une urgence ou si il faut que ce soit réglé aujourd'hui et que je ne peux pas voir le gynécologue quoi. (V8/19559-19774)

Yolande : Non, mais, un frottis du médecin traitant je ne sais pas. Bon si maintenant il faudrait le faire, qu'il n'y a plus de gynécologue ou que ça dure trop longtemps, que c'est une urgence, faudrait que... Oui, je crois, mais sans grande conviction. Bon disons voir si... Je le laisserais, voilà, si vraiment c'était une urgence je le laisserai. (V3/18749-19085)

Kenza : Je ne sais pas, quelque chose de très très grave autrement non, je ne me laisserais pas faire par un médecin traitant, déjà par un homme, quoi je veux dire, c'est mon médecin traitant, il voit mes gamins, je le vois complètement différent. Pour moi, fait des piqûres, il ausculte si on est malade mais pas le côté gynécologique. (V13/33664-33993)

Pour Yolande, dans le cas d'un départ non remplacé de son gynécologue habituel, la possibilité du suivi par son médecin traitant ne serait pas totalement exclue.

Yolande : Si maintenant mon gynécologue demain il part, il n'y a plus de gynécologue, moi je ne vais pas à nouveau en choisir un nouveau. S'il pouvait le faire, oui. (V3/19514-19883)

Un accord en raison du côté pratique de l'EG par le MG/MT

Seule Pauline a exprimé le côté pratique du suivi gynécologique par le MT, et y serait ouverte si la proposition lui avait été faite. Pour elle, un suivi qui pourrait se faire auprès d'une seule personne serait plus satisfaisant.

Pauline : Ah ben non, pour moi moins je dois voir de médecins différents et mieux c'est. Par contre j'aurais pas forcément eu l'idée de demander. On entend pas trop parler de ça. Le

systeme veut que t'ailles chez le gynécologue. C'est sûr que spontanément, moi j'aurais pas demandé. Mais c'est pas parce-que j'aurai pas osé, c'est que, j'aurai pas su que ça se faisait.

(V18/16475-16936)

L'examen gynécologique effectué par le médecin généraliste

Une situation inhabituelle d'emblée rejetée, avec un désir de maintenir une distance entre la gynécologie et la médecine générale. Mais une possibilité conditionnelle, nécessitant un ajustement des mécanismes de reprise de contrôle.

La perspective de l'examen gynécologique par le MT/MG : table des thèmes

Thèmes super-ordonnés	Sous-thèmes
Le refus	<i>Des patientes</i> Situation inhabituelle Désir de séparation Doutes sur compétences <i>Des médecins (projection)</i> Temps Cabinet/matériel Désintérêt
Perturbation des mécanismes de reprise de contrôle	<i>Relation MP idéale</i> Avoir confiance Ne pas être trop proche Pudeur majorée <i>Choix du praticien</i> Préférence féminine Expérience personnelle Regard du médecin Age du MG/MT
Une possibilité conditionnelle	<i>Selon situation</i> Urgence Départ gynécologue <i>Selon MG/MT</i> Féminin Compétences Age Confiance/distance

Figure 10: La table des thèmes de l'EG par le MT version complète

4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats et comparaison avec la littérature

4.1.1 L'examen gynécologique

L'examen gynécologique

Une situation intime et à connotation sexuelle, vectrice d'un sentiment de vulnérabilité et d'une perte de contrôle. La notion d'une responsabilité féminine et de mécanismes de reprise de contrôle permettant la tolérance de l'examen.

Pour toutes les participantes, l'examen gynécologique constituait une perte de contrôle. Chaque élément de cette perte de contrôle était vécu différemment. Pour certaines, la nudité était très compliquée à gérer, avec la peur éventuelle d'un jugement de valeur. Pour d'autres, c'était la position gynécologique classique et le sentiment d'impuissance associé. Pour d'autres encore, l'examen en lui-même avec l'introduction du speculum.

Toutes ces situations renvoient au lien avec la sexualité qui donne une dimension particulière à l'EG. Malgré cela, les participantes reconnaissaient en majorité l'importance de l'examen, et le vivaient comme leur responsabilité de femme. Elles exprimaient souvent un impact important de la première consultation, comme un rite de passage, une entrée dans la vie de femme adulte. Pour toutes, il était important de s'assurer d'une contraception efficace. Pour

les participantes les moins assidues dans le suivi, un sentiment de culpabilité ressortait des entretiens, cette responsabilité féminine s'accompagnant d'une certaine pression à l'accomplissement ce devoir féminin.

Pour supporter ce moment pendant lequel elles doivent se dénuder puis s'allonger et ainsi perdre le contrôle de la situation, les patientes développent des moyens de défense. Certains d'entre eux sont dépendants de l'examineur : une communication suffisante, une bonne relation médecin patient, un examineur dont le genre et l'âge pourront « déssexualiser » ce moment. D'autres sont dépendants des patientes elle-même : se rassurer sur son état de santé, le pouvoir de choisir son examineur ou d'en changer en cas d'insatisfaction, oser exprimer son avis et devenir actrice de sa prise en charge. Enfin un élément présent chez de nombreuses participantes était l'apprentissage par la répétition de l'examen. Elles apprenaient à accepter un autre moment, non sexuel, lors duquel elles pouvaient se dévoiler à une personne n'étant pas leur partenaire. Ce moment d'examen devait être parfaitement codifié, et routinier pour favoriser cette acceptation.

Le caractère intime de l'examen et son lien avec la sexualité avaient déjà été mis en évidence dans des études antérieures. Dans une étude suédoise de 2002, par Oscarsson et Al, les adolescentes interrogées expriment leur difficulté à se mettre nue, car leurs organes génitaux sont liés avec leur sexualité et non pas avec le domaine médical(42). D'autres éléments rendent l'examen difficile : la douleur, la crainte du jugement, la gêne de la nudité, et les éventuels antécédents de violence sexuelle. Nous avons retrouvé ces thèmes dans notre étude. Ceux-ci ont été également été retrouvés par Larsen et Al en 1997(23), Hilden et Al en

2003(13) dont les études sont respectivement norvégiennes et danoises, et Yanikkerem et Al en 2009 en Turquie(15).

Il apparaît également que le déshabillage est un moment critique de l'EG. Nos participantes ont toutes mentionné l'importance d'avoir de l'intimité lorsqu'elle se dévêtent. Cet élément était également retrouvé dans les travaux de la sociologue Laurence Guyard, qui a analysé le déroulement de nombreuses consultations gynécologiques(43).

En plus de cette nudité physique, on constate la notion de pouvoir s'ouvrir à des questionnements intimes. Il peut s'agir de questions concernant le fonctionnement de son corps, ou la sexualité par exemple. Seules deux participantes ont exprimé clairement le souhait de pouvoir parler de sexualité. A l'opposé, l'une d'entre elles était totalement fermée et n'envisageait pas du tout de parler d'un tel sujet. Ces difficultés sont à mettre en lien avec les mécanismes de distanciation qui se produisent durant l'examen. Les organes sexuels étant exposés, mais la situation étant celle d'un examen médical, les femmes et les médecins tentent de neutraliser au maximum cette dimension sexuelle(43). Ceci rend délicat le fait de poser des questions qui remettent cette dimension sur le devant de la scène.

Dans les récits analysés, on constate que les organes génitaux ne sont jamais nommés précisément, en dehors des seins. Les mots sexe, vulve ou vagin ne sont jamais utilisés par les participantes. Elles paraphrasent systématiquement par « il va regarder en bas », « là en bas », « à l'intérieur » par exemple. Ces difficultés de verbalisation sont également retrouvées dans une autre étude de L. Guyard(44). Cela peut s'expliquer par le manque de vocabulaire adapté. Les termes médicaux ou anatomiques peuvent sembler trop compliqués ou étrangers, car jamais utilisés voire même inconnus. Alors que les termes communs, utilisés dans la vie

quotidienne, vont sembler trop enfantins ou entrer dans le domaine sexuel. La sexologie ne faisant pas partie du champ de la gynécologie, et la déssexualisation de l'EG étant recherchée, il devient difficile pour les participantes de s'exprimer sur certains sujets.

