

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 90

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR
LORGE Henri François Roger
Né le 03 Septembre 1988 à Besançon (25)

Obstacles au déshabillage du patient au cabinet de médecine générale en 2020

Président de thèse : Professeur Georges Kaltenbach

Directeur de thèse : Pr Fabien Rougerie, Professeur Associé de Médecine Générale

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition OCTOBRE 2021
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'Université
- Doyen de la Faculté
- Premier Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires : (1975-1983)
(1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- Chargé de mission auprès du Doyen
- Responsable Administratif

M. DENÈKE Michal
M. SEILA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORNER Marc
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffrey



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALT Michel

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 Salimak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

NOM et Prénoms	CS	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIS Charif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO - Services de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0005 / P0210	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Services de Pathologie / Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Services de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLER Philippe P0004	RP0 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 Salimak P0005	NRP0 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)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJOUX Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECKMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Services de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Services de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0010	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Services de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Services d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Services des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Services Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Roberteau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Odontologie - Services de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMANS Laurent M0009 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Services de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0019	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMC - Services d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patricia P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETO - Services de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Services de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRIANT-RODER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Services de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-CHILMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMC - Services de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Inséus / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolice - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautpierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabli P0029	NRP0 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de visco-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Florence P0041	NRP0 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautpierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0195	NRP0 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)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	+ Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBER Bernard P0045	NRP0 CS	+ Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GADZ Frédéric P0046	RPE CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautpierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RPE CS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de visco-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RPE NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautpierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautpierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu P0188	NRP0 NCS	+ Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZWERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautpierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sylvie P0179	NRP0 CS	+ Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp Hautpierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme HAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 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	NRP0 NCS	+ Pôle de Pathologie digestive, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	+ Pôle d'Oncologie-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	+ IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Ahlin P0062	RPE CS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	+ Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	+ Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	+ Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautpierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 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 Marie P0067	NRP0 CS	+ Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/NHC	48.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautpierre	50.01 Rhumatologie
HANNEBOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RPE NCS	+ Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0229	NRP0 NCS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolice - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	+ Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautpierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	+ Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RPE CS	+ Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / CIRMosau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	+ Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie P0079	NRP0 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 JESSEL-MICHEL Laurence P0201	NRP0 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPE CS	+ Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Insélex / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Serv. 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 P0106	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 M0086 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie • Service Imagerie II - Neuroradiologie Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II/HP)	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'Hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• 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	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie I / Hôpital Hautpierre	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 Hautpierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautpierre	62.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSCHER 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
LIVERNEUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautpierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALCOT Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'Onco-Hématologie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARF Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Département Génétique fondamentale et cancéro / IGEMC	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 MARCAUX Céline P0210	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Unité de Sérologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MADJOUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautpierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM-HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZANI Patrick P0106	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison • Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacologie-pharmacologie • Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire - EA7295 / Fac	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 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izid Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie • Service de radiothérapie / ICANS	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 Mickaël P0211	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie • Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 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 PALLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie II / Hôpital de Hautpierre	54.01 Pédiatrie
PELACCA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Insels / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépatito-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSALIX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDP	• ICANS • Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PINOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS • Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie et Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR • Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautopie	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 Hautopie	49.02 Neurochirurgie
PRÉAUL 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 • Serv. d'Hépatito-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
PRICCI Romeo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Département Biologie du développement et cellules souches / IGEMC	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
ROMAIN Benoît M0061 / P0234	NRP6 NCS	• 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 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautopie	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard 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 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Amaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie • Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison • Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautopie	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Psychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie de visco-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service d'Hépatito-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritionnelle/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Service de Rhumatologie / Hôpital Hautopie	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAÏEAU Fabien P0152	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETO • Service de Neurologie / Hôpital de Hautopie	49.01 Neurologie
VELLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie • Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS	• 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIALHET Pierre P0158	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale • Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie • Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique / Hôp. Robert-Deauville	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	55.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Inséux / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0007	NRP0 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	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01: Neurologie

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

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

CU : Chef d'unité fonctionnelle

P0 : Pôle RP0 (Responsable de Pôle) ou NRP0 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultant hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surcroît universitaire jusqu'au 31.08.2018

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

(5) En surcroît universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) -> 31.08.2017

(6) En surcroît universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Inséux / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP0 CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	- Pôle Hépatodigestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)			
MO342	NOM et Prénoms	CS*	Sous-section du Conseil National des Universités
	AGIN Arnaud M0001	Services Hospitaliers ou Insérés / Localisation • Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
	Mme ANTONI Delphine M0105	• Pôle d'Imagerie • Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
	Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle M0117	• Pôle de Pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
	Mme BIANCAIANA Valérie M0008	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	BLONDET Cécile M0061	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	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 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)
	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
	CERAILLE Jocelyn M0012	• Pôle de Biologie • Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
	CHERRIER Thomas M0130	• Pôle de Biologie • Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
	CHOCQUET Philippe M0014	• Pôle d'Imagerie • UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	CLERE-JEHL Raphaël M0137	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison • Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
	Mme CORDEAU Erika Minnie M0138	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
	DALL-YOUCF Ahmed Nassim M0017	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
	DELORME Jean-Baptiste M0130	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation • Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
	DEVYS Orlin M0019	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
	Mme DINKELACKER Vera M0131	• Pôle Tête et Cou - CETD • Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
	DOLLE 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 / IGBMC	44.02 Physiologie
	Mme FARRUGIA-JACIMON 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	48.03 Médecine Légale et droit de la santé
	FELTEN Renaud M0129	• Pôle Tête et Cou - CETD • Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
	FLISEYTH Denis M0025	CS • 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
	GIES Vincent M0140	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
	GRILLON Antoine M0133	• Pôle de Biologie • Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	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 M0110	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	HURELE Fabrice M0033	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS • Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
	KASTNER Philippe M0065	• Pôle de Biologie • Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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 M0134	• 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 Bastien M0041	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie • Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
	LAVADR Thomas M0042	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Inséru / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENDINAND Odile M0130	CS*	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
HERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIQUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mélo : biologique)
Mme MCOUTOU Céline ép. GUNTHER 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 - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Ewan M0062		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0063		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0054		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• 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 REDX Nathalie M0055		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROQUE Patrick (et. AZ) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / 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 mélo : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0056		• 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
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 Hautepierre	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 Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emile M0140		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0089		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELEVIN Martin 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)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0126		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0075		• 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 Hautepierre	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 BONAH Christian pour le

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Épidémiologie - 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-UMR7357 - Equipe MIS / 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 Marlanna MO92	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	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	MO94	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. GROS-BERTHOU Anne	MO101	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	MO92	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	MO90	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	MO97	Médecine générale (01.09.2014)

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

Dr CHAMBE Juliette	MO101	53.08 Médecine générale (01.06.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.08 Médecine générale

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

Dr DUNAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

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

Mme ACKER-KESSLER Pia	MO95	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	MO96	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	MO97	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	MO98	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme MARTEN Susanne	MO99	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie • Service d'Oncologie Médicale / IGANS
Mme Dr GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacologie-pharmacologie • Service de Pharmacologie-Sédatation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie • Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dr LALLEMAN Lucile	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation • Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) • Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie • Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dr MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie • Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail • Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) • UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • «La trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax • Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique • Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie • Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation • SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de droit et à vie (membres de l'Institut)
CHAMBERON Pierre (Biochimie et biologie moléculaires)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- pour trois ans (1^{er} avril 2019 au 31 mars 2022)
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2019 au 31 août 2022)
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUICQ Elisabeth (Pneumologie)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2020 au 31 août 2023)
BELLOCQ Jean-Pierre (Services de Pathologie)
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- pour trois ans (1^{er} septembre 2021 au 31 août 2024)
DANION Anne (Pédo-psychiatrie, addictologie)
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
HERBRECHT Raoul (Hématologie)
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pr RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BARESS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marie (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Généraliste) / 01.09.16	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Généraliste) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrick (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMAYER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARDT Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZEIN Claude (Pédo-psychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHÉLÉY Jarmelodine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 01.10.16	PATRIE Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAULI Gabriella (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINDET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINE SCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cyrologie et histologie) / 01.09.02	SALVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.18	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.07	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Neurologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELNANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 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
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQUIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TRÉSSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WATTEZ Amaud (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.09.98	WILM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Généraliste) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : Nouvel Hôpital Civil : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.55.07.08
- HC : Hôpital Civil : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.57.58
- HP : Hôpital de Hautepierre : Avenue Moléris - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.88.00
- Hôpital de La Robertsau : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- Hôpital de l'Esau : 15, rue Cstrach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.57.58

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.02.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 99 - F - 67403 Illkirch Graffenharden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°96 - 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 UEGCAM (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 DVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À 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'Etre 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.

Admis 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.

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Version originale

Ὁμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἱστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσιν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε.

Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωυτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρρεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἶρξιν.

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε. Ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω (...)

Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμαμάτων καὶ ἀνδρώων, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπήϊης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὁρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἷη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τάναντία τουτέων.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Kaltenbach,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse,

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

A Madame le Dr Riou,

Pour avoir accepté de juger mon travail,

Veillez trouver ici les marques de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Dr Lenormand,

Pour m'avoir fait le plaisir de juger ce travail,

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Rougerie

Pour avoir accepté de diriger cette thèse.

Pour les conseils et les corrections,

Recevez ici toute ma gratitude.

A mon père, parti trop tôt, pour tout ce que tu m'as appris et transmis, ton amour de la Toscane, du rock anglais et des vieux films en noir et blanc, ta passion pour l'histoire et ton gros nez patate malheureusement.

A mon Papé qui aurait lu cette thèse avec attention dans son Unimog entre deux sapins du Crêt Joli, puis aurait calé son établi avec.

A ma mère, championne du monde en titre des mamans pour la trente troisième année consécutive, belle performance.

A ma Mamée, la meilleure, tout simplement. Que celui qui dira le contraire se prépare à un excès non négligeable de nociception.

A Mamie et papy Poulet.

A Aude, qui me supporte jour après jour, et sa ceinture noire de patience.

Et bébé Lucas, le nouveau colocataire qui s'annonce prometteur.... Déjà trois mois que tu es là, un sourire et on oublie tout son sommeil en retard, petit charmeur... Beau gosse va !

A Alice, j'attends ce resto post thèse promis, je choisirai bien évidemment le plus cher....

A mes tantes Annie et Marie Pierre, avec une mention spéciale pour Zazo à qui j'ai imposé cette correction, aux oncles : Boris et Gérald.

Aux cousins dans l'ordre chronologique : François, Stéphanie, Maxime, Claire, Emma, Pierre, Thomas et Quentin (dans l'ordre intellectuel décroissant nous finirons bien entendu par Pierre...).

A Marc, pour son coaching indispensable. On the road again !

A Maxime, Nico, Pierre Etienne et Thibaut, 200 ans d'amitiés cumulés à nous cinq.

A Glandalf, Croustibat et Big Shaq, pour toutes ces soirées geek, et au jugement impartial du conseil des sages, aux Kennedy, torcheurs, Mr Jesuislent, Monopolix, les parties épiques et matchs en tout genre, virtuels ou non. A la tarte aux pommes sans pommes, aux idées de génie de Raph !

A François Aptel, mon frère Jedi, que la force soit avec toi !

Aux Mifoui, deux corps, un seul cerveau mais un seul en a vraiment besoin !

A Alex, qui ne partage pas sa ligne de remerciement ! C'est toi le plus beau !

Aux amis globe-trotters, encore tant de pays à voir avec vous : Tsar Bomba, Lisbeth, Kimo, Zozo, Julie et Nat'. Prochaine destination : Dublin ?

Aux amis découverts en médecine : Léa, Marlène, Mélissa, Cécile.

Aux amis du lycée : Ben, Paul, Laure, PPM et Emeu dont tellement de dossiers devront rester cachés pour garder un tant soit peu de crédibilité.

A la belle famille, sinon je n'aurai plus le droit de venir piller leur frigo, manger leurs pizza, nager dans la piscine de Pierre, vider discrètement le tiroir à gâteaux de Marie.

A Christelle, Suisse mais je t'aime quand même !

A Eva et Thomas Groscostaud et petit Paul, la prochaine Ardéchoise sera la bonne !

A Caro et Nala.

A Maya pour m'avoir chauffé les genoux pendant toute la rédaction.

Table des matières

Table des matières.....	16
Liste des abréviations.....	18
Listes des tableaux.....	19
I. INTRODUCTION.....	20
1. LA PUDEUR.....	21
1.1. Définitions.....	21
1.2. Caractéristiques.....	21
1.3. Les différentes formes de nudité.....	25
2. EVOLUTION DE LA VISION DU CORPS.....	28
2.1. Rapport au corps à travers les âges.....	29
2.2. La Freikörperkultur, le modèle germanique.....	33
2.3. L'influence américaine et l'ère du politiquement correct.....	34
2.4. Le culte du corps.....	35
3. EVOLUTION DE L'EXAMEN DU PATIENT.....	39
3.1. La médecine observationnelle.....	39
3.2. L'avènement de la médecine anatomo-clinique.....	47
3.3. XIXème siècle, l'approche expérimentale.....	49
3.4. L'hégémonie de la clinique : de 1850 à 1940.....	51
3.5. Etat des lieux à la veille de la seconde guerre mondiale.....	53
3.6. La médecine technologique.....	55
3.7. Place de l'examen clinique dans la médecine générale au XXIème siècle.....	56
II. MATERIEL ET METHODES.....	58
1. Cadre de l'étude.....	58
2. Type d'étude.....	59
3. Le questionnaire.....	59
4. Recrutement des patients.....	60
5. Recueil des données.....	61
6. Analyse statistique.....	61
III. RESULTATS.....	62
1. Population étudiée.....	62
2. En fonction du genre.....	63
3. En fonction de l'âge.....	64

4.	En fonction du poids.....	65
5.	En fonction de la religion.....	65
6.	Comparaison avec la durée de suivi.....	66
7.	Le genre de l'examineur.....	67
8.	La spécialité de l'examineur.....	68
9.	Cacher un symptôme en raison de sa localisation intime.....	70
10.	Comparaison avec le déshabillage hospitalier.....	71
11.	Autres résultats.....	72
IV.	DISCUSSION.....	73
1.	Les obstacles côté médecin.....	74
1.1.	<i>Le facteur temps.....</i>	<i>74</i>
1.2.	<i>La diminution de la pratique des touchers pelviens.....</i>	<i>76</i>
1.3.	<i>Une judiciarisation de la médecine et une médecine défensive.....</i>	<i>78</i>
1.4.	<i>Le progrès technique.....</i>	<i>80</i>
1.5.	<i>Le cas de la médecine générale en remplacement.....</i>	<i>83</i>
2.	Les obstacles côté patient.....	84
2.1.	<i>Une nouvelle vision du corps.....</i>	<i>84</i>
2.2.	<i>La durée de suivi.....</i>	<i>88</i>
2.3.	<i>Les transformations de la population.....</i>	<i>89</i>
3.	Conséquences.....	92
V.	CONCLUSION.....	93
	Annexes.....	96
	Bibliographie.....	102

Liste des abréviations

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

ECG : Électrocardiogramme

CSA : Comité de Surveillance de l'Audiovisuel

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

JC : Jésus Christ

PSA : Prostatic Specific Antigen

SEP : Sclérose En Plaques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IMC : Indice de Masse Corporelle

DHEA : DéHydroEpiAndrostérone

Listes des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

Tableau 2. Répartition de la population en fonction du genre et de l'âge.

Tableau 3. Gêne ressentie au déshabillage en fonction du genre du patient.

Tableau 4. Gêne au déshabillage en fonction de l'âge du patient.

Tableau 5. Gêne au déshabillage en fonction du poids du patient.

Tableau 6. Gêne au déshabillage en fonction de la confession religieuse du patient.

Tableau 7. Gêne au déshabillage en fonction de la durée de suivi.

Tableau 8. Facteurs influençant la gêne du patient face à un médecin de sexe opposé.

Tableau 9. Facteurs influençant la gêne du patient face à un médecin spécialiste.

Tableau 10. Facteurs influençant la gêne des patientes à l'examen des seins.

Tableau 11. Facteurs influençant l'omission volontaire d'un symptôme par pudeur.

Tableau 12. Facteurs influençant la gêne au déshabillage en médecine de ville et à l'hôpital.

Tableau 13. Comparaison de la confiance du patient envers un diagnostic en fonction de l'âge et du genre.

I. INTRODUCTION

De nos jours l'examen clinique nous apparaît comme acquis, comme une évidence. Mais il faut se rappeler que la médecine exercée aujourd'hui n'est que le cheminement tortueux d'un parcours plurimillénaire et qu'examiner, toucher ou même voir son patient n'a pas toujours été la norme. A travers les siècles, la vision et l'approche du corps du malade ont évolué et nous n'examinons ni ne voyons plus le patient comme Hippocrate examinait et voyait les siens. La médecine a évolué en même temps que les sociétés qui la développaient.

Au centre de la relation entre le médecin et son patient se pose le corps du malade. Ce corps, interface entre la plainte et le soin, est unique dans sa diversité. La vision dont on appréhende ce corps dépend des valeurs que la société y a insufflées et dans laquelle vivent le médecin et son patient. Cette vision du corps, comme la médecine, a évolué au cours du temps. Ainsi exposer son corps n'est pas vu de la même manière selon le lieu et l'époque.

La médecine générale moderne actuelle se veut la plus efficace possible en se servant de tous les moyens technologiques à sa disposition. Mais à travers cette prolifération de moyens, il serait facile d'oublier l'élément central de toute consultation, l'examen clinique du patient. Si l'interrogatoire du patient semble toujours aussi indispensable et invariable, l'examen physique se veut plus diversifié dans sa pratique. Il existe autant d'examens cliniques que de patients, car si l'interrogatoire dépend de ce que le patient est prêt à nous dire, l'examen clinique dépend de ce que le patient est prêt à nous montrer. Le vêtement se plaçant ainsi comme une barrière dans la démarche du soin. Pourtant, l'examen clinique reste la première étape incontournable de la démarche diagnostique, permettant secondairement de faire un choix éclairé des examens complémentaires nécessaire au diagnostic. Or, la pratique actuelle nous montre qu'il est devenu plus rare de déshabiller entièrement le patient lors d'une consultation au cabinet de médecine générale.

Se pose alors la question de la place du corps dénudé du patient au cœur de la consultation médicale dans le cabinet de médecine générale. Cette question peut s'aborder sous deux angles. D'une part, à

travers le regard du médecin, porteur de sa connaissance et d'un système de valeurs et dans une démarche de soin, et d'autre part à travers le regard du patient, en demande de soins et porteur également de son propre système de valeurs.

L'objectif de ce travail sera donc de mettre en lumière la place du déshabillage du patient au cabinet de médecine en 2020 ainsi que les obstacles s'y rapportant. Pour répondre à ces questions nous explorerons dans une première partie le cheminement de la vision du corps à travers l'histoire ainsi que celui de l'examen du patient afin d'expliquer les composantes de l'examen moderne. Dans une seconde partie nous rechercherons, à travers une étude observationnelle de patients et des témoignages de patients et de médecins, les obstacles actuels pouvant s'opposer au déshabillage du patient.

1. LA PUDEUR

1.1. Définitions

La pudeur est un sentiment de réserve, de retenue, de honte et de délicatesse sur ce que l'on ne souhaite pas montrer. Cela s'applique aux émotions ou à son corps par exemple. Ici nous nous intéresserons à la partie corporelle de la pudeur.

La gymnophobie est la peur de la nudité, qu'elle soit dirigée envers soi-même ou envers les autres, la personne craint de montrer son corps.

La nudophobie est la peur de la nudité des autres.

1.2. Caractéristiques

La pudeur est définie selon un ensemble de facteurs liée à l'âge, au vécu, aux conditions socio-économiques. Il existe autant de formes de pudeur différentes que d'individu.

Le schéma corporel est la perception que l'on se fait de son propre corps, il est l'image mentale de son corps. Cette image est permanente, sauf bouleversements physiques ou psychologiques et se constitue par nos expériences vécues. Cette construction débute dès la petite enfance.

1.2.1. *Intrinsèques : âge, morphologie, traumatismes*

Montrer son corps n'est pas perçu de la même manière en fonction des différentes étapes de la vie. Si l'être humain ne naît pas avec la peur de montrer son corps, on peut alors se demander à partir de quel âge la pudeur naît.

La naissance de la pudeur est à associer à celle de l'intimité, au fait de prendre conscience que son corps est unique et à soi, et que l'on doit se laisser son propre espace pour se l'approprier. L'enfant s'individualise peu à peu en temps qu'être humain, puis en tant que garçon ou fille. De nouveaux critères d'individualisation venant s'ajouter au fur et à mesure. La pudeur apparaîtrait alors chez l'enfant, vers l'âge de 3 à 5 ans. L'enfant, qui évoluait nu sans y porter attention, sans même réfléchir à quelque conséquence que ce soit, prend conscience vers cet âge du regard d'autrui et commence à vouloir se couvrir ou au moins à cacher des parties de son corps. (1)

Marcel Rufo, pédopsychiatre, explique dans *Tiens bon !* (Éd. Anne Carrière, 2011): « *La pudeur est un signe d'extrême développement de l'enfant qui passe par plusieurs stades. Il est nécessaire de se détacher pour l'aider à grandir et assumer son propre corps* ». « *C'est, en outre, le premier apprentissage de la bonne distance entre un parent et son enfant* », complète la psychanalyste Lyliane Nemet-Pier(2). Contrairement à la propreté, il ne s'agirait donc pas d'un enseignement en soi, mais plutôt d'un processus naturel reposant sur un certain mimétisme, à condition, bien sûr, d'adopter la « bonne » attitude.

L'enfant ne présente donc pas au début de son existence de véritable pudeur face au médecin. Ce corps que l'enfant apprivoise petit à petit n'est pas source de honte ou de dégoût. Mais le déshabillage

est plus marqué par la peur de cet étranger qui vous regarde et vous touche dans un environnement que vous ne maîtrisez pas.

La puberté vient ensuite bouleverser ce corps que l'enfant a mis des années à s'approprier. Le schéma corporel et l'image de soi sont modifiés. Ces transformations rapides sont des pertes de repères, l'adolescent se cherche des références autour de lui, participant à fausser sa propre vision de son corps selon son avance ou retard pubertaire. A cette période, dévoiler son corps peut alors être une véritable épreuve et le regard du médecin peut être perçu comme une agression. Le déshabillage du patient demande alors beaucoup de tact, le patient pouvant se montrer plus ou moins coopératif. Les explications devront être plus soutenues qu'à l'ordinaire, chercher à démontrer qu'il ne sera pas jugé. Le patient, vulnérable, doit se sentir en sécurité, d'où l'importance d'une relation de confiance établie sur la durée.

