

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Qualification en MEDECINE GENERALE

**INTÉGRATION DE LA NOTION
DE CONSENTEMENT À
L'EXAMEN CLINIQUE EN
MÉDECINE GÉNÉRALE**

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE LA SUBDIVISION DE LA FACULTÉ D'ANGERS

SIRET Romane

Née le 9 mars 1999 à Le Mans (72)

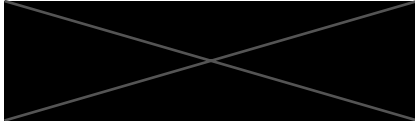
Sous la direction de Mme la Dr GHALI Maria

Membres du jury

Mme la Pr ROUGE MAILLART Clotilde	Présidente
Mme la Dr GHALI Maria	Directrice
Mme la Dr VASSEUR Isabelle	Membre
Mme la Pr VIGNON BARRAULT Aline	Membre

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée SIRET Romane
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.



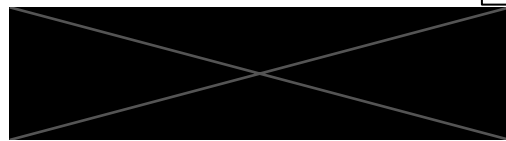
signé par l'étudiante le **04/03/2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je soussignée SIRET Romane
Déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers le 04/03/2026

Signature



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».



LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

(mise à jour 26/01/2026)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre ANGOULVANT Cécile ANNWEILER Cédric	NEPHROLOGIE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE GENERALE REANIMATION CARDIOLOGIE UROLOGIE PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE GASTROENTEROLOGIE- HEPATOLOGIE RHUMATOLOGIE ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES PHARMACOLOGIE CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE NEUROLOGIE PHARMACOLOGIE/ PHYSIOLOGIE NEUROLOGIE GENETIQUE ANATOMIE, CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES PEDIATRIE PHYSIOLOGIE PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE MEDECINE GENERALE	LEGRAND Erick LEMEE Jean-Michel LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LIBOUBAN Hélène LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic MAY-PANLOUP Pascale MENEI Philippe MERCAT Alain ORVAIN Corentin PAISANT Anita PAPON Nicolas PASSIRANI Catherine PELLIER Isabelle PETIT Audrey PICQUET Jean PODEVIN Guillaume PROCACCIO Vincent PRUNIER Delphine PRUNIER Fabrice PY Thibaut RAMOND-ROQUIN Aline REYNIER Pascal RIOU Jérémie RINEAU Emmanuel RIQUIN Elise RODIEN Patrice ROQUELAURE Yves ROUGE-MAILLART Clotilde ROUSSEAU Audrey ROUSSEAU Pascal ROUSSELET Marie-Christine ROY Pierre-Marie SAULNIER Patrick SERAPHIN Denis SCHMIDT Aline SCHMITT Françoise	CHIRURGIE GENERALE REANIMATION HISTOLOGIE HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION NEUROCHIRURGIE REANIMATION HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION RADIOLOGIE PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE CHIMIE GENERALE PEDIATRIE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE CHIRURGIE INFANTILE GENETIQUE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE CARDIOLOGIE MEDECINE GENERALE MEDECINE GENERALE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE BIOSTATISTIQUE ANESTHESIOLOGIE REANIMATION PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES MEDECINE D'URGENCE BIOPHYSIQUE ET BIostatistiques CHIMIE ORGANIQUE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIRURGIE INFANTILE
ASFAR Pierre AUBE Christophe			
AUGUSTO Jean-François BAUFRETON Christophe			
BELLANGER William BELONCLE François BIERE Loïc BIGOT Pierre BOUCHARA Jean-Philippe BOUET Pierre-Emmanuel BOURSIER Jérôme			
BOUVARD Béatrice BRIET Claire			
BRIET Marie CAMPONE Mario			
CASSEREAU Julien CLERE Nicolas			
CODRON Philippe COLIN Estelle COPIN Marie-Christine			
COUTANT Régis CUSTAUD Marc-Antoine CRAUSTE-MANCIET Sylvie DE CASABIANCA Catherine DERBRE Séverine DESCAMPS Philippe D'ESCATHA Alexis			
DINOMAS Mickaël			
DOUILLET Delphine DUBEE Vincent			
DUCANCELLE Alexandra			
DUVERGER Philippe EVEILLARD Matthieu FAURE Sébastien			
FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier			
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILLET David HUNAUULT-BERGER Mathilde JEANNIN Pascale JUDALET-ILLAND Ghislaine KAZOUR François			
PHYSIOLOGIE MEDECINE GENERALE GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT REANIMATION RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE			

TESSIER-CAZENEUVE
Christine
TRZEPIZUR Wojciech
UGO Valérie
URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE

PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

VENARA Aurélien

VENIER-JULIENNE Marie-
Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
PHARMACOTECHNIE

NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam

BAGLIN Isabelle
BASTIAT Guillaume

BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril
BELIZNA Cristina
BENALLEGUE Nail
BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien

BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoit
BRIS Céline

BRUGUIERE Antoine
CAPITAIN Olivier

CHABRUN Floris

CHAO DE LA BARCA Juan-
Manuel
CHOPIN Matthieu
CORVAISIER Mathieu
DEMAS Josselin

DESHAYES Caroline
FADEL Marc

FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
GHALI Maria
GUELFF Jessica
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François

HAMON Cédric
HELESBEUX Jean-Jacques
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
IMMUNOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE INTERNE
PEDIATRIE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHIMIE ANALYTIQUE
ORL
NEPHROLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
MEDECINE GENERALE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DE LA READAPTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
IMMUNOLOGIE
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE
MEDICALE
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE

BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE

HINDRE François
JOUSSET-THULLIER Nathalie
JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim

LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise
LE ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume

MALLET Sabine
MAROT Agnès

MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD Sandrine
PAILHORIES Hélène
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne

PENCHAUD Anne-Laurence
PEUROIS Matthieu
PIHET Marc

PIRAUX Arthur
POIROUX Laurent
RONY Louis

ROGER Emilie
SAVARY Camille

SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET Laurence
SUTEAU Valentine

TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
SANTE
PNEUMOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE
IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SOCIOLOGIE

MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION
THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE GENERALE

CHIMIE ORGANIQUE

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER
BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin
ECER
HASAN Mahmoud
PRCE
AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène
PAST-MAST
AUBRUCHET Hélène

BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie

CAVAILLON Pascal
CHAMPAGNE Romain

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

GALENIQUE

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
PHARMACIE INDUSTRIELLE
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION
DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

KAASSIS Mehdi

LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-GRANDIERE Lucia
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal

SAVARY Dominique
TORREGGIANI Massimo
PLP
CHIKH Yamina
AHU
ROBIN Julien
OFFICINE
MEDECINE INTENSIVE-
REANIMATION
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION

PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES INFECTIEUSES

NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE

ECONOMIE-GESTION

DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS

A Madame la Docteure Maria GHALI,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et pour ton soutien et ta bienveillance tout au long de la réalisation de cette thèse.

A Madame la Professeure Clotilde Rouge Maillart,

Merci pour l'intérêt porté à ce sujet, et d'avoir accepté de diriger cette thèse.

A Madame la Docteure Isabelle Vasseur,

Merci d'avoir tout de suite accepté de faire partie de ce jury, merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et les six mois de stage SAFE passés ensemble.

A Madame la Professeure Aline Vignon-Barrault,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Merci à tous les médecins généralistes qui ont accepté de se livrer lors des entretiens dans le cadre de cette thèse, nos échanges ont été une vraie richesse qui a permis l'aboutissement de ce travail.

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie en stage et qui ont contribué à ma formation :

Arnaud Berrué pour m'avoir mise à l'aise lors de mes tous débuts en libéral,

Un grand merci au docteur Émeline Allard : pour ton amitié, les discussions ensemble sont toujours un plaisir pour moi,

au docteur Estelle Kellou pour ton enseignement passionné,

au docteur Agathe de Blignières pour m'avoir enseigné les bases de la gynécologie et m'avoir fait gagner en compétence et en aisance pour aborder la santé de la femme,

au docteur Vincent Baujon, Louis Rachou et Lénaïc Balayila pour votre enseignement et votre bienveillance.

A mon tuteur de DES dr Guillaume Gindrey pour son soutien et sa disponibilité.

A Nathan,

Mon amour, pour ton soutien infaillible tout au long de ces longues études, pour ton aide sur ce travail de thèse, pour tout l'amour que tu m'apportes au quotidien... je ne sais pas si j'aurais terminé ces études sans ta présence infaillible à mes côtés ! Je t'aime !

A ma mère,

Pour son soutien, ses conseils, son amour, pour avoir supporté mes doutes et m'avoir relevée quand j'allais mal, merci d'être une si bonne maman

A mes petites sœurs Marion, Adèle et Coline,

On sera toujours là pour se soutenir

A ma mamie Simone et papi Roger,

Pour leur amour et les merveilleux souvenirs d'enfance

A ma famille : Gaëlle, Alexandre, mes cousines...

Pour leur soutien

A Claudine et Philippe, et à la famille de Nathan : Quentin, Inès, Chloé... :

Merci de m'avoir acceptée dans votre famille, pour les bons moments passés ensemble, les vacances, et votre soutien tout au long de ces difficiles années

A mes amies Lulu et Matmat,

Pour votre amitié sans faille à travers nos bons et nos mauvais moments, on s'est toujours soutenues et on a tout traversé ensemble, longue vie à notre amitié ! Je vous aime très fort

A ma Clara R,

Mon amie depuis la maternelle, qui a toujours été là : merci pour ton amitié sans faille ! Je suis tellement fière de la femme que tu es devenue

A mes amis Romain, Clara D, Tanneguy, Léa, Alana, Marco, Benoit, Victor, Cédric, Antoine :

REMERCIEMENTS

A mes amis d'enfance, Fabien, Romane et Manon :

Nous avons pris des chemins différents mais c'est toujours un plaisir de vous retrouver

A mes copines de danse, et à mes professeures et amies : Fanon, Ann-Gaëlle, Yeliena, pour m'avoir transmis votre passion qui m'anime chaque jour. La danse orientale égyptienne m'aura portée tout au long de ces études et m'apporte un bonheur infini au quotidien.

A Boune et Sébastien,

Pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces longues années

A mon père,

Qui n'est plus là, mais qui, je l'espère, aurait été fier du chemin que j'ai parcouru et de la femme que je suis devenue

Liste des abréviations

[illegible]

SIRET Romane

Intégration de la notion de consentement à l'examen clinique en médecine générale

Introduction : Le consentement est un concept éthique fondamental, qui structure la pratique médicale et garantit le respect et la protection du patient en tant que personne. L'examen clinique est une étape clé des consultations durant laquelle l'asymétrie de la relation médicale est particulièrement visible.

L'objectif de ce travail était de comprendre comment la notion de consentement à l'examen clinique est intégrée par les médecins généralistes (MG).

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de MG de la subdivision d'Angers. Les entretiens étaient enregistrés puis anonymisés. Une analyse thématique inductive était réalisée sur le verbatim. Un double codage était réalisé avec la directrice de thèse.

Résultats : La plupart des MG considéraient le consentement comme un concept fondamental dans leurs pratiques : comme une marque de respect du patient, de son corps et de ses droits. Ils mentionnaient une évolution de la société : les MG plus jeunes paraissaient davantage sensibilisés à la notion de consentement, dans un contexte du déclin du modèle paternaliste, avec une évolution de l'attente des patients. Ils ont relevé l'importance de la communication pour s'assurer du consentement du patient, qui passe par des explications claires et adaptées, et par une attention particulière au comportement non verbal de celui-ci. Si le consentement peut parfois être recherché de manière implicite selon certains médecins, c'est toujours dans le cadre d'une relation de confiance préalablement établie lors de l'entretien. La question du consentement est un concept souvent problématisé, pouvant mettre les MG en difficulté dans les situations de refus, et celles où se pose la question de l'autonomie, et soulevant parfois des questions juridiques.

Conclusion : La recherche du consentement à l'examen apparaît donc comme un concept fondamental, garant du respect du patient et de son autonomie. Sa recherche s'inscrit dans le cadre d'une relation de confiance entre le médecin et le patient et passe par une compréhension mutuelle basée sur la communication à la fois verbale et non verbale. C'est un concept souvent problématisé qui soulève la question de l'autonomie, du droit de refus, ainsi que des questions juridiques.

Mots-clés : consentement, recherche du consentement, examen clinique, médecine générale, médecins généralistes

The integration of the concept of informed consent into clinical examinations in primary care

Introduction: Consent is a fundamental ethical concept that underpins medical practice and ensures respect for and protection of the patient as a person. The physical examination is a key stage of the consultation during which the asymmetry of the doctor-patient relationship is particularly evident.

The objective of this study was to understand how the concept of consent to the clinical examination is integrated by general practitioners (GPs).

Materials and Methods: This was a qualitative study using semi-structured interviews with GPs in the Angers subdivision. The interviews were recorded and then anonymized. An inductive thematic analysis was performed on the verbatim transcripts. Double coding was conducted with the thesis advisor.

Results: Most GPs viewed consent as a fundamental concept in their practice: as a sign of respect for the patient, their body, and their rights. They noted a shift in society: younger GPs appeared to be more aware of the concept of consent, against the backdrop of the decline of the paternalistic model and changing patient expectations. They highlighted the importance of communication in securing patient consent, which requires clear and appropriate explanations, as well as close attention to the patient's nonverbal behavior. While consent may sometimes be sought implicitly, according to some physicians, this always occurs within the framework of a relationship of trust established earlier during the consultation. The issue of consent is a concept that is often problematic, potentially placing GPs in a difficult position in situations of refusal, as well as in those where the question of autonomy arises, and sometimes raising legal issues.

Conclusion: Obtaining consent for an examination is therefore a fundamental concept that ensures respect for the patient and their autonomy. Seeking consent is part of a relationship of trust between the physician and the patient and involves mutual understanding based on both verbal and nonverbal communication. It is a concept that is often debated, raising questions of autonomy, the right to refuse, as well as legal issues.

Keywords: consent, seeking consent, physical examination, primary care, general practitioners

PLAN

SERMENT D'HIPPOCRATE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Choix de la méthode**
- 2. Population et recrutement**
- 3. Recueil de données**
- 4. Analyse des entretiens**
- 5. Aspects éthiques et réglementaires**

RÉSULTATS

- 1. Caractéristiques des participants**
- 2. Analyse des entretiens**
 - i. L'importance de se comprendre**
 1. La recherche explicite du consentement
 2. La part implicite du consentement
 3. Le non verbal
 4. La communication
 5. Influence de l'entretien sur l'examen et le consentement
 6. Comprendre pour consentir
 7. Médecin versus patient : les différences de représentations
 - ii. L'influence de la relation médecin-patient**
 1. Construire la relation de confiance
 2. Ritualiser c'est rassurer
 3. S'adapter au patient
 4. L'asymétrie de la relation médecin-patient
 5. L'importance de la posture du médecin
 - iii. La recherche du consentement comme marque de respect du patient et de son corps**
 1. Le rapport au corps
 2. Respecter la pudeur
 3. Limiter l'intrusivité et le déshabillage
 4. Pouvoir se préparer à l'examen
 5. Consentement et violences
 - iv. Le consentement : un concept fondamental**
 1. Représentations du consentement par le médecin
 2. Analyse de sa pratique
 3. Un droit du patient

4. Évolution de la société
5. Consentement et volonté de prendre soin
- v. Le consentement à l'examen : un concept souvent problématisé**
 1. La gestion des refus : le non-consentement
 2. Vécu de la difficulté
 3. Les expériences médicales traumatiques dues au non-respect du consentement
 4. Problématique du genre et consentement
 5. Consentement et juridique : la peur des plaintes
 6. Particularités du consentement chez l'enfant et chez l'adolescent
 7. Consentement et autonomie

Diagramme synoptique

DISCUSSION

1. Principaux résultats

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Les forces

2.2 Les limites

3. Comparaison avec la littérature

3.1 Les déterminants du consentement

3.1.1 La relation de confiance

3.1.2 L'importance de la communication : comprendre pour consentir

3.1.3 La pudeur comme cause de non-consentement à l'examen

3.2 L'évolution de la société

3.3 Le consentement : un concept souvent problématisé

3.3.1 La question des violences médicales

3.3.2 La part implicite du consentement : quels sont les risques ?

3.3.3 Le consentement, un concept fondamental

3.3.4 La question de l'autonomie

3.3.5 Recherche du consentement par crainte des plaintes : les limites de la recherche du consentement

3.3.5.1 Recherche du consentement par crainte des plaintes

3.3.5.2 Les limites de la recherche du consentement

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le consentement du patient est un principe fondamental de la relation de soin, garant de son autonomie et du respect de sa volonté. Si le serment d'Hippocrate ne l'évoque pas directement, il pose néanmoins les bases d'une éthique médicale centrée sur l'intérêt du patient. Avec le temps, la notion de consentement s'est précisée et a été consacrée par la loi et les décrets, affirmant le droit du patient à être informé et à accepter – ou refuser – un acte médical, y compris l'examen clinique. (1–7)

Cependant, la définition du consentement au sein même des textes de lois n'est pas toujours claire et ses implications sont complexes et doivent être problématisées. (8–10)

Dans l'article 1101 du code civil le consentement renvoie à la notion de contrat. Le contrat est défini comme une « convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose ».

L'article 16-3 du Code Civil (11) stipule : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Le code de déontologie médicale ne définit pas le consentement, mais il indique qu'il « doit être recherché dans tous les cas ».