En raison notamment du caractère intime de l'examen, nos participantes ressentait un sentiment de perte de contrôle. Pour la réalisation d'un examen gynécologique, une femme doit accepter qu'un examinateur, qui lui est relativement inconnu, pratique des gestes techniques sur ses organes génitaux. Cet élément de perte de contrôle était mentionné chez Oscarsson et Larsen, ainsi que dans une étude américaine de 2006 de Seehusen et al(45). Dans cette étude de 2006, les éléments principalement en cause dans cette perte de contrôle étaient la position gynécologique classique (patiente allongée sur le dos, les fesses au bord de la table et genoux relevés avec pieds dans les étriers), et le manque d'information sur les manipulations faites une fois le speculum en place. Dans une autre étude suédoise, de 1985(46), les femmes interviewées décrivaient un sentiment d'humiliation et de honte pendant l'examen, responsable du sentiment fortement négatif associé à l'EG. Une seule de nos participantes avait pu bénéficier d'un examen dans une position différente, une adaptation de son gynécologue devant ses difficultés. Pourtant, il existe de multiples positions d'examen (voir Annexe 9). Seehusen a notamment montré que le simple fait de retirer les étriers, et faire poser les pieds sur le bord de la table réduisait significativement le sentiment de vulnérabilité des femmes. De même dans une thèse de 2015(47), Anne-Sophie Botalla-Piretta constatait que le décubitus latéral était apprécié par les patientes, sans causer plus de difficulté technique pour de la réalisation de l'examen.

Pour certaines de nos participantes, des antécédents violents avaient été évoqués. Elles ne l'avaient pas expliqué aux soignants, qui n'avaient donc pas pu agir en conséquence. Il a été démontré dans plusieurs études qu'il est important de laisser la place aux femmes pour parler de ses éventuels antécédents si elles le souhaitent(48)(49). Il est important de rechercher d'éventuels antécédents de violence afin d'adapter la consultation et l'examen.

Un thème qui était retrouvé dans nos entretiens, mais pas dans les différentes études précédentes que nous avons pu trouver, était celui de la responsabilité féminine. Toutes les participantes évoquaient la contraception comme une responsabilité qui leur incombait dès l'adolescence, avec le rite de passage que constitue le premier rapport sexuel. On retrouve dans les études l'importance du premier examen gynécologique pour le suivi ultérieur, et la notion du rite de passage qu'il constitue(42)(20)(18). Plusieurs de nos participantes ont également mentionné l'importance de s'assurer du « bon état de marche » de leurs organes reproducteurs, même en l'absence de désir de grossesse dans l'immédiat. Cet examen et ce suivi étaient en quelque sorte inévitables, et il suivaient une trajectoire attendue, puisque imposée par le genre féminin. Plusieurs patientes exprimaient ressentir une culpabilité à l'idée de ne pas se plier au suivi. Elles n'avaient pas la même peur de la pathologie qui existent chez d'autres femmes de notre étude ainsi que dans la littérature(13)(50)(15). Mais plutôt un sentiment de manquement à leurs responsabilités. Leur genre féminin leur imposait ce suivi particulier. Elles devaient se protéger de grossesse non désirée, gérer des menstruations parfois pathologiques, prendre soin des grossesses en cours par exemple.

Une fois passée la période des grossesses, pratiquement toutes estiment que le suivi doit se poursuivre, au moins jusqu'à la ménopause. Après cela, les avis divergent. Nos participantes

étaient tout de même peu nombreuses à trouver le suivi nécessaire. Certaines estimaient qu'elles n'avaient plus leur place auprès du gynécologue, et qu'elles devaient se débrouiller seule pour naviguer parmi ces changements hormonaux. Les études sur le vécu de la ménopause sont assez peu nombreuses, mais on y retrouve la notion d'un manque d'accompagnement(51)(52). Ainsi pour certaines de nos participantes, la ménopause était un rite de passage d'un genre différent qui entraînait des changements dans leur féminité.

Une autre différence retrouvée dans notre étude, apparaissait dès les premiers instants des EI. Pendant les EI, la même question « brise-glace » était toujours posée en premier : « que ressentez-vous pendant l'examen gynécologique ? ». En réponse, les participantes exprimaient majoritairement un sentiment positif. Elles qualifiaient l'examen gynécologique de « moment médical rassurant ». Ces résultats sont surprenants, puisqu'on retrouve dans les études antérieures un sentiment plutôt négatif, avec une notion d'un « mal nécessaire ». L'examen gynécologique est généralement considéré comme un mauvais moment à passer, nécessaire à la santé(46)(45)(17)(42). Il est possible que cette différence résulte d'un biais lié au recueil des données. L'EI avec des participantes dont la majorité connaît la chercheuse, et sait que la recherche constitue un travail de thèse peut pousser les patientes à donner des réponses qu'elles imaginent satisfaisantes pour la chercheuse. Lors de l'analyse, les éléments négatifs du vécu de l'EG sont rapidement retrouvés dans les récits.

Le troisième thème mis en évidence pendant notre analyse a été celui des mécanismes de reprise de contrôle. En effet, nous avons observé qu'en réponse à la vulnérabilité et l'impuissance générée par l'examen gynécologique, les femmes développaient des stratégies leur permettant d'accepter cet examen intrusif.

Il ne leur suffisait pas de le savoir nécessaire pour leur santé pour l'accepter totalement. L'un des éléments majoritairement retrouvé était celui de la communication. Les femmes avaient besoin d'être informées sur le déroulement de l'examen pour le comprendre et diminuer leur anxiété. C'est un élément qui apparaît fréquemment dans les études, notamment chez Hilden et al, pour qui le manque de communication génère un contact émotionnel défavorable et contribue à teinter l'examen d'un sentiment négatif(13).

Ce besoin d'être informé pendant l'examen n'est pas le seul pan de la communication qui importe. Cet élément a été démontré dans l'étude de Ulker et Kivrak en 2016, dans laquelle une analyse randomisée n'a pas retrouvé de diminution du niveau d'anxiété pré-examen lors de la distribution d'une information papier concernant le déroulement de l'examen(53).

Les femmes ont également besoin de se sentir suffisamment à l'aise pour oser poser des questions et exprimer leurs souhaits concernant leur prise en charge.

Cette communication entre médecin et patiente est un élément de prise de contrôle qui dépend surtout de l'examineur, ce pourquoi le pouvoir de choisir son praticien est également un élément majeur.

En plus d'une relation médecin-patient permettant le dialogue, le choix du praticien pouvait être influencé par son genre, mais aussi son âge (s'il est de sexe masculin). Chez Yannikerem et Al, 45% des femmes disait préférer un examineur féminin, contre 4% qui disaient préférer un examineur masculin, les 41% restant n'ayant pas de préférence(15).

Ceci fait écho aux mécanismes de déssexualisation de l'EG.

Le cabinet dans lequel l'EG a lieu, peut également jouer un rôle dans l'acceptation de l'EG, car il va devenir un environnement connu des patientes et donc rassurant. C'est un élément fréquemment retrouvé dans la littérature(42)(15) et également dans notre étude. Les participantes connaissent très bien le lieu de consultation et s'y sentent généralement à l'aise, notamment car on y retrouve souvent un élément qui permet de garder un peu d'intimité lors du déshabillage (paravent, pièce à part par exemple). En dehors de quelques exceptions pendant la grossesse, nos participantes se rendaient généralement seules au RDV, et ne souhaitaient pas avoir d'accompagnateur ou de chaperon. Ceci correspond également aux résultats de la littérature, notamment dans les pays occidentaux, malgré le fait que certaines organisations de santé, notamment britannique et nord-américaine recommandent la présence d'un chaperon pendant un examen gynécologique(54)(55).

Pendant cette consultation, si la patiente le souhaite, elle peut renforcer ses connaissances, ou éclaircir ses interrogations, voir découvrir l'anatomie et le fonctionnement de ses organes génitaux. Cette communication libre et cet échange entre la patiente et l'examineur sont des éléments majeurs permettant à la patiente de gérer favorablement la situation. Cette consultation peut alors devenir un lieu de prise de pouvoir pour la femme, de confiance et d'estime de soi. Le médecin, s'il saisit l'occasion et se montre à l'écoute, peut accompagner une adolescente dans son développement et sa construction en tant que femme. Si ce n'est pas le cas, le manque d'information est toujours délétère, et majore l'anxiété et le vécu négatif de l'examen. La consultation devrait permettre de guider et accompagner les femmes dans une culture de l'égalité.

Lors de l'examen en lui-même, une distanciation se fait entre le corps du médecin et celui de la patiente. Certains gynécologues vont porter des gants lors des palpations, et positionner leur corps de manière à ne pas toucher la patiente autrement qu'avec leurs mains. La conversation ne va pas forcément se poursuivre pendant l'examen, en dehors de quelques indications purement médicale, et les regards évitent de se croiser. Chez L. Guyard, tout comme pour 2 de nos participantes, les patientes avaient tendance à regarder le plafond, ou fixer le regard sur un élément décoratif du bureau. Pour l'une de nos participante, le gynécologue éteignait même la lumière, pour la mettre plus à l'aise.