L'âge adulte est associé à une acceptation de son corps, qui a pour conséquence une meilleure coopération face à l'examen du médecin.

Certaines situations peuvent entraîner une mauvaise acceptation de son corps. Nous pouvons citer les troubles de l'orientation sexuelle, avec pour extrême la transidentité, les dysmorphies congénitales ou acquises (séquelles d'accident par exemple, amputation, brûlures, cicatrices opératoires, etc ...). Des pathologies comme l'obésité sont un important facteur de perte de l'acceptation de son propre corps. La surmédiatisation des corps parfaits, retouchés chirurgicalement ou numériquement ne fait qu'accentuer ce phénomène.

Les agressions sexuelles amènent aussi à une culpabilisation de son propre corps, la victime pouvant associer l'exposition de son corps comme une réminiscence du traumatisme.

Avec l'âge, les exigences esthétiques et physiques sont souvent revues à la baisse, et le vêtement protecteur exerce alors pleinement son rôle, tant sur le plan physique que psychologique. Se mettre à nu, c'est se montrer sans artifice tel que l'on est. La peur de montrer quelque chose qui pourrait être

grave est présente. Le patient peut se sentir encore plus vulnérable, ce sera alors au médecin d'adopter un ton rassurant.

La perception de son corps, face aux transformations, évolue entre acceptation et refus. Cette perception est propre à chacun, et il est humain de cacher à ses yeux et aux yeux des autres ce que l'on accepte mal.

1.2.2. Extrinsèques : l'environnement

De la façon dont on nous a appris à apprécier notre propre corps, dépend la manière dont nous le percevons réellement. Ce qui est désirable et ce qui ne l'est pas, ce qui est montrable et ce qui ne l'est pas, ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, tous ces éléments sont influencés par notre mode de vie et notre culture. C'est ce qui explique par exemple qu'une femme Padang, au cou démesurément agrandi artificiellement peut, dans notre société occidentale, nous sembler une aberration, or, dans son ethnie c'est un cou de taille normale qui est source de honte.

On peut s'interroger sur ce qui forme la culture d'un peuple, ou à plus petite échelle d'une famille.

Les conditions sociales sont également un facteur influençant le rapport au corps. Ainsi pour caricaturer, l'enfant de la classe ouvrière du XIXème, vivant en famille à dix dans une seule pièce, n'a pas le même rapport à l'intimité que le jeune bourgeois ayant toujours eu sa propre chambre. Ceci n'est bien sûr qu'un exemple pour montrer l'importance des conditions de vie sur le rapport au corps et peut s'extrapoler à une autre échelle de nos jours, par exemple avec les familles en situations précaires.

L'association de tous ces facteurs socio-économiques, religieux, éducatifs constitue la morale.

La morale est un ensemble de conduites, de jugements et de règles, considérées comme bonnes ou mauvaises par un ensemble d'individus de façon absolue ou découlant d'une certaine conception de la vie. Elle définit une norme qui s'applique autant à la conscience individuelle que collective.

1.3. Les différentes formes de nudité

1.3.1. *Le nu utilitaire*

C'est le nu nécessaire aux différentes tâches de la vie quotidienne, celui du domaine du privé. Il concerne des éléments comme la toilette ou l'habillement. Il concerne aussi les lieux d'hygiène tels les saunas et hammams, les vestiaires. Il n'a pas de connotation sexuelle et a lieu dans des espaces clos, à la fonction définie et adoptée par l'ensemble des individus d'une même société. Il est anonyme, ne revendique aucun message et aucune valeur. Il n'y a pas d'individualisation et la personne nue se fond dans le décor car c'est la fonction du lieu. Le naturisme dans les zones dédiées en fait partie également, même si on peut y raccrocher un ensemble de valeurs telles que la volonté de communion avec la nature par exemple.

1.3.2. *Le nu sexuel*

Il comprend le domaine purement biologique de la reproduction en premier lieu. C'est une nécessité biologique admise et acceptée. Dans cette optique, il se rapproche alors du nu utilitaire. Mais c'est aussi en second lieu celui du plaisir sexuel, et devient alors un sujet où prédomine de nombreux tabous et préjugés reposant sur les valeurs morales des différentes cultures. Peut aussi être source de déviances telles que l'exhibitionnisme ou le voyeurisme, et passe alors dans le domaine juridique.

1.3.3. *Le nu d'humiliation*

C'est le nu imposé par la force. Il a pour volonté de rabaisser l'individu, à une échelle personnelle ou collective. On constatait ce phénomène lors des bizutages des grandes écoles et écoles de Médecine.

Sur le plan individuel, il est souvent utilisé pour déposséder la personne de son rang social comme par exemple la sanction de l'adultère au Moyen Age, où les deux amants étaient traînés nus en place publique. C'est le nu des triomphes romains, celui des condamnations à mort.

Sur le plan collectif, il est utilisé pour déposséder la personne de son statut d'être humain. Comme en témoigne les clichés des camps de concentration ou plus récemment dans la prison irakienne d'Abou Ghraïb.

C'est un outil de terreur et ses images font partie de l'inconscient collectif.

1.3.4. Le nu comme mode d'expression

Dans notre mode culturel actuel, se dénuder en public c'est contester la norme et l'ordre social. Ce mode d'expression ne date pas d'hier, à l'image de la légende de Lady Godiva traversant nue à cheval la ville de Coventry au XI^e siècle. Même si la véracité historique de cette histoire est sujette à caution, elle reflète pourtant une volonté de provocation par la nudité. Autre témoignage historique, les reprises des fêtes saturnales romaines à savoir la fête de l'âne de Sens ou la fête des fous étaient des occasions de renverser ponctuellement l'ordre moral : les gens se présentaient nus à l'église et entonnaient des chants obscènes puis paradaient dans la ville. Ces moments éphémères de renversement de l'ordre moral ont donné naissance plus tard à des manifestations festives comme les carnavals, les love parade et les Gay Pride.

Lorsque la nudité fait irruption dans l'espace public, elle produit un formidable impact visuel et a un effet subversif indéniable. C'est un moyen d'attirer l'attention, que cela soit directement ou par le biais des médias. Rappelant ainsi les manifestations pacifistes contre la guerre du Vietnam. En dehors des protestations, c'est aussi un moyen de renforcer un message.

La nudité appartient aussi désormais au dispositif du discours contestataire, comme pendant les Slutwalk, marches organisées depuis 2011 partout dans le monde pour lutter contre les violences sexuelles faites aux femmes. Le groupe Femen, mouvement féministe né en 2008 en Ukraine, utilise la nudité de ses membres pour augmenter sa portée médiatique. On peut citer d'autres médias comme les photographies de Spencer Tunick sur un glacier suisse en 2007, pour protester contre le réchauffement climatique, qui n'auraient pas le même impact si ses milliers de figurants étaient vêtus. Ces manifestations suscitent toujours un choc émotionnel et ont une grande portée médiatique.

Le nu sur les lieux publics comporte plusieurs sens selon son contexte, il se fait alors transgression, revendication, affirmation d'une identité comme pendant les Gay Pride, voire ludique comme pour le streaking anglais, qui consiste à se montrer nu devant un public, généralement pendant un événement sportif. Le streaker pourra profiter ou non de ce moment d'attention pour transmettre un message. La nudité pour défendre une cause ou relever un défi personnel est une tradition ancienne et ne se limite pas au sport, on la retrouve par exemple sous forme de bizutage sur certains campus universitaire.

1.3.5. Le nu médical, un domaine à part ?

La nudité en consultation appartient théoriquement au domaine de l'utilitaire. En effet comme nous l'avons expliqué plus tôt, elle se déroule en milieu privé, le cabinet médical. Ce dogme est adopté par l'ensemble de la société. Mais elle n'est pas dépersonnifiée ou anonyme, elle est centrée sur une personne, le patient, qui sera examiné. Elle est aussi asymétrique avec un soignant habillé et protégé et un patient dénudé vulnérable, ce qui crée alors inévitablement un rapport de force. Or nous avons démontré qu'une nudité imposée n'est jamais anodine. Selon les valeurs et références du patient, la nudité, initialement utilitaire, peut alors être perçue comme humiliante ou sexuelle et devient alors un frein à l'examen.

On constate alors que la situation, le contexte et le regard des autres sont des facteurs d'appréciation de l'état du corps exposé, rejoignant les analyses de Michel Foucault (1975) et Norbert Elias (1973) pour qui le regard est le fondement même du processus de civilisation, par l'imitation d'autrui et la surveillance perpétuelle et réciproque qu'il permet. Il existe ainsi autant de façon d'apprécier le corps que de culture. Mais c'est lorsque ces principes deviennent des obstacles à l'examen médical, par la pudeur, la morale ou le tabou que le conflit entre examinateur et examiné se crée.

2. EVOLUTION DE LA VISION DU CORPS

Exposer son corps, se mettre à nu, revient-il à se rendre compte d'une unité de l'espèce humaine ? S'il convient qu'au niveau biologique le corps humain, qui, bien que dans sa grande diversité, pose les êtres humains sur un pied d'égalité, il n'en est pas de même de la symbolique attachée à ce corps aux yeux de soi-même et des autres.

La nudité s'inscrit dans une dialectique entre le nu naturel et le nu culturel. En effet si les hommes depuis 10000 ans n'ont pas changé sur le plan des données biologiques, ce n'est pas le cas des valeurs attribuées à la nudité dans les interactions avec autrui dans le domaine de la sexualité, de l'hygiène, de la médecine ou du loisir. Un changement majeur, celui du statut du corps, s'est opéré dans les sociétés individualistes. Plus que jamais l'identité se réduit aujourd'hui à l'individu lui-même, sa présence, son corps.

Sur le plan sociologique on distingue trois unités corporelles :

- le corps biologique : l'association des différents organes, le lieu des sensations comme la douleur, le plaisir, la faim. Il ne se réduit pas pour autant à une approche purement cartésienne en associant l'homme à une machine.

- le corps pratique : qui correspond à l'interaction de ce corps biologique avec autrui. En effet, la relation avec autrui est dépendante du corps exposé par l'individu à l'autre. C'est ainsi que l'on adapte son comportement en fonction de ce que l'on voit, nous interagissons différemment selon si l'interlocuteur est jeune, âgé, malade. Par exemple un corps difforme pourra amener à un sentiment de peur ou de compassion, un corps esthétique suscitera l'envie, la jalousie ou le désir.

- le corps symbolique : exprime le rôle attribué au corps par la fonction ou l'état de l'individu, et contrairement au corps pratique, celui-ci ne repose pas sur le corps biologique. Par exemple le corps du pharaon est divin, parfait, nul n'est autorisé à le toucher, et des fonctions thaumaturges lui sont associées, que ce soit dans la vie ou dans la mort. C'est aussi le cas pour toutes les reliques de saints.

2.1. Rapport au corps à travers les âges

2.1.1 Egypte

En Égypte antique, la nudité n'était pas choquante et particulièrement pendant le Nouvel Empire, les travailleurs étaient illustrés sur les papyrus sans vêtements, qui auraient pu les gêner. Il en est de même pour les danseuses ou les acrobates qui ne portaient qu'une large ceinture ou une jupe courte évasée, avec parfois de fines bretelles. Le vêtement est un discriminant social, avec des classes aisées aux habits amples et aux riches textures, et des classes défavorisées vivant nues ou en pagne.

2.1.2. Grèce antique

Les anciens grecs avaient une vision esthétique du corps, la beauté de l'esprit était liée à la beauté du corps. Le corps se doit d'être beau, à l'image des dieux grecs au physique parfait. Cette vision du corps se retrouve dans l'art de la sculpture, avec des corps sans défaut, dans des positions peu physiologiques mais montrant les muscles saillants et les membres athlétiques. Le corps beau se doit d'être montré au cours des événements festifs, notamment dans les compétitions sportives, à l'occasion des jeux olympiens ou pythiques par exemple, auxquels les femmes n'étaient pas conviées. Ce rapport au culte du corps se retrouve par exemple à Sparte où les jeunes Spartiates étaient obligés, tous les dix jours, de paraître nus devant les Éphores, qui prescrivaient la plus austère diète à ceux qui paraissaient disposés à un excès d'embonpoint incompatible également avec les belles proportions et avec la vigueur du corps. La nudité féminine par contre se devait d'être cachée.

Les bains publics faisaient partie de la vie quotidienne, ils remplissaient une fonction d'hygiène et étaient un lien social important. On s'y montrait nu, et les bains pouvaient être mixtes.

Dans ce contexte le défaut physique devenait alors du domaine du surnaturel. Il était associé à la malédiction divine et devait être caché aux yeux des autres et de soi-même. Eschine (390 av JC-314 av JC) citait le serment des Amphictionides de Delphes, qui énonçait que les femmes des parjures de ce serment mettraient au monde des monstres (terata) et les femmes des justes des enfants semblables à leurs parents (3). C'est aussi pour cela qu'à Sparte les nouveaux nés difformes étaient jetés d'un précipice.

2.1.3. Empire Romain

Le rapport à la nudité a différé de celle des Grecs, les Romains voyant le port de vêtements comme marqueur d'un bon statut social. Contrairement à la coutume en usage chez les grecs, la nudité publique perd sa vision esthétique et était considérée comme infamante, associant la nudité dans un cadre public à la pauvreté ou l'esclavage. En règle générale, la nudité était réservée aux prisonniers, que l'on exposait nus et enchaînés lors des triomphes ou aux esclaves, présentés nus lors de leur vente. Le poète Ennius (239-169 avant Jésus-Christ), a écrit "exposer des corps nus parmi les citoyens est le début de la disgrâce publique (*flagitium*)". Les athlètes dans les stades sont vêtus, les sculptures montrent les héros et la plupart des dieux revêtus de toges (exceptée la déesse de l'amour Vénus).

Les thermes étaient le seul endroit où la nudité était tolérée, bien qu'initialement du domaine de la sphère privées, les premiers vrais thermes publiques à grande échelle ont vu le jour en 19 avant JC sous l'impulsion d'Agrippa (63 av JC-12avJC) et se sont démocratisés dans tous l'empire (4). Ils n'étaient pas mixtes, tous les utilisateurs y étaient nus. Ils étaient un lieu de mixité sociale et d'échange. Un bon citoyen était un citoyen propre, et il se devait de fréquenter les thermes régulièrement (5).

Paradoxalement, si la nudité dans l'espace public est infamante, celle dans les lieux privés peut donner lieu à des excès. Le nu s'expose sur des fresques orgiaques comme celles retrouvées à Pompéi en 1986. Le phallus est fréquemment représenté pour sa fonction biologique, notamment dans l'art érotique ou sous forme d'ex-voto, et non à visée esthétique. La sexualité n'est pas un tabou, et est même au cœur de la religion via les cultes de Vénus, de Priape (divinité grecque romanisée sous le nom de Mutunus Tutunus en latin) et même de Fascinus, Dieu du phallus, préservateur des maléfices et gardien des enfants de l'empereur dont le culte était dévolu aux vestales, prêtresses vierges.

2.1.4. Influence judéo-chrétienne sur le Moyen Age

On ne trouve pas dans l'Évangile la moindre condamnation de la nudité, qui cependant était de rencontre quotidienne dans la Judée romanisée. Le Christ lui-même n'apparaît-il pas nu dans le Tombeau ? Sur la croix, c'est entièrement nu que Jésus devrait être représenté, comme l'affirme Saint-

Ambroise, conformément à la tradition et à la vérité historique, puisque l'usage était de dépouiller complètement les condamnés. Loin de bannir la nudité, les premiers chrétiens l'associaient aux cérémonies purificatrices.

Au début du Moyen Age, le corps est soumis aux influences de l'Empire Romain. Les thermes sont présents dans toutes l'Europe et ont une fonction sociale (6). Mais sous l'influence grandissante de l'Église, le corps est passé progressivement d'une image de création divine à celui d'objet du péché. Dans l'Occident chrétien médiéval existait une topologie du corps séparant en deux mondes hétérogènes les parties nobles, les mains et le visage, que l'on devait montrer et parer, et les parties basses, condamnées à être cachées. La poitrine a un rôle ambigu, tantôt montrée à la Cour comme dans le célèbre diptyque de Jean Fouquet La Vierge et l'Enfant entourés d'anges qui montrent la poitrine d'Agnès Sorel (1422-1450), la maîtresse de Charles VII, tantôt cachée, comme Blanche de Castille qui refusait de montrer l'ulcère qui lui rongea le sein. Les hommes sont également concernés, comme Pie V (1504-1572), qui refuse le sondage en 1572 qui aurait pu le sauver de la « maladie de la pierre » (lithiase urinaire). Eu égard à la mainmise de l'Église sur les mentalités, on comprend que cette morale du corps a eu une incidence certaine sur la pudeur collective du XIIème siècle. Les bains publics deviennent des lieux de mauvaise fréquentation, où règne la prostitution. Subsiste la baignade en rivière, dans le plus simple appareil évidemment, sans distinguo de sexe.

Dans la chambre à coucher, on dort nu, sauf dans les classes aisées où on porte une sorte de chemise à partir du XIIIe, le plus souvent dans une seule chambre et dans un seul lit où s'entassaient plusieurs générations, tous sexes confondus. (6)

Dans le domaine de la médecine, domine la théorie corporelle des humeurs, l'homme est parcouru de fluides vitaux qui influencent son fonctionnement selon leur bon écoulement. Ces humeurs pouvant s'échapper par la peau au contact de l'eau, la toilette par la baignade disparaît peu à peu. Des médecins comme Gui Patin (1601-1672), doyen de la faculté de médecine de Paris, prônent ce modèle biologique et s'opposent aux nouvelles théories issues essentiellement d'universités des autres pays européens.

2.1.5. Renaissance et Siècle des Lumières

Le rapport à la nudité évolue : tout le bas du corps (principalement féminin) doit être dissimulé parce qu'il est le siège de désir sexuel et des besoins biologiques. De manière générale, le corps nu évoque la pulsion sexuelle qu'il faudrait réprimer (il est désormais fortement déconseillé de dormir nu par exemple). Tout ce qui s'échappe inexorablement du corps – principalement féminin – (excréments, urine, gaz, sans parler des menstruations) est considéré avec écœurement. La pudeur est alors envisagée sous le signe de la maîtrise de son propre corps. Elle devient une vertu, essentiellement féminine, qui va bien au-delà du simple fait de couvrir son corps et ses attraits en public. Il s'agit pour elles non seulement de dissimuler leur corps, mais aussi d'adopter un mode de vie chaste et de contrôler leurs pensées. Ainsi la femme pudique rougira de propos inconvenants tenus en sa présence. La pudeur fait partie de l'habitus des femmes honnêtes de l'époque moderne. Elle joue un rôle essentiel dans la différenciation (polarisation) des sexes (et des genres) à l'époque moderne. Les hommes peuvent faire montre de leur virilité par des braguettes démesurées comme dans les portraits de Guidobaldo II Della Rovere de Bronzino en 1531 ou celui de l'empereur Charles Quint avec un molosse de Seisenegger en 1532 (7) sans que cela choque autant les moralistes qu'un décolleté. Ce qui heurte la pudeur, ce n'est pas le fait que les hommes se dénudent, mais plutôt que des femmes puissent les voir. On n'attend donc pas des hommes qu'ils ressentent de la pudeur tandis que les femmes devraient détourner pudiquement les yeux.

La Renaissance voit l'explosion des maladies vénériennes, et même si l'étiologie est alors inconnue, on se doute de l'origine des épidémies. Si au temps de François Ier on s'en vante et on l'exhibe, à l'époque de Louis XIV la vertu est de rigueur et les maladies sexuelles se doivent d'être cachées. La maladie est alors symbole de comportement contraire à la morale et se cache, tant au niveau du corps qu'au niveau des mots. Ainsi la grande vérole (syphilis) devient « l'eussiez-vous » et à la fin du XVIIe elle est définitivement entrée dans le domaine du non-dit. Paradoxe d'un siècle qui a vu l'émergence de l'hygiénisme et qui incitait à cacher ce que l'on cherchera à dépister trois siècles plus tard, même si la notion de contagiosité n'était pas encore tout à fait établie.

Mais par-delà notre héritage historique, quels sont les principales influences de notre vision du corps actuelle ?

2.2. La Freikörperkultur, le modèle germanique

Georg Ernst Stahl (1659-1734), médecin allemand controversé du XVIIIe, développe une théorie, l'animisme de Stahl, qui donnera le mouvement médical vitaliste, une doctrine selon laquelle le vivant n'est pas réductible aux lois physico-chimiques et fait partie intégrante de son environnement naturel. Les théories de Stahl rencontrent un succès certain dans les pays protestants piétistes du nord de l'Europe. En France, les médecins préfèrent se rattacher aux thèses développées par Hermann Boerhaave (1668-1738), professeur de médecine à Leyde, qui prône une vision bio mécanique de l'homme.

Cet élan vitaliste est la source de l'ascension au milieu du XIXe de l'hydrothérapie en Allemagne et dans les pays germanophones. Parallèlement à l'hydrothérapie sont associées des prescriptions hygiéniques et diététiques. Puis apparaissent vers 1860 les bains de lumières. Le corps est exposé, mais pas encore nu. L'influence des médecines naturelles et un nouvel intérêt pour l'antiquité grecque vers la fin du XIXe amènent l'émergence d'un courant de pensée qui attribue au corps nu et son exposition aux éléments extérieurs des vertus prophylactiques. Heinrich Pudor (1865-1943) rédige en 1906 la culture du nu, qui peut être considéré comme la naissance du naturisme. La « Jugendbewegung » ou mouvement pour la jeunesse, voit dans le naturisme un moyen de contestation envers les valeurs de la bourgeoisie et participe à l'essor du naturisme. Le mouvement artistique « Jugendstil » s'associe à cet engouement pour le corps nu.

L'apogée de ce mouvement se situe entre la fin du XIXe et la première guerre mondiale, on parle de Freikörperkultur, terme créé en 1906 par Heinrich Pudor, qui diffuse en Europe, principalement dans les pays germanophones et protestants. Elle s'érige en contestation de la civilisation urbaine et industrielle naissante. Les pays latins et anglo-saxons ne montrent que peu d'intérêt à cette culture du corps nu.

Au Royaume-Uni et en France, à la même époque, le corps médical n'est pas influencé par le courant vitaliste et reste attaché au modèle bio mécanique plus cartésien et cette redécouverte du corps ne parvient pas à percer. Ce sont aussi des pays plus marqués par le conservatisme. Les valeurs morales de ces états sont influencées par le catholicisme, moins ouvert sur la vision du corps et son environnement que le protestantisme. Même seul chez soi, on se lave en chemise. L'Angleterre victorienne est connue pour sa pudibonderie (6). Cependant apparaît parallèlement le courant romantique, le corps est caché mais les émotions doivent être puissantes, visibles.