L'article 1111-4 du Code de la Santé Publique précise « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

La notion de consentement repose sur un concept fondamental qui est celui de l'autonomie des personnes. L'autonomie est un concept complexe, sujet de nombreux débats philosophiques. (8,12)

L'importance croissante accordée à l'autonomie des personnes a eu un retentissement dans le domaine médical. En effet, la relation médecin patient a progressivement évolué ces dernières années, avec un déclin du modèle paternaliste. (8,13)

On est passé d'une relation où le médecin, dépositaire des connaissances médicales, décidait à la place de son patient ce qui était bon pour lui et des soins qui devaient lui être dispensés, au profit d'un développement de l'autonomie décisionnelle des patients. (10,14,15) Au médecin s'oppose le patient, empreint de son contexte socio-culturel, de sa connaissance de son propre corps, et des connaissances qu'il a pu acquérir sur les pathologies notamment grâce à internet. Au nom du principe d'autonomie, le patient doit prendre, après avoir reçu une information adéquate par le médecin, les décisions qui concernent sa santé et donner son consentement libre et éclairé pour les différents soins.

Mais comment peut-on affirmer qu'un patient est pleinement autonome, c'est-à-dire libre de toute contrainte extérieure, lorsqu'il prend une décision ? N'est-il pas forcément influencé par son contexte socio-culturel, ses capacités cognitives, des influences de personnes extérieures, ses propres désirs face à sa raison ?

En médecine générale, la relation médecin patient s'est également transformée : le modèle paternaliste, bien qu'encore présent à certains égards, tend à laisser place à une approche plus centrée sur le patient et son autonomie. (10,14,15)

La relation médecin-patient entre le médecin généraliste et ses patients est une relation particulière. Le médecin est souvent seul avec son patient, et souvent il le connaît : sa personnalité, ses antécédents, son contexte familial et parfois son entourage. (16)

La relation médecin-patient demeure toujours malgré tout une relation asymétrique, de par la transversalité des connaissances du médecin et la maladie ou la douleur qui placent le patient dans une position de vulnérabilité.

Par ailleurs, bien qu'il n'y ait pas forcément plus de plaintes déposées à l'encontre des médecins ces dernières décennies, et que celles-ci soient surtout d'ordre administratives ou liées à des erreurs médicales, le retentissement médiatique de certaines affaires médicales ainsi que la libération de la paroles de patientes dénonçant des violences gynécologiques, semblent avoir remis au cœur des débats la notion de la recherche de consentement dans le soin, et ont pu contribuer à un sentiment d'insécurité pénale de la part de certains médecins. (17–24) Ce climat peut être la cause d'une modification de leurs pratiques avec le développement d'une médecine défensive, pouvant conduire à une sur-prescription d'examens complémentaires ou à une conduite d'évitement ou de limitation de l'examen clinique. (25,26)

L'examen clinique est une étape clé des consultations, qui comprennent souvent d'abord un temps de discussion et d'interrogatoire afin de recueillir les doléances et les symptômes, puis vient le moment de l'examen clinique, qui permet notamment au médecin d'avancer dans sa réflexion diagnostique et d'évaluer le niveau de gravité apparent de l'état de santé du patient. Ce moment est une étape charnière de la consultation médicale, où la vulnérabilité du patient se fait d'autant plus ressentir alors que celui-ci est souvent dévêtu et allongé sur la table d'examen tandis que le médecin pose souvent ses mains sur son corps. L'asymétrie de la relation médicale est particulièrement visible à ce moment de la consultation, et c'est à ce moment notamment que l'on risque de créer des violences médicales. (27,28)

Et bien que cet examen soit fait souvent de manière systématique et bienveillante de la part du médecin, il n'est pas toujours vécu de la même manière par le patient, qui vit peut-être

une expérience exceptionnelle, qui peut le mettre en difficulté en réveillant des complexes ou des traumatismes vécus en lien avec son corps.

Beaucoup d'études explorent la recherche du consentement au soins tels que la dispensation de médicaments ou la participation à des études cliniques, mais peu se penchent sur le consentement à l'examen clinique de routine tel qu'il est pratiqué dans les cabinets de médecine générale.

La question de la recherche du consentement pourrait pourtant se poser dans le contexte d'un examen clinique puisqu'il s'agit souvent de gestes de toucher sur un corps dénudé. C'est durant cette étape charnière de vulnérabilité que la recherche du consentement paraît particulièrement nécessaire, afin de préserver la relation de confiance entre le médecin et son patient, et d'éviter le vécu d'agression de la part de celui-ci.

Pour que cela se passe bien et que la relation de soin reste une relation de confiance, il faudrait donc que le patient soit d'accord avec cet examen, et donne son consentement libre et éclairé à l'examen et à la palpation de son corps par le médecin, qui a besoin de cet examen pour comprendre les symptômes décrits par celui-ci et proposer les examens complémentaires ou traitements afin d'essayer de le soulager.

Il serait donc dans l'intérêt du patient et du médecin que cet examen clinique se passe dans un climat de confiance mutuelle, sans que le patient ne se sente forcé ni que le médecin craigne une éventuelle plainte.

Des difficultés peuvent apparaître si le patient refuse un examen clinique que le médecin juge nécessaire pour poursuivre la consultation.

Certains pourront s'étonner de ce refus d'examen (refuse-t-on que l'on touche les cheveux en allant chez le coiffeur ? Ne fallait-il pas s'y attendre puisque l'on y va pour ça ?).

Est-ce qu'il existe une part d'implicite dans le consentement à l'examen clinique en médecine générale ? Est-ce que le patient, qui connaît parfois son médecin depuis longtemps, consent

par principe à un examen lorsqu'il prend rendez-vous ? Est-ce que le médecin a besoin de demander expressément l'autorisation du patient afin de réaliser l'examen clinique, ou est-ce que l'invitation à se dévêtir et à s'installer sur la table d'examen suffit, puisque le patient, connaissant son médecin, est libre à ce moment de refuser ? (8)

Dans la tradition juridique française, le consentement aux soins est souvent consensuel, c'est-à-dire échangé sous forme orale voire tacite. Alors que dans d'autres pays, la médecine est pratiquée sur un mode plus défensif avec par exemple la présence obligatoire d'un assistant médical lors des examens gynécologiques. (29,30)

La recherche du consentement varie-t-elle en fonction de la relation entre le médecin et son patient, du profil du patient, de son genre, de son origine ethnique, du type d'examen réalisé (prise de tension artérielle, auscultation, examen cutané, examen pelvien) ?

Y a-t-il des limites à cette recherche de consentement, avec par exemple un risque de rechercher le consentement dans sa seule utilité administrative pour se protéger d'éventuelles poursuites plus que dans un souci de protection des personnes, ce qui pourrait entraîner un désengagement relationnel du clinicien ? (12)

Dans ce contexte de l'omniprésence de la notion de consentement au sein des débats publics, de la complexité croissante de la pratique médicale, et du déclin du modèle paternaliste, la nécessité de prendre soin des patients et de préserver la relation de confiance avec eux demeure. Le consentement est un concept éthique fondamental, qui structure la pratique médicale et garantit le respect et la protection du patient en tant que personne. Dans cette perspective, il semble pertinent d'interroger les médecins sur leur approche de l'examen clinique et sur leur manière de rechercher le consentement avant de le réaliser.

Comment les médecins généralistes intègrent-ils la notion de consentement lors de l'examen clinique ? L'objectif principal de cette étude était d'analyser la pratique des médecins généralistes de Sarthe, de Mayenne et de Maine et Loire sur l'intégration de la notion de consentement lors de la réalisation des examens cliniques.

MÉTHODES

1. Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes (MG), exerçant dans les départements du Maine-et-Loire (49), Sarthe (72) et Mayenne (53). L'investigatrice était une étudiante en troisième cycle de médecine générale, Romane Siret (RS), encadrée par un MG formée en recherche qualitative, Maria Ghali (MaG).

2. Population et recrutement

La population cible était représentée par des MG installés ou remplaçants. Des critères de diversité ont été recherchés afin de favoriser l'expression d'opinions diverses : le genre, l'âge, le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) et la modalité de pratique. Le recrutement s'est fait par effet boule de neige, par mail et ou par téléphone, à partir des connaissances de l'investigatrice, jusqu'à suffisance des données.

3. Recueil de données

Les données étaient recueillies à l'aide d'un guide d'entretien réalisé à partir de l'analyse de la littérature et des présuppositions de l'investigatrice. Il cherchait à explorer les thèmes suivants : déshabillage, examen clinique, difficultés liées à l'examen clinique, recherche du consentement explicite et implicite. L'ordre des questions dépendait du fil de la discussion. Le guide d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'analyse au fil de l'eau.

Les entretiens étaient réalisés, selon la préférence des MG, au sein de leur cabinet médical, à leur domicile, à la faculté ou bien en visioconférence sur WhatsApp®. Avant chaque début

d'entretien, une brève présentation du sujet était faite avec une recherche orale du consentement à l'enregistrement de l'entretien. Les entretiens étaient retranscrits sur Word© dans leur intégralité, en respectant le langage oral, sous la forme de verbatims, puis anonymisés. Les données non verbales (rires, hésitations, silences, etc.) ont également été retranscrites.

4. Analyse des entretiens

Les verbatims étaient extraits sur le logiciel Excel© par RS, afin d'identifier des propriétés, sous catégories puis catégories, selon une analyse thématique inductive. Un double codage ainsi qu'une triangulation des données étaient réalisés par MaG. L'étude était conçue pour répondre à un maximum de critères de validité selon la grille COREQ. (annexe)

5. Aspects éthiques et réglementaires

Les entretiens étaient réalisés après consentement des MG. L'étude a été réalisée conformément à la méthode de référence homologuée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (MR-004).

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Les entretiens ont été réalisés entre le 16 avril 2025 et le 16 janvier 2026, auprès de 12 MG. Deux des entretiens ont été réalisés en deux temps (d'où un total de 14 entretiens), d'une durée moyenne de 26 minutes et 35 secondes. Onze entretiens ont été réalisés en présentiel et 3 à distance. La suffisance des données, c'est-à-dire l'instant où les entretiens réalisés n'apportaient plus de nouveaux éléments par rapport aux entretiens précédents, a été atteinte au 14ème entretien.

Les caractéristiques des médecins interviewés ainsi que les caractéristiques des entretiens sont répertoriées dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Médecin	Genre	Âge	Département d'exercice	Milieu	Mode d'exercice	Enseignement	Date de l'entretien	Durée	Lieu de l'entretien
E1	Femme	38	49	Urbain	MSP	MSU	16/04/2025	22m59s	Domicile du médecin
E1bis							02/01/2026	44m04s	Bureau médical d'un collègue du médecin
E2	Femme	52	49	Urbain	MSP	MSU	17/04/2025	16m38s	Bureau médical du médecin
E3	Femme	42	49	Semi-rural	Cabinet libéral de gynécologie médicale	MSU	29/04/2025	13m26s	Bureau médical du médecin
E4	Femme	42	53	Rural	MSP	MSU	30/04/2025	11m08s	Bureau médical du médecin
E5	Femme	31	49	Semi-rural	MSP	Non	01/05/2025	19m22s	Domicile du médecin
E6	Femme	53	49	Semi-rural	MSP	Non	02/05/2025	11m45s	Domicile du médecin
E7	Femme	57	49	Semi-rural	MSP	MSU	02/05/2025	13m02s	Bureau médical du médecin
E8	Homme	38	49	Urbain	Cabinet de groupe	Non	22/05/2025	17m03s	Bureau médical du médecin
E9	Femme	38	72	Rural	Centre de santé municipal en salariat	Non	13/06/2025	17m27s	Visioconférence
E9bis							16/01/2025	46m47s	Visioconférence
E10	Homme	37	49	Semi-rural	Cabinet de groupe	MSU	19/06/2025	15m25s	Visioconférence
E11	Homme	39	49	Semi-rural	Cabinet de groupe	MSU	17/07/2025	15m43s	Faculté de médecine
E12	Homme	27	Remplaçant : 49	Semi-rural	MSP, Cabinets de groupe	Non	02/01/2026	54m10s	Salle de pause de la MSP où travaille le médecin

EX= Entretien X. MSP = Maison de Santé Pluriprofessionnelle. MSU = Maître de Stage Universitaire.

2. Analyse des entretiens

i. L'importance de se comprendre

1. La recherche explicite du consentement

La plupart des MG ont rapporté rechercher explicitement oralement le consentement des patients avant de les examiner : « *Alors, euh... je prends toujours l'habitude de, (petit rire) de poser la question aux gens s'ils acceptent que je les examine* » (E1), « *Est-ce que vous êtes d'accord que je vous examine ?* » (E4)

Certains MG expliquaient en revanche que cette recherche n'était pas systématique : « *C'est vrai pour les examens de base, je ne demande pas forcément la permission d'écouter, mais je leur dis ce que je fais !* » (E7). Ils annonçaient plutôt qu'ils allaient faire l'examen, en gardant un ton ouvert pour que le patient se sente la possibilité d'éventuellement refuser : « *Eh bien, donc. Par une phrase pseudo-question (rire). Qui est... (rire) Qui est... Euh, ça dépend comment je la pro.. je la formule. Mais soit « On passe à l'examen », soit « je vous propose qu'on passe à l'examen ». Euuuh.. « On passe.. » ouais. « On passe à l'examen ». En gros, (rire) c'est quand même plutôt ça. Avec un ton un peu interrogatif. (rire)* » (E10)

La quasi-totalité des MG expliquaient être plus attentif à rechercher oralement systématiquement le consentement lorsqu'il s'agissait d'examiner des zones jugées intimes ou lors d'un examen jugé intrusif « *je pense que pour les examens pelviens c'est quasiment tout le temps c'est explicité.* » (E8). Les MG précisaient que c'était à chaque étape de l'examen : « *et même oralement, même si j'ai posé cette question-là, quand je vais préparer, lors de*

examens gynécologiques, quand je vais aller poser le spéculum, je vais reposer la question. »
(E1)

Pour certains MG, la recherche du consentement était indispensable quand il y avait un acte impliquant un parallèle possible avec la sexualité, et pouvant potentiellement être vécu comme violent : *"Moi je penserai vraiment surtout à l'examen gynéco où quand même avec le spéculum ou quoi, on introduit quelque chose dans quelqu'un, c'est pas comme juste montrer par exemple les testicules, où là on montre, on touche, mais il y a pas de geste invasif"* (E5)

2. La part implicite du consentement

Certains médecins considèrent que venir en consultation c'est donner son consentement : *« Pour moi c'est presque dans l'implicite qu'il attend même de moi que je l'ausculte, que je lui prenne la tension »* (E8). Ils jugeaient qu' *« il y a un accord un peu implicite dans le fait d'avoir un examen qui reste dans la routine. »* (E11). *« En fait, la particularité c'est que les gens qui viennent aussi en consultation de médecine générale, ben ils savent que je vais faire l'examen clinique »* (E2). *« A partir du moment où la personne s'installe sur la table d'examen, j.. j'imagine qu'elle est d'accord pour faire l'examen. C'est ça. »* (E10)

Certains médecins considèrent le déshabillage spontané comme une marque de consentement implicite à l'examen : *« Mais euh... s'ils viennent pour euh... pour un truc en particulier et qu'ils commencent déjà à se mettre torse nu, pour moi je me dis c'est que c'est ok, ils sont d'accord que je regarde quoi ! donc j'examine. »* (E4)

Certains médecins ont exprimé que c'est la relation de confiance créée par la connaissance du patient qui permet au médecin de pouvoir rechercher une part du consentement de manière implicite, et de considérer le consentement à l'examen clinique comme implicite quand ils viennent consulter : *« donc finalement je trouve que quand on vieillit un peu, qu'on prend un peu d'expérience et qu'on se crée cette patientèle je trouve que là le positionnement vis-à-vis de l'examen il est.. il est plus implicite ou plus ancré parce que voilà, les gens viennent nous voir. » (E9b)*

Mais si certains médecins pensent qu'à partir du moment où le patient vient en consultation, il accepte implicitement l'examen, d'autres ne sont pas d'accord en considérant que le patient garde le droit de disposer de son corps et de retirer son consentement à tout moment : *« C'est-à-dire que c'est pas parce qu'il vient nous consulter que le patient est à nous, que leur corps est à nous. » (E12)*

Ils considèrent qu'il n'y a pas de consentement implicite surtout dans le cadre des gestes invasifs touchant à des zones intimes : *« Non, non, parce que, comme je disais, ce n'est pas parce que la femme, elle est en position gynécologique avec les pieds dans les étriers. (rire) On pourrait croire que c'est implicite. Non, pour moi, il n'y a pas de consentement implicite. Il faut redemander » (E9)*

3. Le non verbal

Plusieurs médecins ont relaté que savoir lire le langage corporel et donc interpréter le comportement non verbal des patients faisait partie de la recherche du consentement : *« En fait faut savoir lire les réactions corporelles, le langage corporel. » (E3)*. En étant attentif au non verbal, ils peuvent déceler une gêne ou une réticence à l'examen : *« C'est-à-dire qu'on va percevoir le non-verbal, un rictus, enfin il y a plein de choses qui se jouent. » (E1b)*, *« Quand*

j'attends une douleur ou j'attends un inconfort, soit de pudeur, soit parce que mon examen il est pas très drôle, là je suis beaucoup plus à l'affût. » (E12)

Les médecins ont expliqué adapter leur examen en fonction de leur lecture du comportement non verbal du patient : *« je la voyais qu'elle n'était pas tout à fait à l'aise et tout ça. Et puis, je lui dis, mais vous savez, il n'y a aucune obligation à ce qu'on le fasse aujourd'hui. C'est un dépistage que je vous ai proposé, mais il n'y a pas d'obligation. » (E1b).* Ils arrêtent leur geste, font part de leur interprétation du non verbal au patient et requestionne leur consentement à l'examen : *« En fait une femme qui n'est pas à l'aise pour un geste que je lui fais, je retire et je lui réexplique. Reprendre le temps, en fait. Retirer, réexpliquer, requestionner. » (E3), « de femmes qui pourtant quand je leur demandais le consentement disaient « Allez-y, allez-y, allez-y ». Et c'est moi qui m'arrêtais pendant, « Vous vous rendez compte, là, vos jambes, vous tremblez, je ne suis pas là pour vous faire du mal quoi. » (E12)*

Certains médecins interrogés pensent que quand un patient ne consent pas, cela se voit dans son comportement non verbal : *« De toute façon le cons... (se reprend), tu le sens quand le... Quand le corps se tend ou s'oppose, bah là tu... tu requestionnes. » (E3), « et on sent si la personne bloque... » (E7)*

4. La communication

L'importance de la communication a été relevée par certains médecins.