Par la suite, une routine va s'installer en raison de la répétition des examens. Après plusieurs consultations, les patientes en connaissent le découpage spatio-temporel. Pour certaines, ces consultations font partie intégrante de leur vie de femme. Cette routine, considérée comme normale pour le genre féminin, participe à rendre l'EG tolérable. De plus, lorsque les examens ont été réalisés et s'avèrent normaux, la réassurance apportée renforce positivement les sentiments envers l'EG. Cette notion de facilitation de l'examen par sa répétition, et son découpage spatio-temporel précis est retrouvé dans le travail de Laurence Guyard. Elle a observé lors de ses études, que le rythme de la consultation était toujours le même. La patiente qui consulte à plusieurs reprises sait exactement ce que l'on attend d'elle à chaque moment. Dès lors d'un imprévu vient changer le déroulement habituel de la consultation celle-ci est à nouveau plus difficile à vivre. Par exemple, un examen mammaire qui se déroulerait sur la chaise qui fait face au bureau et non pas sur le lit d'examen, perturbe la patiente qui se sent plus gênée que sur la table d'examen. On retrouve cette notion dans notre étude, lorsque l'on évoque la réalisation de l'examen gynécologique chez le médecin traitant.

4.1.2 Le médecin généraliste hors de cette sphère d'acceptation

L'examen gynécologique effectué par le médecin généraliste

Une situation inhabituelle d'emblée rejetée, avec un désir de maintenir une distance entre la gynécologie et la médecine générale. Mais une possibilité conditionnelle, nécessitant un ajustement des mécanismes de reprise de contrôle.

La majorité des femmes méconnaissent les capacités du médecin généraliste à réaliser un EG avec FCV (Frottis Cervico-Vaginal) comme l'a également constaté M Brosset dans sa thèse en 2013(56), ce qui correspond aux réactions de surprise que nous retrouvons chez nos participantes. Pour presque toutes les femmes interrogées, la question de l'EG par le MT était sanctionnée d'un refus ferme. Seule une n'y était pas opposée d'emblée. Pour les femmes, la réalisation de l'EG par le MT créait une ambivalence dans leur représentation de l'examen gynécologique tolérable, et les critères d'acceptation de cet examen. L'aspect inhabituel de cette situation se reflète dans le faible nombre de FCV réalisés par les médecins généralistes chaque année. Sur les 6 millions de FCV réalisés en France chaque année (57), seuls 7% sont attribués aux médecins généralistes(58).

Ce refus quasi-systématique (seule une patiente aurait apprécié de pouvoir faire son suivi gynécologique chez son MT) était justifié par plusieurs arguments, qui mettaient en avance une dichotomie dans le traitement du MSG et du MT. On constatait une différence dans la relation médecin-patient idéale pour la réalisation de l'EG selon que l'examineur soit le MSG ou le MT. La gêne perçue pendant l'examen s'il était réalisé par le MT était beaucoup plus

importante. Les femmes se sentaient trop proche de leur MT pour se sentir à l'aise une fois nues. Elles mettaient en avant le fait qu'il connaissait leur famille, leurs enfants, ou qu'il les connaissait depuis toutes petites.

Alors qu'elles expliquaient se sentir rassurées par une certaine proximité avec le MSG, et apprécier d'avoir un suivi prolongé avec la même personne, c'était l'inverse pour le MT. Celui-ci ne faisait pas partie de la sphère d'acceptation qui permettait aux femmes de s'exposer nues dans le contexte particulier de l'examen gynécologique. Elles préféraient une séparation nette entre le domaine de la médecine « de l'intime », et celui de la médecine « de tous les jours, de tous les maux ».

On retrouve ici encore le concept de la sectorisation de l'examen, ou son découpage spatio-temporel, comme élément facilitateur de l'EG. Les femmes se construisent un cadre d'acceptation de l'EG, qui les autorise à se trouver allongée nue avec une autre personne en dehors d'un contexte sexuel. Ce cadre est notamment constitué par : un examinateur défini (le gynécologue) avec lequel il existe une relation à la fois proche et distante, un lieu connu et dédié à cela (le cabinet de gynécologie de ville ou l'hôpital) et une consultation spécifique dont le déroulement est parfaitement connu. Si elles retrouvent un élément de réassurance sur leur état de santé chez le MT, le reste du cadre ne correspond plus avec l'EG acceptable. Le MT ne peut pas être cantonné uniquement à l'EG, et il sera revu fréquemment pour des motifs très variables. Pour les femmes, le MSG bénéficie d'une capacité à neutraliser la dimension sexuelle dans son regard sur les patientes, car c'est sa spécialité, et qu'il réalise ce genre d'examen « à longueur de journée ». Elles considèrent différemment le MT, pour qui l'EG reste relativement peu fréquent dans sa pratique quotidienne.

Cette situation changeait également leurs préférences concernant le rôle du sexe de l'examineur. Pour celles qui préféraient un examinateur masculin, ou qui n'avait pas de préférence, leur avis changeait pour une préférence féminine. De nombreuses participantes mettaient également en doute les compétences du MT, ce qui expliquait en partie la préférence pour un examinateur féminin : ses compétences étant renforcées par son expérience personnelle.

Ces freins à la consultation gynécologique chez le médecin généralistes étaient également retrouvés dans une thèse réalisée en 2013 par K. Carles Ferreira(59). Certains extraits de verbatim y sont très similaires aux paroles de nos participantes : « *Ah jamais de la vie par un généraliste, c'est un homme et un ami, en plus il ne me l'aurait même pas proposé, un généraliste est un généraliste, un spécialiste est un spécialiste.* » et « *Si c'était une femme oui, mais vu que c'est un homme c'est non.* » en sont deux exemples qui se superposent quasiment mot à mot avec des extraits de certains de nos verbatims.

En plus de ces éléments de gestion de l'EG en lui-même, les femmes percevaient également les freins qui pouvaient exister chez les médecins généralistes eux-mêmes. Elles estimaient, pour plusieurs d'entre-elles, que leur MT serait surpris qu'elles demandent à effectuer ce suivi auprès de lui, et qu'il ne le souhaiterait pas. Les arguments avancés sont ceux du manque de temps, du manque d'intérêt et du cabinet inadapté. Parmi ces arguments, ceux du temps et des problèmes de matériel et de cabinet non adapté sont retrouvés dans d'autres travaux(22)(30). Le manque d'intérêt évoqué par les patientes n'est pas retrouvé dans ces études, et correspond probablement plutôt à un manque de temps, et à la problématique de la multiplicité des motifs de consultation. Il peut être difficile pour le MT de faire le point sur

les dépistages organisés et individuels lors d'une consultation pour un ou plusieurs motifs autres. Deux autres freins évoqués cette fois par les MT, que l'on retrouve également dans notre étude, sont : le refus des patientes et leur méconnaissance des capacités du MT à réaliser l'examen. Ils évoquent également ressentir un manque de compétence, avec une formation initiale et continue insuffisante, ne leur permettant pas de se sentir à l'aise pour la réalisation du suivi gynécologique. Enfin on trouve la notion d'un rapport temps/rémunération insuffisant.

On constate donc que les éléments ressentis par les patientes correspondent aux freins évoqués par les MT dans les travaux de Champeaux R et Herzi D(30)(22).

Après exposition de l'ensemble des facteurs qui rendent ce suivi gynécologique chez le MT compliqué, voire impossible pour certaines, une possibilité conditionnelle pouvait tout de même apparaître. En dehors d'une situation d'urgence, durant laquelle les femmes accepteraient de se faire examiner par leur MT, il pouvait exister pour certaines une possibilité d'un suivi gynécologique régulier. Il faudrait pour cela que certaines conditions soient réunies. Un médecin généraliste féminin ou aux compétences établies si masculin, et une relation médecin-patient adaptée sont les bases permettant d'envisager ce suivi. Il est évident que lorsque le suivi se fait de façon satisfaisante avec un MSG, les femmes ne changeront pas pour réaliser ce suivi auprès du MT. Par contre, elles pourraient l'envisager dans le cas d'une limitation de leur mobilité ne leur permettant pas de s'y rendre, ou d'un départ à la retraite par exemple. Permettre ainsi une continuité de suivi des patientes dans leur globalité fait partie de la mission des médecins généralistes(26). D'après le plan cancer 2014-2019 la mise en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est en cours de mise en place(60). Cette décision augmentera très probablement l'adhérence des patientes et donc le nombre

de FCV à réaliser. Ceci pourrait augmenter le taux de réalisation des FCV par les médecins généralistes.