Cet héritage de la Freikörperkultur est encore visible aujourd'hui. L'Allemagne et ses voisins germanophones montrant toujours une plus grande liberté face à la nudité, avec une vision plus naturelle et moins honteuse du corps. Cela se manifeste par exemple dans les établissements thermaux ainsi qu'aux bords des lacs et rivières, où la nudité est très présente, avec ou sans mixité d'ailleurs. Ce corps nu n'a pas besoin d'être caché car il est naturel, et la nudité y est moins associée à la sexualité.

2.3. L'influence américaine et l'ère du politiquement correct

Les années 70 ont montré une libération des corps et des comportements sexuels avec une vision de la sexualité libérée du carcan moralisateur dans lequel elle était restreinte. On parle même de révolution sexuelle devant la vitesse de ces événements

Le néo puritanisme est un courant de pensée nord-américain qui prend son origine vers la fin des années 80. Il est catalysé par des événements ultra médiatisés comme l'affaire Monica Lewinsky en 1998 ou le scandale du sein dévoilé de Janet Jackson lors du Superbowl en 2004. Ces montées en puissance moralisatrices sont cycliques, et réactionnelles à des périodes de relâchements des mœurs, ici la révolution sexuelle des années 70. Elles sont plus marquées dans les cultures anglo-saxonnes que les cultures germaniques, scandinaves ou latines par exemple. Toutefois la mondialisation culturelle tend à uniformiser les mœurs à l'échelle planétaire. Il en résulte donc une influence Nord-américaine très marquée au niveau des pays occidentaux, la France y compris. « *Un président peut être un bon*

président et un mauvais mari. Les Français ne mélangent pas les deux », déclarait Charlotte Le Van, professeur de sociologie et auteur des *Quatre Visages de l'infidélité en France*. Cela sera de moins en moins le cas avec cette influence américaine

Il en résulte en France une montée en puissance d'un nouveau puritanisme moral, à travers le politiquement correct et l'aseptisation du langage. Ceci est parfaitement illustré par l'augmentation constante du nombre de plainte au CSA depuis plusieurs années, 9000 en 2015 contre 78000 en 2019 (8). La peur de faire scandale entraînant une auto censure des différents médias.

Nous vivons donc une conséquence de l'émancipation des mœurs à l'excès. Les publicités ont exploité à outrance le corps féminin, et celui qui dénonçait la pornographie dans les années 70-80 comme une marchandisation fétichiste du corps féminin ou un dévoiement matérialiste et vulgaire de l'érotisme, passait pour un rabat-joie. (6)

L'émergence du VIH dans les années 80 a participé à ce contexte de diabolisation du sexe, avec une reprise par les courants de pensées réactionnaires qui y voyait une punition divine et /ou une condamnation des comportements déviants.

2.4. Le culte du corps

2.4.1. Une histoire ancienne

Le culte du corps n'est pas une spécificité de notre siècle. Autant l'Antiquité grecque a exalté le corps sportif, sain et très svelte, autant le Moyen Âge occidental, marqué par l'horizon chrétien promettant une vie meilleure après la mort, a privilégié le salut de l'âme et considéré le corps comme le réceptacle précaire et souffrant de toutes les tares accablant l'humanité (famines, guerres, épidémies...), comme un "objet théologique" (une création de Dieu) qu'il était interdit de toucher, de disséquer. « *Le corps médiéval était perçu comme une fatalité, il fallait le supporter, comme un esclave doit supporter son maître* ». Gilles Boëtsch, directeur du laboratoire Environnement, santé, sociétés¹.

A la cour du roi Louis XIV, l'artifice règne en maître. Le maquillage apparaît et supplante le naturel ce

qui permet d'exagérer les traits du visage. C'est le culte de soi et sa mise en valeur qui s'impose à la hauteur de son rang. En France, les femmes de l'aristocratie sous l'ancien régime se devaient d'avoir la peau pâle, cela signifiait qu'elles ne travaillaient pas dans les champs. Aujourd'hui, au contraire, les femmes, pour afficher leur niveau social, affichent un bronzage permanent.

La représentation à travers les arts du corps nu définit les canons sociaux culturels de la beauté. Ceci est plus marqué pour la représentation artistique du corps de la femme. Ainsi, si les Vénus préhistoriques sont toutes en formes et rondeurs, avec une symbolique de fertilité, les représentations de la femme au Moyen Âge schématisent les attributs dans la représentation d'Eve, rondeurs, petits seins, abdomen protubérant, symbolique de la mère des hommes, également représentée par la Vierge. Le Quattrocento et Titien marquent une rupture, la femme en peinture est de plus en plus dénudée et la représentation de la femme va progressivement sortir du cadre religieux, chercher une approche esthétique du corps féminin.

L'idéal masculin varie peu au cours des siècles, à la recherche de la force et de la puissance.

Le corps de l'homme a donc été repris par les codes du fascisme italien et allemand. Il devient alors symbole politique. Prônant une vision esthétique et eugéniste du corps humain, le *corpus sanum aryan*, le nu est alors représenté dans un cadre extérieur pour éviter toute connotation sexuelle et vise à montrer une prétendue supériorité de la race aryenne par la perfection du corps (9). Cette vision du corps se retrouve dans les œuvres des artistes officiels du régime nazi avec par exemple les sculptures de Joseph Thorak (1889-1952) ou Arno Breker (1900-1991). Les corps hors des normes en vigueur servant de prétexte à la mise à l'écart et aux persécutions. Les juifs et tziganes ne sont jamais représentés nus, mais paradoxalement la nudité leur est imposée avec un objectif d'humiliation lors des pogroms où dans les camps de concentrations.

2.4.2. Des changements récents : le corps comme instrument d'individualisation

Ce culte du corps a malheureusement souvent été source d'excès et de souffrance. Ainsi la recherche de la pureté, la création d'un corps parfait, l'exaltation de la puissance à travers la puissance

du corps et la naissance d'une race "pure" ont été au centre des théories eugénistes et racistes du régime hitlérien.

Actuellement notre société, par les différents médias qui mettent en avant des icônes du cinéma ou de la chanson, valorise une certaine esthétique du corps. L'effet retord de tous ces corps parfaits, stéréotypés, est que cela amène à la mise en place de normes, de standards corporels, et s'en éloigner signifie sortir de la « normalité ». Les conséquences peuvent être multiples : repli sur soi, isolement social, exclusion, troubles alimentaires...

Les moyens d'accéder à ce corps parfait ont évolué, en fonction des connaissances anatomiques et physiologiques, ainsi que des moyens technologiques à disposition. Banni au début du XXème, le corset, qui permettait de « corriger » les silhouettes féminines jugées « disgracieuses », a cédé la place à une nouvelle forme de contrôle de l'apparence et du corps : les régimes. Puis vint l'avènement de la chirurgie esthétique ou le triomphe de la modification corporelle...

Paradoxalement l'individu tend à se composer un corps à soi, remarquable par les autres grâce à tous les moyens techno-scientifiques à sa disposition : teintures, crèmes, UV, greffes, implants, tatouages, piercings.... Opposant ainsi une individualisation hybridée des corps à l'identité naturelle dont nous héritons de nos parents. Chaque année, en France, environ 200 000 personnes ont recours à la chirurgie esthétique.(10). Cela se retrouve aussi dans les dysphories de genre, dont La reconnaissance juridique est un phénomène récent. L'association ORTrans (Objectif Respect Trans) estime, quant à elle, à 15 000 le nombre de personnes transgenres en France en 2018. (11)

On assiste alors à une mise en culture de soi. Le culte du corps, autrefois obligation sociale et contrainte individuelle, intégré dans des rituels et des pratiques issues du sacré et du symbolisme, se retrouve interprété selon sa propre vision individuelle du corps. Le culte du corps n'est plus processus d'amélioration externe mais le mode d'identification d'un individu qui se reconnaît par le regard de l'autre et non par sa propre vision de lui-même. Cette vision narcissique du corps est devenue le mode privilégié de la fabrication du soi pour chacun et est le corollaire d'une société plus égocentrique.

« Si le corps se taille de nos jours la part du lion dans la culture occidentale, c'est aussi parce que la démocratie, en s'enracinant dans nos sociétés, a amené les sujets à exister de plus en plus sur le mode de la décision individuelle », Georges Vigarello. (12)

Notre société occidentale défend la liberté individuelle. L'individu, par cette liberté acquise cherche à s'affirmer pour ce qu'il est. Cette volonté d'individualisation passe aussi par l'apparence physique. De façon générale, plus une société va dans le sens d'une conquête individuelle, plus elle donne de place au plaisir, au désir et donc à tout ce qui touche à la sphère corporelle.

« L'importance sociale de la minceur et de la beauté, et plus largement la recherche permanente de l'amélioration de son image, trouve aussi son origine dans l'effondrement des grands systèmes religieux et politiques qui offraient autrefois la possibilité de programmer son existence à travers un "au-delà" (Dieu, le Grand Soir...) en niant son individualité », commente Bernard Andrieu. La crise des idéologies traditionnelles, de la famille, du lien social, de la démocratisation scolaire, de l'économie etc ... conduit le sujet contemporain à « investir son corps de toutes les possibilités de son imaginaire », dit-il. Dans une société « sans transcendance, sans utopie collective » comme la nôtre, le corps constitue « le dernier rempart de l'individu, la seule "matière" sur laquelle s'adosser et dans laquelle s'incarner pour se construire, s'affirmer et s'épanouir ».

De la disparition du corset à l'essor des salles de remise en forme et de la chirurgie esthétique, de la découverte du « soleil plaisir » dans les années 1920 à la mise en culture du corps via la fécondation in vitro, de la banalisation des moyens contraceptifs grâce auxquels la féminité n'est plus systématiquement liée à la maternité, au succès des produits cosmétiques pour les deux sexes, en passant par les nouveaux rituels hédonistes (massages, spas, thalassothérapies...), le boom de l'alimentation « bio » et celui de la DHEA promesse de jeunesse éternelle..., tout concourt, depuis plus d'un siècle, à faire de l'apparence corporelle « le vaisseau amiral de l'identité », Isabelle Queval(12).

3. EVOLUTION DE L'EXAMEN DU PATIENT

L'examen clinique du patient diffère selon le lieu et l'époque. Il est conditionné par les connaissances scientifiques, religieuses ou morales. La vision de l'homme vis à vis de son propre corps et celui des autres a ainsi constamment évolué au cours des âges, le corps du patient étant montré ou non au médecin. On peut différencier trois grandes approches de la maladie et du patient. La première est la médecine observationnelle Hippocratique qui domine de l'antiquité au XIX^{ème} siècle remplacé par l'approche anatomo-clinique, modèle dominant jusqu'à la seconde guerre mondiale qui voit depuis une interpénétration progressive de la médecine technique ou exploratrice.

3.1. La médecine observationnelle

3.1.1. *Examen dans l'antiquité*

3.1.1.1. Naissance de la médecine

C'est en Babylonie et en Egypte que le raisonnement médical apparaît. Son témoignage nous est parvenu grâce à la découverte de nombreux papyrus médicaux comme le papyrus de Eber ou celui d'Edwin Smith, ainsi que les bas-reliefs des monuments. En Égypte se développe une médecine physique laïque exercée par les Sounou, en parallèle d'une médecine mystique, exercée par les prêtres. Le Sounou est itinérant et pluridisciplinaire, les plus expérimentés pouvant prétendre à exercer en maison de vie, équivalent de nos maisons de santé actuelles. Le Sounou serait donc l'ancêtre du médecin généraliste que nous connaissons. (13)

Le papyrus de Eber date du XVI^e siècle avant notre ère et nous apprend que l'examen du patient comportait l'inspection, la palpation, la percussion, la prise du pouls et peut-être l'auscultation selon l'interprétation que l'on donne : *l'oreille entend ce qui est au-dessous*. Le médecin palpe les ventres, sonde les plaies, mobilise les membres, pratique des touchers pelviens.

Les symptômes sont précisément décrits, la sémiologie s'enrichit, retrouvant ainsi la description détaillée d'une vingtaine de pathologies ophtalmologiques (cataracte, blépharite, trichiasis...).

Toutefois cette approche médicale n'est pas systémique, il n'est pas nécessaire de déshabiller complètement le patient lorsque celui-ci présente une plainte, le médecin examinant uniquement la partie du corps incriminée. L'examen clinique étant cependant limité par les connaissances physiologiques de l'époque et si les pathologies externes sont bien décrites, celles internes laissent libre cours à la spéculation.

3.1.1.2. La médecine hippocratique

Hippocrate, né sur l'île de Cos en 460 avant J.-C., fut célèbre de son vivant. Il est mentionné par Aristote et Platon (dans le Protagoras). Il fut un des premiers médecins connus pour avoir choisi une voie thérapeutique éloignée des pratiques rituelles et magiques qui attribuaient les causes des maux à des interventions divines (14). Mais si les médecins sont considérés comme exerçant une profession bien particulière dans la société, il n'existe pas d'enseignement formalisé : ni contrôle officiel, ni institut comparable aux Facultés de médecine modernes (15). L'enseignement officiel se structure à l'époque hellénistique après la fondation de la bibliothèque d'Alexandrie et de son musée vers 285 avant J.-C.

Hippocrate pose les bases de l'éthique médicale et de la relation médecin malade, notamment de la confiance entre le patient et son médecin. Cette influence est encore pertinente de nos jours. Il invente le langage propre à la méthode descriptive des maladies.

La médecine hippocratique se base sur l'observation et le raisonnement clinique. L'examen clinique est tout ce qui est possible de voir, de toucher, d'entendre, de sentir et de goûter. Le médecin fait appel à tous ses sens pour rechercher des symptômes. La vue est le premier sens mis en jeu, d'abord pour évaluer l'état général, qu'Hippocrate nommera *habitus*, puis le comportement, la position. L'examen du malade se fait entièrement nu, l'inspection s'étend à toutes les parties du corps. L'examen fait également appel au toucher par l'examen d'une plaie, d'une fracture ou de toute région sur laquelle le malade appelle l'attention du médecin ou à titre systématique. Le ventre est palpé, percuté, écouté. Le toucher vaginal est également pratiqué, mais par l'intermédiaire de matrone. Le médecin

peut aussi observer une déformation, un changement de température ou de consistance, une sensibilité ou une douleur. La percussion et l'auscultation sont pratiquées, deux mille ans avant Laennec et Corvisart. Il invente la succussion où art de secouer le patient pleurétique. Le pouls est absent de l'examen hippocratique, qui sera étudié ultérieurement par Galien. L'ouïe, l'odorat et même le goût, comme celui des urines du patient (16), font partie de l'examen. Les données recueillies livrent au médecin un faisceau d'indices qui vont alimenter son raisonnement.

Le paradoxe de la médecine hippocratique est qu'elle a mis au point des méthodes précieuses pour recueillir des données précises, sa séméiologie de l'épilepsie nous semble sortir d'un traité de neurologie moderne par exemple, mais un défaut d'interprétation ne permet pas de les relier de façon valide à un diagnostic. Hippocrate observait et interprétait selon la théorie des humeurs et des éléments. Celui-ci donne un vocabulaire aux médecins qui ne savent pas de quoi ils parlent. L'intérêt de bien des signes individualisés par Hippocrate a pris aujourd'hui une valeur plus grande que de son temps, parce qu'une compréhension s'est ajoutée à l'observation. Les traitements disponibles à l'époque étaient peu nombreux et souvent inefficaces, c'est surtout une médecine de pronostic (16). De plus, l'approche observatrice ne laisse pas non plus sa place à l'expérimentation. Signalons aussi que de nombreux symptômes décrits par Hippocrate le furent par d'autres médecins avant lui (grecs, mésopotamiens, égyptiens), mais l'histoire ne retiendra que le nom du natif de Cos. La médecine hippocratique est aussi réservée à une patientèle aisée, le reste de la population devait se contenter d'une médecine moins clinique et plus expéditive.

L'école hellénistique va alors dominer le bassin méditerranéen pendant environ sept siècles, et influencer nombre de médecins romains, juifs puis arabes. Arétée de Cappadoce, médecin romain né vers le 1^{er} siècle avant JC, digne successeur d'Hippocrate, écrit le *Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës*, premier classement nosologique des maladies basé sur la clinique. Celse lègue au monde la fameuse triade : chaleur, rougeur, douleur.

Claude Galien, né à Pergame en l'an 129, est le père de la sphymologie, ou étude du pouls. Il rédige

au II^e siècle *De causis pulsuum* où il démontre son intérêt clinique et diagnostique pour l'examen du pouls du patient en en dénombrant 27 types différents, que l'on retrouve également dans l'étape diagnostique de la médecine acupuncturale.

La médecine romaine est l'héritière directe de l'école grecque, de grands médecins grecs parcourent l'empire, dispensant soins et enseignements. Le médecin romain, après avoir interrogé un proche du malade puis ce dernier, examine enfin son patient. La visite ne se limite pas à la prise du pouls et à l'observation extérieure du malade mais peut être complétée par d'autres recherches séméiologiques : palpation et percussion de l'abdomen, auscultation et palpation du thorax, examen de la gorge et des urines. Les spécialistes commencent à apparaître et examinent les organes de leur compétence : yeux, oreilles, dents, système génital féminin. Au premier siècle après JC, le praticien qui se déplace pour visiter les patients dans leur lit prend le nom de "medicus clinicus " puis simplement de "clinicus". Cicéron écrit : *Medici signa quidam habent ex venis, et ex spiritu aegroti, multisque ex aliis futura praesentium* (les médecins ont des signes qui leur permettent de juger de l'état et de la santé d'une maladie) ; le pouls, la respiration et plusieurs autres signes peuvent leur donner quelque indication sur la pathologie dont souffre le malade (17).

3.1.2. L'obscurantisme de la médecine médiévale

La médecine hellénistique s'effondre en même temps que l'Empire Romain. Pendant presque mille ans l'héritage d'Hippocrate et de Galien fut assuré par les Byzantins, puis les médecins juifs et arabes.

En Europe, le Christianisme se diffuse à partir du IV^e siècle avec la conversion de l'empereur romain Constantin, puis du VI^e siècle avec la conversion des tribus franques. Cette vision de la médecine est au cœur de la pensée et des mœurs de presque tout le continent. La maladie est liée au péché, le corps est destiné à souffrir et ainsi à prouver sa foi. La souffrance apparaît comme une voie de rédemption. La notion de guérison étant laissée à la grâce de Dieu. Avec le christianisme apparaît peu à peu un amalgame entre le soignant et l'Eglise, Saint Luc par exemple était médecin initialement. La

médecine qui avait cherché à devenir rationnelle redevient mystique, les remèdes végétaux ou minéraux aux effets modestes sont remplacés progressivement par les prières. Logiquement, les religieux prennent en charge la mission de guérison, alors que les textes médicaux sont conservés dans les bibliothèques des monastères.

La médecine laïque disparaît progressivement, éclipsée par la médecine monastique qui va dominer pendant 600 ans et figer l'évolution de la démarche scientifique plus d'un demi-millénaire. Guy Patin (1601-1672), régent de la faculté de médecine de Paris, déclara en 1640 qu'il préférerait se tromper avec Galien plutôt que suivre un charlatan comme Harvey (18).

Cette appropriation de la médecine par les religieux renforce l'abandon de la clinique en bannissant tout contact corporel, exposant à la tentation, source de péché. La pratique de la médecine sort trop les moines-médecins de leurs couvents où il faudra les réintégrer. Les sens du médecin sont considérés comme peu fiables et influencés par des facteurs extérieurs physiques et mystiques. Se référant à d'antiques écrits latins comme ceux de Lucrèce (98 av J.C. - 55 av J.C.), qui fait le procès des sens en plusieurs pages dans *De rerum natura* consacrées à l'ouïe, au goût, à l'odorat, à la vue après avoir affirmé que "toute raison qui naîtrait de sensations serait mensongère et viciée". Face au développement de la foi et des croyances, la suspicion jetée sur les sensations ne peut que s'accroître.

Le diagnostic dérive de l'écoute des plaintes du patient et d'une observation réduite à son strict minimum : inspection du visage ; appréciation du comportement, des mouvements, de la position ; caractères du pouls que l'on prend éventuellement, c'est le seul attouchement autorisé, sur un bras dépassant entre deux rideaux d'un malade invisible ; examen des évacuations, urines, matières fécales, le cas échéant pus, sang, crachat. L'aspect du sang issu d'une saignée renforçant, si l'on peut dire, au XVIII^e siècle ces sources de données. (17)

Le concile de Clermont en 1130 interdit aux moines l'exercice de la médecine, et peu à peu celle-ci est à nouveau exercée par des laïcs. Toutefois le médecin médiéval est surtout un soignant de l'âme, ne s'attardant pas à toucher les patients, sa présence étant même facultative. On apprécie les urines du

patient que l'on fait chercher par un mandataire, on en apprécie la teinte, l'odeur, l'écume, la turbidité, etc... Les rares membres du corps médical à réellement toucher les patients sont les chirurgiens-barbiers, profession jugée indigne des moines et médecins, le chirurgien étant amené à toucher des parties honteuses du corps du patient. Le contact du sang est considéré comme avilissant.

Le chirurgien réduit les luxations, incise les abcès, palpe les ventres, effectue des touchers pelviens. Cette séparation médecine- chirurgie, moins marquée en Italie et en Hollande, est plus nette en France et en Angleterre. Les médecins sont des "physiciens " que l'abstraction rapproche de métaphysiciens, intellectuels, savants et "nobles". A partir de 1350, les élèves de la faculté de Médecine de Paris doivent jurer de ne pas exercer la chirurgie. En Italie, les deux professions n'ont jamais été nettement distinctes et les médecins n'ont pas été privés des observations, des renseignements et des fruits de la pratique chirurgicale, pas plus que de l'examen clinique.

Rares sont les médecins-chirurgiens, à la fois lettrés comme un médecin et pratiques comme un chirurgien : Henri de Mondeville 1260-1320) ou Guy de Chauliac (1300-1368) souhaitent généraliser l'alliance qu'ils réalisent entre *"ceux qui usent de la raison sans s'aider de l'expérience "* et *"ceux qui s'adressent à l'expérience sans recourir à la raison"*. Henri de Mondeville affirme que *"l'expérience visible [...] ne trompe guère"* et que le médecin doit se fier *"aux sens, soit la vue et le toucher [qui] font connaître et révèlent"* les tumeurs, ou encore que *"le diagnostic du médecin, se fait par le toucher avec la main et par l'examen avec l'œil"*. Ce sera, beaucoup plus tard, le fondement de la méthode expérimentale de Claude Bernard. Mais ces rares exemples ne sont pas représentatifs du reste des médecins.

La fin du Moyen Age voit aussi apparaître les premières universités, comme celle de Montpellier en 1220, l'enseignement y est dispensé sous l'autorité du pape.