Par exemple, certains ont expliqué s'excuser en amont avant un examen qui risque d'être douloureux pour montrer au patient qu'ils prennent en compte leur douleur, qu'ils ont conscience du caractère douloureux et montrer leur bienveillance : *« Des fois quand j'examine*

le ventre des patients qui viennent pour des douleurs abdos, je m'excuse avant même de les examiner (rire) En disant : « Je suis désolée hein, peut-être que je vais vous faire mal mais en même temps, il faut que je fasse mon examen, donc vous me dites etc. » Donc euh, c'est comme ça aussi que je l'aborde par exemple. » (E2). Ils expriment également anticiper les sensations des patients en les prévenant pour éviter la surprise : *« en leur disant que le spéculum sera mouillé mais pas froid » (E2)*

Un médecin a exprimé qu'une bonne relation médecin-patient c'est quand la communication est fluide et que le patient est suffisamment en confiance pour se confier : *« on parle bien, on a une bonne relation médecin patient. » (E5)*

Selon plusieurs médecins, la plupart des situations de difficultés à l'examen clinique se solutionnent par la communication : *« Mais c'est pareil, en général, ça se fait... Ça se fait au cours de la consult, ça glisse quoi ! » (E7)*

5. Influence de l'entretien sur l'examen et le consentement

Plusieurs médecins ont rapporté différer l'examen en fonction de ce qui a été déposé pendant l'entretien quand ils considèrent que le patient n'est pas en état psychique de se faire examiner : *« je ne vais pas examiner parce que ce n'est pas le moment d'examiner. Parce que il s'est passé déjà plein de choses pendant l'entretien et que elle ne va pas bien à ce moment-là. » (E1b)*

Ils expliquent adapter leur demande de déshabillage et leur manière de poursuivre la consultation en fonction de ce qu'a confié le patient pendant l'entretien, et donc de son degré de vulnérabilité : *« la consultation ne s'est pas soldée par la réalisation d'un frottis puisque en*

fait, en discutant déjà, en prenant contact, on a levé le voile sur le fait qu'elle avait été victime d'inceste dans son enfance. De la part de son grand-père. (silence) » (E3), « Ce qui me paraît très peu cohérent justement quand c'est une patiente qui vient de parler de son moral très bas lié à des difficultés de vie. Que j'en apprend beaucoup. C'est hors de question que d'un coup je lui dise « Allez maintenant déshabillez-vous sur la table et on va regarder tous les grains de beauté ». Enfin c'est pas cohérent quoi. » (E12)

Selon plusieurs médecins, évoquer l'intimité et les violences c'est créer une relation de confiance donc lever la pudeur et faciliter secondairement l'examen clinique : « Oui, ça, c'est certain. Parce que le fait de pouvoir en discuter à leur violence, que ce soit des violences qui soient intrafamiliales, des violences lors d'un examen gynécologique antérieur. Le fait de pouvoir le dire, ça veut dire qu'on y prête attention et qu'on y est attentif. Donc, je pense que pour les gens, déjà, ça veut dire qu'on les met dans un climat qui est beaucoup plus de sécurité. » « Et en fait, une fois qu'elle a déposé ça au cabinet, en fait, j'ai pu faire son examen gynécologique après. » (E1b)

Certains considèrent que l'entretien préalable avant l'examen clinique permet de poser le cadre de la relation de soin et de montrer au patient que l'on est bienveillant envers lui : « Donc oui pendant l'entretien je pense qu'il s'y passe pleins pleins de choses. Aussi parce que justement la façon dont on peut parler, dont on peut discuter. L'idée c'est de mettre à l'aise en fait la personne. C'est de remettre un lien de confiance, c'est de discuter de ça. Et donc il s'y passe déjà beaucoup beaucoup beaucoup. » (E1b), « ce qu'on met en place pendant le discours va changer tout le conditionnement de l'un comme l'autre. Il y a une mise en place d'une relation de l'un à l'autre, où je suis un professionnel, je vais vous examiner, mais je vais tout faire pour que ça soit pas douloureux pour vous, parce que cet examen, il est important. Enfin, il faut le

faire. J'ai conscience que c'est pas forcément agréable pour certaines, voilà et puis.. Ça change tout je trouve. Ça influence vachement la suite de l'examen, c'est pour ça que.. moi je trouve que ça casse pas ça fait que tout se passe mieux derrière. » (E9b)

Une des médecins a expliqué que ne pas rechercher les antécédents de violences avant l'examen gynéco expose à des risques de passer à côté de difficultés de la patiente et que l'examen soit vécu comme violent : *« Et donc, oui, ça, ça n'était possible que parce qu'on a discuté de ces violences. Jamais j'aurais pu, autrement, à postériori, ça aurait été ultra violent de faire un examen là pour cette jeune femme qui était pas prête. » (E1b)*

6. Comprendre pour consentir

Plusieurs médecins ont mentionné expliquer l'examen avant de rechercher le consentement : *« et je vais lui expliquer que je recherche des structures anatomiques au niveau vaginal et que du coup, si elle est d'accord » (E2)* Ils pensent que si le patient est informé de l'intérêt de l'examen, cela favorise son consentement : *« et si je le fais je leur explique pourquoi j'en ai besoin. « je vais avoir besoin pour l'examen, pour répondre à votre question, de faire tel ou tel examen » » (E8), « Moi je dis que ça m'aide à mon diagnostic en tout cas. (silence) » (E6)*

7. Médecin versus patient : les différences de représentations

Certains médecins ont rapporté que la possibilité d'être examinée n'est pas toujours anticipée par les patients : *« qu'il avait pas imaginé en fait que je puisse vouloir l'examiner à cet endroit-là. » (E1), « Comme l'histoire du genou, je veux dire pour une plainte de genou, pour moi être*

surpris que le médecin propose d'examiner un genou, Ça peut paraître un peu surprenant »
(E8)

Certains médecins ont évoqué le fait qu'il y a un risque, en tant que médecin, par habitude, de banaliser le déshabillage et l'examen clinique des patients et d'oublier de rechercher le consentement auprès des patients : *« des choses un peu expéditives chez des médecins, peut-être, qui font ça toute la journée, qui ne se rendent plus compte de la portée de leur... »* (E11), *« c'est vrai qu'en tant que médecin, on a peut-être un peu cette habitude de déshabiller et puis d'examiner les gens, si bien que peut-être qu'on n'est pas assez précautionneux dans ce qu'on fait ou ce qu'on dit. Et qu'on a un peu trop tendance à y aller sans expliquer. Et ça pour le coup, peu importe l'âge, je pense que c'est très néfaste. »* *« Donc il est hors de question que, sur une erreur d'une journée où j'ai vu 40 patients ... (bégaiements) j'en oublie mon humanité et puis que je fasse ça en mode mécanique et puis qu'en fait je sois maltraitant avec mes patientes. »* *« Il m'arrive parfois (rire) de monter mon truc, et puis d'être dans ma tête et de mettre le truc de thermomètre dans l'oreille sans les avoir prévenus. »* (E12)

Un médecin a évoqué le fait que certains médecins ne se mettent pas assez à la place de leur patient et oublient qu'un examen qui leur paraît normal et évident ne l'est pas forcément pour tous les patients : *« on n'est pas à la place de nos patients et c'est pas parce que nous ça nous paraît normal de regarder, d'examiner »* (E9)

Plusieurs médecins ont relevé l'importance de questionner les représentations du patient par rapport à l'examen : *« Je demande comment toujours ils le perçoivent. S'il y a des, s'il y a eu des antécédents de violences, si c'est quelque chose qui est compliqué »* (E4), *« Je lui ai demandé si c'était le fait que je sois une femme qui le gênait »* (E6)

ii. L'influence de la relation médecin-patient

1. Construire la relation de confiance

Plusieurs médecins pensent que rechercher le consentement à l'examen en médecine générale est facilité par la relation de confiance établie avec le patient antérieurement à la consultation : *« Parce que.. justement, en tant que généraliste on connaît beaucoup les gens. C'est-à-dire qu'ils se confient beaucoup et donc il y a quand même quelque chose qui est déjà un peu établi du climat de confiance et donc dans le rapport au consentement » (E9)*

Plusieurs médecins ont expliqué que rechercher le consentement est essentiel à la construction d'une relation de confiance médecin-patient : *« donc si on aborde pas le consentement à ce qu'on puisse toucher, à ce qu'on puisse regarder à ce qu'on puisse et ben l'examen clinique c'est évident et la relation de confiance aussi avec le patient c'est évident qu'en fait elle va être, elle va être différente. » (E1), « L'idée, c'est quand même de mettre le patient à l'aise. Pour qu'il puisse se laisser examiner.. en toute confiance. Et.. et plus il sera en confiance à mon avis, plus il sera... Plus il permettra de faire l'examen pertinent et approfondi quoi. » (E10)*

Certains médecins ont mentionné le fait que la relation de confiance établie avec le patient a ses limites et qu'elle ne dispense pas de rechercher le consentement : *« mais, attention, faut faire aussi euh... (se racle la gorge) c'est pas parce qu'on connaît le patient que finalement ce qui... Au cours d'une vie, il peut se passer des choses, et donc ce qui pouvait être très simple sur l'examen clinique il y a quelques années, il suffit qu'il y ait un événement de vie, particulier et compliqué, et ben l'examen clinique peut être compliqué derrière. » (E1)*

Une des médecins a émis l'hypothèse que la nouvelle génération de médecin est davantage sensibilisée à la recherche du consentement, car avant, avec le modèle paternaliste, la question du consentement du patient se posait moins, puisque c'était le médecin qui décidait pour lui : *« Et puis euh... Je pense qu'avant, il y avait une vraie relation paternaliste, où le médecin, fallait l'écouter, de toute façon fallait pas remettre en question, on pouvait pas peut-être discuter avec, enfin c'est un cliché d'avant ! »* (E5) On est passé d'un modèle paternaliste à un modèle de décision partagée et d'échange mutuel : *« alors que maintenant, il y a plus une relation mutuelle, ça va dans un sens, ça va dans l'autre »* (E5)

2. Ritualiser c'est rassurer

Certains médecins ont exprimé qu'effectuer un examen clinique ritualisé favorise le consentement : *« Donc après les gens ils ont euh... ils ont l'habitude quoi »* (E5), *« Et comme les choses sont assez ritualisées, comme j'explique que souvent je le fais pour tout le monde, et ben je pense que en général ça pose pas de problème- en tout cas les gens me disent que ça pose pas de problème »* (E1)

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que les patients se déshabillent spontanément au degré de déshabillage qu'on leur demande habituellement : *« et là du coup, vu qu'on se connaît et qu'il connaît ma manière de fonctionner, bah... Oui, il se déshabille, par exemple. »* (E6)

3. S'adapter au patient

Plusieurs médecins ont déclaré rester ouvert à modifier leur examen de routine et leur manière de rechercher le consentement pour s'adapter aux spécificités, au profil et aux difficultés des patients : *« effectivement sur certaines pathologies euh...psychiatriques, ou tout à l'heure comme je disais des troubles du spectre autistique où on sait qu'on va avoir en fait un contact,*

une... qui va être différent bah bien évidemment je vais examiner... L'examen va être différent, il va être beaucoup plus euh... comment dire ? Précautionneux, sans doute. Donc ça effectivement sur certaines pathologies. » (E1)

« Euh... également, au niveau des origines ethniques, euh, par exemple des femmes qui vont être qui vont être euh... qui vont être complètement voilées, je vais... Je vais leur proposer de les examiner. » (E1)

« Voilà, (rire), maintenant, je me suis rendu compte qu'avec les gens euh... Alors, les particularités des déments, bah du coup j'examine un petit peu différemment » (E2)

« dans l'histoire des ritualisations, il y a des patients qui ont quand même des façons de faire qui sont pas tout à fait nos habitudes pour les autres et effectivement ceux-là, par la connaissance mutuelle qu'on a, on sait qu'on fait telle ou telle étape de l'examen un peu différemment. Donc c'est plus dans ce mode-là, c'est vrai qu'il y a une adaptabilité de l'examen clinique à des spécificités du patient » (E8)

« j'essaie d'adapter aussi quand il y a des problèmes d'obésité ou au contraire d'anorexie, avec une vision du corps de la personne qui n'est pas la mienne en tout cas, donc oui j'essaie de m'adapter. » (E6)

« Oui bien sûr qu'on adapte ! On passe notre temps à s'adapter de toute façon... » (E4)

Plusieurs médecins ont également déclaré adapter leurs explications précédant la recherche de consentement à l'examen aux facultés de compréhension des patients, mais aussi à leur volonté ou non de recevoir ces explications : *« Après, j'ai vite compris qu'en fait, il fallait s'adapter. Il y en a qui ne veulent pas d'explications et il y en a, par contre, qui sont très en demande d'explications. » « ce que tu dis va pas être perçu de la même manière suivant les gens. Donc, quelque chose qui est clair pour quelqu'un qui va fonctionner de la même manière que toi, c'est bon, mais par quelqu'un d'autre, tu vas te dire d'ailleurs, « mais je lui répète*

depuis dix fois ça ! », mais oui, mais il faut le faire différemment, parce qu'il comprendra toujours pas, c'est pas sa manière de communiquer. » (E9b)

Plusieurs médecins ont également déclaré chercher à respecter la temporalité des patients pour que les examens soient mieux vécus : *« Et puis, en fait, ce jour-là où ce n'est pas possible et finalement, c'est trois mois plus tard. Donc, il faut laisser le temps aux gens aussi. Il n'y a jamais d'obligation. » (E1b)*

4. L'asymétrie de la relation médecin-patient

Selon un des médecins, certains patients ont une totale confiance en leur médecin et ne penserait jamais à ce que celui-ci puisse -être maltraitant : *« Les gens en fait, je pense beaucoup, mettent énormément d'espoir dans leur pat.. médecin. Et ça ne leur viendrait jamais à l'idée de se dire qu'on puisse être maltraitant. » (E12)*

Un médecin pense que le médecin, du fait de son statut, a un certain ascendant sur les patients car il possède le savoir, et que ne pas utiliser son pouvoir de médecin pour abuser des personnes fait partie de la conscience professionnelle du médecin : *« Et c'est aussi ce pouvoir-là qui me fait dire non, non, non (t-t-t). On a une limite sur ce que je fais faire aux gens (rire). Même si je pourrais dire oui, oui, non, mais ça c'est pour vérifier que vous ne fassiez pas un AVC. Mais non, mais c'est vrai. » (E12)*

Un médecin a mentionné le fait que rendre le patient acteur de l'examen pour les examens des zones jugées intimes en le laissant se déshabiller et montrer la zone c'est diminuer l'asymétrie de la relation et possiblement la sensation de vulnérabilité ressentie par le patient.

Un médecin a expliqué que beaucoup de patients, car ils font confiance au médecin, acceptent de faire des choses qui pourraient leur paraître bizarres lors de l'examen, sans en questionner l'intérêt : *« J'ai eu plusieurs cas aux urgences de.. me rendre compte que quand je demande au patient de se mettre sur un pied et puis de faire les manœuvres de dysmétrie en fait, il serait capable de se mettre tout nu et marcher à quatre pattes si je leur demandais. » (E12)*

Les patients peuvent être vulnérables et partir du principe que le médecin est honnête, lui faire une confiance aveugle et donner leur consentement pour des examens qui sont en réalité inappropriés : *« Enfin, la vraie honnêteté...comment le patient fait la différence » (E12)*

5. L'importance de la posture du médecin

Une des médecins a avancé l'hypothèse qu'il y a un risque à trop demander le consentement, qui est de donner au patient l'impression que l'on est pas sûr de soi en tant que médecin : *« C'est-à-dire que si on demande trop le consentement, on passe pour quelqu'un qu'ose pas » (E9), « Par contre, effectivement, si on le répète 40 fois, elles se seraient dit « mais pourquoi vous êtes gêné à ce point-là de me le faire à l'examen ? ». On en revient à la posture de tout à l'heure. Je pense que trop demander, c'est juste que ça fait baisser la posture que tu te donnes. » (E9b)*

Ce médecin a expliqué chercher la manière de rechercher le consentement sans trop en faire, tout en ayant une posture sûre de soi et rassurante pour montrer au patient que l'examen n'est pas ambiguë et qu'il y a aucune gêne de son côté car on est dans une posture médicale : *« Voilà, qu'elle n'est pas ambiguë, donc, il n'y a pas de gêne à avoir. En tout cas nous de notre*

part hein, je parle pas de la leur. Mais s'assurer qu'il n'y a quand même pas de gêne de leur part. » (E9)

L'idéal serait d'avoir une posture sûre de soi et montrer qu'il n'y a pas de gêne du côté du médecin, mais quand même rechercher le consentement pour s'assurer qu'il n'y a pas de gêne du côté du patient.