4.2 Discussion de la méthode de l'étude : forces et faiblesses

Cette étude est relativement originale, de par sa méthode. Si le thème de la gynécologie et du vécu des femmes pendant l'examen intéresse de nombreux chercheurs, peu d'études en IPA ont été menées. Cette technique permet de s'approcher au plus près de l'expérience du phénomène, tel qu'il est vécu par les patientes.

Les résultats ne sont pas généralisables à la population générale tel que tend à l'être une étude quantitative. Les recherches qualitatives apportent de nouvelles connaissances et perspectives dans le milieu de la santé, qui ne sont pas explorables par des méthodes quantitatives. Ces méthodes de recherche sont parfois décriées, et déconsidérées sur le plan scientifique. Les méthodes qualitatives et quantitatives sont vues comme diamétralement opposées, alors qu'elles sont plutôt complémentaires.

On reproche souvent à la recherche qualitative un manque de rigueur, des méthodologies vagues, une absence de validité et reproductibilité. Cependant s'il est admis que la recherche qualitative, et notamment en IPA, demande une certaine part de créativité, des critères de qualité existent et sont recherchés.

Plusieurs guidelines existent en recherche qualitative, notamment les grilles ENTREQ (ENhancing Transparency in REporting the synthesis of Qualitative research) publiée en

2012(61) et COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) publiée en 2007(62). Ces grilles regroupent un ensemble d'éléments permettant de déterminer la qualité, et donc le degré de confiance que l'on peut accorder à une étude qualitative. Les grilles ENTREQ et COREQ sont disponibles en annexe 9 et 10.

Les items des grilles ENTREQ et COREQ peuvent être retrouvés présentés différemment, de façon plus pédagogique, dans une liste de recommandations publiée en 2001 dans la revue *The Lancet*(63).

Panel 3: Guidelines for authors and reviewers of qualitative studies**Aim**

Is the research question a relevant issue?
 Is the aim sufficiently focused, and stated clearly?
 Does the title of the article give a clear account of the aim?

Reflexivity

Are the researcher's motives, background, perspectives, and preliminary hypotheses presented, and is the effect of these issues sufficiently dealt with?

Method and design

Are qualitative research methods suitable for exploration of the research question?
 Has the best method been chosen with respect to the research question?

Data collection and sampling

Is the strategy for data collection clearly stated (usually purposive or theoretical, usually not random or representative)?
 Are the reasons for this choice stated?
 Has the best approach been chosen, in view of the research question?
 Are the consequences of the chosen strategy discussed and compared with other options?
 Are the characteristics of the sample presented in enough depth to understand the study site and context?

Theoretical framework

Are the perspectives and ideas used for data interpretation presented?
 Is the framework adequate, in view of the aim of the study?
 Does the author account for the role given to the theoretical framework during analysis?

Analysis

Are the principles and procedures for data organisation and analysis fully described, allowing the reader to understand what happened to the raw material to arrive at the results?
 Were the various categories identified from theory or preconceptions in advance, or were they developed from the data?
 Which principles were followed to organise the presentation of the findings?
 Are strategies used to validate results presented, such as cross-checks for rivaling explanations, member checks, or triangulation.
 If such strategies are not described in this section, they should appear as validity discussions later in the report.

Findings

Are the findings relevant with respect to the aim of the study?
 Do they provide new insight?
 Is the presentation of the findings well organised and best suited to ensure that findings are drawn from systematic analysis of material, rather than from preconceptions?
 Are quotes used adequately to support and enrich the researcher's synopsis of the patterns identified by systematic analysis?

Discussion

Are questions about internal validity (what the study is actually about), external validity (to what other settings the findings or notions can be applied), and reflexivity (the effects of the researcher on processes, interpretations, findings, and conclusions) addressed?
 Has the design been scrutinised?
 Are the shortcomings accounted for and discussed, without denying the responsibility of choices taken?
 Have the findings been compared with appropriate theoretical and empirical references?
 Are a few clear consequences of the study proposed?

Presentation

Is the report easy to understand and clearly contextualised?
 Is it possible to distinguish between the voices of the informants and those of the researcher?

References

Are important and specific sources in the field covered, and have they been appropriately presented and applied in the text?

Figure 11: Guidelines de la recherche qualitative selon Malterud, the Lancet

Nous avons appliqué les guidelines de l'article publié dans « The Lancet » à notre étude.

1. Objectif

Il doit être précis et pertinent. L'objectif de notre étude était de déterminer le vécu de l'examen gynécologique, par les femmes. Ce sujet est très présent dans l'actualité récente, et fait l'objet de nombreux débats. Le sujet est donc précis et ancré dans l'actualité.

2. Chercheur et réflexion

Dans notre cas, la chercheuse était novice dans les techniques de recherches qualitatives et effectuait cette recherche dans le cadre d'un travail de thèse. Elle s'est formée à l'EI par la lecture d'un guide à destination des chercheurs menant des entretiens(36). Elle s'est ensuite formée aux différentes méthodes de recherches qualitatives grâce à plusieurs ouvrages dédiés et articles(35)(64)(65)(38)(63)(66)(67).

Elle a pris soin de formuler ses préconceptions avant la rédaction du guide d'entretien et à nouveau avant l'analyse, pour s'en affranchir au maximum. Certaines patientes avaient déjà rencontré la chercheuse avant l'étude. Ceci pouvait participer à créer un climat de confiance, mais également perturber les résultats par des biais de préconception et d'influence. Dans notre étude, contrairement aux données recueillies dans la littérature, les femmes exprimaient en premier un sentiment positif concernant l'EG. Ce résultat est à considérer avec circonspection, il peut être le fait d'un biais d'influence.

3. Méthode et design de l'étude

L'IPA semblait la méthode la plus adaptée pour répondre à la question de recherche, ce qui s'est confirmé au vu des résultats. La chercheuse s'est informée afin de définir une méthodologie précise. La taille de l'échantillon a pu être gérée grâce à la recherche d'un logiciel adapté(37). La taille de l'échantillon aurait pu être réduite, pour permettre une exploration plus profonde de chaque entretien.

En effet, le caractère idiographique de l'IPA en fait une analyse centrée sur l'individuel, avec la recherche d'une analyse la plus approfondie et détaillée possible.

4. Recueil des données et échantillonnage

Un échantillonnage ciblé a été réalisé, ceci permettant de sélectionner les participantes ayant les caractéristiques permettant de répondre à la question de recherche. L'analyse aurait pu bénéficier d'un échantillon plus réduit selon certains critères spécifiques. Par exemple, avec un recrutement concernant uniquement les femmes ménopausées, ou les femmes ayant eu une expérience négative, ou encore uniquement des femmes homosexuelles.

Le recueil des données s'est fait au cours d'entretiens individuels. La chercheuse étant novice, malgré une formation théorique avant le début des entretiens, ceci a pu entraîner un manque de richesse des données. Cependant avec une durée moyenne de 48 minutes, et un nombre d'entretiens supérieur à la moyenne habituelle, ce problème a pu être compensé. Les verbatims n'ont pas été présentés aux interviewées pour relecture et validation en raison de difficultés logistiques. Ceci aurait pu renforcer la validité interne de l'analyse.

5. *Cadre théorique*

La revue de la littérature a permis de définir un cadre théorique, qui a pu ensuite être comparé avec les résultats de notre étude. L'analyse en IPA ne nécessite pas de cadre théorique aussi précis que d'autres analyses qualitatives, dans lesquelles les codes sont définis avant de débiter l'analyse du texte, grâce à la revue de la littérature.

6. *Analyse*

La méthode d'analyse a été définie et expliquée dans le chapitre matériel et méthode. La chercheuse était également novice en analyse qualitative, et s'est formée par la lecture d'ouvrages spécialisés et d'articles(64)(35). Cependant pour cette raison l'analyse a pu manquer de finesse et de dimension. Le codage n'a pas pu être triangulé, en raison de l'absence de deuxième chercheur dans cette étude. L'analyse n'a pas été effectuée « en direct ». Elle a débuté après le 8ème entretien et s'est terminée plusieurs mois après le dernier entretien. Lorsque les données sont analysées directement après la réalisation des EI, il est possible d'ajuster plus finement le guide d'entretien, ainsi que de déterminer la saturation des données, permettant ainsi de stopper le recueil en fonction des données obtenues. Ceci n'a pas été le cas dans notre étude, et le nombre d'entretien réalisé a été défini arbitrairement.