Les grandes épidémies du XIVe siècle limite encore plus l'examen clinique déjà famélique, les médecins s'y couvrent de masques et de gants, augmentant encore la distance avec le patient.

A côté de ce naufrage de la médecine occidentale, survit la médecine arabe, dont émergent surtout des médecins juifs. Parmi d'autres, Rhazès, né en Perse au Xe siècle et enseignant à Bagdad, est un bon clinicien qui rapporte de nombreuses observations de malades. Partout ailleurs la médecine connaît une régression.

3.1.3. *Le renouveau de la médecine : Renaissance et siècle des lumières*

Cette période marque la redécouverte de la pensée antique, que ce soit au niveau artistique, technologique, ou médical. Les textes médicaux grecs sont redécouverts, souvent par le biais de la médecine arabe. On assiste à un renouveau de la pensée scientifique. Les premières autopsies scientifiques débutent vers 1300 à Bologne, puis s'étendent au reste de l'Europe, amenant de nouvelles découvertes anatomiques et physiologiques.

Il faut bien distinguer la médecine des grands centres universitaires européens de celle appliquée dans le reste de l'état.

3.1.3.1. Au niveau universitaire

La clinique est petit à petit remise à l'honneur. L'expérience sensible est réhabilitée par Roger Bacon (1220-1292), le " Doctor mirabilis", et par Pierre de Maricourt (né vers 1210 et mort vers 1269. Vésale (1514-1564) publie en 1543 « *De humani corporis fabrica libri septem* » et marque le renouveau de l'étude anatomique en Europe avec ses successeurs dont les noms nous paraissent si familiers : Gabriello Fallope, Giulio Arantius, Antonio Scarpa, Johanne Wirsung, Jacques Dubois dit Sylvius. Morgagni (1682-1771) devient le précurseur de l'anatomo-pathologie moderne. Il pratique, ainsi que ses élèves, le toucher pelvien (17).

Les pathologies étaient mieux connues et mieux décrites, essentiellement dans le domaine infectieux (typhus, suette, coqueluche, syphilis, etc.). Des maladies carencielles comme le scorbut ou le rachitisme voient leur symptomatologie bien décrite, malgré une origine échappant aux cliniciens. Sur le plan médical, de grands progrès sont effectués par des médecins visionnaires dans des centres universitaires, comme les premières tentatives de vaccinations par variolisation de Jenner par

exemple. C'est ainsi qu'en 1768 William Heberden (1710-1801) donne la première description clinique de l'angine de poitrine.

Sydenham (1624-1689) est considéré comme un des plus importants adeptes des vues d'Hippocrate. Il considérait que le chevet du malade était la meilleure école pour connaître la maladie, le fondement de la médecine ne reposant pas sur des examens scientifiques de conditions anatomiques ou physiologiques, mais sur l'expérience ou sur la connaissance acquise au lit du malade. Il ne défendait pas un système dogmatique particulier, mais essayait toujours de trouver son enseignement dans un raisonnement indépendant. Sa notion de classement nosologique aboutira au diagnostic clinique que nous connaissons actuellement.

3.1.3.2. Dans la pratique

Ces grands précurseurs universitaires ne représentent pas la majorité des médecins de cette époque. Entre 1600 et 1750, l'examen clinique se résume toujours à la seule observation décrite par Hippocrate et à faire rentrer le diagnostic dans la théorie des humeurs, qui prédomine toujours. La plupart des médecins praticiens sont appelés "Mires"(6) (du latin populaire *mirare* : regarder attentivement), et se contentent de se faire apporter les urines du patient qu'ils regardent avant de porter le diagnostic et de donner une prescription, sans connaître les intéressés. Seules les dames de compagnie accèdent aux maux corporels des dames de la Cour du Grand Siècle. On verra fleurir les consultations épistolaires : Madame de Sévigné interroge ses correspondants sur la santé de sa fille, le docteur Samuel Tissot répond à ses illustres relations sur leur santé. Bien que bardé de qualités et accédant à une bonne réputation, le médecin écossais William Cullen (1710-1790) semble n'avoir jamais examiné de malades (17). Ce défaut de contact prend pour excuse son inutilité pour inscrire un diagnostic dans une "théorie humorale globalisante", le respect de l'intimité du malade ou simplement les conventions sociales : il valait mieux ne pas indisposer, par des investigations inconfortables, des patients généralement aisés qui allaient verser des honoraires. En somme, faute de connaître suffisamment la réalité, la médecine se satisfait des apparences.

A la veille de la révolution, le médecin est uniquement citadin. Pour poser son diagnostic, il utilise comme outil : une matula, ancêtre de l'urinal, afin de mirer les urines, s'aidant quelquefois d'une roue des urines, sorte de tableau récapitulatif des différentes couleurs d'urine. Il se servira aussi d'une cuillère pour éventuellement regarder la gorge du patient. Il prescrit, mais n'utilise pas les deux principaux outils thérapeutiques de l'époque à savoir les seringues à clystère ainsi que les outils de la saignée, le stylet et le bassin. La saignée est bien évidemment pratiquée par le chirurgien barbier (19) et le lavement par l'apothicaire. Louis XIV par exemple subit 2000 saignées tout au long de sa vie. L'examen comprend éventuellement l'aspect cutané et de la langue, la recherche d'une fièvre et la prise de pouls. On apprécie ensuite les urines et les selles, dont ont décrit précisément toute la diversité de couleur et d'aspect. La consultation est un acte essentiellement intellectuel, le contact du patient, voire même sa présence n'est pas indispensable.

Il n'y a donc pas ou très peu de contact physique entre le médecin et son patient. La médecine, dominée par la théorie des humeurs, est alors plus un ensemble de doctrines qu'une science, et le médecin ne s'abaisse pas à toucher le malade. En 1666, Molière, dans la pièce de théâtre « le malade imaginaire », ironisera sur ces médecins qui ne touchent... que des honoraires.

3.2. L'avènement de la médecine anatomo-clinique

De ces réformes va naître la méthode anatomo-clinique, croisement d'une clinique rénovée et de connaissances modernes. Cette approche naît en Italie en 1761 à la sortie de « *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* » de l'anatomiste de Padoue Morgagni, qui pose les bases d'une méthode diagnostique basée sur l'examen du patient.

La révolution française va permettre l'essor de cette approche en France. Elle supprime les universités pour des écoles de médecines, au nombre de trois, Paris, Montpellier et Strasbourg. Elle remplace les Hôtels-Dieu, véritables mouiroirs par des structures organisées et hiérarchisées ou elle promeut l'apprentissage des étudiants civils et militaires auprès des malades avec complément par des séances d'autopsies ou d'anatomie pathologique. Elle rapproche enfin médecin et chirurgien. Elle libère les

mœurs, ce qui libérera aussi les corps, rendant le contact physique moins dégradant pour le médecin, qui se risque de plus en plus à toucher son patient.

La maladie est alors localisée à un organe et non plus à un déséquilibre humoral douteux, en attendant que Bichat (1771-1802) ne la situe dans le tissu puis Virchow (1821-1902) dans la cellule. A la suite de Pinel (1745-1826) et du chirurgien Desault (1738-1795), précurseurs de l'enseignement au lit des malades et pour qui il faut « voir avant de réfléchir, saisir les apparences avant de pénétrer les causes », Bichat est la figure de proue de ce mouvement qui sera relayé par Corvisart et Laennec ((1781-1826).

La méthode anatomo-clinique a généré un renouveau de l'examen du patient, qui de passif basé sur l'interrogatoire et l'observation allait devenir actif. Laennec donna des oreilles aux médecins en 1817. Ce catholique pratiquant se refusant à poser directement son oreille sur la poitrine des jeunes femmes, intercala un cylindre de bois entre lui et sa patiente. Le pectoriloque, ou stéthoscope, était né. Cette idée lui permit de rédiger en 1819 « *De l'auscultation médiate ou traité des maladies du poulmon* », pierre angulaire de l'analyse sémiologique. Il y décrit tous les différents bruits cardio-pulmonaires audibles et interprétables. Utiliser un instrument comme un « vulgaire » chirurgien fut cependant accepté rapidement par les jeunes médecins. En 1824, toutes les thèses de pathologie cardiovasculaire faisaient référence au stéthoscope. Les patients furent finalement plus difficiles à convaincre, comme en illustre un article du London Time de 1824, se moquant du « tube miraculeux des médecins ». Leopold Auenbrugger (1722-1809) s'inspire de son père marchand de vin qui frappait ses tonneaux pour en évaluer le contenu et remet au goût du jour la percussion, puis Corvisart (1755-1821), médecin de Napoléon, prolonge ses travaux. Ces techniques révolutionnent l'approche des maladies cardiaques et pulmonaires et permirent de matérialiser la maladie pendant l'examen. C'est à cette époque que naît l'examen cardio-pulmonaire moderne où sont décrits la plupart des grands tableaux cliniques de cardiologie et de pneumologie moderne. Et même si le XXème siècle a continué à enrichir la sémiologie cardio-pulmonaire, dans de nombreuses pathologies l'examen clinique du XIXème était extrêmement performant comme dans les péricardites ou les épanchements pulmonaires à titre d'exemple.

De cette vision de la médecine naît aussi la dermatologie moderne en 1776 grâce à Joseph Plenck (1735-1807), père du raisonnement dermatologique basé sur une démarche clinique.

Cette approche allait connaître son apogée dans l'esprit et la pratique des mandarins français de la fin du XIXe jusqu'à la première moitié du XXe, montre cependant ses limites

L'approche anatomo-clinique est observationnelle et non expérimentale, elle est certes un formidable bond en avant dans la compréhension et la prise en charge des patients mais laisse beaucoup de questions sans réponse, elle n'explique pas la pathologie sans lésion observable :

- Soit les moyens technologiques de l'époque ne permettent pas encore de mettre en évidence de lésions organiques, comme pour des pathologies neurologiques telles que la Maladie de Parkinson ou l'épilepsie.
- Soit les maladies sans lésions organiques, qui ne peuvent ainsi pas être expliquées par ce modèle, comme par exemple toutes les pathologies du domaine psychiatrique.

De plus cette approche est limitée dans la recherche de la cause de la maladie. En effet la lésion peut des fois ne pas être la cause de la maladie mais être elle-même une conséquence. Par exemple, à cette époque, on décrit très bien le rachitisme, on en connaît même un traitement efficace, élément à signaler, à savoir l'administration d'huile de foie de morue mais on n'explique pas la cause de cette pathologie carencielle. Il en est de même pour les pathologies infectieuses, virus et bactérie n'ont pas encore été mis en évidence.

De plus les outils thérapeutiques restent toujours très limités.

Ces limites de l'approche anatomo-clinique ouvrent la voie à une approche plus expérimentale de la médecine.

3.3. XIXème siècle, l'approche expérimentale

Il ne s'agit pas d'un remplacement d'une approche par une autre, mais plutôt d'une interpénétration progressive.

L'approche technique, inaugurée par la médecine expérimentale de François Magendie (1783-1855)

puis par son élève Claude Bernard (1813-1878), se développe grâce aux progrès de la science dans le domaine de la biologie, de la chimie et de la physique. En appliquant la physique et la chimie aux êtres vivants, Magendie met à bas deux mille ans d'histoire médicale et pose les bases de la théorie du déterminisme, qui postule que tous les phénomènes organiques sont la conséquence de réactions physico-chimiques. Pour lui, l'approche des cliniciens se montre trop passive, trop descriptive, et finalement peu efficace. Claude Bernard, élève de Magendie, creusa encore plus le fossé entre anatomie et physiologie et détacha la médecine expérimentale de la clinique qu'il considérait comme empirique.

Dans la pratique, il n'y eut jamais de véritable coupure idéologique entre cliniciens et physiologistes. L'enseignement universitaire restait orienté sur la clinique au lit du malade, aidé par l'apparition de nouvelles techniques endoscopiques, prolongement de l'observation externe puis de l'imagerie balbutiante, repoussant l'approche expérimentale hors des hôpitaux, dans les facultés de sciences ou au collège de France.

L'approche expérimentale ne fut finalement pas un frein pour la clinique et les découvertes de Magendie ou Bernard furent plutôt un nouveau souffle dans l'examen du patient. Cette approche permit de grandes avancées médicales, essentiellement dans le domaine de la neurologie. C'est à cette période et grâce à cette approche que naît l'examen clinique neurologique actuel, à travers de grands médecins qui laisseront leur nom dans les livres de médecine modernes, comme Jean Martin Charcot (1825-1893), Charles Edouard Brown Sequard (1817-1894), Guillaume Duchenne (1806 -1875) ou Jean Lhermitte (1877-1959). Charles Lassègue (1816-1883) en observant la corde d'un violon découvre le signe qui le rendra célèbre. A noter qu'il utilisera sa manœuvre initialement chez les militaires pour démasquer les simulateurs de sciatique par rapport aux vrais malades. Joseph Babinski (1857-1932) laissa à la neurologie bien plus que le signe éponyme. Par exemple, il participa aux travaux sur la sémiologie des réflexes ostéo-tendineux. De plus, le modèle de marteau réflexe en 1912 que nous utilisons en France actuellement porte son nom en hommage. Moritz Romberg (1795-1873) étudie la sémiologie de l'équilibre, Paul Broca (1824-1880) celle des troubles de la parole, Charles Bell (1774-

1842) celle des troubles nerveux, la liste n'est bien sûr pas exhaustive. L'endocrinologie est créée en 1809, et on décrit les pathologies thyroïdiennes, celles de la surrénale, le diabète.

L'approche expérimentale eu beaucoup plus d'impact en Allemagne et au Royaume-Uni, moins dominés par les grands mandarins de l'approche anatomo-clinique comme en France. L'Écossais James Lind (1716-1794) mène ce que l'on décrira comme le premier essai clinique contrôlé de la médecine en 1747 lors de recherche sur le scorbut qui décimait les marins de la Royal Navy. Grâce à un protocole expérimental réussi il réussit à trouver un remède à cette maladie, toutefois son approche humorale de la maladie ne lui permit pas d'en établir l'origine, à savoir la carence en Vitamine C, qui ne sera découverte qu'en 1931 et sera nommé Acide ascorbique (contraction de anti-scorbutique). L'histoire de la médecine fut même enlevée des programmes allemands, inutile, car à leurs yeux la médecine venait de naître.

3.4. L'hégémonie de la clinique : de 1850 à 1940

Le domaine du clinicien du XIX^{ème} siècle est le chevet du malade, au détriment des laboratoires de recherche, même si les analyses chimiques des fluides organiques commencent à émerger. Pierre Rayer (1793-1867) utilise des tests chimiques pour rechercher une glycosurie par exemple, mais il n'est pas représentatif de la majorité de ses contemporains.

Cinq raisons expliquent cet âge d'or de la clinique en France :

- **Historique** : l'intégralité du corps médical français s'est structurée autour du décret du 14 frimaire de l'an III (4 décembre 1794). Ce décret crée des écoles de santé (remplacées par des facultés en 1808) et oriente l'enseignement vers la pratique exclusive de la clinique, dans la démarche anatomo-clinique, en rupture avec l'approche livresque et dogmatique qui dominait avant la révolution. L'enseignement y est hiérarchisé à l'extrême avec aux sommets les grands patrons, aux relations s'étendant jusqu'aux sphères politiques.

- **Une stagnation de la thérapeutique** : faute de moyens de soins efficaces, on se concentre sur la recherche et la description de la maladie. Seule la chirurgie présente des progrès, essentiellement en orthopédie grâce aux guerres napoléoniennes
- **La loi du 19 ventôse de l'an XI** (18 mars 1803) : qui crée l'officiât de santé, reliquat de la médecine pré révolutionnaire. Ce dernier grade était ouvert à des praticiens qui ne possédaient pas le baccalauréat mais qui avaient fait valider leur pratique par un jury départemental remplacé ensuite par un jury universitaire, pour un exercice en zone de faible densité démographique. Cette loi créa une médecine à deux vitesses et augmenta l'écart entre médecine hospitalière et médecine des campagnes. Ce poste fut supprimé en 1892.
- **L'exercice même du métier de médecin** : il n'existe pas de comités pluridisciplinaires comme aujourd'hui, le médecin est seul face à la maladie.
- **Un orgueil des grands cliniciens français** : à l'instar de Trousseau (1801-1867) qui exhortait ses élèves à négliger la chimie car seule la clinique prévalait. Pour illustrer cette mise à l'écart des autres sciences il faut savoir que jusqu'en 1821 c'est un baccalauréat ès lettres qui était nécessaire à l'entrée dans les études médicales. L'élite hospitalière, figée dans son classicisme résista jusqu'à la moitié du XXème siècle. Cette vision entraîna un retard français dans la recherche médicale vis-à-vis de ses voisins européens.

3.5. Etat des lieux à la veille de la seconde guerre mondiale

Nous prendrons ici comme exemple un médecin généraliste français en 1930. A cette époque les antibiotiques ne seront pas utilisés avant une dizaine d'année. La radiographie médicale existe depuis 1895 avec les travaux de Wilhelm Röntgen (1845-1923), l'échographie n'apparaîtra que dans une vingtaine d'années. Sur le plan biologique, le dosage de l'albumine, de l'hémoglobine ou de la glycémie, sont réalisables depuis une cinquantaine d'années, mais uniquement en milieu hospitalier. Les hormones thyroïdiennes ne seront pas dosées avant 1964, et il n'y a encore aucun dosage enzymatique. Le premier électrocardiogramme tel que nous le connaissons actuellement ne sera réalisé qu'en 1942.

La clinique est donc souveraine, et le médecin doit faire appel à tout son savoir mais aussi son intuition clinique pour poser son diagnostic.

Pour l'aider dans sa démarche clinique, il dispose d'un sphygmomanomètre de Pachon, d'un stéthoscope, d'un abaisse langue, d'un marteau à réflexe, d'un thermomètre au mercure, d'un diapason, d'un otoscope, d'un spéculum et d'une lampe électrique(17).

L'interrogatoire est essentiel pour son orientation diagnostique, il pourra poser le diagnostic d'angine de poitrine par exemple. Bien que certains, comme le neurochirurgien Clovis Vincent (1879-1947), découragés par les imprécisions des patients, conseillent de débiter l'examen clinique sans interroger le patient.

L'inspection du patient commence, et elle se fait le patient entièrement dévêtu, au siècle de la clinique la pudeur n'a plus sa place.

L'examen s'attardera sur l'aspect des urines également mais de manière plus rigoureuse avec l'épreuve des trois verres de Jean Guyon (1831-1920).

La température sera prise le plus souvent par voie rectale, recherchant par exemple un signe de Faget (discordance entre pouls et température dans la fièvre jaune).

La prise de pouls sera systématique, au poignet sauf en cas de suspicion d'artérite ou de coarctation de l'aorte.

L'étape de la palpation est importante, essentiellement pour explorer l'abdomen grâce à ses connaissances sur la séméiologie de Fritz (1856-1952) König dans la sténose du grêle distal, un signe de Murphy, le signe de McBurney, le point de Monro, le signe de Giordano (douleur à l'ébranlement lombaire), le signe de Létienne (glaçon), le signe du flot transthoracique de Chauffard dans le kyste hydatique. Ceci n'est évidemment qu'une sélection des différents signes cliniques qu'il a à sa disposition. Au niveau extra digestif, il recherchera un ganglion de Troisier, examinera les seins et, se rappelant les travaux de Tillaux, cherchera un signe de Chevassu à la palpation scrotale. Les touchers pelviens pourront être pratiqués si besoin à la recherche d'un cri du Douglas ou d'un signe de Hugh Young (cancer de la prostate). La tuberculose rénale sera recherchée grâce aux travaux de Pierre Bazy (1853-1934) qui enrichirent la sémiologie urologique en décrivant les points pyélo-urétéral et urétéral inférieur, accessible au toucher vaginal. A cette époque, John Homans (1877-1954) vient de publier un article sur un signe prometteur sur la thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Au niveau neurologique, les réflexes ostéo-tendineux sont pour lui une formalité. Il s'attardera à rechercher un signe de Lassègue devant une sciatalgie. Il cherchera une triade de Charcot en cas de suspicion de sclérose en plaque, examinera l'équilibre selon les travaux du neurologue allemand Moritz Romberg (1795-1873). La topographie corticale commence à être dressée, et on cherchera une aphasie de Wernicke ou de Broca. Il aura étudié aussi les travaux d'Alois Alzheimer et de Huntington.

Au niveau orthopédique, le médecin connaît la sémiologie de la fracture de Pouteau-Colles, le signe de Kirmisson (fracture de l'extrémité inférieure du radius), de Laugier (fracture trans-cervicale du col fémoral), de Verneuil (bassin), de Ludloff (petit trochanter), car la radiologie ne concerne pas la médecine non hospitalière. Le Français Jules Tinel (1879-1952) vient de décrire son signe éponyme (canal carpien).

Sur le plan de l'auscultation, la recherche de souffle n'aura pas de secret pour lui de même que l'auscultation pulmonaire. Notre médecin va par exemple retrouver un signe de Musset, témoignant d'une insuffisance aortique. Il va rechercher un anneau de Kayser Flesher décrit en 1902, un signe de Köplick. . Le stéthoscope ne sera pas généralement utilisé pour écouter l'abdomen sauf par des médecins comme Hermann Nothnagel (1841-1905) qui recommande l'auscultation digestive pour rechercher les signes précurseurs de l'occlusion par exemple (17).

Son odorat lui permettra de retrouver une infection à pyocyanique, un coma acido-cétosique, une infection à *Trichomonas vaginalis*.

On constate alors la richesse de l'examen clinique à cette période, où lui seul est en mesure d'apporter un diagnostic en l'absence d'examen complémentaire, même si les propositions thérapeutiques sont rarement efficaces. L'approche clinique du patient est alors à son apogée, avec un examen clinique et un interrogatoire qui dans la plupart des cas seront les seules informations qui s'offriront au médecin.

3.6. La médecine technologique

Depuis une cinquantaine d'années, les moyens d'explorations du corps humain se sont multipliés. Après la Seconde Guerre mondiale débutent les cathétérismes, l'endoscopie à fibres souples, les nouvelles méthodes d'imagerie, les techniques de biologie moléculaire, qui permettent d'accéder au cœur du corps et de la matière. L'imagerie, véritable autopsie du vivant, nous montre ce qui auparavant restait invisible. Les bilans sanguins retrouvent des anomalies avant leur expression organique. Le diagnostic passe de l'échelle organique à histologique et actuellement cellulaire voire moléculaire.

L'autopsie d'ailleurs perd de son intérêt, car la cause du décès est déjà connue du vivant du malade dans la plupart des cas.

La biopsie apporte le diagnostic avant l'expression clinique, des échographies sont pratiquées à la moindre hausse du PSA. Le cholestérol est traité avant même d'avoir eu un effet vasculaire. Cet état

de fait amène à se poser la question de la place de l'examen clinique, dans la démarche diagnostique d'une médecine préventive naissante.