Certains médecins ont avancé l'idée que si le cadre de la relation médecin patient est prédéfini, que chacun reste à sa place et que le médecin garde sa posture de professionnel, il n'y a pas d'intimité qui se crée et donc pas d'ambiguïté possible lors des gestes effectués pendant les examens cliniques : *« Si les places de chacun sont prédéfinies et qu'on a un statut professionnel, justement, il n'y a pas cette intimité qui fait qu'il y a de l'ambiguïté dans les gestes ou dans l'examen. » « Il n'y aura pas de gestes déplacés ou quoi que ce soit, ce sera un geste professionnel. » (E9b)*

Avoir une posture professionnelle avec des gestes sûrs et affirmés, en expliquant clairement sa démarche au patient, et s'excuser lorsque l'examen est douloureux réduit le risque de mauvaise interprétation : *« Mais je pense que garder la posture pro permet de protéger, du coup, de mauvaise interprétation des intentions. » « Donc, si là, il se dit, « Ben non, là, c'était un pro, ça se voyait, ses gestes étaient sûrs, affirmés », voilà. Et ben, « Du coup, on voyait quel était son but, c'était de chercher ça, il l'a éliminé, il s'est excusé s'il a fait mal », enfin, voilà. » (E9b)*

iii. La recherche du consentement comme marque de respect du patient et de son corps

1. Le rapport au corps

Certains médecins pensent que le médecin doit faire la différence entre le corps anatomique du patient face auquel il doit avoir un regard neutre et une expertise, et le corps charnel, qui est sacré et unique pour le patient, duquel il faut prendre soin : *« Je pense que c'est en double facette. C'est-à-dire que d'un côté, il faut... Il faut... Faire du corps un petit peu... Un objet d'examen pour justement qu'il y ait une distance par rapport aux gestes qu'on fait. Mais tout en tenant compte que ce n'est pas un objet pour le patient. Et que du coup... Pour lui, c'est un petit peu son jardin secret (rire), je ne sais pas enfin voilà. Il y a quelque chose un peu de sacré pour lui. Et que du coup, il faut y faire attention. Et que tout le monde ne va pas y apporter la même importance et ne va pas accepter qu'on fasse la même chose avec. Donc nous, il faut qu'on mette comme un objet d'étude, d'examen, mais un objet personnel un peu sacré pour la personne. On va dire un peu ça comme ça. » (E9b)*

Bien que le corps du patient puisse être considéré comme un corps scientifique par le médecin, cela ne lui donne pas le droit d'en disposer comme il le souhaite car il appartient au patient. La recherche du consentement va donc de soi car le médecin ne peut disposer du corps du patient sans l'accord de celui-ci, car le patient en a l'entière maîtrise : son enveloppe corporelle lui appartient et ne peut être dissociée de sa personne : *« C'est notre outil de travail, peut-être, dans un sens où on recherche un... Mais c'est pas.. ça ne nous appartient pas, jamais. Donc vu que ça va tellement de soi que le corps du patient appartient au patient, le consentement ne peut être que l'accès au corps du patient.. à travers lui. C'est-à-dire qu'on ne s'impose pas au patient sans qu'il en ait donné son accord. Puisque ça lui appartient. Donc*

ça ne me viendrait pas à l'idée de lui voler son portefeuille, bah ça me viendrait pas à l'idée d'appuyer sur son ventre sans son avis. » (E12)

2. Respecter la pudeur

Certains médecins ont exprimé essayer de désacraliser les parties du corps jugées intimes par les patients dans leur discours pour montrer qu'ils ne sont pas gênés et donc, par effet miroir, que le patient le soit moins : *« les hémorroïdes, les gens sont souvent gênés. Je leur dis, vous savez, votre anus, c'est comme votre bras, c'est une partie de votre corps. S'il a un problème, il faut que je le regarde. Et je les rassure en disant, en tout cas, moi, de mon côté, ça ne pose aucun souci, je ne suis pas gênée de faire ça, ça fait partie du métier. Et là, du coup, on sent que ça les rassure aussi, de sentir que de notre côté... » (E9b), « Je leur dis que moi ça me... C'est une partie du corps comme une autre. Je leur explique que ça ne me gêne pas, de regarder cette partie-là. » (E6)*

Certains médecins ont expliqué préférer donner systématiquement l'opportunité aux femmes d'avoir un déshabillage partiel pour l'examen gynéco pour ne pas heurter la pudeur de certaines : *« Enfin je vais proposer de faire l'examen gynéco en deux fois. D'abord le haut, elles gardent le bas. Puis après elle remettent le haut, elles enlèvent le bas » (E6)* Ils partent du principe que toutes les patientes sont potentiellement pudiques : *« Mais je pars du principe que y a peut-être une pudeur chez tout le monde et au pire, celles que ça ne dérange pas.. celles que ça ne dérange pas vont plus facilement dire euuh « Oh bah non, moi peu importe j'avais pas remettre la culotte, je m'en fous » Mais euuh.. elles ont l'opportunité de le faire comme ça. » (E9)*

Ils ont émis l'idée qu'un déshabillage progressif et un examen allant du moins intime au plus intime permettait un contact avec l'intimité plus progressif et permettait de mieux respecter la pudeur des patients : *« Je vais commencer par prendre le poids. D'aller, on va dire, sur peut-être le moins intime vers le plus intime. Ça me semble important pour les patients. Souvent, je vais faire la prise de tension, l'examen du cœur. Et puis, ensuite, j'ai proposé faire la palpation des seins. » (E1b)*

Certains médecins ont suggéré projeter leur propre pudeur sur les patients. *« il y en a qui se mettent d'emblée, euh.. bah toute nue en fait ! (rire) Elles ont enlevé à la fois les... leurs sous-vêtements du haut et du bas, voilà, et qui se mettent en position gynéco alors que j'ai même pas encore mis les étriers en fait ! (rire) elles m'ont devancée ! Et donc du coup je leur dis « Bah, ça vous dérange pas ? » » (E2) « Le déshabillage, pour moi c'est un truc hyper intime, donc euh... il se fait derrière un rideau. Et j'invite les patients, toujours à garder le haut si elle le souhaite, en leur expliquant que moi-même en tant que femme, je ne supporte pas être nue chez le médecin. » (E3) « C'est vrai que des fois j'ai eu les premières consultations, homme ou femme, tac faut montrer les zones intimes ! » (E5)*

Plusieurs médecins ont déclaré s'adapter au degré de pudeur du patient en adaptant leur examen pour faciliter leur consentement : *« Et si je sens que ça coince, je leur dis de poser leur t-shirt sur elle pour pas pour pas être toute nue toute nue. Voilà. » (E7) « Il y a des personnes qui me disent... surtout des femmes, qu'elles n'aiment pas du tout se voir nue. Donc j'essaie d'adapter » (E6)*

3. Limiter l'intrusivité et le déshabillage

La plupart des médecins ont déclaré chercher à limiter leurs demandes de déshabillage dans une volonté de limiter les situations où le patient pourrait se sentir en situation de vulnérabilité : *« J'ai l'impression qu'on peut toujours adapter notre examen clinique pour ne pas rentrer dans la pudeur du patient. » (E12)*

Plusieurs médecins ont expliqué limiter leurs examens cliniques à ce qui leur paraît nécessaire, et limiter d'autant plus les examens des zones jugées intimes : *« Je lui ai dit clairement que je ne ferai pas de toucher rectal ni d'examen anal puisqu'il avait... l'interrogatoire était rassurant et que de toute façon je l'orientais vers le gastro-entérologue pour qu'il ait une anoscopie. Mais du coup, c'est... J'ai déjà cœur, à penser effectivement à pas faire un examen excessif » (E2), « je pense que, En général, si j'ai... si j'ai pas besoin de regarder au niveau de ces zones-là, par exemple une femme qui a des pertes un peu bizarres, on peut envoyer faire un auto-prélèvement au labo. Sans forcément, dans un premier temps en tout cas, regarder » (E5)*

Un des médecins a mentionné avoir peur, en voulant trop limiter les examens jugés intrusifs, de passer à côté d'un diagnostic et que ce soit préjudiciable pour le patient : *« ce qui me fait peur, c'est qu'à force de me mettre des barrières sur mes examens cliniques, que je passe à côté de quelque chose. Qui ça pour le coup serait vraiment imputable à ma pratique, et qui serait dommageable pour le patient. » (E12)*

4. Pouvoir se préparer à l'examen

Une des médecins interrogés a suggéré qu'un patient qui s'est préparé psychologiquement à l'examen est plus à même d'y consentir : *« en disant « J'entends très bien, et surtout je serai préparé la prochaine fois si j'ai besoin que vous m'examiniez ». Ça permet au patient de, ce qu'on disait tout à l'heure, de se préparer, de... déjà de le savoir, de pas être pris par surprise »* (E1) A l'inverse, un patient qui ne s'était pas préparé psychologiquement ou physiquement à l'examen aura davantage tendance à le refuser : *« euh... Certains vont dire « Ah mais je suis je suis pas préparé, je suis pas épilée ou... » »* (E1)

5. Consentement et violences

Certains médecins ont confié avoir la crainte d'être un jour auteur.e de violences gynécologiques envers une patiente sans le vouloir, ou d'avoir été violent.e dans son examen clinique sans s'en être rendu compte : *« et que la patiente elle soit ... elle soit sûre de pas être en position euh... de subir ou de, de... d'avoir ne serait-ce qu'une idée d'une violence obstétricale ou en tout cas... enfin gynécologique à l'examen quoi. »* (E2), *« Ça me peine énormément et j'ai pas envie de rentrer dans la liste, malheureusement très longue, des hommes qui ont pu être maltraitants avec des femmes. » « ça se trouve j'ai été violent sans le savoir » « Pour ce qui est du consentement aussi, ça me fait peur d'avoir été violent »* (E12)

Certains médecins ont émis l'hypothèse que ne pas rechercher les antécédents de violences avant l'examen gynécologique exposait à des risques de passer à côté de difficultés de la patiente et que l'examen soit vécu comme violent : *« Et donc, oui, ça, ça n'était possible que parce qu'on a discuté de ces violences. Jamais j'aurais pu, autrement, à postériori, ça aurait été ultra violent de faire un examen là pour cette jeune femme qui était pas prête. »* (E1b)

Un des médecins a exprimé moins prendre de précautions pour l'examen des personnes âgées et moins rechercher leur consentement à l'examen, et avoir l'impression secondairement d'avoir perpétré une forme de violence involontaire : « *Enfin, même si...On n'est pas violent, hein mais euh, euh (souffle) encore, ... Si, peut-être quand même.* » (E11)

Un des médecins a exprimé que certains stages faits pendant l'internat peuvent sensibiliser aux violences faites aux femmes et modifier sa manière d'aborder le consentement à l'examen des zones jugées intimes des femmes : « *J'ai beaucoup travaillé là-dessus parce que j'ai fait de la psychiatrie. Je me suis beaucoup intéressé à la santé mentale qui malheureusement est en déclin encore une fois chez les jeunes femmes. Moi, ça me.. ça m'évoque plein de choses très tristes.* » (E12)

Un médecin a mentionné que recevoir des témoignages dans son entourage de femmes faisant part de violences subies peut sensibiliser le médecin homme aux violences faites aux femmes et modifier sa manière d'aborder le consentement à l'examen des zones jugées intimes : « *J'ai des expériences personnelles avec des femmes de mon entourage très proches. Que ça soit... Enfin, peu importe. Il suffit d'en interroger une sur deux et on a des choses. Sans aller jusqu'à l'agression, pénétration ou que ce soit. Mais rien que ça soit physique, verbal, peu importe. On est dans un monde que je trouve très très très maltraitant contre les femmes.* » (E12)

Un médecin a évoqué que les violences médicales restent rares mais leurs témoignages sur les réseaux sociaux fait du bruit : « *enfin, on voit tellement d'histoires de chasse en fait finalement sur les réseaux sociaux* » (E12)

iv. Le consentement : un concept fondamental

1. Représentations du consentement par le médecin

Plusieurs médecins interrogés considèrent que la recherche du consentement à l'examen clinique est fondamentale, essentielle, et que c'est une bonne chose : *« Ça me semble fondamental, donc le consentement à mon avis, il doit faire partie, dès le début de la consultation, le consentement à l'examen clinique, il est fondamental. » « Donc je que le... le, le consentement est quelque chose qui me semble fondamental dans notre pratique, et primordial avant tout le reste. (silence) » (E1), « Alors, je pense qu'elle est essentielle » (E9)*

Deux médecins ont mentionné que la recherche du consentement à l'examen leur paraît intuitive, naturelle : *« Je crois que... elle doit être... Elle est intuitive » (E3), « Je pense qu'il se fait un peu... spontanément en fait. » (E7), « Ça va tellement de soi en fait que... » (E12)*

Un médecin a exprimé que la question du consentement à l'examen clinique est une question intéressante à poser car d'après les témoignages de certains de ses patients, le consentement n'est pas toujours recherché par les médecins : *« je trouve que c'est une thèse très intéressante parce que je pense effectivement dans le retour des patients que j'ai que y a du boulot (rire) » (E9)*

Un médecin a expliqué que rechercher le consentement avant de toucher quelqu'un dans le cadre d'un examen obéit aux mêmes règles que dans la vie quotidienne *« Question de juste euh... Comme une poignée de main que tu tends, si tu... si l'autre ne veut pas te serrer la main, tu ne vas pas lui chercher la main en fait, voilà » (E3)*

Une médecin a exprimé que le consentement à l'examen clinique n'est pas difficile à rechercher au quotidien en médecine générale si on l'intègre de manière systématique dans ses habitudes : *« et qu'elle est pas compliquée à mettre en place si on met un petit peu des systématismes. » (E9)* Elle a exprimé que rechercher le consentement est facile et ne coûte rien au médecin, que cela ne peut qu'améliorer le dérouler de l'examen : *« En fait, je trouve que ça ne casse pas du tout le rythme en fait, ça met plutôt en place les choses pour arriver jusqu'à l'examen et que tout le monde soit détendu. » « Puis, ça ne me coûte pas grand-chose (rire). Ça ne coûte rien de.. voilà. Juste faire que ça se passe mieux. » (E9b)*

2. Analyse de sa pratique

Certains médecins interrogés ont déclaré rechercher le consentement depuis le début de leur pratique : *« Le consentement, je l'ai toujours demandé, je trouvais que c'est toujours important » (E1), « parce que moi j'ai toujours procédé de la façon là. » « Pour moi c'est naturel en fait, mais, venant de la médecine générale, avant de faire de la gynéco, j'ai toujours fait ça aussi. » (E3)*

Une médecin a exprimé ne plus se souvenir de si elle recherchait le consentement à l'examen en tant qu'interne à l'hôpital : *« Et.. j'arrive pas trop à savoir comment moi j'étais en tant qu'interne par exemple. L'examen clinique en soit, je n'arrive pas à savoir. J'aurais tort de dire que oui je demandais déjà, parce que je ne sais pas. » (E1b)*

Beaucoup des médecins interrogés ont rapporté rechercher davantage explicitement le consentement ces dernières années : *« bah d'avoir euh... d'augmenter le... je pose la question de « Est-ce que je peux ? », « Est-ce que vous êtes d'accord ? », « J'ai besoin de faire ça », « Est-ce que... J'ai besoin de vous examiner comme ça, ça vous... », « C'est bon ? », « Ça vous*

pose pas de souci ? » ou « Voulez-vous enlever cette partie du vêtement pour que je puisse faire l'examen ? » » (E2), « Et je fais vraiment attention maintenant à demander. » (E4)

La plupart des médecins ont rapporté rechercher davantage systématiquement le consentement oral avant chaque étape de l'examen gynécologique : *« Redemander, plusieurs fois. » (E4), « Qu'est-ce que j'ai modifié ? Peut-être encore plus le consentement à l'examen gynéco. En demandant « c'est bon, on peut y aller ? » enfin... Ça je fais beaucoup plus systématiquement. Ouais. Notamment lors du toucher vaginal, et de redemander à chaque fois le consentement lors du toucher vaginal, puis de la pose de spéculum. » (E6)*

Une médecin a déclaré nouvellement proposer aux patientes d'insérer elle-même le spéculum, ce qui leur permet d'être actrices pendant l'examen gynécologique : *« Et même, maintenant je leur propose de mettre elle-même le spéculum si elles le souhaitent » (E4)*

Certains médecins ont déclaré avoir l'impression que les étudiants en médecine recherchent davantage le consentement, et avoir envie de s'en inspirer : *« Mais je me demande si ce n'était pas avec toi qu'on en avait parlé un petit peu à un moment ? Où j'avais dit... Je trouvais ça très bien que fin' tu... Tu posais vraiment la question. Plus que moi (rire). Euuh.. Je sais pas si j'ai essayé de faire un peu pareil. » (E10)*

Une des médecins a rapporté avoir intégré l'aspect fondamental de la recherche du consentement grâce à l'enseignement de ses MSU lors de ses premiers stages en médecine générale, et que quand la notion de consentement est intégrée dans la formation initiale, elle semble ensuite fondamentale : *« En revanche, à partir du moment où je suis arrivée en médecine générale, ça fait partie, à mon avis des premières choses qui m'ont été importantes.*