L'absence de deuxième chercheur n'a pas permis la triangulation de l'analyse et la recherche d'un consensus au niveau des thèmes mis en évidence. Ceci est un argument négatif concernant la validité externe de l'étude.

7. Résultats

Les résultats sont cohérents avec les données de la littérature et le cadre théorique. L'étude apporte de nouvelles informations concernant le vécu de l'examen gynécologique, ainsi que des pistes pouvant guider les MT souhaitant proposer des consultations de gynécologie à leurs patientes.

8. Discussion

Les résultats, ainsi que les critères de validité interne et externe de l'étude ont été discutés. (Absence de validation interne par les participantes, absence de triangulation pour la validation externe, manque de formation de la chercheuse, taille de l'échantillon important).

9. Présentation

Le travail produit doit être lisible, autant sur le fond que la forme. Il est intéressant de conserver la voix des participantes au premier plan, associées aux éléments analytiques et à l'interprétation du chercheur. Ceci permet aux lecteurs de juger de la pertinence de l'interprétation faite par le chercheur.

10. Bibliographie

Les recherches ont été faites dans plusieurs banques de données : PubMed, Cairn, LiSSa, Erudit, EMC en sont une liste non exhaustive. Le catalogue des thèses SUDOC a également été consulté. La recherche a été réalisée en français et en anglais, avec les termes : femme, ressenti, vécu, expérience, gynécologie, examen gynécologique, phénoménologie, médecin généraliste, médecine générale/women, *gynaecology*, *gynaecologic examination*, *pelvic*

examination, speculum, experience, feeling, phenomenology. General practice, family physician, family medicine.

De nombreuses études concernant l'examen gynécologique du point de vue des femmes ont été répertoriées, avec des analyses quantitatives et des recherches qualitatives, (principalement en théorisation ancrée). Aucune autre étude en IPA concernant le même sujet n'a été trouvée.

5 CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de comprendre de quelle façon l'examen gynécologique est vécu par les femmes, lorsqu'il est réalisé par le MSG et le MT. Afin d'être au plus près de l'expérience réelle de l'EG, les récits détaillés de 17 femmes ont été analysés. L'utilisation de l'analyse phénoménologique interprétative a permis de mettre en avant l'essentiel de ce qu'est l'EG tel qu'il est vécu par ces 17 femmes. Ce phénomène a pu être modélisé en 3 thèmes majeurs : une perte de contrôle, une responsabilité imposée par le genre, une reprise de contrôle par des mécanismes de défense.

Il ressort des études précédentes que la majorité des femmes redoutent l'EG, en raison notamment de la gêne et la douleur qu'il génère. On retrouve également un lien entre l'anxiété ressentie et une irrégularité dans le suivi. Les éléments souvent retrouvés dans la littérature concernant l'EG par le MT, sont les freins relatifs aux médecins (manque de formation, de temps, de rémunération adaptée) et aux patientes (compétences mises en doute, manque de temps, cabinet non adapté).

Lors de l'analyse des entretiens, la majorité des femmes a exprimé un sentiment positif concernant l'EG. Il s'agit pour elles d'un moment médical, qui les rassure sur leur état de santé. De plus, elles ont en majorité exprimé le souhait d'un suivi régulier malgré des expériences parfois négatives. Comme anticipé, les multiples aspects négatifs de l'EG sont rapidement apparus, mentionnés par toutes les femmes.

Pendant l'EG, il apparaît que les femmes vivent une perte de contrôle, un moment intime et de vulnérabilité, fortement associé à la sexualité. Pendant cet examen, elles donnent le pouvoir sur leur corps à l'examineur. Pour obtenir un rapport favorable entre les inconvénients et les bénéfices de l'examen, les femmes conçoivent des stratégies de reprise de contrôle. Tout d'abord, elles choisissent un praticien dont le genre ou l'âge sexualisent moins l'examen. Elles se distancent ainsi de l'examineur tout en conservant un certain degré de proximité, via une relation médecin-patient de confiance. Il leur est également important de recevoir les explications nécessaires pour appréhender l'EG favorablement. Ces connaissances, associées à une relation médecin-patient qui accepte le dialogue, leur permet de prendre une position active dans leur prise en charge.

Un élément nouveau apporté par notre travail est le thème de la responsabilité féminine. Cette thématique n'apparaissait dans aucune des études de la recherche bibliographique. Le fait d'être de genre féminin normalise l'acceptation de l'EG, et induit une certaine culpabilité pour celles qui ne s'y plient pas. Les femmes interrogées vivaient leur suivi gynécologique comme une trajectoire qu'elles considéraient comme normale, et attendue, dans la vie de toute femme. Les constructions sociales toujours présentes aujourd'hui, qui mettent la maternité au centre de la vie des femmes, régissent en partie leur vécu de l'examen gynécologique. En plus d'une réassurance générale sur leur état de santé (cancer, infections sexuellement transmissibles), les participantes cherchaient également à être rassurées quant à leur santé reproductrice.

D'après les résultats de cette étude, le médecin traitant n'entre pas pour le moment dans ce modèle accepté de l'examen gynécologique. L'analyse des récits concernant l'EG par le MT

met en avant 3 grands thèmes : le refus des patientes et des MT, l'ambivalence entre gynécologue et MT, la possibilité conditionnelle.

La réalisation de l'EG par le MT est une situation d'emblée refusée par l'ensemble des patientes. Ce refus est justifié par la déconstruction de certains mécanismes de protection développés pour l'EG : choix de l'examineur et rôle de son genre, capacité de distanciation, relation médecin-patient particulière et connaissance spatio-temporelle parfaite de l'examen notamment. En plus de leur propre refus, les participantes ressentent un manque d'intérêt de leurs MT pour la gynécologie, et estiment qu'ils ne souhaiteraient pas faire ces examens. Si elles reconnaissent aux MT des compétences, elles se sentent rassurées par la spécialisation du MSG, autant sur le plan des compétences que sur le vécu de l'examen par l'examineur. Toutefois, après le refus et ses justifications, apparaissait une possibilité conditionnelle. L'EG, s'il est réalisé par le MT, nécessitera un ajustement de sa part ainsi que de la patiente. Certes, les femmes interrogées ont en majorité déclaré préférer poursuivre leur suivi auprès du MSG. Mais pour certaines d'entre-elles, si les conditions adéquates étaient réunies, elles pourraient accepter un suivi gynécologique auprès du MT. Cette offre de soin pourrait apporter un bénéfice à celles qui n'auraient pas de suivi régulier pour le moment, ou en cas de départ non remplacé du MSG.

La modélisation du phénomène ainsi obtenue ne pourra pas être généralisée à la totalité de la population féminine. Le vécu d'une situation précise étant fortement lié aux contextes social et environnemental des individus étudiés, celui-ci varie en conséquence. Ces résultats sont concordants avec les études précédentes sur le sujet, et ils viennent les compléter par la notion du rôle de la responsabilité féminine. Cette étude apporte un éclairage sur le ressenti de nos patientes, lorsque nous pratiquons cet examen qui a pu devenir routinier et perdre son

caractère spécial. Cela peut permettre, tant aux médecins généralistes qu'aux spécialistes, de travailler à remettre la patiente au centre de la prise en charge. Ayant constaté au cours des entretiens que de toutes les femmes ayant accouché avaient un ressenti très variable et des souvenirs marquants et très détaillés, une étude s'intéressant plus particulièrement à ce moment, à la fois personnel et médical, pourrait permettre d'apporter une vision différente sur la prise en charge des femmes, pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

VU

Strasbourg, le 21/09/2020

Le président du jury de Thèse

Professeur DERUELLE Philippe



VU et approuvé
Strasbourg, le 19 OCT. 2020
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Médecine Dentaire et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILLA



6 BIBLIOGRAPHIE

1. Danet S, Olier L, Moisy M, France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. Paris: Documentation française; 2010.
2. OMS | Santé sexuelle et reproductive [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/fr/>
3. Masson E. Hystérectomie par voie abdominale pour lésions bénignes [Internet]. EM-Consulte.
4. ROBERT V, Doubovetzky J, Lexa A, Nicot P, BOUR C. Le dépistage organisé permet-il réellement d'alléger le traitement chirurgical des cancers du sein ? Médecine. 1 oct 2017;
5. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes
6. Beltzer N, Féron V, Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en Île-de-France: résultats de l'enquête Inpes-Baromètre Santé de 2010. Synthèse de l'Observatoire régional de Santé (ORS) d'Île-de-France Paris: ORS Île-de-France. 2013;
7. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
8. Marie accouche là | Explorations politiques et féministes autour de la naissance [Internet]. Disponible sur: <https://marieaccouchela.net/>
9. En jupe ! [Internet]. En jupe ! Disponible sur: <https://enjupe.com/>
10. Tu enfanteras dans la douleur [Internet]. Disponible sur: http://www.film-documentaire.fr/4DACTION/w_fiche_film/56888_1
11. DECHALOTTE M. Le livre noir de la gynécologie. First; 2017. 488 p.
12. Bel B. Qu'est-ce que le Ciane [Internet]. CIANE. Disponible sur: <https://ciane.net/ciane/ciane/>
13. 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.
14. 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.
15. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery. oct 2009;25(5):500-8.