Traitées plus tôt et plus efficacement, les pathologies n'ont pas le temps de voir une expression clinique comme au début du siècle. La caverne tuberculeuse n'est plus retrouvée qu'à titre exceptionnel par exemple.

Grâce aux progrès de la thérapeutique, de nombreuses pathologies ont tout simplement disparu, comme la variole, ou presque comme la peste ou le tabès (neuro-syphilis). Inutile donc aujourd'hui de rechercher un signe d'Abadie, une langue de Clarke ou le signe de l'escalier de Fournier car heureusement la syphilis tertiaire se fait rare depuis l'apparition des antibiotiques.

Il y a donc actuellement un contexte de diminution de l'expression clinique des symptômes associée à une offre d'examens complémentaires de plus en plus complète et précise. Tous ces résultats d'imagerie et biologiques, placés entre le médecin généraliste et son patient, sont-ils des concurrents ou des aides au diagnostic clinique ?

3.7. Place de l'examen clinique dans la médecine générale au XXIème siècle

Devant la multiplication des examens complémentaires à la disposition du médecin, se dresse le spectre d'une médecine basée sur ces examens complémentaires et décentrée de l'examen clinique. Le risque étant alors de trop se reposer sur l'imagerie et de ne plus s'appuyer sur la clinique. De par sa dénomination même, les examens complémentaires sont un outil supplémentaire de diagnostic et non une fin en soi.

La plupart des diagnostics en médecine générale sont avant tout cliniques. L'étude de Peterson MC et coll en 1992 retrouve en consultation de médecine interne un diagnostic correct posé dans 76% des cas après interrogatoire du patient, 88% après examen clinique (20).

La clinique ne disparaît également pas pour autant des Centres hospitalo-universitaires (CHU) modernes. Par exemple, les critères de Macdonald 2003 pour la SEP reposent sur la clinique.

Dans une médecine de plus en plus préventive, l'examen clinique se voit de plus en plus concurrencé par les examens complémentaires, celui-ci ne disparaît pas forcément mais il est normal de se questionner quant à la pertinence de l'examen clinique.

La subtilité n'est alors pas d'opposer ou de substituer l'examen clinique et les examens complémentaires, mais de les associer pour une démarche clinique optimale. Un examen complémentaire doit être interprété selon un contexte clinique. L'incidentalome surrénalien est un bon exemple des limites de la radiologie seule. Et inversement l'examen complémentaire est prescrit dans le prolongement de l'examen clinique.

Pour le patient également ce développement technologique est source de conflit. Celui-ci, non formé à l'examen clinique et sans expérience aura malheureusement tendance à faire plus facilement confiance à un compte rendu d'imagerie qu'à l'expérience et au raisonnement de son praticien.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Cadre de l'étude

Faire déshabiller le patient est un acte qui peut sembler habituel pour le médecin, habitué de par sa formation et son expérience à voir le corps dénudé. Mais un examen clinique ce sont deux personnes en interaction, et le patient peut lui ne pas se sentir à l'aise à l'idée de se dévêtir en fonction de sa pudeur et de sa vision du corps. Nous avons vu précédemment que chaque patient est porteur de son propre système de valeur en fonction de ses caractéristiques et de son vécu. Ainsi la pudeur ne serait pas la même en fonction de son âge, de son genre, de sa propre image corporelle ou de son environnement culturel. Mais est-il possible d'objectiver ces facteurs influençant la facilité ou non à se dévêtir devant son médecin ?

L'objectif principal était ici de retrouver et de définir la présence d'une gêne lors de l'examen clinique et d'effectuer une comparaison entre différentes catégories de patient afin de cibler l'influence de facteurs sur le déshabillage du patient tels que :

- l'âge
- le genre du patient
- le poids
- la confession religieuse
- La durée de suivi

Les objectifs secondaires étaient :

- rechercher une conséquence de la gêne ressentie lors de l'examen clinique, à savoir le fait de masquer un symptôme car situé dans une zone que le patient ne souhaite pas montrer.
- Comparer la gêne à l'examen en médecine générale à d'autres spécialités que sont l'urologie et la gynécologie de ville, ou pendant une hospitalisation
- Établir un lien entre durée de suivi et gêne ressentie

2. Type d'étude

Une étude observationnelle descriptive quantitative a été menée afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires. L'étude consistait en un questionnaire écrit à choix multiples. Cette étude a été réalisée dans un cabinet de médecine générale de la ville de Saint Claude dans le département du Jura du 31 juillet 2020 au 21 août 2020, période durant laquelle l'auteur de ce travail, effectuait un remplacement au sein d'un cabinet médical constitué de deux médecins. Cette étude porte donc sur deux patientèles distinctes.

3. Le questionnaire

Le questionnaire (annexe X) était anonyme, sous forme écrite en raison de sa reproductibilité d'un patient à l'autre. Il a été décidé d'une forme de réponses à choix multiples pour trois raisons :

- la rapidité du temps de réponse, permettant au patient de remplir le questionnaire en salle d'attente
- la simplicité de la réponse, afin d'étendre l'interrogatoire à un maximum de patient
- une uniformisation des données à interpréter, évitant ainsi les réponses hors sujet ou une trop grande variabilité de données.

Le questionnaire comprenait vingt questions. Les quatre premières permettaient de catégoriser le patient selon son sexe, son âge, sa confession religieuse et le nombre d'années de suivi dans ce cabinet de médecine générale. Pour simplifier l'analyse, quatre groupes d'âge ont été formés, ces groupes répondant à des critères à la fois physique et psychologique. Des chiffres paliers ont été retenus pour correspondre avec les études démographiques de l'INSEE afin de permettre une meilleure comparaison :

- patient de 12 à 17 ans : période correspondant chez la plupart des patients à la puberté et aux transformations physiques associées. Cette catégorie permettant de regrouper tous les patients mineurs.

-patients de 18 à 29 ans : qui seront ici considérés comme jeunes adultes. Les modifications pubertaires y sont généralement terminées, c'est le début d'une sexualité active, l'âge moyen du premier rapport sexuel étant de 17 ans pour les hommes, et de 17.6 ans pour les femmes selon l'étude baromètre santé de 2016 (21). C'est également une période d'apprentissage et d'acceptation de soi.

-patients de 30 à 64 ans : correspond au groupe adulte.

-patients de plus de 65 ans : seuil OMS pour considérer le début de la vieillesse physiologique.

La cinquième question avait pour objectif de quantifier le nombre de personne se considérant comme pudique, et les questions 6 à 13 étaient des mises en situations du patient pour évaluer la gêne ressentie pendant un examen clinique. Trois niveaux de déshabillage ont été retenus :

- torse nu pour les hommes ou en soutien-gorge pour les femmes (niveau 1)
- en sous-vêtements (niveau 2)
- parties génitales visibles (avec ou sans le haut du vêtement) (niveau 3)

La question 14 avait pour but d'explorer les conséquences de cette gêne ressentie, à savoir si cette gêne avait pu contraindre le patient à cacher un symptôme.

Les questions 15 à 20 avaient pour but d'effectuer une comparaison avec d'autres spécialités médicales comme la gynécologie, l'urologie ou la kinésithérapie, ou alors en dehors du milieu médical, avec les esthéticiens.

4. Recrutement des patients

Ce questionnaire a été fourni systématiquement à tous les patients vus en consultation pendant la période définie ci-dessus et qui étaient âgés de plus de 12 ans.

Les patients ayant consulté plusieurs fois pendant la période donnée n'ont rempli qu'un seul questionnaire.

5. Recueil des données

Ce questionnaire était donné par la secrétaire du cabinet qui était chargée également de les récupérer. En cas de difficultés de lecture ou de réponse, que ce soit pour un motif médical (atteinte visuelle, atteinte motrice) ou pour un motif linguistique (patient analphabète ou barrière linguistique), celle-ci se chargeait de leur expliquer les différentes questions posées et les aidait à remplir le questionnaire. Au moment de rendre le questionnaire, une case était cochée par la secrétaire en cas d'IMC supérieur à 30, cette donnée étant visible dans le logiciel informatique du cabinet.

Il a été distribué au total 245 questionnaires, et seulement 9 n'ont pas été rendus, 8 pour des raisons médicales (des patients atteints de démence ou de déficience intellectuelle). La barrière de la langue n'a empêché qu'une seule réponse. Il n'y a pas eu de refus de réponse.

6. Analyse statistique

Les caractéristiques des patients, l'intensité de gêne de la ressentie en fonction du niveau de déshabillage ont été étudiés.

Les variables catégorielles sont présentées en pourcentages et effectifs. Le test de chi 2 a été utilisé pour comparer les proportions, lorsque les conditions d'application étaient satisfaites. Lorsqu'un des effectifs théoriques était inférieur à 5, le test exact de Fisher a été utilisé pour les données quantitatives.

III. RESULTATS

1. Population étudiée

236 personnes ont été incluses, présentant une majorité de femme, soit 55%.

		n (%)
Genre	femme	130 (55%)
	homme	106 (45%)
Confession religieuse	non pratiquant	179 (76%)
	pratiquant, musulman	33 (14%)
	pratiquant, catholique	23 (9.7%)
	pratiquant, autre	1 (0.42%)
Durée suivi	plus de 3ans	171 (72%)
	moins de 3ans	65 (28%)
Obésité	non	148 (63%)
	oui	88 (37%)
Tranche d'âge	12-17	19 (8.1%)
	18-29	39 (17%)
	30-64	96 (41%)
	plus de 65	82 (35%)

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée.

		Tranche d'âge 12-17 (n = 19)	Tranche d'âge 18-29 (n = 39)	Tranche d'âge 30-64 (n = 96)	Tranche d'âge plus de 65 (n = 82)
Genre	femme	9 (47%)	25 (64%)	52 (54%)	44 (54%)
	homme	10 (53%)	14 (36%)	44 (46%)	38 (46%)

Tableau 2. Répartition de la population en fonction du genre et de l'âge.

2. En fonction du genre

Sur 236 patients, 136 se considèrent pudiques soit 57%, sans différence significative entre les deux genres (annexe 2).

La répartition de la gêne en maillot de bain est statistiquement significativement différente suivant le genre ($p = <0.01$) (annexe 2). Seulement 27 % sont gênés à l'idée d'être vu en maillot de bain (hommes : 18% et femmes : 36%) alors que 44 % ($p = <0.01$) se disent gênés à l'idée de devoir se mettre en sous-vêtements pendant l'examen (hommes : 33% et femmes 46 %) (annexe 3).

Il convient alors de quantifier cette gêne et de comprendre à partir de quel niveau de déshabillage elle survient lors de l'examen clinique.

		femme (n = 130)	homme (n = 106)	n	p	test
déshabillage niveau 1	Pas gêné	73 (56%)	85 (80%)	158	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	52 (40%)	19 (18%)	71	-	-
	Très gêné	5 (3.8%)	2 (1.9%)	7	-	-
déshabillage niveau 2	Pas gêné	62 (48%)	78 (74%)	140	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	50 (38%)	24 (23%)	74	-	-
	Très gêné	18 (14%)	4 (3.8%)	22	-	-
déshabillage niveau 3	Pas gêné	24 (18%)	43 (41%)	67	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	45 (35%)	35 (33%)	80		
	Très gêné	61 (47%)	28 (26%)	89	-	-

Tableau 3. Gêne ressentie au déshabillage en fonction du genre du patient.

La gêne ressentie augmente avec le niveau de déshabillage. On constate une disparité des résultats entre hommes et femmes importante, les femmes étant plus gênées que les hommes sur les trois niveaux de déshabillage.

3. En fonction de l'âge

		12-17 (n = 19)	18-29 (n = 39)	30-64 (n = 96)	plus de 65 (n = 82)	n	p	test
déshabillage niveau 1	Pas gêné	11 (58%)	25 (64%)	61 (64%)	61 (74%)	158	0.15	Fisher
	Un peu gêné	7 (37%)	11 (28%)	32 (33%)	21 (26%)	71	-	-
	Très gêné	1 (5.3%)	3 (7.7%)	3 (3.1%)	0 (0%)	7	-	-
déshabillage niveau 2	Pas gêné	3 (16%)	17 (44%)	61 (64%)	59 (72%)	140	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	12 (63%)	13 (33%)	28 (29%)	21 (26%)	74	-	-
	Très gêné	4 (21%)	9 (23%)	7 (7.3%)	2 (2.4%)	22	-	-
déshabillage niveau 3	Pas gêné	1 (5.3%)	6 (15%)	32 (33%)	28 (34%)	67	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	2 (11%)	9 (23%)	33 (34%)	36 (44%)	80	-	-
	Très gêné	16 (84%)	24 (62%)	31 (32%)	18 (22%)	89		

Tableau 4. Gêne au déshabillage en fonction de l'âge du patient.

Il ressort une disparité de la gêne en fonction de l'âge, significative seulement pour les niveaux 2 et 3. Le groupe « patients mineurs » présente une gêne plus importante que les autres groupes. Cette tendance est visible sur les trois niveaux de déshabillage même si non significative pour le niveau 1. La gêne diminue pour le groupe 30/64 ans et, pour les deux sexes confondus, resterait stable après 65 ans.

Toutefois pour le groupe de plus de 65 ans on retrouve une différence entre les hommes et les femmes (annexes 4 et 5) :

-chez les hommes : augmentation de la gêne après 65 ans

-chez les femmes : diminution de la gêne après 65 ans

4. En fonction du poids

		surpoids non (n = 148)	surpoids oui (n = 88)	n	p	test
déshabillage niveau 1	Pas gêné	122 (82%)	36 (41%)	158	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	24 (16%)	47 (53%)	71	-	-
	Très gêné	2 (1.4%)	5 (5.7%)	7	-	-
déshabillage niveau 2	Pas gêné	105 (71%)	35 (40%)	140	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	36 (24%)	38 (43%)	74	-	-
	Très gêné	7 (4.7%)	15 (17%)	22	-	-
déshabillage niveau 3	Très gêné	41 (28%)	48 (55%)	89	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	50 (34%)	30 (34%)	80	-	-
	Pas gêné	57 (39%)	10 (11%)	67	-	-

Tableau 5. Gêne au déshabillage en fonction du poids du patient.

Le surpoids augmente la gêne ressentie lors du déshabillage. A noter une disparité homme / femme avec une différence marquée essentiellement au niveau 3 chez les hommes alors qu'elle est déjà bien présente dès le niveau 1 chez les femmes (annexes 6 et 7).

5. En fonction de la religion

		non pratiquant (n = 179)	pratiquant, musulman (n = 33)	pratiquant, catholique (n = 23)	pratiquant, autres (n = 1)	n	p	test
déshabillage niveau 1	Pas gêné	125 (70%)	18 (55%)	15 (65%)	0 (0%)	158	0.052	Fisher
	Un peu gêné	49 (27%)	14 (42%)	8 (35%)	0 (0%)	71	-	-
	Très gêné	5 (2.8%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (100%)	7	-	-
déshabillage niveau 2	Pas gêné	107 (60%)	17 (52%)	16 (70%)	0 (0%)	140	0.049	Fisher
	Un peu gêné	59 (33%)	9 (27%)	6 (26%)	0 (0%)	74	-	-
	Très gêné	13 (7.3%)	7 (21%)	1 (4.3%)	1 (100%)	22	-	-
déshabillage niveau 3	Pas gêné	56 (31%)	4 (12%)	7 (30%)	0 (0%)	89	0.14	Fisher
	Un peu gêné	57 (32%)	13 (39%)	10 (43%)	0 (0%)	67	-	-
	Très gêné	66 (37%)	16 (48%)	6 (26%)	1 (100%)	80	-	-

Tableau 6. Gêne au déshabillage en fonction de la confession religieuse du patient.

Tous sexes confondus on retrouve une gêne augmentée des pratiquants musulmans pour les trois niveaux, mais la différence n'est significative que pour le niveau 2.

En comparant les hommes puis les femmes, on retrouve des tendances notables, mais la taille de l'échantillon ne permet pas de mettre en évidence de différences significatives. Les patients de confession catholique présentent des valeurs relativement proches du groupe sans confessions. Le groupe *autre confession* ne comprend qu'un seul patient (annexe 8a, 8b et 9).

- chez les femmes :

On retrouve donc une gêne nettement supérieure chez les patientes de confession musulmane à tous les niveaux, mais statistiquement significative seulement pour le niveau 1, en raison d'un manque de sujet.

- chez les hommes :

Les valeurs sont proches dans les deux groupes. On ne retrouve pas chez les hommes de différence significative sur les trois niveaux en fonction de la confession religieuse.

6. Comparaison avec la durée de suivi

		Durée suivi plus de 3ans (n = 171)	Durée suivi moins de 3ans (n = 65)	n	p	test
Examen niveau 1	Pas gêné	119 (70%)	39 (60%)	158	0.37	Fisher
	Un peu gêné	47 (27%)	24 (37%)	71	-	-
	Très gêné	5 (2.9%)	2 (3.1%)	7	-	-
Examen niveau 2	Pas gêné	111 (65%)	29 (45%)	140	<0.01	Chi2
	Un peu gêné	49 (29%)	25 (38%)	74	-	-
	Très gêné	11 (6.4%)	11 (17%)	22	-	-
Examen niveau 3	Pas gêné	55 (32%)	12 (18%)	67	<0.01	Chi2
	Un peu gêné	63 (37%)	17 (26%)	80	-	-
	Très gêné	53 (31%)	36 (55%)	89	-	-

Tableau 7. Gêne au déshabillage en fonction de la durée de suivi.

On ne retrouve pas de différence pour le niveau 1 de déshabillage, mais pour les niveaux 2 et 3 les patients suivis depuis plus de 3 ans par le même médecin la gêne ressentie est beaucoup plus faible.

7. Le genre de l'examineur

La gêne lors de l'examen est susceptible de varier en fonction du genre de l'examineur, elle est influencée par le genre du médecin, 28 % des patients seront ainsi moins à l'aise de montrer leurs parties génitales devant un médecin du sexe opposé.

		moins gêné (n = 16)	égal (n = 153)	plus gêné (n = 67)	n	p	test
La confession religieuse	non pratiquant	12 (6.7%)	119 (66%)	48 (27%)	179	0.04	Fisher
	pratiquant, musulman	3 (9.1%)	14 (42%)	16 (48%)	33	-	-
	pratiquant, catho...	1 (4.3%)	19 (83%)	3 (13%)	23	-	-
	pratiquant, autres	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1	-	-
La durée de suivi	plus de 3ans	14 (8.2%)	110 (64%)	47 (27%)	171	0.42	Fisher
	moins de 3ans	2 (3.1%)	43 (66%)	20 (31%)	65	-	-
La tranche d'âge	12-17	0 (0%)	8 (42%)	11 (58%)	19	0.013	Fisher
	18-29	1 (2.6%)	23 (59%)	15 (38%)	39	-	-
	30-64	5 (5.2%)	67 (70%)	24 (25%)	96	-	-
	plus 65	10 (5.2%)	55 (70%)	17 (25%)	82	-	-
Le genre	femme	11 (8.5%)	82 (63%)	37 (28%)	130	0.51	Chi2
	homme	5 (4.7%)	71 (67%)	30 (28%)	106	-	-
Le surpoids	non	7 (4.7%)	107 (72%)	34 (23%)	148	<0.01	Chi2
	oui	9 (10%)	46 (52%)	33 (38%)	88	-	-

Tableau 8. Facteurs influençant la gêne du patient face à un médecin de sexe opposé.

On ne retrouve pas d'influence du genre du patient vis-à-vis d'un examineur du sexe opposé selon le genre.

La gêne est nettement plus marquée chez les patients musulmans par rapport aux autres confessions.

Le surpoids augmente la gêne ressentie face à un médecin du sexe opposé.

La gêne devant un médecin de sexe opposé est influencée par le jeune âge, les jeunes patients préférant un examinateur du même genre qu'eux dans 57 % des cas.

Il ressort donc, qu'être examiné par un médecin de sexe opposé, peut être source de gêne chez certaine catégorie de patient, notamment chez les patients mineurs, ou de confession musulmane, ainsi que les patients en surpoids.

8. La spécialité de l'examineur

Il a été choisi comme comparatif deux spécialités nécessitant pour l'examen clinique spécifique à la spécialité un déshabillage niveau 3 systématique, ici la gynécologie pour les femmes et l'urologie pour les hommes.

58 patients ont été exclus de cette analyse, car n'ayant jamais consulté ces médecins spécialistes.

		moins gêné (n = 34)	égal (n = 118)	plus gêné (n = 25)	n	p	test
confession religieuse	non pratiquant	25 (19%)	88 (67%)	19 (14%)	132	0.8	Fisher
	pratiquant, musulman	6 (23%)	15 (58%)	5 (19%)	26	-	-
	pratiquant, catholique	3 (17%)	14 (78%)	1 (5.6%)	18	-	-
	pratiquant, autres	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1	-	-
durée de suivi	plus de 3ans	22 (16%)	94 (70%)	19 (14%)	135	0.2	Chi2
	moins de 3ans	12 (29%)	24 (57%)	6 (14%)	42	-	-
tranche d'âge	12-17	1 (12%)	5 (62%)	2 (25%)	8	0.34	Fisher
	18-29	9 (32%)	15 (54%)	4 (14%)	28	-	-
	30-64	15 (21%)	46 (66%)	9 (13%)	70	-	-
	plus 65	9 (13%)	52 (73%)	10 (14%)	71	-	-
genre	femme	32 (29%)	64 (58%)	15 (14%)	111	<0.001	Chi2
	homme	2 (3%)	54 (82%)	10 (15%)	66	-	-
surpoids	non	19 (17%)	77 (71%)	13 (12%)	109	0.35	Chi2
	oui	15 (22%)	41 (60%)	12 (18%)	68	-	-

Tableau 9. Facteurs influençant la gêne du patient face à un médecin spécialiste.

On retrouve une différence significative entre homme et femme. Les femmes sont beaucoup moins gênées par l'examen des parties génitales chez leur gynécologue par rapport au même examen chez leur médecin généraliste. Si on ne prend pas en compte les patientes n'ayant jamais consulté de gynécologue, cette proportion monte à 29 % des patientes interrogées. Concernant les hommes seulement 3.03 % des patients sont moins gênés de montrer leurs organes génitaux à leur urologue qu'à leur médecin généraliste. Le jeune âge n'est pas un facteur d'influence, après correction des patients non concernés, la part de patients moins gênés est de 62.5%. Par contre, l'augmentation du nombre de réponse « égal » après 65 ans, est à noter, même si elle est non significative.

On ne retrouve pas de lien statistique significatif entre la gêne vis-à-vis d'un autre praticien et la confession religieuse.

Au final, le seul facteur augmentant la gêne ressentie par rapport à un spécialiste est le sexe féminin.