Probablement peut-être avec des maîtres de stage. Parce que j'avais des maîtres de stage, notamment sur mes premiers stages, de gynéco-ped, où effectivement j'avais deux médecins qui étaient vraiment déjà autour, en fait, du consentement et tout ça. Et donc ça fait partie de ma formation initiale et donc.. Maintenant ça me semble fondamental. » (E1b)

Un médecin a rapporté que travailler dans une structure auprès de patient spécifiques comme les patients autistes demande une adaptation qui peut faire changer la manière d'aborder le consentement à l'examen clinique au cabinet : *« Mais parce que mes patients autistes ont besoin, pour se laisser examiner, d'avoir ça, et du coup c'est devenu... c'est devenu réflexe je pense. » (E7)*

Un médecin a évoqué le fait que s'interroger sur le consentement, le problématiser, c'est faire une partie du travail de recherche du consentement : *« Mais, à partir du moment où on s'interroge sur le consentement, je pense qu'il y a une grosse partie déjà qui est déjà faite » (E1)*

3. Un droit du patient

Plusieurs médecins interrogés ont rapporté considérer que refuser l'examen est un droit du patient, que le patient est libre et autonome et que la décision de se faire examiner lui appartient pleinement : : *« Non ? Bon bah, ok. C'est eux, hein ! » « c'est eux le boss hein ! » (E4), « les gens ils font comme ils veulent » (E5)* Selon eux, un médecin se doit de respecter un refus d'examen car le patient y a droit et exerce son autonomie : *« C'est leur choix. C'est leur droit, de pas vouloir être examiné » (E6)*

Plusieurs médecins ont mentionné l'importance d'informer les patients de leur droit à consentir ou non à l'examen : « *Donc je leur explique, en fait ils sont pas venus pour que je les examine, ils sont venus parce qu'ils avaient besoin d'aller voir un médecin et que c'est autre chose d'examiner.* » (E1b) Ils ont également suggéré qu'informer de la possibilité de refus lors de la recherche de consentement au déshabillage ou à l'examen favorise le consentement : « *si ça vous embête il y a pas de souci vous pouvez garder* » (E1)

Deux médecins ont mentionné l'hypothèse qu'un patient a parfois besoin qu'on lui rappelle son droit à retirer son consentement pour oser le retirer : « *je lui dis, mais vous savez, il n'y a aucune obligation à ce qu'on le fasse aujourd'hui. C'est un dépistage que je vous ai proposé, mais il n'y a pas d'obligation. Et en fait, là, tout de suite, elle m'a dit, mais en fait, je ne suis pas prête aujourd'hui* » (E1b)

4. Évolution de la société

Plusieurs médecins considèrent le consentement comme un sujet d'actualité : « *Je pense que, de nos jours, c'est devenu de plus en plus important* » (E2)

Plusieurs médecins pensent qu'il y a eu un changement récent dans la société qui a fait se poser la question du consentement en consultation, question qui ne se posait pas avant : « *Et... et quand les questions se sont posées, dans l'air du temps, j'allais dire* » (E7)

Une des médecins a émis l'hypothèse que les directives anticipées ont mis au cœur des débats la notion d'autonomie ce qui a remis la lumière sur celle du consentement : « *Peut-être aussi parce que dans les directives anticipées, qui a été quelque chose qui ont été apportés au fur et à mesure de notre pratique, c'est devenu... presque commun quand on arrive en EHPAD par*

exemple, et bien comme on est à expliquer aux familles qu'on va respecter le souhait du patient » (E2)

Plusieurs médecins ont rapporté avoir l'impression que les pratiques ont évolué : les nouvelles générations de médecins recherchent davantage le consentement et y sont davantage sensibilisées : *« Mais je pense par contre qu'il y a peut-être une petite évolution entre euh... Notre génération de médecins, Et je pense que ça évolue » (E5), « J'ai eu des externes et j'ai trouvé que, eux aussi, ils ne faisaient pas pareil que les externes que j'avais quand j'étais, plus jeune... Je me suis dit (prend un air surpris et enjoué) ça bouge ! (rires) » (E4)*

On est passé d'un modèle paternaliste à un modèle de décision partagée avec échange mutuel basé sur l'éducation des patients, où le médecin délivre les informations en s'assurant que le patient a bien compris, mais le patient prend la décision finale en connaissance de cause : *« On n'est plus effectivement dans une médecine paternaliste où on écoutait sans réfléchir la chose. Maintenant, voilà, nous, notre rôle, c'est : j'apporte le savoir, l'information, que moi, j'ai eu par ma formation et tout ça. Après, si les gens n'en veulent pas, si les gens ont compris et ne veulent pas... » (E9b)*

Il y a eu un changement d'attente de la part des patients : la nouvelle génération est alignée avec l'évolution de la médecine et attend des informations et une recherche de leur consentement, contrairement à l'ancienne génération qui était habituée à obéir au médecin : *« Euh... J'ai l'impression que la nouvelle génération, sait bien... Enfin, correspond en fait à l'évolution de la médecine et a envie d'information. La demande, c'est vraiment... Je veux comprendre ce qu'on me fait avant de dire oui. La nouvelle génération. L'ancienne, c'est... « Oui, moi... Pourquoi vous m'expliquez tout ça ?" » (rire) » (E9b)*

Selon ces médecins, le consentement est un concept nouvellement abordé dans les études médicales : « *Je pense qu'on a eu des cours aussi là-dessus, enfin où on avait eu des... Mises en scène théâtrales un petit peu* » (E5) « *Je fais pas partie de cette génération qui euh... à qui on a.... appris le consentement* » (E3)

A l'inverse certains médecins ont déclaré que pour l'ancienne génération de médecin, la question du consentement ne se posait pas, puisqu'avant, avec le modèle paternaliste, c'était le médecin qui décidait pour le patient : « *Et puis euh... Je pense qu'avant, il y avait une vraie relation paternaliste, où le médecin, fallait l'écouter, de toute façon fallait pas remettre en question, on pouvait pas peut-être discuter avec, enfin c'est un cliché d'avant !* » (E5) La question du consentement se posait moins car le patient n'avait pas la possibilité d'aller contre l'avis du médecin : « *Alors qu'avant le médecin il disait ça, fallait faire ça, point barre quoi !* » (E5)

Plusieurs médecins ont évoqué le fait que les personnes âgées sont encore empreintes du modèle paternaliste et ont tendance à sacraliser leur médecin. Contrairement aux autres patients, elles sont souvent étonnées et ne comprennent pas pourquoi on recherche leur consentement à l'examen : « *j'ai été confrontée quand même à des vieux patients qui me disaient « Oh, mais on dirait que vous vous justifiez de ce que vous me faites. » Je dis « Non, je me justifie pas, mais je vous explique. » »* (E9b) Elles ont davantage tendance à considérer que leur consentement à l'examen est tacite à partir du moment où ils se présentent en consultation : « *Je me dis quand même que il y a sans doute des choses quand même qui ont évolué sur le plan sociétal et tout ça parce que, notamment c'est les personnes âgées, qui lorsque je leur demande si je peux les examiner ou par exemple elles se déshabillent et je vais poser la question « est ce que je peux poser le stéthoscope pour vous examiner ? »,*

notamment les personnes âgées me disent mais en fait « pourquoi vous me posez la question ? En fait je suis venu pour ça » » (E1b)

Une des médecins se demande si les patients âgés considèrent qu'ils donnent leur consentement implicite à l'examen en venant en consultation ou bien s'ils considèrent que la question de leur consentement ne se pose pas et que c'est au médecin de décider. Elle se dit que les patients âgés n'ont peut-être pas intégré la notion de consentement et ne pense pas avoir le choix d'être examinés ou non au cours d'une consultation : *« Mais du coup, où je me dis que dans leur représentation et bien finalement, peut-être que lorsqu'ils venaient chez leur médecin traitant dans leur tête, deux possibilités : ils avaient déjà pour eux donné leur consentement que je les examine parce qu'en fait ils allaient voir leur médecin traitant ou alors, donc ça c'est une... ou alors c'est qu'en fait ils pensaient qu'ils n'avaient pas le choix. Donc je sais pas trop, pour ces personnes âgées, ce serait peut-être intéressant de leur demander, en disant, mais est-ce que finalement effectivement c'est un consentement qu'ils donnent explicitement ou implicitement plutôt en disant « je viens voir le médecin, en fait, il va avoir besoin de m'examiner pour comprendre ce qui m'arrive », ou autrement c'est parce qu'en fait on leur a jamais laissé le choix et que du coup ils se sont jamais autorisés à dire non. Je sais pas. » (E1b)*

Une des médecins a formulé l'hypothèse que les mouvements féministes récents ont contribué à une prise de conscience de l'importance du consentement dans le milieu médical : les patientes revendiquent plus facilement leur droit au consentement : *« Si je pense. On peut parler du côté sociétal. Il y a quand même eu tous les mouvements, effectivement, plutôt féministes. Les mouvements plutôt qui ont fait que... Il y a sans doute eu.. il y a eu des*

changements. C'est-à-dire que les femmes vont s'autoriser. C'est plutôt autour des femmes qui vont effectivement s'autoriser. Est-ce qu'elles sont d'accord ou pas d'accord ? » (E1b)

Un médecin a témoigné avoir l'impression qu'il y a davantage de méfiance envers les médecins et leurs examens cliniques ces dernières années, de la part des patients : *« Je trouve que parfois, il y a une petite méfiance aussi » (E11)*

Certains médecins ont évoqué le fait que l'avènement d'internet a complexifié les relations médecin patients : *« et de plus en plus avec Internet déjà ils nous ramènent la liste de leurs doléances, et en plus de « internet m'a dit » (se reprend) - en même temps, quelque part, ça les concerne eux en premier puisque c'est leur propre santé - » (E2)*

L'évolution de la relation médecin patient avec déclin du modèle paternaliste est aussi survenue dans un contexte où internet permet à tout le monde d'avoir accès à des connaissances médicales, ce n'est plus le médecin le seul détenteur des informations, la relation est donc moins asymétrique : *« Effectivement, la nouvelle génération est très en demande d'explications parce qu'ils ont tellement accès à une tonne d'informations qu'en fait, ils reviennent quand même vers nous en disant « Bon, soit je n'ai pas voulu lire ou soit avec tout ce que j'ai lu, c'est quoi qui est vrai par rapport à ma situation ? » » (E9b)*

Une des médecins pense que le consentement des patients à l'examen est moins recherché dans le milieu hospitalier qu'au cabinet de médecine générale, encore aujourd'hui : *« moi je te fais plutôt une différence entre de l'hospitalier et du.. où on n'est pas du tout dans la même prise en charge des patients, dans le suivi des patients. Ça serait peut-être intéressant de retourner à l'hôpital, pour savoir ce qui s'y passe là aujourd'hui. Savoir s'il y a des choses qui*

ont changé. J'espère que.. que oui, que ça changera de plus en plus. Et qu'on sera tous là-dedans. Je ne suis pas sûre, pour l'instant en tout cas » (E1b)

5. Consentement et volonté de prendre soin

Plusieurs médecins ont rapporté être en difficulté lorsque leur examen est douloureux pour le patient : *« c'est plus la difficulté de poser en spéculum chez une femme qui a un frottis pathologique mais qui est surtout ménopausée avec d'une atrophie avancée et là, j'avoue que... Même avec toute la douceur du monde, on a un peu de mal à explorer la sphère génitale. (silence) » (E3), « Je me dis je ne suis pas là pour faire souffrir » « **je n'ai pas fait médecine pour faire souffrir les gens.** Peu importe leur genre ou quoi » (E12)*

Une des médecins considère qu'être médecin généraliste, c'est prendre soin des gens quand ils sont en situation de vulnérabilité : *« Parce qu'effectivement, je vais aller toucher l'intimité de la personne. Je vais aller voir les gens quand ils sont vulnérables. Je vais voir les gens qui vont être en fin de vie. Je vais voir les gens qui vont être en colère parce qu'en fait, ils ont été virés » (E1b)*

v. Le consentement à l'examen : un concept souvent problématisé

1. La gestion des refus : le non-consentement

La plupart des médecins interrogés ont rapporté respecter les refus d'examen : *« Et donc, je lui dis, mais il n'y a aucun problème. Rhabillez-vous. On ne va pas le faire aujourd'hui. » (E1b)* Ils expliquent ne jamais passer outre un refus d'examen, même lorsqu'il leur paraît nécessaire, après avoir délivré au patient toutes les informations, c'est-à-dire après s'être assuré que le

non-consentement du patient est bien libre et éclairé : *« je peux pas le forcer à se soigner. C'est là où est la limite. Je peux pas le forcer à se soigner s'il a compris le risque. Moi, mon rôle, c'est d'apporter une information claire et loyale »* (E9b) Ils expriment s'adapter à la temporalité du patient : *« Et puis, des fois, si la patiente n'est pas prête, ben j'insiste pas »* (E7)

Ils s'assurent que leur non-consentement à l'examen est bien libre et éclairé en expliquant au patient l'intérêt de l'examen pour que celui-ci refuse en connaissance de cause : *« Mais qu'après effectivement, moi, je me dois de leur apporter euuh l'information euuh médicale euuh sur l'intérêt des choses »* (E9), *« je leur explique pourquoi c'est nécessaire pour moi de leur faire un ECG ou une palpation mammaire et si elles refusent, je ne pousse pas plus loin, je dis écoutez, vous avez tout à fait le droit de ne pas faire cet examen-là, je vous explique pourquoi je voulais le faire, quand même »* pour qu'elles soient conscientes des risques » (E12), *« Et je lui dis, « mais moi, je veux juste m'assurer que vous avez compris la gravité de ce que vous pouvez avoir, quand vous prenez la décision de ne pas faire ce que je vous dis. Parce que moi, je vous forcerai jamais à rien. Je veux juste m'assurer que l'information est bien passée et qu'après, vous prenez votre décision en connaissance de cause » »* (E9b)

Plusieurs médecins ont expliqué chercher des stratégies alternatives à l'examen en cas de refus d'examen : *« Voilà, et bah on a trouvé d'autres astuces »* (E1), *« quand c'est quelque chose d'important à mes yeux dans mon, dans mon... exercice professionnel ben j'essaie de trouver des stratégies entre guillemets »* (E2), *« en général, j'essaie de m'adapter, de voir comment on peut faire... »* (E5), *« Il y a des personnes qui ne veulent pas savoir leur poids, par exemple. Donc euh... je m'adapte »* (E6), *« prenez une photo vous me montrez... »* (E4)

Quand il y a un refus, certains médecins proposent de différer l'examen : *« mais que si jamais ce traitement n'était pas suffisant, je lui proposerai bien de revenir me voir et à ce moment-là que l'examen clinique avait sans doute un intérêt en fait pour decid...(s'interrompt) pour la suite »* (E1), *« je lui dis qu'on fera la fois d'après ou quand elle sera prête... »* (E7), *« Et par contre, je lui ai dit, si jamais ça passe pas, bah.. « revenez me voir » »* (E10)

Certains médecins ont exprimé être parfois surpris d'un refus d'examen d'une zone jugée non intime lorsqu'un patient consulte pour une plainte liée à cette zone : *« Et ce qui était un peu déroutant c'est qu'au moment où je lui ai proposé l'examen clinique en disant : « là je peux pas aller plus loin en vous écoutant, il faut que je vous examine ». Refus en bloc d'être examinée, pour une plainte qui pour autant paraissait quand même très très mécanique »* (E8)

Plusieurs médecins ont expliqué essayer dans leur manière de communiquer de ne pas faire culpabiliser le patient d'avoir refusé l'examen : *« et puis j'essaye en tout cas qu'ils se sentent pas mal, quoi ! »* (E5), *« Et puis je... de toute façon, ça j'ai pas changé, je suis pas du tout... je suis jamais en colère parce qu'on me dit « non, je veux pas » »* (E4)

Plusieurs médecins ont rapporté analyser le contexte bio-psycho-social du patient pour essayer de comprendre son refus d'examen : *« C'est, finalement, quand il y a un accord en fait la question ne se pose pas trop. C'est plutôt quand il y a un refus, bah pourquoi il y a un refus, en fait de comprendre ça »* (E1b), *« Je pense, à cette question-là, je pense à une patiente en particulier. Et si on décrit que la plainte somatique, ça va être un peu bizarre, ça pourrait paraître bizarre son refus. Donc c'est une patiente qui se plaignait d'une gonalgie unilatérale. Non traumatique de mémoire. Qui se trouve en situation si on prend une photographie un peu globale de la patiente, avec un profil anxieux dépressif très chronique, je la connais depuis*

presque 10 ans et effectivement elle en sort rarement complètement. Une obésité avec un IMC qui doit frôler les 42 » (E8)

Ils rapportent questionner le patient pour essayer de comprendre l'origine de son refus : « ... Donc, je lui ai dit, « est-ce que je peux me permettre de te demander pourquoi ça a remué autant d'émotions ? Est-ce qu'il y a des choses qui te sont arrivées dans le passé ? Est-ce que quelqu'un a regardé sans ton autorisation ? » » (E9), « Je lui ai demandé si c'était le fait que je sois une femme qui le gênait » (E6)

Selon plusieurs médecins, les situations de refus d'examen sont souvent celles d'hommes avec problématiques touchant la sphère anale : « c'était un.. un homme. En fait je sais le sujet, voilà (rire). C'était pour des hémorroïdes, pardon, à priori hémorroïdes... Enfin une crise hémorroïdaire, pardon. » (E10)

2. Vécu de la difficulté

La plupart des médecins ont déclaré avoir rarement des refus d'examen : « Les refus d'examens cliniques, c'est extrêmement rare, je trouve » (E8), : « C'est rare que les patients refusent un examen. Ça reste quand même minoritaire dans notre consultation » (E1b)