16. Cuer C, Pasqualini-Adamo J, Di Marco L. Étude des inconforts ressentis par les patientes évalués avant et après une consultation de gynécologie et facteurs associés: étude déclarative, descriptive et comparative. France; 2018.
17. Grundström H, Wallin K, BerterÖ C. 'You expose yourself in so many ways': young women's experiences of pelvic examination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1 juin 2011;32(2):59-64.
18. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Young women describe the ideal first pelvic examination: Qualitative research using semistructured interviews. *Can Fam Physician*. août 2017;63(8):e376-80.
19. Mrayan L, Alnuaimi K, Abujilban S, Abuidhail J. Exploring Jordanian women's experience of first pelvic examination. *Applied Nursing Research*. 1 déc 2017;38:159-62.
20. Siwe K, Wijma B. The first pelvic examination for an adolescent: is this rite of passage used to its full potential? *Curr Opin Obstet Gynecol*. oct 2013;25(5):357-63.
21. Terris C, Farge T. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. Lyon, France; 2017.
22. Herzi D. Les freins à la prise en charge gynécologique des femmes par le médecin généraliste, étude qualitative auprès de médecins Alsaciens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2016.
23. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract*. avr 1997;14(2):148-52.
24. Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. *Acta Inform Med*. 2008;16(4):219-25.
25. Regnaud J-P, Guay V, Marsal C. Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 oct 2009;9(94):55-61.
26. WHO | The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever) [Internet]. WHO. World Health Organization. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/en/>
27. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice. C Squimbre. 2012.
28. Hjörleifsson S, Bjorvatn B, Meland E, Rørtveit G, Hannestad Y, Tschudi Bondevik G. The when and how of the gynaecological examination: a survey among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care*. 29 mai 2019;37(2):264-70.
29. Rubin SE, Fletcher J, Stein T, Segall-Gutierrez P, Gold M. Determinants of intrauterine contraception provision among US family physicians: a national survey of knowledge, attitudes and practice. *Contraception*. 1 mai 2011;83(5):472-8.

30. 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 : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. France; 2013.
31. Ravelojaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques: état des lieux, freins objectifs et subjectifs [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.
32. Restivo L, Julian-Reynier C, Apostolidis T. Pratiquer l'analyse interprétative phénoménologique : intérêts et illustration dans le cadre de l'enquête psychosociale par entretiens de recherche. *Pratiques Psychologiques*. 1 déc 2018;24(4):427-49.
33. Mantzavinos C. Le cercle herméneutique : de quel type de problème s'agit-il ? *L'Année sociologique*. 2013;Vol. 63(2):509-27.
34. Rodham K, Fox F, Doran N. Exploring analytical trustworthiness and the process of reaching consensus in interpretative phenomenological analysis: lost in transcription. *International Journal of Social Research Methodology* [Internet]. 11 nov 2014 Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2013.852368>
35. Pietkiewicz I, Smith J. A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ*. 1 janv 2014;20:7-14.
36. L'entretien - Alain Blanchet - Payot.
37. Home | Dedoose [Internet]. Disponible sur: <https://www.dedoose.com/>
38. Groenewald T. A Phenomenological Research Design Illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*. 1 mars 2004;3(1):42-55.
39. Sass C, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guenot C, Labbe É, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes.
40. Moreigne M, Vivies L, Uguen S, Frénet F, Deville N. Les Centres d'Examens de Santé et l'accès aux soins des publics vulnérables. *Regards*. 2014;N° 46(2):173-83.
41. Quelle est la nomenclature des diplômes par niveau ? | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F199>
42. Oscarsson M, Benzein E. Women's Experiences of Pelvic Examination: An Interview Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1 janv 2002;23(1):17-25.
43. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*. 2002;no 27(3):81-92.
44. Guyard L. Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir. *Nouvelles Questions Feministes*. 2010;Vol. 29(3):44-57.
45. 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.

46. Areskog-Wijma B. The gynaecological examination—women's experiences and preferences and the role of the gynaecologist. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1 janv 1987;6(1):59-69.

47. Botalla-Piretta A-S, Auger Lefebvre L, Lefébure A, Czernichow P, Hermil J-L, Savoye G. Examen gynécologique en décubitus latéral: ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. Rouen, France: s.n.; 2015.

48. Leeners B, Stiller R, Block E, Görres G, Imthurn B, Rath W. Effect of Childhood Sexual Abuse on Gynecologic Care as an Adult. *Psychosomatics*. sept 2007;48(5):385-93.

49. Robohm JS, Bутtenheim M. The Gynecological Care Experience of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Investigation. *Women & Health*. 5 févr 1997;24(3):59-75.

50. Millstein SG, Adler NE, Irwin CE. Sources of anxiety about pelvic examinations among adolescent females. *Journal of Adolescent Health Care*. avr 1984;5(2):105-11.

51. Marlatt KL, Beyl RA, Redman LM. A qualitative assessment of health behaviors and experiences during menopause: a cross-sectional, observational study. *Maturitas*. oct 2018;116:36-42.

52. Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. A population based survey of women's experience of the menopause. *BJOG:An international journal of O&G*. oct 1996;103(10):1025-8.

53. Ulker K, Kivrak Y. The Effect of Information About Gynecological Examination on the Anxiety Level of Women Applying to Gynecology Clinics: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Iran Red Crescent Med J [Internet]*. 6 févr 2016 [Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5002923/>]

54. 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.

55. Amaechina OU, Moodley J, Ramnarain H. Patients attitudes to vaginal examination and use of chaperones at a public hospital in South Africa. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 1 janv 2016;19(1):110.

56. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une étude quantitative. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf

57. Duport DN. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. :34.

58. Malmartel A, Rigal L. Suivi gynécologique, médecin impliqué et dépistage du cancer du col utérin : une accumulation de disparités sociales. [Internet]. 8 mars 2016 Disponible sur: <http://www.em.premium.com/article/1037741/resultatrecherche/6>
59. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2013.
60. DICOM_Jocelyne.M. Plan cancer 2014-2019 - 4ème rapport au président de la République [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/plan-cancer-2014-2019-4eme-rapport-au-president-de-la-republique>
61. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Medical Research Methodology. 27 nov 2012;12(1):181.
62. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
63. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet. 11 août 2001;358(9280):483-8.
64. Deslauriers J-P. L'analyse en recherche qualitative. Cahiers de recherche sociologique. 1987;5(2):145.
65. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche Qualitative [Internet]. [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php>
66. Les recherches qualitatives en santé - Joëlle Kivits - Payot [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.payot.ch/Detail/les_recherches_qualitatives_en_sante-joelle_kivits-9782200611897?cId=0
67. Initiation à la recherche - Paul Frappé - Payot [Internet]. [cité 25 févr 2020]. Disponible sur: https://www.payot.ch/Detail/initiation_a_la_recherche-paul_frappe_wiebke_petersen-9782919616275

7 ANNEXES

Guide d'entretien

PARTIE 1 : ressenti

Je voudrais commencer par aborder votre ressenti, votre vécu lors des examens gynécologiques dont vous avez pu bénéficier.

1/Lorsque l'on évoque une consultation de gynécologie, quel est votre ressenti ?

Vous souvenez-vous de l'âge de votre premier examen gynécologique ?

- Si oui, pourriez-vous le décrire, qu'avez-vous ressenti ?

2/De quand date votre examen gynécologique le plus récent ?

- Pourriez-vous me raconter comment s'est déroulé l'examen et ce que vous avez ressenti.

3/Si anxiété/peur/gêne : pensez-vous que ces sentiments négatifs peuvent affecter la régularité de votre suivi ? Avez-vous déjà eu des expériences négatives ?