Pour les patientes de sexe féminin, en ce qui concerne l'examen des seins chez le gynécologue, on retrouve des chiffres qui diffèrent de la population de l'étude.

		Gêne supérieure chez gynécologue (n = 3)	idem (n = 83)	Gêne supérieure chez médecin généraliste (n = 25)	n	p	test
confession religieuse	non pratiquant	0 (0%)	69 (83%)	14 (17%)	8 3	<0.001	Fisher
	pratiquant, musulman	1 (6.2%)	6 (38%)	9 (56%)	1 6	-	-
	pratiquant, catholique	2 (17%)	8 (67%)	2 (17%)	1 2	-	-
durée de suivi	plus de 3ans	3 (3.7%)	62 (77%)	16 (20%)	8 1	0.43	Fisher
	moins de 3ans	0 (0%)	21 (70%)	9 (30%)	3 0	-	-
tranche d'âge	12-17	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	5	0.39	Fisher
	18-29	1 (5.6%)	11 (61%)	6 (33%)	1 8	-	-
	30-64	1 (2.2%)	34 (74%)	11 (24%)	4 6	-	-
	plus de 65	1 (2.4%)	35 (83%)	6 (14%)	4 2	-	-
surpoids	non	2 (3%)	55 (83%)	9 (14%)	6 6	0.015	Fisher
	oui	1 (2.2%)	28 (62%)	16 (36%)	4 5	-	-

Tableau 10. Facteurs influençant la gêne des patientes à l'examen des seins.

On retrouve une différence entre les patientes de différents groupes d'âge, avec environ 40% de jeunes patientes moins gênées de l'examen des seins chez leur gynécologue par rapport à leur médecin généraliste. Entre 30 et 64 ans ce chiffre est de 33% puis 14% après 60 ans. Le faible nombre de patientes de moins de 18 ans n'est pas suffisant pour établir une différence significative. La durée de suivi ne diminue pas la gêne ressentie lors de l'examen des seins par rapport à un spécialiste.

Les patientes en surpoids sont plus gênées pour l'examen des seins par le médecin généraliste. Il en est de même que les patientes musulmanes qui sont plus gênées que les patientes non musulmanes.

9. Cacher un symptôme en raison de sa localisation intime

		Problème caché ? non (n = 223)	Problème caché ? oui (n = 13)	n	p	test
Confession religieuse	non pratiquant	169 (94%)	10 (6%)	179	0.062	Fisher
	pratiquant, musulman	32 (97%)	1 (3%)	33	-	-
	pratiquant, catholique	23 (100%)	0 (0%)	23	-	-
	pratiquant, autres	1 (100%)	0 (0%)	1	-	-
Genre	femme	124 (95%)	6 (5%)	130	0.72	Chi2
	homme	100 (94%)	6 (4%)	106	-	-
obésité	non	142 (96%)	6 (4%)	148	0.37	Fisher
	oui	82 (93%)	6 (7%)	88	-	-
Tranche d'âge	12-17	16 (84%)	3 (16%)	19	0.018	Fisher
	18-29	35 (90%)	4 (10%)	39	-	-
	30-64	92 (96%)	4 (4%)	96	-	-
	plus de 65	81 (99%)	1 (1%)	82	-	-
Durée de suivi	plus de 3 ans	166 (97%)	5 (2.9%)	171	0.021	Fisher
	moins de 3 ans	58 (89%)	7 (11%)	65		

Tableau 11. Facteurs influençant l'omission volontaire d'un symptôme par pudeur.

5.5 % des patients de l'étude ont déjà caché un symptôme à leur médecin car il était situé dans une zone qu'ils ne souhaitent pas montrer. Le jeune âge et une durée de suivi inférieure à 3 ans majeure, de façon significative, le risque que le patient cache un symptôme à son médecin.

10. Comparaison avec le déshabillage hospitalier

		Gêne supérieure hospital (n = 155)	Gêne supérieure médecin (n = 81)	n	p	test
Confession religieuse	non pratiquant	121 (67.6%)	58 (32.4%)	179	0.27	Fisher
	pratiquant, musulman	17 (51.5%)	16 (48.5%)	33	-	-
	pratiquant, catho...	16 (69.6%)	7 (30.4%)	23	-	-
	pratiquant, autres	1 (100%)	0 (0%)	1	-	-
Genre	Femme	85 (65%)	45 (35%)	130	0.96	Chi2
	Homme	69 (65%)	37 (35%)	106	-	-
Obésité	non	99 (68%)	46 (32%)	145	0.22	Chi2
	oui	55 (60%)	36 (40%)	91	-	-
Tranche d'âge	12-18	6 (32%)	12 (63%)	1 (5%)	19	<0.01
	18-30	13 (33%)	16 (41%)	10 (26%)	39	-
	30-65	40 (42%)	34 (35%)	22 (23%)	96	-
	plus 65	32 (39%)	17 (21%)	33 (40%)	82	-
Durée de suivi	plus de 3 ans	114 (67%)	57 (33%)	171	0.6	Chi2
	moins de 3 ans	41 (63%)	24 (37%)	65	-	-

Tableau 12. Facteurs influençant la gêne au déshabillage en médecine de ville et à l'hôpital.

La gêne est beaucoup moins marquée au cabinet de médecine générale par rapport à l'hôpital, deux tiers des patients sont plus à l'aise d'être examiné chez leur médecin généraliste qu'à l'hôpital.

On retrouve une gêne plus marquée lors du déshabillage à l'hôpital, sans influence du genre et du surpoids. L'âge par contre semble influencer cette gêne avec des patients jeunes plus gênés chez le généraliste.

11. Autres résultats

La question 18 demandait aux patients de classer différentes catégories de métiers susceptibles de déshabiller le patient, du plus gênant au moins gênant. Mais elle présentait un trop grand nombre d'erreur dans ses réponses pour montrer des résultats exploitables. Un grand nombre patients ayant signalé avoir inversé l'ordre des réponses, un classement par rang n'aurait pas eu d'intérêt statistique.

La question 19 demandait au patient s'il faisait plus confiance à des résultats d'examens complémentaires ou à l'examen du médecin en cas d'avis différents.

		Confiance diagnostique supérieure envers le médecin (n = 91)	Confiance diagnostique supérieure en les examens complémentaires (n = 79)	Confiance diagnostique égale (n = 66)	n	p	test
Genre	Femme	55 (42%)	(32%)	34 (26%)	13 0	0.42	Chi2
	Homme	36 (34%)	38 (36%)	32 (30%)	10 6	-	-
Tranche d'âge	12-18	6 (32%)	12 (63%)	1 (5%)	19	<0.01	Chi2
	18-30	13 (33%)	16 (41%)	10 (26%)	39	-	-
	30-65	40 (42%)	34 (35%)	22 (23%)	96	-	-
	plus 65	32 (39%)	17 (21%)	33 (40%)	82	-	-

Tableau 13. Comparaison de la confiance du patient envers un diagnostic en fonction de l'âge et du genre.

Les patients les plus jeunes placent leur confiance plutôt dans les examens complémentaires.

La question 20 recherchait une différence sur le ressenti du patient entre le déshabillage en cabinet ou en milieu hospitalier.

IV. DISCUSSION

Le corps est un ensemble de composants en interaction et pas une simple addition d'organes, la vision du corps doit être globale, se limiter à un seul organe ou une seule partie du corps peut faire omettre de précieux indices. Déshabiller le patient répond ainsi à une démarche de qualité de l'examen clinique.

Le patient dans un cabinet de médecine générale est lui dans son habitus, le médecin se trouve donc face à un patient dans son mode de vie habituel, avec ses vêtements habituels, dans son environnement, qui vient de promener son chien et ira chercher ses enfants à l'école après sa consultation. Contrairement à la médecine hospitalière où le patient est généralement en blouse et donc facilement déshabillable (même si des changements et des remises en question ont lieu, surtout depuis 2012 avec la pétition Twitter® lancée par la médecin Bloggeuse Farfadoc). Déshabiller le patient, c'est un peu arracher celui-ci à sa vie habituelle, une prise de conscience de sa condition humaine et de sa vulnérabilité, ce qui peut être parfois dur à réaliser pour certains. Se déshabiller c'est se mettre à nu, enlever son costume, son vêtement dans toute la symbolique qu'il représente. Le patient nu se sent vulnérable, sans possibilité de cacher ce qu'on ne souhaite pas montrer.

On note toutefois depuis quelques années une tendance à moins se mettre à nu devant son médecin. C'est ce qui ressort à travers les témoignages des patients et des médecins ainsi que des études comme celle De Palchik et Wolf en 1988 (22) mettant l'accent sur le fait que les nouveaux médecins privilégient l'information des examens complémentaires au détriment de l'examen clinique. Il y aurait alors si l'on suit cette idée une tendance à limiter l'examen clinique du patient et par corrélation son déshabillage.

Quelles en sont les raisons ?

Suite à notre étude et grâce aux divers témoignages de patients et de médecin, plusieurs facteurs limitants le déshabillage du patient permettent d'expliquer cette situation.

La proportion de patientes de sexe féminin est dans cette étude plus importante que dans la population générale qui s'établit à 51.69 % en France en 2020 (23) contre ici 55.08%. Cette différence peut être expliquée par une espérance de vie plus longue chez les femmes et donc un

besoin médical accru avec le vieillissement, ou tout simplement par un aléa statistique, la différence n'étant pas significative.

Les patients de plus de 65 ans, qui représentent ici 34.74 % de la population étudiée contre 20.4 % en France en 2020, tous sexes confondus. Inversement les patients de moins de 30 ans se retrouvent sous représentés, représentant dans notre étude 24 % de la patientèle contre 35.01 % en France (23).

Concernant la confession religieuse, on retrouve environ 10 % de patients de confession catholique pratiquant, 13% de patients musulmans pratiquants. La part de patient non pratiquant est ici de 75%.

Concernant la corpulence, on retrouve une population de personnes obèses largement supérieure à la moyenne nationale qui est de 17% en 2020 (24), cette sur-représentation est expliquée par le besoin de soins plus importants chez la personne obèse, ainsi que la situation économique de la ville de l'étude, qui présente un contexte économique très défavorable (taux de chômage de 50 % supérieur et un revenu moyen inférieur de 20 % par rapport à la population française)(25).

1. Les obstacles côté médecin

1.1. Le facteur temps

Évaluer la durée moyenne d'une consultation de médecine générale en France est une entreprise compliquée en raison de la disparité des pratiques. En effet la durée de la séance varie à la fois en fonction du patient et des caractéristiques du médecin.

Selon l'enquête de la Drees réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes, les consultations et visites pour les patients adultes durent en moyenne 16 minutes en France. (26) Cette durée la placerait dans la moyenne haute des pays Européens. Les variations sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la patientèle d'un même médecin, et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre. Sur cette étude réalisée auprès de 952 praticiens et 44 000 consultations, on retrouve 28% de patients ayant plus de 70 ans (pour 7.6% de la population en 2002), 60 % plus de 45 ans avec une majorité de femme (55%).

Par comparaison, la durée de consultation en Allemagne est de 7.4 minutes et de 9.4 minutes au Royaume-Uni. Les plus longues consultations sont suédoises avec une durée moyenne de 22.5 minutes. A relativiser par rapport au 2.5 minutes chinoises...(27)

Concernant le nombre de patient par jour, il est difficilement mesurable en raison de la diversité des pratiques de chaque médecin généraliste, il est multifactoriel (âge du médecin, sexe, lieu, mode d'exercice... etc).

La consultation de médecine générale comporte en moyenne 2,6 motifs de consultation selon l'étude ECOGEN de 2012 (28). Le motif de consultation le plus fréquent est la demande de renouvellement de traitement médicamenteux (21,3 %), devant le suivi d'un problème de santé (5,7 %) et la discussion de résultats d'examens (4 %).

Faire déshabiller le patient est une action qui prend du temps. D'autant plus si celui-ci nécessite une assistance, d'une part pour une aide mécanique, ou d'autre part pour éviter une chute du patient. On comprend aux vues de la durée de la consultation que ce temps peut sembler une perte difficilement rattrapable, encore plus lorsque l'on sait que l'assurance maladie recommande en 2019 de pratiquer 6 consultations par heures avec l'aide d'un assistant médical. Mais les estimations des syndicats de médecine générale semblent nous montrer que cet objectif serait difficilement réalisable même avec l'aide d'un assistant. (29)

Devant la menace du chronomètre, le déshabillage du patient serait alors réduit au minimum nécessaire, avec un examen plus ciblé sur la pathologie, ciblant une approche plus locale que systémique. Par exemple un patient venant pour une toux n'aurait qu'une auscultation pulmonaire et pas d'examen de la gorge.

On comprendra alors qu'il est actuellement impossible de procéder à l'examen complet de chaque patient en le déshabillant entièrement. Au médecin de trouver le meilleur compromis avec un examen et une consultation plus ciblée. Le reste de l'examen nécessitant parfois une consultation supplémentaire ultérieure.

1.2. La diminution de la pratique des touchers pelviens

Les touchers pelviens représentent la grande majorité des raisons de déshabiller le patient. Cet examen millénaire connaît aujourd'hui une baisse de sa pratique en médecine générale, du moins dans la médecine de prévention.

1.2.1. *Le toucher rectal*

Le toucher rectal en premier lieu, concerne majoritairement les patients de sexe masculin, dans le cadre de l'examen de la prostate, que ce soit pour une pathologie aiguë ou chronique, mais aussi plus rarement les patients des deux sexes pour des pathologies gastro-entérologiques telles que la recherche d'une tumeur du bas rectum ou examiner une hémorroïde.

Une étude clermontoise de 2012 (30) s'est penchée sur les obstacles à la pratique du toucher rectal en médecine générale dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate. Les freins retrouvés ont été la gêne éprouvée par le patient et le médecin, la préférence accordée au dosage sanguin du PSA, le manque de confiance dans l'interprétation du geste, le manque de temps et l'incertitude du bénéfice d'un dépistage. Les stratégies adoptées pour les contourner étant l'orientation vers un urologue ou un confrère, et souvent une consultation dédiée ultérieure à un dosage PSA anormal. A noter dans cette étude que le temps n'était pas un obstacle pour 90 % des médecins interrogés.

On note donc une perte de confiance du médecin envers ses propres pratiques en raison peut être du manque de répétition du geste dans son quotidien. Cela est accentué par une facilité des moyens de dépistage modernes, pourtant actuellement 10 % des cancers de la prostate présente un PSA normal aux premiers stades d'après la société française d'urologie. On note aussi une volonté de ne pas vouloir nuire au patient en raison de l'évolution lente de ce cancer selon l'âge et de l'absence d'amélioration de la mortalité spécifique même pour les patients traités ainsi que la surveillance active qui génère une inquiétude importante pour le patient. Et enfin toujours une gêne, réciproque, entre le patient et son médecin vis-à-vis de ce geste. Une des principales difficultés que rencontre le médecin pour

proposer le toucher rectal est au cœur de la relation médecin patient : proposer un geste intrusif à un patient parfois asymptomatique nécessite une communication adaptée.

Si la pratique du toucher rectal ne pose pas de problème pour des symptomatologies aiguës, sa pratique en prévention reste encore délicate et semble moins utilisée dans la médecine générale moderne, confirmée par les récentes études, comme la méta-analyse de 2018 de Raji et al, qui montre les faiblesses de ce mode de dépistage. (31)

1.2.2. Le toucher vaginal

Il est pratiqué essentiellement en obstétrique d'une part et en gynécologie d'autre part.

En obstétrique, il permet en début de grossesse, d'évaluer la modification de taille de l'utérus et jusqu'au milieu du siècle dernier de diagnostiquer un début de grossesse. Actuellement, cet usage a été complètement remplacé par l'échographie. En milieu et fin de grossesse, il permet d'évaluer les éventuelles modifications du col utérin (ramollissement, raccourcissement, ouverture de l'orifice interne du canal cervical et changement de position du col...). Ces modifications caractérisent la menace d'accouchement prématuré et le début du travail obstétrical.

Les études actuelles montrent que la réalisation systématique du toucher vaginal présente plus de risques que d'avantages pour la patiente, celui-ci n'est plus réalisé à chaque examen (32).

A noter également une baisse de la proportion de grossesse suivie en médecine générale au profit des sages-femmes. La proportion suivie par les gynécologues restant quant à elle stable (33).

L'activité gynécologique en médecine générale répond à une demande de prévention, de dépistage, de premier recours ou de coordination. Du point de vue gynécologique, le toucher vaginal fait partie de l'examen clinique historique, de même que la palpation des seins et le frottis cervico-utérin. Toutefois les études récentes tendent à montrer que le toucher vaginal ne serait pas un outil diagnostic d'une grande fiabilité dans le cadre des dépistages et qu'il présente des effets indésirables comme les infections urinaires ou la pollakiurie à prendre en compte avant tout examen. (34)

Les médecins généralistes sont appelés à occuper une place plus importante à l'avenir du fait de la diminution du nombre de gynécologues médicaux d'une part, et d'une attente des patientes d'autre part. Cependant, les médecins généralistes évoquent eux-mêmes un manque de formation adaptée dans le domaine du suivi gynécologique. (35)

1.3. Une judiciarisation de la médecine et une médecine défensive

« Lorsque les médecins étaient ignares, ils étaient sacrés ; lorsqu'ils sont devenus savants mais toujours inefficaces, ils étaient respectés ; maintenant qu'ils sont savants et efficaces, ils sont suspectés. » Pr Guiraud-Chaumeil.

La judiciarisation est une propension à privilégier le recours aux tribunaux pour trancher des litiges qui pourraient être réglés par d'autres voies (accord amiable, médiation...).

La seconde moitié du vingtième siècle a vu la fin du modèle paternaliste de la relation médecin-malade, avec un patient devenant plus acteur, ce qui malheureusement associé à un contexte de judiciarisation de la société a induit une hausse des plaintes contre les praticiens.

Cette pression judiciaire est associée à une modification des comportements du praticien, développée par le Dr Martel dans sa thèse de doctorat en 2014 (36).

Le retentissement médiatique et le corporatisme amène à une identification envers les confrères lors de l'exposition publique d'affaire médicale. Cela conduit à un sentiment d'insécurité pénale du médecin amenant une modification de ses pratiques avec une médecine plus défensive, qui peut être cause de deux dérives : d'une part, la surconsommation d'examen et prescription médicale, et d'autre part une conduite d'évitement.

Cette conduite d'évitement consiste à éviter certaines actions qui pourraient sembler à risque de retournement judiciaire du patient. D'après le Dr Martel, dans une étude centrée sur les internes de médecine, le principal élément pouvant amener à un risque judiciaire serait l'examen clinique sans

témoin, suivi dans le classement par une erreur d'interprétation d'un électrocardiogramme, les infiltrations ou la rédaction de certificat (36). Un quart des internes adaptent leur examen clinique en limitant le déshabillage du patient ou en examinant moins les seins et les parties génitales devant la peur des poursuites.

Or, de récentes études ont montré que depuis quelques années, le nombre de plainte est stable et son augmentation relèverait plutôt de l'inconscient collectif (37). Le marqueur de la judiciarisation en médecine est la sinistralité, utilisé par les assureurs médicaux. Des assureurs comme la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF) montre même plutôt une baisse de cet indice depuis 2002, probablement influencée par la loi Kouchner de la même année. Dans le bilan 2020 de la MACSF, on remarque une plus grande part de condamnation pour un nombre de plainte stable. Les spécialités les plus mises en causes sont la chirurgie, puis la médecine générale et l'anesthésiologie. Les spécialités présentant les condamnations les plus élevées étant la médecine générale, la chirurgie puis la gynécologie obstétricale qui représentent en 2020 59% du total des indemnisations financières. (38)

Toutefois cette idée de pression judiciaire reste ancrée, et ce sentiment d'insécurité amène à une modification des conduites. Ici nous intéresse le déshabillage du patient qui se retrouve à être justifié au patient alors qu'il relève tout simplement de la bonne pratique médicale. Ainsi pour un praticien homme, faire déshabiller une jeune femme dans le contexte actuel peut s'avérer délicat. La peur du tribunal constitue un frein dans la relation médecin malade.

La pratique des touchers pelviens est une des pratiques les plus sujettes à caution dans la médecine défensive. Dans la thèse du Dr Carrez de 2002 sur l'impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive, 19 % des praticiens ressentaient une pression judiciaire à la pratique d'un toucher vaginal, et 13 % dans la pratique d'un toucher rectal.

La pression judiciaire ressentie est en hausse ces dernières années, reflétée par la hausse de la médecine défensive (39).

Cette médecine défensive modifie les pratiques médicales, amène à moins de contact avec le patient et tend à augmenter les examens complémentaires. Cette situation est difficilement améliorable en l'absence d'une meilleure protection des médecins. Seul le dialogue et des explications éclairées envers le patient pourront amener à une meilleure prise en charge et réinstaurer la confiance entre le médecin et son patient.

1.4. Le progrès technique

L'art du diagnostic est en perpétuelle mutation. C'est ainsi que le diagnostic du diabète est passé de l'urine qui attire les fourmis, à la dégustation des urines du patient, puis à l'analyse d'urine et enfin au contrôle sanguin.

L'évolution concerne les moyens d'examens mais aussi les connaissances. Ce qui était admis il y a 30 ans ne l'est peut-être plus, comme nous le prouve la dernière recommandation de l'HAS sur la kinésithérapie respiratoire dans la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson par exemple. Nos connaissances d'aujourd'hui ne sont pas celles de demain.

Cette constante évolution amène à une modification des pratiques de l'examen médical. La notion de l'examen clinique est-elle encore d'utilité à l'époque du boom de l'imagerie médicale ? En effet pourquoi lors de l'examen de l'épaule rechercher un signe de Patte quand une IRM permet le diagnostic plus précisément ? Pourtant aujourd'hui encore l'examen clinique reste en évolution, à l'image de cette méta-analyse suédoise de 2016 (40), qui nous montre la pertinence et l'efficacité de certaines manœuvres comme le test de l'arc douloureux devant d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

L'examen physique semblerait alors remplacé par l'imagerie dans la vision organique du patient et par la biologie dans sa vision humorale. Cette vision réductrice n'aboutirait finalement qu'à une perte de qualité du diagnostic médical.

Les examens complémentaires ne doivent pas remplacer mais plutôt prolonger la démarche diagnostique. Le duo interrogatoire-examen clinique est devenu un trépied diagnostique avec l'émergence des examens complémentaires (41).