La plupart des médecins ont rapporté que l'examen clinique pose plus souvent soucis lorsqu'il porte sur des zones jugées intimes : « Et c'est plus si ça touche par exemple les zones intimes » « j'ai des souvenirs de peut-être de consultations où fallait que je regarde peut-être les testicules ou en tout cas la zone intime de petit garçon et qui voulait pas... » (E5), « La dernière difficulté, ça doit être examen gynéco, parce que c'est toujours cette sphère-là qui pose souci » (E7)

Certains médecins rapportent être en difficulté face à la contradiction de la nécessité ressentie d'examiner et la nécessité de respecter le consentement et donc le refus : « *Et son refus m'a beaucoup gênée et questionnée mais... Je ne l'ai pas examiné (rires) contre son gré, bien sûr !* » (E6), « *Mais oui, du coup, grosse difficulté puisque je n'ai pas pu l'examiner. (rire) Voilà* » (E9), « *Parce que du coup, j'allais... je ne faisais pas ce que j'avais besoin de faire pour l'examiner, Et en même temps je savais que je ne pouvais pas le faire, donc j'étais très mal à l'aise !* » (E7)

Deux médecins ont mentionné être en difficulté pour certains examens cliniques de patients psychiatriques : « *les décompensations psychotiques.. voilà, ça me met mal à l'aise* » « *les psychotiques, tout ça, ils ont vraiment une manière tellement éloignée de la logique et de choses que... Ben, parfois, c'est compliqué de... de savoir* » (E9b)

Certains médecins ont exprimé que la plupart des situations de difficultés à l'examen clinique se solutionnent pas le dialogue et la communication de manière fluide : « *Mais c'est pareil, en général, ça se fait... Ça se fait au cours de la consult', ça glisse quoi !* » « *En général il suffit qu'on parle, qu'on explique, qu'on...* » (E7)

3. Les expériences médicales traumatiques dues au non-respect du consentement

Plusieurs médecins ont déclaré qu'un antécédent d'examen clinique ayant été mal vécu par le patient peut être la cause d'une appréhension à l'examen : « *Peut-être l'appréhension d'un examen clinique qui s'est mal passé. Des souvenirs qu'elle peut en avoir* » (E1b), « *ça s'était pas bien passé du coup, j'en fais plus* ». Et en fait, on se rend compte qu'il n'y a pas de suivi parce qu'il y a ça » (E9b), « *C'était surtout des femmes qui avaient gardé un très très mauvais*

souvenir, souvent jeunes, un très très mauvais souvenir de leur première pose de spéculum »
(E12)

Une médecin a rapporté avoir été choquée en tant qu'interne de la non recherche du consentement des patients lors de ses stages hospitaliers : *« Le consentement, moi en tant qu'interne, on arrivait en visite, on était 10 à arriver en visite. Est-ce que le médecin en arrivant en visite, le chef qui nous faisait le cours, demandait au patient en disant « est-ce que vous autorisez qu'on arrive à 10 dans votre chambre et qu'on puisse discuter avec vous à 10, et qu'on puisse vous examiner. Est-ce que vous êtes d'accord ? », je ne l'ai jamais entendu. Jamais. Jamais. »* (E1b)

Certains médecins rapportent avoir été choqués par des témoignages de violences médicales : *« on entend encore malheureusement des maltraitances, pour le coup, volontaires, de la part de spécialistes, violences gynécologiques envers des femmes, qui abusent de leur pouvoir, qui me débectent au plus haut point et qui me font dire qu'il faut que je... »* (E12)

Ils expliquent être affectés par le fait de recevoir des témoignages d'examen vécus comme violents : *« Ça me rend triste parce que je me dis qu'en fait ils ont vécu des moments qui étaient sans doute compliqués et qu'en fait c'est par des soignants, pour lequel c'est quand même notre travail, on prend soin des gens, et qu'en fait on n'a pas toujours pris soin des gens »* (E1b)

Une médecin a exprimé se raisonner pour ne pas se sentir responsable de la non-recherche de consentement par certains soignants : *« Donc oui ça c'est comme ça mais.. je peux pas être responsable de tous les autres »* (E1b)

Les médecins interrogés ont rapporté plusieurs causes pouvant être à l'origine de violences médicales vécues par les patients : dues à l'absence d'explications en amont, dues à une pudeur pas assez prise en compte, dues à une douleur pas assez prise en compte ou anticipée, dues à un geste ou demande de déshabillage paraissant non justifié, ou enfin dues à l'absence de recherche du consentement : *« Et du coup, j'ai eu pas mal de retours de consultations spécialistes ou... bah gynéco.. ou même rhumato pour euuh voilà l'examen d'une hanche ou (rire) voilà. Où les gens, ils sont heurtés par « Ah, je ne m'attendais pas à ça », « Oh et, dit donc il s'est approché beaucoup de cette zone » ou euuh.. « Ça m'a fait mal », « Il m'a pas prévenu » Enfin voilà.. » (E9), « Et en fait, je pense que c'est parce que la personne n'a jamais pris le temps avant de s'assurer qu'elle soit un peu détendue, de lui demander quand est-ce que.. et pof il y allait et voilà quoi. Mais du coup, elle, ça lui faisait mal à chaque fois » « « je ne vois pas pourquoi il a eu besoin, pour me regarder l'articulation de la hanche, de déplacer ma culotte » (silence). Si, finalement, les gens, ils comprennent pourquoi on déplace la culotte, parce que, je veux dire, si c'est pour voir si la vulve, elle est irritée, bon bah ils comprennent pourquoi ils enlèvent leur culotte (rire). Mais si c'est pour voir l'articulation de la hanche, ils se disent, en fait, il aurait senti pareil par-dessus. Enfin.. Des choses comme ça. Enfin.. Si le but n'est pas clair et que.. ou n'est pas expliqué, effectivement, voilà. Donc, oui, oui, il y a des gens qui rapportent des faits comme ça, des petits... « Je me suis posé la question », « Je ne sais pas trop » » (E9b), « Et.. pour le coup, vraiment des examens cliniques très mal vécus, c'était souvent des spécialistes qui n'écoutaient pas la douleur de leurs patients. Et aussi en musculosquelettique, vraiment en mode j'examine l'épaule parce que je dois examiner l'épaule. Au bout d'un moment si le patient est douloureux.. il est douloureux quoi. Ou un abdomen douloureux qu'on palpe pendant une demi-heure parce qu'on n'est pas sûr.. Ou le moment où le patient (rire) il a les larmes aux yeux, enfin c'est difficile quoi » « « il m'a demandé de me déshabiller, j'ai pas trop compris pourquoi » » (E12)*

Certains médecins émettent l'hypothèse que tous les médecins ne recherchent pas le consentement car certains patients sont surpris quand on leur demande et disent que ça ne leur était encore jamais arrivé : *« parfois, ils me disent, « c'est la première fois qu'on me demande » » (E9b)* *« Donc ça quand même ça arrive souvent, sur les examens gynéco ça arrive régulièrement où les patients.. plutôt au contraire me disent « mais c'est impressionnant les pincettes que vous pouvez ».. ou en tout cas... les pincettes, c'est même pas les pincettes, mais que « vous pouvez mettre autant de bienveillance et autant de prendre soin lors de cet examen », parce qu'effectivement, je vais tout expliquer : le spéculum, pourquoi je vais le mettre, je vais demander quand je peux le poser et qu'on peut arrêter l'examen à n'importe quel moment. et la personne me dit « mais en fait.. », souvent c'est « mais on m'a jamais proposé ça » ou « on n'a jamais fait ça », ce qui veut bien dire que ça peut être différent ailleurs » (E1b)*

Les médecins interrogés rapportent avoir principalement des retours négatifs de patient sur des examens cliniques chez d'autres spécialistes dans le cadre de l'examen gynéco, que ce soit aussi bien par des médecins femmes que pas des hommes : *« Si, si, si. Notamment sur l'examen gynécologique. Celui qui est le plus flagrant parce que.. parce qu'il peut être ultra violent. Parce que il peut être.. on arrive vraiment dans une intimité qui est importante. » (E1b)*

Les témoignages portent principalement des poses de spéculums qui ont été douloureuses sans que ça ait pour autant arrêté le geste du médecin, qui n'aurait pas fait attention à leur comportement non verbal qui exprimait cette douleur, volontairement ou non *« Pour le coup, homme comme femme, des pauses de spéculum douloureuses sans forcément écouter la souffrance de la patiente. En y allant parce qu'il faut faire le geste quoi » (E12)*

Deux médecins ont mentionné avoir eu des récits de situations où des médecins ont abusé de leur statut et effectué des attouchements sur des patientes : « *J'ai eu plusieurs patients qui ont eu des doutes sur les gestes faits par un rhumatologue. Qui, finalement, a eu des accusations. Donc (rire) voilà. En fait, qui, justement, se sont demandé, je ne vois pas pourquoi il a eu besoin, pour me regarder l'articulation de la hanche, de déplacer ma culotte. (silence)* » (E9b), « *Parce que les manipulateurs sont au sommet. Beaucoup de médecins font partie.. vont dire « ah bah je suis médecin, si vous vous mettez pas complètement nue devant moi pour que je mette les doigts où je veux, comment on fait ? Comment je vais pouvoir diagnostiquer ? ». Donc, honnête, je ne sais pas (rire)* » (E12)

Un médecin a évoqué l'hypothèse que des affaires médiatisées impliquant des médecins ont pu emmener à une prise de conscience de l'importance du consentement : « *Enfin j'ai pas... j'ai pas forcément d'exemple, et on parlait peut-être des affaires qu'on entend à la télé où on se dit qu'on demande peut-être un peu plus de consentement éclairé* » (E5)

Les témoignages des patients sur leurs difficultés liées à l'examen chez d'autres médecins permet au médecin à qui ils se confient de remettre en question sa pratique et d'être plus vigilant par la suite : : « *Ça me renforce sans doute le fait de.. c'est indispensable, que c'est fondamental* » (E1b), « ***on se forme par les dires de nos patients.*** Enfin, on se forme par les dires de nos patients aussi, pas que par ... pas que par des formations théoriques ou des choses comme ça. On apprend à.. à voir ce qui choque les gens. Voilà. » (E9)

Entendre ou lire des témoignages de patientes ayant subies des violences gynécologiques peut aussi fait prendre conscience à certains médecins de l'existence de ces violences et leur fait redoubler de prudence lors de leurs examens gynéco notamment en recherchant davantage le

consentement, par peur d'en perpétrer eux-mêmes : « *Donc c'est vrai que voyant tout ça, on se dit qu'il y a quand même un sujet là-dessus. Donc j'ai peut-être encore été plus vigilant* » (E11)

Un médecin a émis l'hypothèse que voir des témoignages sur les réseaux sociaux de patients ayant subis des violences peut faire prendre conscience à des patients que certains comportements des médecins ne sont pas normaux et leur donne davantage d'assurance pour exprimer leur non-consentement : « *Eux-mêmes se disent qu'il y a eu beaucoup de comportements de médecins qu'ils ne toléreraient plus* » (E12)

Un des médecins a exprimé que les violences médicales restent rares mais leur témoignage sur les réseaux sociaux fait du bruit, et que voir des témoignages sur les réseaux sociaux de patients ayant subis des violences fait prendre conscience aux médecins de leur existence et les fait redoubler de prudence dans leurs examens : « *enfin, on voit tellement d'histoire de chasse en fait finalement sur les réseaux sociaux* » (E12)

Une des médecins interrogées a rapporté avoir l'impression qu'il y a eu une période de remise en question des pratiques liées à des plaintes émanant des patients concernant l'examen gynéco ces dernières années et qu'il se produit maintenant la même chose avec les jeunes enfants : « *La période gynéco, ça a été avant, Et là maintenant c'est plus, ouais, peut-être le... avec les, les petits !* » (E7)

4. Problématique du genre et consentement

Plusieurs médecins pensent que la plupart des patients préfèrent se faire examiner par un médecin du même sexe, d'autant plus s'il s'agit de l'examen d'une zone jugée intime ou

impliquant un déshabillage : *« Et non après, je pense que par exemple avec les femmes, on est entre femmes donc on va être beaucoup plus à l'aise. Je pense que même elles, pour un examen intime, elles préfèrent des femmes, enfin moi la première » (E5), « je leur invite à reprendre rendez-vous souvent avec une consœur pour avoir un examen qui est fait dans une sorte d'intimité féminine, ou je ne sais pas comment on pourrait appeler ça, pour au moins qu'il soit fait quoi » (E12)*

Certains médecins ont rapporté être eux-mêmes mal à l'aise d'examiner les zones intimes des patients du sexe opposé, et devoir faire des efforts pour lutter contre sa gêne en se concentrant sur son rôle de médecin : *« du coup moi ça va peut-être me rendre un petit peu mal à l'aise. C'est pas le meilleur moment de nos journées ! Mais on sait tous les deux qu'il faut quand même qu'on le fasse ! Donc on y va ! » « Bon, après peu importe hein ! on là pour faire notre métier, on y va hein ! mais euh... Voilà. » (E5)*

Un médecin a expliqué avoir l'impression de moins risquer les plaintes en tant que médecin femme par rapport à un médecin homme : *« Et ce que je peux tout à fait entendre. C'est-à-dire que je pense que j'ai une posture, effectivement, en tant que femme, qui va être différente » (E1b)*

Un médecin a émis l'hypothèse que les mouvements comme #MeToo ont pu avoir comme conséquence que les médecins hommes veulent de moins en moins faire des examens gynécologiques par peur de recevoir une plainte : *« Parce que je trouve qu'on parle de plus en plus, avec tous les #MeToo, les choses comme ça. Mon collègue, il a dit, « je ne veux pas faire de gynéco chez des mineurs » » (E9b)*

Des médecins rapportent avoir une crainte permanente, en tant que médecin homme, qu'un examen gynéco effectué soit vécu comme une violence par une patiente : *« quand je vois « consultation de gynécologie », c'est pas que j'y vais à reculons, mais c'est que je me dis « comment je vais faire pour ne pas être maltraitant » » « Je me suis dit elle va penser que je profite de ma situation pour lui faire un examen qui est déraisonnable » (E12)*

Ils rapportent limiter leurs examens gynécologiques ou intimes chez les patientes femmes par peur d'être involontairement maltraitants, par peur que leurs gestes soient mal interprétés, et afin de limiter le risque de plainte : *« « Je ne veux pas qu'il y ait à redire, qu'il y ait eu un attouchement ou quoi que ce soit. Donc, s'il y a mineurs pour des gynéco, parents présents » » (E9b), « Ça, ça me fait peur, c'est aussi pour ça d'ailleurs que j'ai tendance à faire très peu d'examen gynécologique. Par peur de la plainte. » (E12)*

Ils rapportent être mal à l'aise avec l'examen gynécologique malgré le fait d'avoir reçu une formation et d'avoir effectué les gestes de nombreuses fois : *« Je suis extrêmement mal à l'aise avec l'examen gynécologique, même si ça fait plusieurs années que je me suis formé en gynéco » « Je suis incapable de demander à une jeune fille de 16 ans qui vient pour sa première pilule « Est-ce que vous voulez bien que je vous examine ? » Je me coupe moi-même dans ma phrase en disant « ça pourra tout à fait être fait par ma prat' qui est une femme, je comprends la difficulté » et en fait elle n'a même pas le temps de parler, je lui ai dit « je ne le ferai pas » quoi » (E12)*

Un médecin a rapporté refuser de faire un examen gynéco chez une jeune fille mineure en tant que médecin homme, même sur demande des parents : *« alors chez la mineure je n'ai presque envie de dire « même jamais », je ne ferai jamais d'examen gynécologique même si la mère me le demandait » « ne pas faire des ECG pour un examen de sport banal d'une jeune fille*

parce qu'elle était mineure, parce que pour moi ça peut... demander une nudité qui est je trouve assez maltraitante mine de rien » (E12)

Un médecin a rapporté avoir la crainte, en tant que médecin homme, que des patients n'osent pas se confier sur des violences subies, car ils seraient moins en confiance du fait que les violences sont majoritairement perpétrées par des hommes : *« Je me souviens, alors, pour le coup avoir eu le cas, quand j'étais en première année, d'une jeune fille de 5 ans qui refaisait pipi au lit, comme elle disait. Une jeune fille adorable qui rigolait beaucoup toute la consultation. Puis, c'était la troisième fois qu'on la revoyait pour la même chose, l'ECBU était négatif. La question qui tue, « est-ce qu'il y a quelqu'un qui a mis la main dans la culotte alors qu'il n'avait pas le droit ? » et puis qui s'est mis à pleurer tout ce qu'elle pouvait en regardant sa mère, qui était devenue toute blanche, qui apprenait ça à peu près en même temps que nous, qui refusait de dire le nom, et qui refusait de dire le nom tant qu'il y avait monsieur qui était dans la pièce, et monsieur c'était moi. Donc, j'étais avec ma prat', qui elle, était une femme, et du coup, qui m'a fait sortir. Et ça m'a fait poser des questions sur la possibilité d'obtenir les aveux, entre guillemets, je sais pas si il y a un meilleur mot, mais d'un enfant vis-à-vis d'une agression sexuelle quand on est nous-mêmes un homme, parce que bien souvent, on ne va pas se mentir, c'est affligé par des hommes. Donc je me suis demandé si plus tard j'aurais la capacité d'interroger les enfants là-dessus, ou en tout cas suffisamment de sympathie à leur égard pour qu'ils ne se sentent pas agressés par ma personne » (E12)*