5/ Selon vous, que pourrait faire le professionnel pour que vous soyez plus à l'aise ? Zone de déshabillage, explications, comportement de l'examineur, temps, environnement du cabinet)

6/ Pourriez-vous envisager de réaliser ce suivi chez votre MG ?

- Pourquoi oui/non

PARTIE 2 : connaissances

1/Si non précisé avant : Avez-vous un gynécologue ? (H / F ?)

2/ Selon vous, en quoi consiste le suivi gynécologique de routine ?

- A quelle fréquence allez-vous voir le gynécologue ?
- Comment se déroule l'examen en général, quels examens complémentaires ?(Ex speculum, frottis, palpation mammaire, mammographie, TV bimanuel, TR...)
- Le trouvez-vous utile ? Pensez-vous qu'il soit justifié même si vous vous sentez bien? Que cherche le médecin ?

3/ Selon vous, à quoi sert le frottis cervico-utérin (cancer/HPV)?

- A quel rythme est-il conseillé de le faire ?
- Est-il remboursé entièrement ?
- Vous souvenez-vous avoir déjà eu un courrier de la CPAM pour vous rappeler de le faire ?
- (En + : qu'est-ce que l'HPV ?)

4/Selon vous à quoi sert la mammographie ?

- En avez-vous déjà faite une ? (DO ou DI ?) de quand date la dernière ?
- A partir de quel âge est-il conseillé de la faire, en l'absence d'atcd ?
- A quel rythme est-il conseillé de la faire ?
- Avez-vous déjà reçu un courrier de la CPAM vous rappelant de la faire ?

5/ Savez-vous quels sont les professionnels de santé pouvant réaliser ce suivi ? (gyn, MT, SF, biologiste pr faire le frottis)

Pour terminer, j'aurai besoin de quelques renseignements (si non obtenus avant) :

Age/situation/enfants ?/courverture sociale/Profession/Niveau d'étude/lieu de résidence

Guide d'entretien

Lorsque l'on évoque l'examen gynécologique, qu'est ce que cela vous fait ressentir ?

Pouvez vous me parler de votre premier examen gynécologique? Et votre plus récent examen ?
Avez-vous toujours eu le même gynéco ? changement ? pourquoi ? (homme/femme ?)
Comment se déroule la consultation habituellement ?

Comment ça se passe pour vous lorsque vous-êtes sur la table du gynécologue ?

Relance : position ? lieux ? sentiment ? Contact avec le médecin ?

Avez-vous eu l'impression d'avoir été bien informée sur ce sujet, et par qui ? (famille, amie, école ?)

Si anxiété/peur/gêne : pensez-vous que ces sentiments négatifs peuvent affecter la régularité de votre suivi ?

Relance : Avez-vous déjà eu des expériences négatives ?

Avez-vous déjà entendu parler de l'expression violence obstétricale, qu'en pensez-vous ?

Relance : Comment se sont déroulés vos accouchements ?

Selon vous, que pourrait faire le professionnel pour que vous soyez plus à l'aise ? (Zone de déshabillage, explications, comportement de l'examineur, temps, environnement du cabinet)

Pourriez-vous envisager de réaliser ce suivi chez votre MG ?

Pourquoi oui/non

Selon vous, en quoi consiste le suivi gynécologique de routine ?

Relance : Le trouvez-vous utile ? Pensez-vous qu'il soit justifié même si vous vous sentez bien? Que cherche le médecin ?

Quels sont les différents types de dépistage proposés, dont on vous a déjà parlé ?

Savez-vous quels sont les professionnels de santé pouvant réaliser ce suivi ? (gyn, MT, SF, biologiste pour faire le frottis)

Si vous avez une question, ou un problème d'ordre gynécologique, à qui vous adressez vous en premier ?

Pour terminer, j'aurai besoin de quelques renseignements (si non obtenus avant) :

Age/situation/enfants ?/courveture sociale/Profession/Niveau d'étude/lieu de résidence



**Faculté
de médecine**

Projet de thèse : « Déterminer le ressenti et les connaissances des femmes concernant leur suivi gynécologique »

Nom des responsables du projet :

Thésard : Julie PIERSON
Directrice de thèse : Dr Anne Berthou

Présentation de l'étude :

Dans le cadre d'un travail de fin d'études s'intéressant à la perception des femmes sur leur santé gynécologique, nous souhaitons interroger des femmes majeures entre 25 et 65 ans. L'étude concerne toutes les femmes de cette tranche d'âge qui souhaitent participer. L'un des intérêts de ce travail, en donnant la parole aux femmes, est de mieux connaître leurs attentes en termes de santé gynécologique. Egalement, nous souhaitons mettre en évidence les éventuelles difficultés qu'elles rencontrent et ainsi pouvoir trouver des pistes d'amélioration.

Les entretiens, d'une durée de 30 à 45 minutes, se dérouleront dans différents lieux (cabinet du médecin généraliste de la patiente, domicile, selon le souhait des participantes). La date et l'heure de l'entretien sont fixés au préalable en fonction des disponibilités des participantes.

Coordonnées :

Si vous souhaitez participer à cette étude, vous pouvez nous contacter par e-mail : thesepierson@gmail.com, ou laisser vos coordonnées au secrétariat.



**Faculté
de médecine**

Formulaire de consentement

Titre du projet de thèse : Ressenti des femmes concernant l'examen et le suivi gynécologique.

Nom des responsables du projet :

Thésard : Julie PIERSON

Directrice de thèse : Dr Anne Berthou

Présentation de l'étude

Dans le cadre d'un travail de fin d'études, je réalise des entretiens auprès de femmes ayant entre 25 et 65 ans. Je m'intéresse à la perception des femmes sur leur santé gynécologique, à leur ressenti lors des examens gynécologiques et aux éventuelles difficultés qu'elles rencontrent.

Modalités de l'étude

L'entretien dure environ 30 à 45 minutes. Après accord de la participante, l'entretien est enregistré sur dictaphone. Cela facilite le travail d'analyse de l'entretien et permet de restituer au mieux les propos de la participante. Les données recueillies pendant l'entretien sont **ANONYMES** et **CONFIDENTIELLES**.

L'enregistrement ne sera pas diffusé et sera détruit à la fin de l'analyse des résultats.

Le lieu et le moment de l'entretien sont établis en fonction de vos disponibilités.

Consentement

Je certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à ce travail de recherche. J'accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail. Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Julie PIERSON, étudiante en médecine à la faculté de Strasbourg.

Nom, prénom du participant :

Date, signature :

L'examen gynécologique : table des thèmes

Thèmes supra-ordonnés	Sous-thèmes
Perte de contrôle	<p><i>Mise à nu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nudité physique Questions intimes/personnelles Peur d'un jugement de valeur <p><i>Intrusion physique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Impuissance/vulnérabilité Examen douloureux <p><i>Lien avec la sexualité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Zone intime Rôle du genre de l'examineur Un impact si antécédent violent
Responsabilité féminine	<p><i>Des rites de passage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} rapport sexuel 1^{ère} consultation <p><i>Une trajectoire féminine attendue</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Grossesses/accouchements Vie génitale active Ménopause <p><i>Un devoir féminin</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Contraception efficace Bonne santé/procréation Culpabilité si manquement
Mécanismes de reprise de contrôle	<p><i>Choix de l'examineur</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Relation MP/communication Genre de l'examineur <p><i>Distance confortable</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pour déshabillage Pour examen <p><i>Routine rassurante</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Connaitre déroulement examen Connaitre les lieux <p><i>Trouver un bénéfice</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Bonne santé/être rassurée

La perspective de l'examen gynécologique par le MT/MG : table des thèmes

Thèmes super-ordonnés	Sous-thèmes
Le refus	<p><i>Des patientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Situation inhabituelle Désir de séparation Doutes sur compétences <p><i>Des médecins (projection)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Temps Cabinet/matériel Désintérêt
Perturbation des mécanismes de reprise de contrôle	<p><i>Relation MP idéale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Avoir confiance Ne pas être trop proche Pudeur majorée <p><i>Choix du praticien</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Préférence féminine Expérience personnelle Regard du médecin Age du MG/MT
Une possibilité conditionnelle	<p><i>Selon situation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Urgence Départ gynécologue <p><i>Selon MG/MT</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Féminin Compétences Age Confiance/distance

Score individuel qui a pour objectif l'identification des personnes en situation de précarité.