Tableaux issus de la thèse du Dr Fouzai sur la contribution des différents temps de consultations dans l'établissement du diagnostic en médecine générale. (42)

Etablissement du diagnostic après plainte principale et anamnèse du patient (%)		Etablissement du diagnostic après examen clinique du patient (%)	
Hampton	82,5	Hampton	8,7
Sandler	56,0	Sandler	17,0
Peterson	76,0	Peterson	12,0
Gruppen (soins primaires)	95,0	Gruppen (soins primaires)	< 1
Gruppen (étudiants)	87,0	Gruppen (étudiants)	1,4
Sibbald	80,0	Roshan	8,2
Roshan	78,5	Tsukamoto	18,3
Tsukamoto	71,0		
<i>Contribution de la plainte principale et de l'anamnèse dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires</i>		<i>Contribution de l'examen clinique dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires</i>	

Etablissement du diagnostic après lecture des examens complémentaires (%)	
Hampton	5,0
Sandler	5,0
Peterson	11,0
Gruppen (soins primaires)	< 1
Roshan	13,0
Tsukamoto	10,0
<i>Contribution des examens complémentaires dans l'établissement du diagnostic en consultation de soins primaires</i>	

Le deuxième rôle de l'examen clinique, mis en évidence par les différentes études, est de diminuer l'incertitude diagnostique du médecin avec une augmentation du score de confiance concernant le diagnostic correct. En effet, l'étude Hampton nous apprend par exemple que l'examen clinique a permis d'accroître le score de confiance concernant le diagnostic correct, chez 19 des 80 patients.

L'étude Sandler pousse les investigations un peu plus loin en nous offrant des résultats en fonction du type de pathologie étudiée (43).

Tableau : Contribution des différents temps de la consultation médicale en fonction du domaine de pathologie selon l'étude Sandler.

Examens complémentaires					
Domaines de pathologie	N	Anamnèse (%)	Examen clinique (%)	Routine (%)	Spécialisés (%)
Cardiovasculaire	276	67	24	3	6
Neurologique	119	63	12	3	14
Endocrinien	65	32	15	11	42
Alimentaire	52	27	0	0	58
Respiratoire	36	47	22	17	14
Urinaire	19	53	10	5	26
Divers	63	46	8	8	21
Total	630	56	17	5	18

On notera la disparité de la part apportée par chaque temps de la consultation selon le domaine de pathologie, avec par exemple une prépondérance de l'examen clinique sur les examens complémentaires dans les diagnostics de pathologies cardiovasculaires alors que cette prépondérance est inversée pour des pathologies neurologique ou endocrinienne.

L'examen clinique peut également avoir une place dans l'évaluation (20). Dans cette étude, il était montré qu'un examen clinique soigné modifiait la prise en charge dans un quart des cas.

L'examen clinique permet donc de confirmer, d'éliminer des hypothèses diagnostiques ou d'en faire émerger de nouvelles.

Dans l'étude de Gruppen en soins primaires, les praticiens ont prescrit des examens complémentaires chez 22 % des patients mais n'ont été contributifs au diagnostic que dans 1 % des situations. Il est montré aussi que les examens complémentaires permettent majoritairement l'élimination des hypothèses diagnostiques (30 % des cas). Ces examens complémentaires ont un coût, comme montré par Sandler dans son étude : 478 examens complémentaires ont été prescrits et 43 ont permis d'établir le diagnostic final chez seulement 4 des 80 patients inclus dans l'étude. Sur un total de 548 patients inclus dans l'étude, sur une période de 2 ans, le coût des examens complémentaires pratiqués chez des patients où le diagnostic correct fut déjà établi après l'anamnèse et l'examen clinique, s'élevait à 13 000 dollars.

Comment dans ce cas, remettre l'examen clinique au cœur de la consultation ?

Tout d'abord au niveau de la formation étudiante hospitalière, en valorisant l'apprentissage et la

transmission de l'examen clinique, en le mettant au cœur du diagnostic. En second lieu, peut-être par une meilleure organisation du temps de consultation. La partie financière est également à prendre en compte, bien examiner un patient prend du temps, et ce temps utilisé est une variable à prendre en compte, une adaptation de la rémunération du médecin généraliste avec un mode de rémunération à la minute après un forfait qui s'inspirerait du modèle helvétique pourrait être une solution.

1.5. Le cas de la médecine générale en remplacement

Faire déshabiller le patient peut être problématique lors d'un remplacement de médecine générale. En effet, on s'adresse à des patients qui ont leurs habitudes, avec le médecin remplacé. Ces habitudes sont renforcées par le fait que même si le médecin change, les locaux restent les mêmes, les patients s'attendant donc, même inconsciemment, à une continuité de la démarche de soin. Or le problème se pose pour le remplaçant de trouver le meilleur compromis entre les habitudes du médecin remplacé et les siennes. En effet, le remplaçant n'a pas affaire à sa propre patientèle et ne peut pas se permettre de heurter des patients qui ne sont habituellement pas les siens. Le médecin habituel connaît ses patients et sait ce qui peut créer le conflit ou non et les limites à ne pas dépasser. Le médecin remplaçant ne connaissant pas ces limites, propres à chaque patient, sera plus tenté de ne pas vouloir froisser le patient et aura tendance à limiter le déshabillage systématique lors de l'examen. Une des solutions à ce problème repose sur le remplacement régulier dans un même cabinet ou assister à des consultations du médecin remplacé au préalable.

2. Les obstacles côté patient

2.1. Une nouvelle vision du corps

2.1.1. *Une érotisation du corps*

Nous avons montré précédemment que la vision du corps nu évolue en fonction des cultures, tantôt associé à la nature, tantôt au sexe. La France bénéficie de deux courants d'influence opposés, d'une part la Freikörperkultur germanique et la tradition religieuse latine d'autre part.

Le rôle des médias est essentiel dans l'approche collective et personnelle que nous nous faisons de la représentation de la nudité. Le message véhiculé par ces supports participe à notre inconscient collectif de la perception et de l'interprétation du corps.

Le cinéma est actuellement un des vecteurs de diffusion culturelle, dont les États Unis sont le principal exportateur mondial. Or le cinéma américain répond à une logique de domination masculine dans la très grande majorité de sa production. Le test de Bechdel, outil de mise en évidence de la sous-représentation féminine dans les films, appliqué à l'ensemble de la production des 20 dernières années montre que 40 % des films américains échouent au test (44). Il en résulte une grande proportion de film où les femmes ne font que de la figuration et servent uniquement par leur physique. Se crée alors un imaginaire collectif de la femme objet dont les fonctions servent uniquement au désir masculin. Cette incarnation du désir est même devenue un thème récurrent du cinéma mondial. Le désir fait vendre, et les productions en ce sens se multiplient.

La publicité joue aussi sur cette ambiguïté, cherchant les limites entre ce qui est montrable ou non. Le rôle de l'imagerie publicitaire est de provoquer un désir programmé, dirigé vers la consommation. Un des arguments marketing est alors de faire appel au désir. C'est ainsi que bon nombre de voitures se retrouvent entourées de personnes au physique agréable, à grande majorité féminine et faiblement vêtue. Cette publicité est omniprésente, des modèles statistiques montrent une exposition quotidienne d'environ 360 messages sur supports classiques (radio, télévision, journaux) et plusieurs milliers en associant les supports non conventionnels (internet, placement de produit, sponsoring) (45).

Cette exposition permanente modifie l'inconscient collectif, et participe à transformer notre vision du corps, qui devient alors objet de désir et perdant de ce fait son approche biologique et naturelle.

Cette vision dominante du corps semble révélatrice du déplacement des normes de pudeur et du degré d'acceptation sociale du nu. Démontré par une chute de la pratique du naturisme et de celle du sein nu sur les plages. On accepte de voir l'exposition du corps médiatisé, mais son propre corps ne nous apparaît pas comme montrable au regard des autres car trop sexualisé. (46) Le corps se cache dans les lieux publics, mais aussi dans la sphère privée.

On a donc un patient qui se présente au cabinet avec une vision biaisée de l'exposition de son corps et de ce qu'il représente. Cette vision est pondérée par la représentation de la médecine que se fait le patient, il sait que son médecin aura une vision différente du corps que lui, guidée par sa pratique et ses connaissances, mais devra lutter contre sa propre vision du corps. Ce conflit dans l'esprit du patient peut être source de malaise. Au médecin alors de soulager le patient par le dialogue ou une adaptation de l'examen. Par exemple, expliquer à un patient mal à l'aise à l'idée de se déshabiller que cela est votre quotidien et qu'il sera le vingtième de la journée, ou alors pratiquer l'examen en deux temps en examinant d'abord le haut dénudé puis le bas. Chaque patient nécessitera une approche différente, au médecin de juger par son expérience quelle approche sera la mieux adaptée.

2.1.2. Une image corporelle déformée : la pression corporelle

Les critères de beauté évoluent avec le temps. Il y a 80 ans, en Europe, la femme épanouie était « bien en chair », aujourd'hui au contraire la femme idéale est la « femme ficelle ». L'IMC moyen des mannequins, en constante diminution en est un bon exemple. Le patient est exposé sans cesse à l'exposition du corps d'autrui, et ce depuis la nuit des temps, de la peinture de la Renaissance en passant par le cinéma jusqu'aux réseaux sociaux actuels. Il se compare, consciemment ou non à ces corps parfaits, maquillés et retouchés qui ne reflètent absolument pas la réalité.

Avec la mondialisation, les critères esthétiques ont tendance à s'uniformiser. Et si par exemple aujourd'hui la femme Mauritanienne épanouie est ronde, cela ne durera certainement pas longtemps. Le site américain Rehabs.com a constaté que la différence entre le poids des mannequins et le poids moyen des Américaines est passée de 8 % en 1975 à plus de 23 % aujourd'hui. L'écart entre le corps de la femme idéale et de celle de la réalité se creuse.

De nos jours, les standards de beauté sont souvent transmis par les idoles de la musique et du cinéma et surtout par une « starisation » extrême : Marilyn Monroe, Ursula Andress, et Brigitte Bardot en ont été les pionnières et les icônes. Le culte du corps s'étend à d'autres domaines que les médias : bande dessinée, jeux vidéo ou encore jouets qui façonnent dès la prime enfance les modèles psychologiques des enfants. Les poupées "Barbie" en sont un exemple. Ces poupées mannequins se voulant une vitrine de l'idée du corps parfait : jambes immenses au-delà de l'anatomie humaine, taille fine avec hanches bien dessinées et belle poitrine. Le visage se veut également séducteur avec des lèvres pulpeuses et de grands yeux maquillés. Selon Alain Sousa dans son essai intitulé « c'est de la faute à Barbie ! » elle est le symbole de l'uniformité et la minceur. Par le biais d'interview auprès des sociologues, l'auteur a étudié l'impact de la poupée, sur les petites filles et postule que la poupée Barbie inciterait les jeunes filles à la maigreur dès l'âge de 16 ans(47). Actuellement on assiste à une diversification de la poupée mannequin, avec des poupées anatomiquement plus humaines, avec des modèles moins maigres, de différentes ethnies, en 2020 est même lancée par la marque une poupée atteinte de vitiligo inspirée de la mannequin Winnie Harlow.

L'image de son corps est subjective et intimement corrélée aux affects, aux expériences, aux relations sociales et au sens donné au corps, intégrés dans une perception globale. A travers la représentation de son propre corps, le concept d'image corporelle occupe une place centrale pour penser ce corps perçu.

« Dans un contexte plus que jamais marqué par le culte de l'apparence et le déferlement d'images de corps parfaits, la crainte de ne pas répondre aux canons de beauté en vogue constitue sans doute un

frein important pour toutes celles qui ont intériorisé l'idée qu'il fallait un corps « irréprochable » pour se permettre de le montrer » François Kraus, Directeur du Pôle Politique à L'Institut français d'Opinion Politique (IFOP).

On parle alors de pression corporelle exercée par les médias et la société (48).

Ces problématiques, relatives à l'image corporelle, à l'apparence et au corps, sont particulièrement prégnantes à l'adolescence car c'est à cette période que se forme l'image corporelle, mais aussi du fait de tous les événements et changements relatifs au corps (acné, pilosité, prise de poids) liés à la puberté. L'explosion des réseaux sociaux pose une vraie problématique, selon une enquête du Pew Research Institute (auprès de 800 jeunes de 12-17 ans), 9 adolescents sur 10 utilisaient au moins un réseau social en France, et 23 % des 13 à 24 ans étaient inscrits sur plus de quatre réseaux sociaux (49).

On a donc une population fragile et influençable, avec une surexposition aux réseaux sociaux. Des services comme Instagram® ou TikTok® donnent une vision totalement déformée et non conforme à la réalité du corps humain. Le corps s'y veut parfait, tendant à une uniformisation des critères de beauté, et amène à un idéal corporel collectif aux antipodes de la réalité, créant ainsi chez le patient une dévalorisation de sa perception corporelle et une baisse de l'estime de soi (50). C'est une des raisons possibles, qui expliqueraient, dans notre étude, une augmentation de la gêne chez les patients de moins de 18 ans, car vulnérables, et très exposés.

Ainsi émergent de nouvelles pathologies, telle la bigorexie (ou syndrome d'Adonis), avec une recherche du corps parfait pouvant amener à des conduites à risque (prise de produits dangereux, anorexie, dépression, ...) ou l'addiction à la chirurgie esthétique. Ces dérives ont amené en France à voter des mesures telle que la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, imposant un IMC minimal des mannequins à 16, où l'obligation de préciser si une photo publicitaire a été retouchée.

Une étude anglaise de 2002 a cherché à mettre en évidence les effets de cette pression corporelle (51). Les résultats montrent que la pression corporelle est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. L'insatisfaction corporelle apparaît souvent comme étant indépendante de la réalité objective. Par conséquent le corps perçu diffère du corps réel, dans cette étude avec l'exemple de

l'IMC (52). Ceci est en accord avec les résultats de notre étude avec une augmentation de la gêne au déshabillage augmentée fortement chez les personnes en surpoids, avec une majoration pour les femmes.

Il est humain de cacher ce qui nous complexe, et se dévoiler même à son médecin est difficile pour le patient. Au médecin alors de rassurer le patient sur ses craintes, lui montrer par exemple que son poids est tout à fait dans les normes ou expliquer qu'un nez n'est absolument pas trop long. Nous parlons ici des patients n'ayant pas de pathologie morphologique évidemment, dans les autres cas l'orientation sera à adapter en fonction du patient.

2.2. La durée de suivi

Notre étude a montré que la faible durée de suivi est un obstacle au déshabillage. Elle augmente aussi le risque de cacher un symptôme pour éviter de montrer une zone que le patient ne souhaite pas exposer.

Le seuil de basculement choisi ici était de trois ans, il a permis de montrer une diminution très importante de la gêne ressentie lors du déshabillage. L'omission de symptôme avait aussi fortement diminué après trois années de suivi.

Ce seuil de 3 ans a été choisi de façon arbitraire et pourrait sans doute être démontré pour des durées plus faibles ultérieurement.

Des mesures comme la mise en place du médecin traitant référent en 1998, ou celui du parcours de soins coordonnés, institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ont permis d'améliorer cette durée de suivi en limitant le nombre de médecins différents consultés. Ces mesures ont montré de bons résultats dans la vaccination, le dépistage des cancers et la limitation de l'iatrogénie entre autres. (53) Cependant en 2019, 5.4 millions de personnes ne bénéficient pas de médecin traitant, principalement par manque de médecin.

2.3. Les transformations de la population

La population française évolue sans cesse, et ses caractéristiques physiques et biologiques également.

2.3.1. *Le jeune âge*

Dans notre étude, il ressortait que les patients de moins de 18 ans montraient une gêne beaucoup plus marquée à l'examen, que les groupes d'âge supérieurs. Deux causes sont à citer, la pression corporelle plus marquée à cet âge et les modifications corporelles liées à la puberté.

Cette gêne est plus marquée encore face à un médecin de sexe opposé.

C'est une catégorie de patient à rassurer particulièrement car notre étude montre que c'est la plus à risque de cacher un symptôme en raison de la gêne ressentie.

2.3.2. *Une population vieillissante*

Selon l'INSEE, l'âge médian des français est passé de 30.6 ans en 1975 à 40.1 ans en 2019 et les projections tablent sur une augmentation à 45 ans pour 2060 (54) . Si dans la vie de tous les jours il est possible de masquer en partie son propre vieillissement à travers divers artifices (maquillage, teinture, vêtements...), il n'en est pas de même en consultation. Le patient se retrouve face à la réalité du temps qui passe. Cette mise à nu n'est pas forcément physique, elle est aussi morale. Ainsi le franchissement de certains paliers comme le premier dépistage du cancer colorectal ou la première mammographie peuvent être des moments pénibles pour le patient.

Si avec l'âge, il apparaît une certaine acceptation des défauts de son corps d'avant (petite taille, petite poitrine, nez volumineux, etc ...), les modifications liées à l'âge, telles que la perte de masse musculaire et la prise de poids ou l'apparition de lésions cutanées comme les lentigos, par exemple, ont tendance à être plus difficilement acceptées. C'est ainsi que dans notre étude, les hommes de plus de 65 ans ressentent une gêne plus importante que les plus jeunes lors du déshabillage. Les femmes de plus de 65 ans semblent moins gênées, une des hypothèses pourraient être que les événements, tels que la naissance des enfants, amène à une remise en question de son intimité, et à une moindre crainte face

à la nudité devant le médecin généraliste aux vues des antécédents de multiples examens gynécologiques pendant la grossesse et les accouchements. Ceci pourrait être une explication, dans les résultats du tableau numéro 8, où on retrouve une baisse de la gêne ressentie lors du déshabillage chez la femme de plus de 65 ans, contrairement à l'homme de plus de 65 ans, qui lui, voit sa gêne augmenter.

Le côté physiopathologique est à prendre également en compte. En effet, des gestes anodins, comme enlever sa chemise, peuvent devenir une épreuve en cas d'omarthrose. Enlever ses chaussures avec une discopathie arthrosique peut être alors source d'appréhension. L'assistance du médecin peut même être nécessaire, ne serait-ce que pour éviter la chute du patient.

2.3.3. Une population en surpoids

Véritable problème de santé publique à l'échelle mondiale, l'obésité est particulièrement présente en France. On parle de surpoids quand l'IMC est supérieur à 25kg/m² et d'obésité quand l'IMC est supérieur à 30kg/m². EN 2015, chez les adultes de 18 à 74 ans, 54 % des hommes et 44 % des femmes sont en surpoids dont 17.2 % sont obèses, sans différence significative entre les deux sexes (55). Cette prévalence augmente avec l'âge. Chez les enfants de 6 à 17 ans cette prévalence est de 17 %, sans différence significative liée à l'âge ou au sexe.

La prévalence de l'obésité en France tend à stagner depuis une dizaine d'années, mais sur les trente dernières années, l'augmentation est très importante. Une étude INSEE de 1981 retrouvait une prévalence du surpoids de 23.15 % avec seulement 5.3% de français obèses.

Si jusqu'au XVIIIe siècle, être en surpoids montrait l'opulence et l'aisance financière, il n'en est plus du tout pareil de nos jours. La personne en surpoids de nos jours est associée à un manque de discipline, de volonté. La personne obèse est mise à l'écart et s'isole socialement. L'obésité et le surpoids ont un important retentissement sur l'image de soi. Cette dégradation du schéma corporel est cause de perte de confiance en soi, de troubles anxieux, voire de dépression et d'isolement. Le patient cache ce corps signe de souffrance et la pesée devient une épreuve qu'on redoute. Se déshabiller devant le médecin

s'associe à la peur d'être jugé. La grossophobie est malheureusement une réalité dans le milieu médical (56), à des degrés plus ou moins marqués évidemment.

Cette gêne du déshabillage est clairement mise en évidence dans notre étude, avec des patients en surpoids bien plus gênés de montrer leur corps que des patients non en surpoids. Cette gêne est encore plus marquée face à un médecin de sexe opposé.

Notre étude montre aussi que les patientes obèses préféreront être examinées chez leur gynécologue. A noter aussi la difficulté physique du déshabillage chez le patient obèse. En effet il est compréhensible que certains mouvements apparemment simples puissent devenir compliqués en présence de surpoids important, par exemple se pencher pour enlever ses chaussures ou ne serait-ce qu'enlever sa chemise.

2.3.4. Une montée de l'orthopraxie religieuse

En 2019, l'observatoire de la laïcité estime à 4.1 millions le nombre de personnes de confession musulmane en France soit 6.6% de la population. L'augmentation du nombre de patients musulmans est peu importante. Par contre, l'orthopraxie religieuse, c'est-à-dire s'appliquer à une conduite conforme aux usages et coutumes dans la vie civile des rites et prescriptions du domaine religieux, est en forte augmentation depuis une vingtaine d'année (57).

Dans notre étude, les femmes musulmanes présentent une gêne très marquée lors du déshabillage (par rapport aux autres femmes), et encore plus marquée quand le médecin est de sexe masculin. Elles choisiront de préférence l'examen gynécologique chez le spécialiste plutôt que chez leur médecin traitant. Les femmes catholiques présentent dans notre étude un profil similaire aux femmes sans confession. Un nombre de patients plus important serait nécessaire pour retrouver une éventuelle différence significative

Les hommes musulmans sont également plus gênés face à un médecin femme.

La montée de cette orthopraxie peut être source de conflit avec le praticien.

Faire déshabiller une patiente peut s'avérer compliqué en raison des convictions religieuses de la patiente, et nécessite parfois la présence de l'époux. Ces tensions sont plus marquées en hôpital public et moindre chez le médecin généraliste, car celui-ci est généralement connu de longue date. Néanmoins des conflits au cabinet du praticien peuvent quand même se produire. L'instauration d'une relation de confiance et d'un lien sur la durée permet généralement de résoudre le conflit.

3. Conséquences

Ces obstacles au déshabillage du patient ont un impact sur la qualité de soin, et peuvent amener à une perte de chance pour le diagnostic, pour deux raisons : soit parce que le médecin a hésité à déshabiller complètement un patient, soit parce que le patient n'a pas voulu volontairement signaler ou montrer un symptôme.

Il ressort de notre étude que 5.5 % des patients ont déjà caché un symptôme à leur médecin car il était situé dans une zone qu'ils ne souhaitent pas montrer. Le jeune âge et une durée de suivi inférieure à 3 ans majore, de façon significative, le risque que le patient cache un symptôme à son médecin.

Les patients jeunes représentent une population aux caractéristiques différentes du reste de la population étudiée, avec une gêne plus importante face au médecin en cabinet plutôt qu'en milieu hospitalier. De même, la pertinence de l'examen clinique leur semble inférieure à celle des examens complémentaires. Cette perte de confiance vis-à-vis du facteur humain de la médecine générale pourrait être due soit à un changement des mentalités de la génération à venir, soit tout simplement au fait qu'avec le temps la relation médecin généraliste/patient permet d'instaurer un lien de confiance.

V. CONCLUSION

Au regard de cette étude, faire déshabiller le patient apparaît comme une action bien plus complexe qu'elle ne le semblait au préalable. Elle implique la mise en place de tout un système de valeurs et d'expériences vécues entrant en interaction et qui peuvent être des aides ou des obstacles à l'examen.