Un médecin a témoigné, en tant que médecin homme, considérer que la société est très maltraitante envers les femmes et que les violences sont statistiquement le plus souvent faites par des hommes sur des femmes, et être par conséquent mal à l'aise avec son statut de médecin homme, qui pourrait avoir un ascendant potentiel sur des patientes femmes, et donc

être potentiellement auteur de violence : *« J'ai peur de me tromper, mais je ne crois malheureusement pas me tromper que les violences sexuelles sont majoritairement faites par des hommes contre des femmes. Que c'est une vérité statistique. Qu'on est dans un monde qui est extrêmement maltraitant avec les femmes en général. En fait j'ai longtemps parlé avec beaucoup beaucoup de mes consœurs, de mes prat' de SAFE qui m'ont dit « mais, pourtant, on a de très bons retours des femmes ». Je pense que je ne serai jamais à l'aise parce que je suis toujours en fait... C'est peut-être d'ailleurs très sexiste mais j'ai toujours cette vision de la femme, du corps de la femme, comme étant quelque chose de... C'est très bizarre ce que je vais dire mais de facilement abusable quoi. Dans le sens... Dans le sens... Je ne sais pas si c'est un fait de société mais c'est presque normal en fait qu'elles en souffrent. Moi je trouve ça ignoble. C'est hors de question que je rentre dans ce jeu-là quoi » (E12)*

5. Consentement et juridique : la peur des plaintes

Plusieurs médecins ont rapporté notifier les refus d'examen par écrit afin de se protéger d'une éventuelle plainte : *« Et du coup j'ai essayé aussi de vraiment... d'annoter dans le dossier médical des fois quand j'ai le refus du patient » (E2), « Et bah moi je le note dans le dossier qu'ils ont pas voulu, s'ils veulent pas le faire, je marque dans le dossier « refus de l'examen ce jour par le patient ». À partir du moment où moi, c'est écrit dans le dossier que ça été proposé, que l'information a été donnée et qu'ils veulent pas.. ben, justement, je vais pas contre leur volonté (rire). Donc.. je le note dans le dossier » (E9b), « mais par contre j'aurais noté dans le dossier que je leur ai tout expliqué et que s'il leur arrive quelque chose pour le coup... Ça sera à cause de ça, qu'ils ne m'ont pas donné le consentement à l'examen » (E12)*

Des médecins ont émis l'hypothèse que les plaintes étaient souvent en lien avec un défaut de communication : *« ou c'est un malentendu souvent qui a été au départ d'une... d'un entretien*

ou d'une consultation, où euh... les gens n'ont pas compris » (E2), « Je pense qu'on peut améliorer effectivement la communication dans ces cas-là » (E9b)

Plusieurs médecins ont rapporté, en tant que médecins femmes, ne pas du tout se sentir préoccupées par le risque de plaintes dans leur quotidien de médecin généraliste : *« Euhh.. Non, pas vraiment. Parce qu'en fait, je pense pas prendre vraiment de risques (rire). Enfin je.. j'ai l'impression, en tout cas, de mettre les choses en place pour que rien ne soit ambigu. Donc, je me dis que si jamais j'avais une plainte, ça serait vraiment parce que la personne, c'était son but de le faire, ou alors qu'elle est psy, effectivement, et que ça répond pas à la logique. Parce que... Voilà. » (E9b), « Alors, en tout cas, ça ne fait pas partie du tout de mes craintes de venir en consultation et de me dire, attention à comment je vais faire. Donc non, ça ne fait pas du tout partie de mon inquiétude de la vie de tous les jours. » (E1b)*

Une médecin a émis l'idée que travailler en ayant toujours en tête le risque de plainte peut avoir pour conséquence de moins bien faire son travail de médecin : *« Travailler avec une inquiétude plutôt autour de... Enfin, médico-légal, on ne ferait rien. Je pense que je ne serais pas médecin généraliste » (E1B)*

Selon elle, en tant que médecin généraliste, il faut accepter le risque de plainte sans y penser constamment car il y a un risque que cela devienne insupportable : *« Mais ça fait partie de mon... Là, c'est vraiment l'essence de mon travail et donc, si derrière toute action et tout geste que je fais, ma crainte est médico-légale, j'arrête de bosser. (rire) » (E1b)*

Des médecins ont mentionné qu'il peut y avoir dépôt de plainte contre un médecin si une patiente a ressenti l'examen gynéco comme violent alors que le médecin pensait avoir effectué son travail de manière appropriée : *« Et donc, ce qui fait que malheureusement, il y*

a des fois, il y a des gens qui sont accusés alors que l'intention n'était pas là. Mais le ressenti a été fait comme ça » (E9b)

Plusieurs médecins ont expliqué que les médecins hommes craignent globalement davantage les plaintes que les médecins femmes pour les examens gynécologiques : *« Et je pense qu'en tout cas, pour les médecins hommes, c'est plus compliqué de se positionner à l'examen. Moi, je ne le ressens pas trop » « Mais je pense que certains médecins hommes ou les gens qui sont mal à l'aise ont peut-être plus peur ouais » (E9b), « Et du coup oui ça me fait peur (rire) d'avoir des plaintes » (E12)*

6. Particularités du consentement chez l'enfant et chez l'adolescent

Plusieurs médecins ont expliqué qu'utiliser une communication positive et bienveillante avec des termes positifs et utiliser des techniques de valorisation facilite le consentement à l'examen chez l'enfant : *« On a fait coucou aux petites oreilles » (E9)*

Plusieurs médecins ont rapporté passer par le jeu pour faciliter le consentement à l'examen de l'enfant : *« enfin, j'essaie d'aller, de... de rendre l'examen un peu plus amusant entre guillemets ou en tout cas rigolo. Et donc, « est-ce que je peux mettre la lumière qui... la lumière dans les oreilles mais qui va faire des chatouilles ? » Enfin, voilà quoi ! » (E2), « Après, on a essayé de jouer à des petites choses. Du coup, c'est le petit Koala qui a écouté son cœur, ses poumons, tout ça » (E9)*

Plusieurs médecins ont rapporté expliquer à l'enfant en bas âge l'intérêt de l'examen pour faciliter son consentement : *« Et donc en leur disant bah « Ça va être important que je puisse*

*t'examiner » » « « Comme ça, ça va me permettre... » et j'explique pourquoi je le fais » (E1b),
« « ça te pique ? Et ben, moi, pour savoir quoi te donner comme petite crème pour que ça te
pique plus, il faut que je regarde. Mais parce que je suis médecin. » Et après, je lui dis, « Ben,
quand tu te fais mal au bras, tu me le montres, ton bras. Donc un médecin, ben, ça a besoin
de voir où les gens ont mal ». Et voilà. » (E9b)*

Des médecins ont rapporté rechercher oralement le consentement à l'examen chez l'enfant en expliquant ce qu'ils s'apprêtent à faire : *« « est-ce que je peux mettre le, la petite pince pour le saturomètre au niveau de ton pouce ? » » (E2), « J'évoque à haute voix ce que je fais, je vais toucher le doudou, je vais écouter le cœur » (E12)*

La plupart des médecins ont expliqué rechercher le consentement auprès de l'adulte responsable lors des consultations avec des enfants en bas âge, mais s'adresser ensuite à l'enfant en considérant qu'il est à même de comprendre pleins de choses : *« Donc quand il y a les parents en fait je vais leur demander. Et puis ensuite du coup à l'enfant je vais m'adresser parce que je trouve que dès tout petit en fait les enfants ils comprennent plein de choses » (E1b)*

Ils expliquent qu'un jeune enfant n'est pas autonome donc son consentement ne peut pas être libre et éclairé. Le médecin doit donc aussi rechercher le consentement auprès de l'adulte responsable qui consent en son nom : *« chez les tout-petits, ça va être le cas, effectivement. C'est-à-dire qu'effectivement, le patient, il n'a pas d'autonomie par rapport à ça et du coup, ça va être le consentement autour des parents, de l'examen clinique » (E1b)*

Pour les examens où l'enfant est trop jeune pour consentir, notamment les vaccins, ils racontent expliquer ce qu'ils vont faire à l'enfant avec des mots adaptés à son âge et ne pas attendre d'avoir son consentement car il n'a pas la capacité de le donner (il ne peut pas

consentir à quelque chose qui va lui faire mal en ayant le recul de savoir que c'est pour son bien) : « *Donc là, effectivement, l'autorisation, on la recherche plus chez le parent. Parce qu'on sait très bien que de toute façon, l'enfant refusera parce qu'il y a une piqûre. C'est pas le vaccin qu'il refuse. Et là, effectivement, dans ces cas-là, oui, c'est une perte de temps d'essayer d'avoir son consentement, Alors que finalement, si on lui dit là, « Je vais te faire une piqûre parce que c'est pour ton bien, pour pas que tu sois malade. Alors, ça pique. Oui, ça va faire un petit peu mal, mais après, c'est pas rigolo d'être malade, donc c'est pour ton bien. Et on y va ».* Et en fait, l'enfant, il se pose moins la question. On lui montre où ça va piquer, et du coup, il fait, ah, ok, on est en train de me dire qu'on va me faire un truc pour mon bien, pour pas que je sois malade. Et là, « Aouh ! », ça fait mal, c'est fait. Mais il s'est pas posé de question. Alors que si on met trois plombes à se demander, « Tu veux bien que je te pique, machin ? », « Ben non, je veux pas de piqûre, moi ». Si on se met dans cette posture d'adulte bienveillant, oui, parfois, il faut qu'on prenne la décision. On va leur montrer que là, on leur demande pas toujours. On demande pas toujours à un enfant l'autorisation de tout. Parce que, on sait que ça marche pas (rire). Mais encore une fois, je pense qu'on en revient à... Si on lui demande trop l'autorisation, il finit par se demander pourquoi on lui demande tant que ça. Est-ce que c'est quelque chose d'inquiétant qui doit arriver ? » (E9b)

Plusieurs médecins ont témoigné trouver qu'il est difficile de savoir à partir de quel âge on peut considérer que l'enfant est à même de donner un consentement à l'examen clinique et dans quelle mesure celui-ci doit être respecté : « *mais 7-9 ans ou ils ont quand même le droit à leur consentement et,...* » « *Mais bon, par-là, je pense pas qu'il y a un âge fixe ou on peut passer outre et un âge où le consentement il faut le respecter absolument, je pense que c'est un peu flou dans l'adolescence* » « *Ouais, puis le consentement de l'enfant, l'ado parce que au*

bout d'un moment ils ont quand même leur mot à dire, mais... A quel moment tu es entre guillemets obligé de le respecter ? C'est une sacrée question hein ! » (E5)

Plusieurs médecins ont rapporté être en difficulté lors des situations de refus d'examen chez l'enfant, qui sont difficiles à gérer par rapport à la notion de consentement : *« Mais... ouais, ça c'est des situations un petit peu border quoi. Ouais. » (E5)*

Ils expliquent devoir parfois devoir parfois passer outre leur refus d'examen, dans l'intérêt de l'enfant : *« C'est-à-dire que certains enfants ont effectivement refusé qu'on regarde les oreilles, mais en fait ils ont de la fièvre, ils ont mal aux oreilles. On a besoin d'examiner » (E1b)*

Des médecins ont expliqué considérer que le fait qu'un parent soit présent à côté d'un enfant qui n'est pas en âge de consentir est un garant de sécurité, du respect du consentement et du cadre de la consultation par le médecin, car le parent est normalement dans une recherche du bien de l'enfant : *« Avec le parent, forcément, qui regarde quoi. Qui est souvent plus proche de l'enfant que moi je suis de l'enfant quoi » « pour les enfants parce qu'il y a l'adulte qui est à côté, qui surveille que je ne suis pas en train d'être maltraitant » (E12)*

Une médecin a rapporté avoir l'impression qu'il est plus difficile d'examiner un enfant ces derniers temps et qu'il est maintenant attendu que le médecin recherche le consentement auprès des parents avant d'examiner leur enfant : *« je trouve que c'est plus compliqué les... (marmonne)-enfin plus compliqué, non peut être pas plus compliqué ! - mais différent ! D'examiner les enfants maintenant, parce qu'on sent que...Bah Là pour le coup, faudrait peut-être le consentement (rires) des parents... alors que j'avais pas du tout l'habitude de ça ! Et que des fois... ça m'agace ! (rires) » (E7)*

Selon un médecin, la recherche du consentement de l'enfant à l'examen clinique est fondamentale car cela lui apprend la notion de consentement et lui servira toute sa vie : « *Mais le consentement d'un enfant est tout aussi important que le consentement d'un adulte. Au contraire ça part de là. Donc je trouve que c'est hyper important. C'est-à-dire que **si un enfant on ne lui autorise pas à nous dire non dès tout petit, mais en fait c'est un enfant qui deviendra un adulte et pour lequel il ne s'autorisera pas en fait à dire non plus tard*** » (E1b)

Plusieurs médecins ont rapporté utiliser le temps de la **consultation comme temps pédagogique pour éduquer les enfants à la notion de consentement**, à ce qui est normal ou pas dans l'accès à leur corps, ce qui est normal ou pas dans le cadre spécifique de la consultation chez le médecin : E9b : « *une petite vulvite, par exemple, chez les petites filles ou des choses comme ça et qu'elles veulent pas trop, ben, c'est bien de leur expliquer que c'est bien de ne pas vouloir que n'importe qui aille regarder là* » « *Donc oui, il faut clairement un moment de pédagogie pour leur dire qu'en fait... Parce que souvent, ils veulent pas. Pour leur dire que c'est normal de pas vouloir. Ouais, c'est bien.* » « *Et que c'est son corps et que si elle veut pas que je regarde, je regarderai pas, mais qu'effectivement, il y a des gens pour qui il y aurait un but de regarder. Mais parce que je suis médecin. Mais c'est bien, effectivement, de pas aller montrer cette partie-là de ton corps à n'importe qui et de toute façon, si tu ne veux pas, je ne regarderai pas* » (E9b), « *tout ce qui va toucher la sphère génito, anale ou choses comme ça.. ou même là du coup les caractères sexuels secondaires, chez les enfants pour le coup, je pense que ça me viendrait beaucoup plus automatiquement de leur dire que « nan ce n'est pas normal qu'un adulte te demande de regarder cet endroit-là. Et qu'il faut ton avis.* » Ça m'est déjà arrivé plusieurs fois » (E12)

Par exemple, lors de la recherche du consentement chez l'enfant, ils précisent à l'enfant qu'aucun autre adulte en dehors du médecin dans le cadre spécifique de la consultation et de son parent n'a le droit de lui demander de se déshabiller : *« c'est de dire à l'enfant, mais il n'y a que moi qui ai le droit de regarder ça, parce que j'ai besoin pour mon examen, je suis docteur et ta maman est là, mais nulle part ailleurs ça se fait, ni à l'école, ni tu vas regarder ça chez les autres, et donc ça, ça c'est... » « et en fait on va demander le consentement pour le déshabiller, mais que ça n'est possible que ici, et qu'un autre adulte, qui n'est pas un soignant, qui n'est pas le parent, n'a absolument pas à faire ça » (E1b)*

Une médecin a précisé penser que rechercher le consentement chez l'enfant et éduquer au consentement ne fait pas perdre de temps en consultation car sans cela l'examen clinique risque de moins bien se passer et donc de prendre encore plus de temps : *« Et ça perd pas du temps ! (rire) Non, mais c'est vrai. Que finalement, si on regarde sans leur consentement, ça va très mal se passer. Ils vont pleurer, on va pas bien voir. Enfin, ça gagnera aucun temps. Ceux qui disent que ça perd du temps, je comprends pas » (E9b)*

Plusieurs médecins ont mentionné rester vigilant à rechercher des antécédents de violences sexuelles envers l'enfant lors de refus d'examen génito-anal ou de comportement non verbal pouvant le faire suspecter : *« Après, le non chez l'enfant est notamment questionnant dans plein de... C'est-à-dire, pourquoi on ne peut pas enlever un t-shirt et un pantalon ? Je ne sais pas ce qu'il avait vécu et nous on a toujours notre petit signal d'alarme qui nous dit violence sexuelle, violence chez l'enfant et on va être encore plus vigilant à ce moment-là » (E1b), « Certainement que je l'interrogerais tout de suite sur le « pourquoi ? » « Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a fait des choses ? » » « il y a des motifs que je repère bien plus facilement*

comme étant potentiellement en lien avec.. l'agression sexuelle ou de l'attouchement chez l'enfant. » (E12)

Plusieurs médecins ont expliqué qu'en cas de refus d'examen chez l'enfant mais que nécessité médicale, ils recherchent à nouveau le consentement des parents pour passer outre exceptionnellement le consentement de l'enfant : *« j'étais quand même obligé de m'imposer face à cet examen clinique, et puis de regarder dans ses oreilles. Malgré les cris et malgré le fait qu'il se débattait » (E12)* Ils peuvent alors notamment faire équipe avec le parent pour maintenir l'enfant de la manière la plus douce possible : *« Et donc, on va effectivement avoir besoin d'avoir le papa qui va être là. On va avoir besoin d'un peu d'accompagnement et d'aide pour l'examen. Parce que ça arrive. » « (Sonnerie de téléphone) Mais voilà, pour les examens des oreilles.. donc, à ce moment-là, oui, je vais avoir besoin de les regarder donc, je vais un peu insister avec le parent.. Mais on ne va pas le torturer. » (E1b), « On a essayé d.. un petit peu, enfin on l'a allongé. Sa maman tenait un petit peu la... la tête, on a essayé d'ouvrir un peu la bouche » (E10)*