Questions

Remarque : 0 point si la réponse est non

- Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (+ 10,06)
- Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? (- 11,83)
- Vivez-vous en couple ? (- 8,28)
- Êtes-vous propriétaire de votre logement ? (- 8,28)
- Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF etc.) ? (+ 14,80)
- Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? (- 6,51)
- Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? (- 7,10)
- Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? (- 7,10)
- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? (- 9,47)
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? (- 9,47)
- En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? (- 7,10)

Calcul du score en ajoutant chaque point à la constante (constante = 75,14).
Le seuil définissant la précarité est fixé à 30.

Quelle est la nomenclature des diplômes par niveau ?

Vérfifié le 10 décembre 2019 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

La nomenclature des diplômes par niveau permet d'indiquer le type de formation nécessaire pour occuper un poste dans le monde professionnel. Elle est utilisée, en particulier, lors des concours de l'administration.

Formation et niveau de diplôme correspondant

Années après le Bac	Titre du diplôme	Niveau de diplôme
-	CAP (), BEP ()	3 (anciennement V)
Bac	Baccalauréat	4 (anciennement IV)
Bac+2	DEUG (), BTS (), DUT (), DEUST ()	5 (anciennement III)
Bac+3	Licence, licence professionnelle	6 (anciennement II)
Bac+4	Maîtrise, master 1	6 (anciennement II)
Bac+5	Master, diplôme d'études approfondies, diplôme d'études supérieures spécialisées, diplôme d'ingénieur	7 (anciennement I)
Bac+8	Doctorat, habilitation à diriger des recherches	8 (anciennement I)
Dispenses de titres	Mère ou père de 3 enfants Sportif de haut niveau	-

Textes de référence

- Décret n°2019-14 du 8 janvier 2019 relatif au cadre national des certifications professionnelles [✉ \(https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037964754&categorieLien=cid\)](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037964754&categorieLien=cid)

Services en ligne et formulaires

- Consultation du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) [\(https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R40438\)](https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R40438)
Téléservice

Pour en savoir plus

- Présentation de l'enseignement supérieur [✉ \(http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid25124/presentation-de-l-enseignement-superieur.html\)](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid25124/presentation-de-l-enseignement-superieur.html)
Ministère chargé de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
- Nomenclature relative au niveau de diplôme [✉ \(http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html\)](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid72872/nomenclature-relative-au-niveau-de-diplome.html)
Ministère chargé de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Variantes de position pour l'examen gynécologique



Figure 1 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

Position semi assise



Figure 5 Common examination positions. From Lammon et al., 1995.

Position genu pectorale



Figure 3 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

Position « en V »



Figure 2 -Positioning of women with draping for examination without stirrups (drawn by Jordan Mastrodonato)

Variante sans étrier



Figure 4 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

La position « en diamant »



Figure 7-Drawing (1903) from Dr. Howard Kelly's "Gynecology," 1928, showing Sims position.

Décubitus latéro-ventral

Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ Checklist (Tong, *et al.*, 2012)

Item No.	Guide and Description	Report Location
1. Aim	State the research question the synthesis addresses	
2. Synthesis methodology	Identify the synthesis methodology or theoretical framework which underpins the synthesis, and describe the rationale for choice of methodology (e.g. meta-ethnography, thematic synthesis, critical interpretive synthesis, grounded theory synthesis, realist synthesis, meta-aggregation, meta-study, framework synthesis)	
3. Approach to searching	Indicate whether the search was pre-planned (comprehensive search strategies to seek all available studies) or iterative (to seek all available concepts until they theoretical saturation is achieved)	
4. Inclusion criteria	Specify the inclusion/exclusion criteria (e.g. in terms of population, language, year limits, type of publication, study type)	
5. Data sources	Describe the information sources used (e.g. electronic databases (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, psycINFO), grey literature databases (digital thesis, policy reports), relevant organisational websites, experts, information specialists, generic web searches (Google Scholar) hand searching, reference lists) and when the searches conducted; provide the rationale for using the data sources	
6. Electronic Search strategy	Describe the literature search (e.g. provide electronic search strategies with population terms, clinical or health topic terms, experiential or social phenomena related terms, filters for qualitative research, and search limits)	
7. Study screening methods	Describe the process of study screening and sifting (e.g. title, abstract and full text review, number of independent reviewers who screened studies)	
8. Study characteristics	Present the characteristics of the included studies (e.g. year of publication, country, population, number of participants, data collection, methodology, analysis, research questions)	
9. Study selection results	Identify the number of studies screened and provide reasons for study exclusion (e.g. for comprehensive searching, provide numbers of	

	studies screened and reasons for exclusion indicated in a figure/flowchart; for iterative searching describe reasons for study exclusion and inclusion based on modifications to the research question and/or contribution to theory development)	
10. Rationale for appraisal	Describe the rationale and approach used to appraise the included studies or selected findings (e.g. assessment of conduct (validity and robustness), assessment of reporting (transparency), assessment of content and utility of the findings)	
11. Appraisal items	State the tools, frameworks and criteria used to appraise the studies or selected findings (e.g. Existing tools: CASP, QARI, COREQ, Mays and Pope [25]; reviewer developed tools; describe the domains assessed: research team, study design, data analysis and interpretations, reporting)	
12. Appraisal process	Indicate whether the appraisal was conducted independently by more than one reviewer and if consensus was required	
13. Appraisal results	Present results of the quality assessment and indicate which articles, if any, were weighted/excluded based on the assessment and give the rationale	
14. Data extraction	Indicate which sections of the primary studies were analysed and how were the data extracted from the primary studies? (e.g. all text under the headings “results /conclusions” were extracted electronically and entered into a computer software)	
15. Software	State the computer software used, if any	
16. Number of reviewers	Identify who was involved in coding and analysis	
17. Coding	Describe the process for coding of data (e.g. line by line coding to search for concepts)	
18. Study comparison	Describe how were comparisons made within and across studies (e.g. subsequent studies were coded into pre-existing concepts, and new concepts were created when deemed necessary)	
19. Derivation of themes	Explain whether the process of deriving the themes or constructs was inductive or deductive	
20. Quotations	Provide quotations from the primary studies to illustrate themes/constructs, and identify whether	

	the quotations were participant quotations of the author's interpretation	
21. Synthesis output	Present rich, compelling and useful results that go beyond a summary of the primary studies (e.g. new interpretation, models of evidence, conceptual models, analytical framework, development of a new theory or construct)	

Annexe 10: Grille ENTREQ

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research: a 32-item checklist for interviews and focus groups

Section/Topic	Item No	Checklist item	Reported on page No
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal Characteristics			
<i>Interviewer/facilitator</i>	1	Which author/s conducted the interview or focus group? Interviewer/facilitator	
<i>Credentials</i>	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	
<i>Occupation</i>	3	What was their occupation at the time of the study?	
<i>Gender</i>	4	Was the researcher male or female?	
<i>Experience and training</i>	5	What experience or training did the researcher have? Relationship with participants	
Relationship with participants			
<i>Relationship established</i>	6	Was a relationship established prior to study commencement?	
<i>Participant knowledge of the interviewer</i>	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	
<i>Interviewer characteristics</i>	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	
Domain 2: study design			
Theoretical framework			
<i>Methodological orientation and Theory</i>	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	
Participant selection			
<i>Sampling</i>	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	
<i>Method of approach</i>	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	
<i>Sample size</i>	12	How many participants were in the study?	
<i>Non-participation</i>	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	
<i>Setting of data collection</i>	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	
<i>Presence of non-participants</i>	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	
<i>Description of sample</i>	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	
Data collection			
<i>Interview guide</i>	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	
<i>Repeat interviews</i>	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	

COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative research: a 32-item checklist for interviews and focus groups

<i>Audio/visual recording</i>	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	
<i>Field notes</i>	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	
<i>Duration</i>	21	What was the duration of the interviews or focus group?	
<i>Data saturation</i>	22	Was data saturation discussed?	
<i>Transcripts returned</i>	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	
Domain 3: analysis and findingsz			
Data analysis			
<i>Number of data coders</i>	24	How many data coders coded the data?	
<i>Description of the coding tree</i>	25	Did authors provide a description of the coding tree?	
<i>Derivation of themes</i>	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	
<i>Software</i>	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	
<i>Participant checking</i>	28	Did participants provide feedback on the findings?	
Reporting			
<i>Quotations presented</i>	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	
<i>Data and findings consistent</i>	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	
<i>Clarity of major themes</i>	31	Were major themes clearly presented in the findings?	
<i>Clarity of minor themes</i>	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : _____ Prénom : _____

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A _____, le _____

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.