Les obstacles sont présents des deux côtés du stéthoscope. On a d'une part, les obstacles d'ordre matériels et juridiques liés au médecin lui-même, et d'autre part, côté patient, les obstacles relevant de l'affectif et des valeurs morales.

Concernant les obstacles du médecin, il ressort des témoignages, quatre principaux obstacles :

- **La judiciarisation de la médecine** : cette pression judiciaire modifie les comportements du médecin qui pratique alors une médecine défensive, comme limiter le déshabillage et les touchers pelviens, qui nuit à la démarche thérapeutique ou peut aboutir à une sur-prescription préventive. Seul le dialogue et la confiance entre le médecin et son patient seront à même de permettre une approche médicale optimale.
- **Le manque de temps** : faire déshabiller un patient prend du temps, et le temps du médecin n'est pas extensible au vu de la pression due au nombre croissant de patients par médecin et aussi de l'assurance maladie. Toutes les consultations ne demandent pas le même temps, et il semble normal d'adapter la rémunération en conséquence. L'assurance maladie favorise la mise en place d'assistant médicaux, mais ce système n'en est encore qu'à ces débuts et son évaluation ne pourra être faite qu'ultérieurement.
- **Une transformation de la pratique** : avec la diminution du suivi obstétrical des actes gynécologiques au profit des sages-femmes et de la gynécologie de ville par exemple.

- **Le progrès technique** : l'examen complémentaire doit répondre à une logique guidée par l'examen clinique et non pas se suffire en lui-même. Au médecin de faire confiance à ses propres compétences et de ne pas céder aux demandes du patient, car surabondance d'examens complémentaires n'est au final pas bénéfique pour le patient.

Concernant les patients, les obstacles sont dus au vécu personnel, à l'image du corps véhiculée par la société et aux transformations de la population française. Il ressort de l'étude et des témoignages plusieurs points limitant le déshabillage du patient :

- **L'âge** : Pour deux raisons : la non acceptation de son corps d'une part, bien marquée chez les jeunes et les personnes âgées et d'autre part les obstacles mécaniques au déshabillage liés à l'âge
- **Le surpoids** : avec la peur du jugement
- **La faible durée de suivi**
- **Les interdits religieux**
- **L'érotisation du corps** : Le corps nu actuellement perd son côté naturel et biologique au profit du sexuel
- **La pression corporelle** : entraînant une vision biaisée de la réalité et la peur de ne pas correspondre aux stéréotypes
- **Les antécédents de traumatismes** : agression sexuelle, accident corporel

Ces obstacles du côté patient sont sources de conflits pendant l'examen clinique. Au médecin de cibler l'origine des problèmes, de rassurer, d'informer et de ne pas brusquer le patient. Aucun obstacle n'est infranchissable, et seule une relation de confiance établie sur la durée, permettra de lever ces barrières. Au médecin de se montrer compréhensif. Le rôle d'écoute et d'explication prend alors tout son sens face à ce patient qui se met à nu au propre comme au figuré. La justesse de l'examen clinique dépendra de la levée de ces obstacles.

Aujourd'hui la médecine générale, en constante évolution, est à une période charnière, tiraillée entre l'attrait des nouvelles technologies et une tradition héritée de nos pairs. Il n'y a pas lieu de devoir opter pour l'une des deux voies car le choix ne doit pas être fait, mais au contraire utiliser le meilleur des deux parties. Déshabiller le patient sera toujours le meilleur moyen pour un examen et une démarche clinique de qualité.

VU

Strasbourg, le 4 mai 2022

Le président du Jury de Thèse (signature)

Professeur.....**Georges KALTENBACH**
Professeur



Vu et approuvé
Strasbourg, le 16 MAI 2022
Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et
Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Annexe 1 : Patients se considérant comme pudique en fonction du genre

		Genre femme (n = 130)	Genre homme (n = 106)	n	p	test
Pudique	oui	78 (60%)	59 (56%)	137	0.5	Chi2
	non	52 (40%)	47 (44%)	99	-	-

Annexe 2 : Patients gênés d'être en maillot de bain à la piscine en fonction du genre

		Genre femme (n = 130)	Genre homme (n = 106)	n	p	test
Gêne maillot de bain	non	82 (63%)	87 (82%)	169	<0.01	Chi2
	oui	48 (37%)	19 (18%)	67	-	-

Annexe 3 : Patients gênés d'être examiné en sous-vêtements en fonction du genre

		(n = 130)	homme (n = 106)	n	p	test
Gêne examen déshabillé	Pas gêné	61 (47%)	71 (67%)	132	<0.01	Fisher
	Un peu gêné	60 (46%)	34 (32%)	94	-	-
	Très gêné	9 (6.9%)	1 (0.94%)	10	-	-

Annexe 4 : Niveau de gêne pour les femmes en fonction de l'âge

		12-17 (n = 9)	18-29 (n = 25)	30-64 (n = 52)	plus 65 (n = 44)	n	p	test
niveau 1	Pas gêné	4 (44%)	13 (52%)	23 (44%)	33 (75%)	73	0.013	Fisher
	Un peu gêné	5 (56%)	9 (36%)	27 (52%)	11 (25%)	52	-	-
	Très gêné	0 (0%)	3 (12%)	2 (3.8%)	0 (0%)	5	-	-
niveau 2	Pas gêné	0 (0%)	8 (32%)	23 (44%)	31 (70%)	62	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	7 (78%)	9 (36%)	23 (44%)	11 (25%)	50	-	-
	Très gêné	2 (22%)	8 (32%)	6 (12%)	2 (4.5%)	18	-	-
niveau 3	Pas gêné	0 (0%)	1 (4%)	8 (15%)	15 (34%)	24	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	0 (0%)	6 (24%)	18 (35%)	21 (48%)	45	-	-
	Très gêné	9 (100%)	18 (72%)	26 (50%)	8 (18%)	61	-	-

Annexe 5 : Niveau de gêne pour les hommes en fonction de l'âge

		12-17 (n = 10)	18-29 (n = 14)	30-64 (n = 44)	plus 65 (n = 38)	n	p	test
niveau 1	Pas gêné	7 (70%)	12 (86%)	38 (86%)	28 (74%)	85	0.25	Fisher
	Un peu gêné	2 (20%)	2 (14%)	5 (11%)	10 (26%)	19	-	-
	Très gêné	1 (10%)	0 (0%)	1 (2.3%)	0 (0%)	2	-	-
niveau 2	Pas gêné	3 (30%)	9 (64%)	38 (86%)	28 (74%)	78	<0.01	Fisher
	Un peu gêné	5 (50%)	4 (29%)	5 (11%)	10 (26%)	24	-	-
	Très gêné	2 (20%)	1 (7.1%)	1 (2.3%)	0 (0%)	4	-	-
niveau 3	Pas gêné	1 (10%)	5 (36%)	24 (55%)	13 (34%)	43	<0.01	Fisher
	Un peu gêné	2 (20%)	3 (21%)	15 (34%)	15 (39%)	35	-	-
	Très gêné	7 (70%)	6 (43%)	5 (11%)	10 (26%)	28	-	-

Annexe 6 : évaluation de la gêne en fonction du surpoids et pour les femmes

		non (n = 79)	oui (n = 51)	n	p	test
niveau 1	Pas gêné	58 (73%)	15 (29%)	73	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	19 (24%)	33 (65%)	52	-	-
	Très gêné	2 (2.5%)	3 (5.9%)	5	-	-
niveau 2	Pas gêné	49 (62%)	13 (25%)	62	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	25 (32%)	25 (49%)	50	-	-
	Très gêné	5 (6.3%)	13 (25%)	18	-	-
niveau 3	Pas gêné	20 (25%)	4 (7.8%)	24	0.012	Chi2
	Un peu gêné	29 (37%)	16 (31%)	45	-	-
	Très gêné	30 (38%)	31 (61%)	61	-	-

Annexe 7 : évaluation de la gêne en fonction du surpoids et pour les hommes

		surpoids non (n = 69)	surpoids oui (n = 37)	n	p	test
niveau 1	Pas gêné	64 (93%)	21 (57%)	85	<0.001	Fisher
	Un peu gêné	5 (7.2%)	14 (38%)	19	-	-
	Très gêné	0 (0%)	2 (5.4%)	2	-	-
niveau 2	Pas gêné	56 (81%)	22 (59%)	78	0.045	Fisher
	Un peu gêné	11 (16%)	13 (35%)	24	-	-
	Très gêné	2 (2.9%)	2 (5.4%)	4	-	-
niveau 3	Pas gêné	37 (54%)	6 (16%)	43	<0.001	Chi2
	Un peu gêné	21 (30%)	14 (38%)	35	-	-
	Très gêné	11 (16%)	17 (46%)	28	-	-

Annexe 8a : Comparaison entre femmes musulmanes et femmes sans confession religieuse

		Confession religieuse non pratiquant (n = 99)	Confession religieuse pratiquant, musulman (n = 18)	n	p	test
Examen niveau 1	très gêné	60 (61%)	5 (28%)	65	0.021	Fisher
	un peu gêné	35 (35%)	12 (67%)	47	-	-
	pas gêné	4 (4%)	1 (5.6%)	5	-	-
Examen niveau 2	pas gêné	46 (46%)	6 (33%)	52	0.23	Fisher
	un peu gêné	41 (41%)	7 (39%)	48	-	-
	très gêné	12 (12%)	5 (28%)	17	-	-
Examen niveau 3	pas gêné	21 (21%)	1 (5.6%)	22	0.18	Fisher
	un peu gêné	32 (32%)	5 (28%)	37	-	-
	très gêné	46 (46%)	12 (67%)	22	-	-

Annexe 8b : Comparaison entre femmes catholiques et femmes sans confession religieuse

		Confession religieuse non pratiquant (n = 98)	Confession religieuse pratiquant, catho... (n = 14)	n	p	test
Examen niveau 1	Pas gêné	60 (61%)	9 (64%)	69	1	Fisher
	Un peu gêné	34 (35%)	5 (36%)	39	-	-
	très gêné	4 (4.1%)	0 (0%)	4	-	-
Examen niveau 2	Pas gêné	46 (47%)	11 (79%)	57	0.068	Fisher
	Un peu gêné	40 (41%)	2 (14%)	42	-	-
	Très gêné	12 (12%)	1 (7.1%)	13	-	-
Examen niveau 3	très gêné	45 (46%)	3 (21%)	48	0.16	Fisher
	Un peu gêné	32 (33%)	8 (57%)	40	-	-
	Pas gêné	21 (21%)	3 (21%)	24	-	-

Annexe 9 : Comparaison entre patients de sexe masculin en fonction de la confession religieuse

		non pratiquant (n = 80)	pratiquant, musulman (n = 15)	pratiquant, catholique (n = 10)	pratiquant, autres (n = 1)	n	p	test
Examen niveau 1	Pas gêné	68 (85%)	13 (87%)	9 (90%)	0 (0%)	90	0.19	Fisher
	Un peu gêné	10 (12%)	2 (13%)	1 (10%)	0 (0%)	13	-	-
	très gêné	1 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	2	-	-
	un peu gêné	1 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1	-	-
Examen niveau 2	Pas gêné	65 (81%)	11 (73%)	8 (80%)	0 (0%)	84	0.031	Fisher
	Un peu gêné	14 (18%)	2 (13%)	2 (20%)	0 (0%)	18	-	-
	Très gêné	1 (1.2%)	2 (13%)	0 (0%)	1 (100%)	4	-	-
Examen niveau 3	Pas gêné	33 (41%)	3 (20%)	6 (60%)	0 (0%)	42	0.27	Fisher
	Un peu gêné	27 (34%)	8 (53%)	2 (20%)	0 (0%)	37	-	-
	très gêné	20 (25%)	4 (27%)	2 (20%)	1 (100%)	27	-	-

Annexe 10 : Questionnaire :

Questionnaire anonyme d'étude sur la gêne lors de l'examen médical chez le médecin généraliste dans le cadre du travail de thèse de
LORGE Henri

1. Vous êtes : ☐ une femme ☐ un homme
2. Votre âge : ☐ 12/17 ans ☐ 18/29 ans ☐ 30/64 ans ☐ plus de 65 ans
3. Vous êtes suivi dans ce cabinet depuis : ☐ plus de 3ans ☐ moins de 3 ans
4. Confession religieuse ☐ pratiquant ☐ non pratiquant
si pratiquant merci de préciser la religion :
5. Vous considérez vous comme pudique ? ☐ oui ☐ non
6. Etes-vous gêné d'être en maillot de bain dans les lieux publics ? (piscine, plages, etc...) ☐ oui ☐ non
7. Etes-vous gêné à l'idée que vous pourriez avoir à vous déshabiller (en sous vêtement) pour l'examen clinique chez votre médecin généraliste ?
☐ oui ☐ non
8. Seriez-vous gêné à l'idée d'être examiné déshabillé à CHAQUE consultation (en sous vêtement) chez votre médecin généraliste ?
☐ pas gêné ☐ un peu gêné ☐ très gêné
9. Trouveriez vous normal d'être examiné en sous-vêtement à chaque consultation ?
☐ normal ☐ pas normal
10. L'examen habituellement se fait-il :
☐ habillé ☐ Haut du corps dévêtu ☐ en slip
11. Etes-vous gêné d'enlever les vêtements du haut du corps (en soutien-gorge pour les femmes et torse nu pour les hommes) ?
☐ pas gêné ☐ un peu gêné ☐ très gêné
12. Etes-vous gêné de vous mettre en slip devant le médecin ?
☐ pas gêné ☐ un peu gêné ☐ très gêné
13. Etes-vous gêné devant l'examen des parties intimes ?
☐ pas gêné ☐ un peu gêné ☐ très gêné
14. Avez-vous déjà caché un problème à votre médecin car mal situé ?
☐ oui ☐ non
15. Etes-vous plus gêné avec un médecin du sexe opposé ?
☐ moins gêné ☐ égal ☐ plus gêné
16. Et avec votre gynécologue ? (ou urologue pour les hommes)

☐ moins gêné ☐ égal ☐ plus gêné ☐ n'y va pas

17. Pour les femmes, êtes-vous plus gêné pour l'examen des seins

☐ chez le médecin généraliste ? ☐ chez le gynécologue ?

18. Où êtes-vous plus gêné d'être en sous vêtement ? (classez dans l'ordre du plus gênant au moins gênant)

-Devant votre médecin généraliste

- Devant votre urologue ou gynécologue

- Devant votre dermatologue

- Devant votre kiné

- Devant votre esthéticien (si oui)

1)

2).....

3).....

4).....

5).....

19. Faites-vous plus confiance en cas de diagnostic douteux ou difficile :

☐ A l'examen du médecin généraliste

☐ Aux examens complémentaires (radio, échographie, prise de sang)

20. Etes-vous plus gêné d'être examiné nu à l'hôpital ou chez votre médecin généraliste ?

☐ à l'hôpital

☐ chez le médecin généraliste

Merci de votre participation

Bibliographie

1. Gane, Hélène, Anne Delmas, et Nathalie Jarousseau. « De l'exhibition à la pudeur. Les enfants en crèche », *Enfances & Psy*, vol. no17, no. 1, 2002, pp. 21-22.
2. NEMET-PIER L. *Moi, la nuit, je fais jamais dodo*. Fleurus. 2000. 196 p. (Le métier de parents).
3. Dasen V. *NAÎTRE ET GRANDIR DIFFÉRENT DANS LE MONDE GREC*.
4. CORDIER P. *Nudités romaines* [Internet]. Les belles lettres. 2005. 430 p. (Etudes anciennes). Disponible sur: 9782251326580
5. BLONSKI M. *SE NETTOYER À ROME (Ile SIÈCLE AV. J.-C.- Ile SIÈCLE AP. J.-C.)*. Les belles lettres. 2014. 440 p. (Etudes anciennes).
6. BOLOGNE JC. *Histoire de la pudeur*. Hachette littératures. 1986. 461 p. (Pluriel).
7. GOUVION C. *Braguettes, une histoire du vêtement et des modes*. Editions du Rouergue. 2010. 138 p.
8. *Le rapport annuel 2019 du CSA - CSA - Conseil supérieur de l'audiovisuel* [Internet]. Disponible sur: <https://www.csa.fr/Informer/Informations-publiques-et-ressources-humaines/Les-rapports-annuels-et-bilans-du-CSA/Le-rapport-annuel-2019-du-CSA>
9. Chapoutot J. I. *Le Corpus sanum de l'homme nouveau : De la pierre à la chair : esthétique et eugénique du corps aryen*. Quadrige. 2012;227-82.
10. *GlobalStatistics2016-1.pdf* [Internet]. Disponible sur: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>
11. *Question n°7019 - Assemblée nationale* [Internet]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-7019QE.htm>
12. *Le diktat des apparences* [Internet]. CNRS Le journal. Disponible sur: <https://lejournel.cnrs.fr/articles/le-diktat-des-apparences>
13. *La médecine en Égypte, l'origine naturelle de la maladie* [Internet]. *Revue Acropolis*. Disponible sur: <https://www.revue-acropolis.fr/la-medecine-en-egypte-lorigine-naturelle-de-la-maladie/>
14. JOUANNA J. *Hippocrate*. Arthème Fayard. 1992. 648 p. (Annales. Histoire, Sciences Sociales).
15. OLMER F. *La médecine dans l'Antiquité : professionnels et pratiques. Sociétés & représentations*. 2009;(28).
16. *HSMx1996x030x002x0205.pdf* [Internet]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1996x030x002/HSMx1996x030x002x0205.pdf>
17. Hutin JF. *Au lit du malade, une histoire de l'examen clinique*. Glyphes. 2012. 474 p.
18. *William Harvey et la circulation sanguine* [Internet]. *Les Echos*. 2014. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/2014/07/william-harvey-et-la-circulation-sanguine-1103089>

19. Phillippe A (1801-1858). Histoire de la saignée et des révolutions qu'elle a subies depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours par A. Phillippe.
20. The Prognostic Value of the Physical Examination in Patients With Chronic Heart Failure - Rame - 2003 - Congestive Heart Failure - Wiley Online Library [Internet]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1527-5299.2003.01341.x?sid=nlm%3Apubmed>
21. Baromètre santé 2016 [Internet]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016](http://etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2016)
22. Palchik NS, Wolf FM, Cassidy JT, Ike RW, Davis WK. Case differences in the problem solving strategies of medical students and physicians. Res Med Educ. 1988;27:248-53.
23. Évolution de la population – Bilan démographique 2020 | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5007690?sommaire=5007726>
24. Obésité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite>
25. Salaire moyen à Saint-Claude (39200) [Internet]. Disponible sur: <https://www.journaldunet.com/business/salaire/saint-claude/ville-39478>
26. Médicale MP. La durée de consultation en médecine générale [Internet]. prevention-medicale.org. Disponible sur: <https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Medecin/duree-consultation-medecine-generale>
27. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open [Internet]. 1 oct 2017. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e017902>
28. Exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
29. Assistants médicaux : les syndicats récusent le modèle « productiviste » de la CNAM, la négociation bat de l'aile [Internet]. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/assistants-medicaux-les-syndicats-recusent-le-modele-productiviste-de-la-cnam-la-nego-bat-de-laile>
30. Vorilhon P, Mousnier B, Cambon B, Tanguy G, Guy L. Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale. Volume 7.
31. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, Lautenbach D, Kavanagh O, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Fam Med. mars 2018;16(2):149-54.
32. Buekens P, Alexander S, Boutsen M, Blondel B, Kaminski M, Reid M. Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. Lancet. 24 sept 1994;344(8926):841-4.
33. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

34. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 7 mars 2017;317(9):954-66.
35. Darmon D, Moubarak C, Toullalan O, Boulet P. Le frottis cervico-utérin. 26:4.
36. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie: vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale?
37. « Judicialisation de la médecine » : une crainte souvent exagérée [Internet]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/fr/3/31/46427/0/NewsDetails.aspx?page=4>
38. Responsabilité médicale : le rapport 2020 de la MACSF marqué par la sévérité... [Internet]. Disponible sur: <https://presse.macsfr.fr/actualites/responsabilite-medecale-le-rapport-2020-de-la-macsfr-marque-par-la-severite-des-tribunaux-9499-ddf57.html>
39. 5d38c76f-4c4d-479a-bf83-8f4ab8474f5e.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5d38c76f-4c4d-479a-bf83-8f4ab8474f5e>
40. Gismervik SO and coll. Physical examination test of the shoulder, a systematic review and meta analysis of diagnostic test performance. BMC musculoskelet Disord 2017. :9.
42. La contribution des différents temps de la consultation dans l'établissement du diagnostic en médecine générale. :21.
43. fichier_fouzai_contribution_des_differeents_temps_de_la_consult_dans_letablissement_du_diagnostic_en_mg446f3.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1336/fichier_fouzai_contribution_des_differeents_temps_de_la_consult_dans_letablissement_du_diagnostic_en_mg446f3.pdf
44. Hollywood's Gender Divide and its Effect on Films [Internet]. Polygraph. Disponible sur: <http://poly-graph.co/bechdel/index.html>
45. PR092214-Note-only-150-Ads-2mk.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.mediadynamicsinc.com/uploads/files/PR092214-Note-only-150-Ads-2mk.pdf>
46. 3827-1-annexe_file.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2017/08/3827-1-annexe_file.pdf
47. Doctissimo. Complexes et timidité - C'est de la faute à Barbie ! [Internet]. Doctissimo.]. Disponible sur: <https://www.doctissimo.fr/html/psychologie/dossiers/developpement-personnel/9896-barbie-anorexie-petites-filles.htm>
48. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. Bulletin de psychologie. 2010;Numéro 509(5):321-34.
49. Dubost C. Utilisation des réseaux sociaux numériques dans une population d'adolescents suivis pour un TDA/H vs. un groupe témoin de population générale: étude pilote. :88.
50. Dany L, Morin M. Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. Bulletin de psychologie. 2010;Numéro 509(5):335-36.

51. Furnham A, Badmin N, Sneade I. Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *J Psychol.* nov 2002;136(6):581-96.
52. Allaz A-F, Bernstein M, Rouget P, Archinard M, Morabia A. Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders.* 1 avr 1998;23(3):287-94.
53. Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf [Internet]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf
54. Évolution de la population – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-15>
55. Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. Disponible sur: [/liste-des-actualites/etude-esteban-2014-2016-chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte](#)
56. Bacon JG, Scheltema KE, Robinson BE. Fat phobia scale revisited: the short form. *International Journal of Obesity.* févr 2001;25(2):252-7.
57. Rapport des français à la religion et aux convictions : chiffres clés [Internet]. Gouvernement.fr. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/rapport-des-francais-a-la-religion-et-aux-convictions-chiffres-cles>