Plusieurs médecins ont témoigné se sentir en difficulté en se sentant un peu maltraitant lorsqu'en partenariat avec le parent on maintient l'enfant pour l'examiner sans son consentement, parce qu'il y a nécessité médicale : *« je vais un peu insister avec le parent.. Mais on ne va pas le torturer. Peut-être une situation un peu limite. » (E1b)*

Ils rapportent ne pas vouloir insister après une tentative d'examen en maintenant l'enfant immobile avec accord du parent si l'enfant se débat encore, par crainte de traumatiser l'enfant : *« Et bon au final, on a cédé .. C'était .. ça commençait à être un peu trop sport et.. enfin on voulait pas traumatiser l'enfant non plus quoi » (E10)*

Un médecin a précisé porter des gants pour l'examen de la sphère génito-anale chez l'enfant et que cela permet de montrer le cadre médical de l'examen en faisant comprendre à l'enfant que l'examen n'est possible que parce qu'on est dans le cadre médical, et permet de mettre une barrière symbolique entre les mains du médecin et le corps de l'enfant : *« Mais je leur explique spontanément et puis je mets des gants. Alors, c'est une façon pour moi de montrer que ce n'est pas normal de toucher un endroit comme ça. Et ça met un peu cette barrière médicale qui dit « je ne vais pas te toucher avec mes doigts ». C'est vraiment un caractère de soins médical »* (E12)

Certains médecins ont rapporté profiter des consultations de puberté chez l'enfant ou l'ado pour questionner le degré de pudeur et le rapport au corps dans la famille, qui peut influencer sur le degré de pudeur de l'adolescent et son éventuelle réticence à l'examen : *« Et donc je vais aussi aller un peu questionner ce qui se passe à la maison. Parce qu'il y a dans certaines familles, où la sexualité- pas la sexualité- la sexualité un peu plus tard, mais même la pudeur, en fait elle peut être extrêmement variable. C'est-à-dire qu'il y a des enfants qui n'ont jamais vu leurs parents dénudés, et d'autres qui vont le faire. Donc l'intimité n'est pas la même, le rapport au corps n'est pas le même dans les familles. Et donc ça, il faut qu'on en ait un peu une petite idée, en fait, avant nos examens et avant d'en discuter »* (E1b)

Certains médecins ont expliqué être plus attentif à la recherche du consentement lorsqu'il s'agit d'adolescents en période pubertaire donc avec un rapport à la pudeur supposément plus difficile. Ils ont souvent moins vu les adolescents depuis leurs 6 ans et ils ne se souviennent pas forcément du déroulé d'une consultation : expliquer aux jeunes adolescents l'intérêt et le déroulé d'un examen permet de réduire leur gêne et de favoriser leur consentement à l'examen : *« Donc j'ai passé du temps pour lui dire bah... En fait j'ai besoin de t'examiner pour cette*

raison-là, pour ce motif-là, on a besoin de savoir ça. Et en fait avant de le faire je lui ai proposé en fait de lui expliquer comment ça allait se passer cette consultation. Et finalement j'ai senti vraiment qu'elle s'était détendue complètement en sachant en fait finalement ce qu'il allait se passer. Et en fait une fois que je lui ai expliqué ça elle m'a dit « ah bah oui il n'y a pas de soucis » » (E1b)

7. Consentement et autonomie

Plusieurs médecins ont rapporté être en difficulté pour savoir dans quelle mesure rechercher le consentement chez des personnes avec des troubles neurocognitifs : *« mais un consentement avec des personnes qui ont des troubles cognitifs ça c'est une bonne question aussi, hein ! » (E5), « dans ces cas-là, c'est compliqué de savoir est-ce qu'il a vraiment compris ce que je lui dis ? Après, non-assistance à personne en danger, elle est s'il a pas compris mais.. Il dit, « bah oui, oui, j'ai compris ».. Bah euuh, « vous êtes sûr ? ». (rire) » (E9b)*

Des médecins interrogés pensent qu'il faut être autonome pour pouvoir donner son consentement libre et éclairé, et que le consentement doit être requis pour tout examen clinique à partir du moment où le patient est autonome : *« Une personne, on va dire, qui est capable de prendre ses propres décisions sera capable d'apporter son consentement. Est-ce qu'au final, elle était capable de prendre ses décisions ? Si elle l'est bah.. le consentement doit être requis » (E9b)* Ils mentionnent également que le consentement d'une personne dont les facultés mentales sont altérées ne peut pas être considéré comme libre et éclairé : *« Quelqu'un qui a des facultés mentales complètement altérées, du coup, n'est pas autonome dans ses décisions, donc du coup, ça veut dire qu'il ne peut pas avoir un consentement qui est fiable. Adapté. » (E1b)*

Plusieurs médecins ont avancé que toujours rechercher le consentement d'une manière ou d'une autre chez toute personne quel que soit son degré d'autonomie et ses capacités cognitives est fondamental car c'est une marque de respect envers cette personne : « *Et puis après, il y a la personne qui est vraiment très, très, très âgée qui va venir avec ses enfants ou qu'on va aller voir, par exemple, en maison de retraite ou autre... Et pour lequel, je vais quand même aller rechercher un consentement.* » (E1b), « *Parce que ce n'est pas parce qu'on n'attend pas un consentement du fait de leurs conditions que ça ne reste pas des êtres humains.* » (E12)

Soigner un patient qui n'est pas ou plus en mesure de donner son consentement ne donne pas pour autant le droit au médecin de disposer comme il l'entend du corps du patient, il doit s'efforcer de rester dans le même cadre de consultation : « *Et au contraire, alors ça peut peut-être arriver d'être maltraitant, mais je ne m'attends pas parce que le patient ne peut pas donner son consentement à pouvoir encore une fois faire ce que je veux...faire un examen clinique de renouvellement et puis me dire allez hop, au revoir madame. Ça c'est hors de question.* " (E12)

Certains médecins interrogés considèrent qu'une personne qui vient seule en consultation est normalement en capacité de donner ou non son consentement à l'examen, à condition que le médecin adapte les informations données aux facultés mentales du patient : « *qu'ils vont avoir un handicap, mais qu'ils vont quand même venir en consultation avec nous, qu'ils vont venir, en fait, seuls en consultation et pour lequel, en fait, on va donner des informations, notamment sur l'examen, on va donner des informations qui nous semblent adaptées, en tout cas, on va s'adapter aux facultés mentales, en fait, de la personne qu'on a face à nous. Et donc, du coup,*

le consentement va être fonction de ça. C'est-à-dire qu'on va... Donc, je pense qu'on va adapter notre discours. » (E1b)

Un médecin a expliqué redoubler de précaution dans la recherche du consentement chez les personnes jugées vulnérables : troubles neurocognitifs, très jeunes enfants, déficience mentale... : « *Mais on n'a effectivement pas parlé des déments ou des personnes avec des troubles du développement. Des personnes avec des retards mentaux ou des choses comme ça. Moi, je les mets encore une fois tous dans le même panier, des patients à qui, justement, il faut.. bien bien bien faire attention à ce qu'on fait et ce qu'on dit. » « Donc effectivement, je pense que d'ailleurs, j'ai tendance... En tout cas pour les personnes âgées et les personnes handicapées, moins pour les enfants parce qu'il y a l'adulte qui est à côté, qui surveille que je ne suis pas en train d'être maltraitant. Mais en tout cas pour ces personnes-là qui sont vulnérables, non, non, je m'efforce au contraire (rire) à être mille fois plus précautionneux et à encore plus expliquer. » « Surtout en maison de retraite, surtout avec les autistes, avec les patients avec des retards mentaux, j'explique tout ce que je fais. Même si parfois, je n'ai pas de réponse » (E12)*

Un médecin a expliqué que la présence d'une tierce personne pour l'examen d'un patient qui n'a plus la capacité de donner son consentement permet que quelqu'un soit quelque part garant du cadre de cet examen. Dans le cadre des examens sur des personnes avec état de conscience altérée ou difficultés de communication, la présence d'un membre de la famille ou d'un soignant qui connaît le patient permet une meilleure lecture du comportement non verbal du patient et permet d'aider le médecin à faire une recherche indirecte du consentement de celui-ci : « *et.. on est rarement seul avec le patient à ce moment-là. Ce qui je pense est une très bonne chose, pour éviter des situations de maltraitance, en tout cas d'examen sans*

consentement. Ouais. Que ça soit un professionnel de santé ou un membre de la famille. Quelqu'un qui surveille. Quelqu'un qui regarde, quelqu'un qui interprète aussi, parfois. La famille des patients qui nous disent "ah j'ai l'impression que là il va pas trop bien comme ça". Et bizarrement ils nous donnaient presque le consentement. » (E12)

Diagramme synoptique

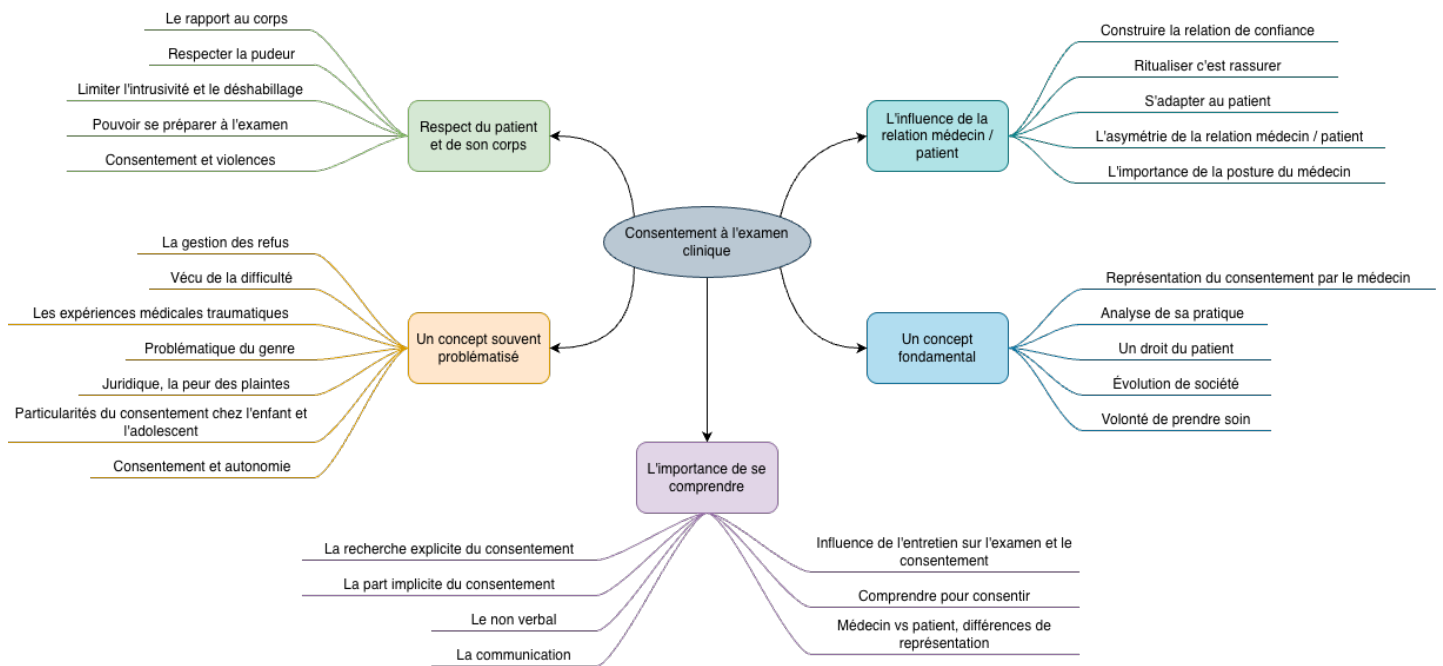


Figure 1 : Diagramme synoptique

DISCUSSION

1. Principaux résultats

Cette thèse cherchait à comprendre comment la notion de consentement à l'examen clinique est intégrée par les MG en consultation de médecine générale. La plupart des MG interrogés considéraient le consentement comme un concept fondamental dans leurs pratiques : la recherche du consentement apparaissait comme une marque de respect du patient et de son corps. Ils considéraient que le consentement à l'examen est un droit du patient. Ils mentionnaient une évolution de société concernant la notion du consentement : les MG plus jeunes paraissaient davantage sensibilisés à la notion de consentement, dans un contexte du déclin du modèle paternaliste pour un modèle de décision partagée avec le patient, avec une évolution de l'attente des patients. Ils ont relevé l'importance de la communication entre le médecin et son patient pour s'assurer du consentement de ce dernier à l'examen, qui passe par des explications claires, adaptées au profil du patient, et par une attention particulière au comportement non verbal de ceux-ci. Si le consentement peut parfois être recherché de manière implicite, c'est toujours dans le cadre d'une relation de confiance préalablement établie lors de l'entretien qui précède toujours l'examen. La question du consentement est un concept souvent problématisé, pouvant mettre les MG en difficulté dans les situations de refus, et celles où se pose la question de l'autonomie, et soulevant parfois des questions juridiques.

2. Forces et limites de l'étude

2.1 Les forces

La principale force de cette étude tenait à l'originalité du sujet. Le consentement à l'examen clinique est un thème peu abordé dans la littérature. Cette recherche a permis un recueil de la vision des médecins, de différentes générations, sur la notion de consentement et permis de découvrir comment cette notion est intégrée dans leur pratique quotidienne de médecin généraliste.

La question du consentement est un sujet d'actualité, qui soulève beaucoup de questionnements.

Le recrutement des médecins interrogés était réalisé en variation maximale afin d'obtenir un échantillonnage le plus hétérogène possible et une plus grande diversité de point de vue et d'expériences.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance des données.

La validité interne de l'étude a été recherchée par un double codage.

Enfin, l'étude a été réalisée pour répondre à un maximum de critère de qualité COREQ (en annexe).

2.2 Les limites

Il pouvait y avoir un biais de désirabilité sociale dans le recrutement des participants.

Du fait qu'il s'agissait du premier travail d'analyse qualitative par la chercheuse, les premiers entretiens étaient courts et le guide d'entretien n'a connu que deux versions. Par inexpérience de la chercheuse, de nombreux entretiens ont été réalisés à la suite avant le début de l'analyse. Toutefois, le double codage et la triangulation des données ont permis de pallier cette difficulté.

3. Comparaison avec la littérature

3.1 Les déterminants du consentement

3.1.1 La relation de confiance

Plusieurs médecins ont mentionné l'importance de construire **une relation de confiance**, à travers un entretien où le patient se sent écouté et où le médecin délivre des informations claires adaptées aux capacités de compréhension du patient, avant de rechercher le consentement de celui-ci à l'examen.

Ils ont exprimé que pour que le patient se sente en confiance, le médecin doit veiller à avoir une **posture** bienveillante, professionnelle et non équivoque. Le patient, qui reçoit des explications de la part du médecin sur l'intérêt de chaque geste et sur son droit à y consentir ou non, ne doit pas ressentir de doute sur le caractère normal ou non d'un geste effectué sur son corps. Dans le rapport « Pratique médicale et sexualité » du Conseil National de l'Ordre des médecins(31), il est expliqué qu'il n'y a « *pas de soins de qualité sans examen complet, pas de tel examen sans que le patient se dénude volontairement, pas de malade qui se dénude sans la certitude que le médecin n'en abusera pas* ». Ils proposent des précautions à prendre en tant que médecin pour respecter la « bonne distance » dans la relation de soin.

3.1.2 L'importance de la communication : comprendre pour consentir

L'importance de la **communication** dans la recherche du consentement a été relevée par la plupart des médecins interrogés.

Les médecins interrogés dans le cadre de notre présente thèse ont exprimé que pour pouvoir donner leur consentement à l'examen, les patients doivent en **comprendre** l'intérêt et le déroulé, et doivent donc recevoir des explications adaptées de la part du médecin.

Dans sa thèse « Exploration du ressenti des Médecins généralistes face à l'examen Clinique en consultation »(27), Barbier a également interrogé des médecins qui témoignaient de « *l'importance de la communication verbale et non verbale* » avant et pendant l'examen clinique afin d'en améliorer le vécu, que ce soit pour le médecin ou pour le patient.

3.1.3 La pudeur comme cause de non-consentement à l'examen

Les médecins interrogés ont évoqué la **pudeur** comme source de réticence des patients à l'examen, et la prise en compte de cette pudeur par le médecin comme un élément majeur facilitant le consentement des patients à l'examen. La prise en compte de cette pudeur passait notamment, selon les médecins interrogés, par une limitation des demandes de déshabillage des patients au strict nécessaire, une explication de l'intérêt de celui-ci au patient (pour qu'ils en comprennent l'intérêt et risquent moins de percevoir cette demande comme excessive), et par une recherche préalable de consentement au déshabillage.

Cela rejoint les conclusions du travail de thèse de Bry-Griviau, « Le déshabillage en consultation de médecine générale »(25), où des patients ont été interrogés concernant leur représentation de la demande de déshabillage par les médecins. La chercheuse a conclu que « *le déshabillage représente pour eux un moment particulier de perte de contrôle et de vulnérabilité car ils se défont de leurs vêtements, de leur habit protecteur face au médecin* ». Elle conclut également que « *La pudeur est aussi un sentiment individuel, plus volontiers féminin et au moment de l'adolescence et chez les personnes âgées* ». Les médecins interrogés

dans le cadre de notre travail de thèse avaient eux aussi l'impression d'une plus grande pudeur chez les adolescents et chez les femmes dans le cadre des examens gynécologiques, mais aussi des hommes lorsque leurs zones intimes étaient dénudées, ce qui n'a pas été retrouvé dans le travail de thèse de Bry-Griviau à l'interrogatoire des patients. Également, les médecins interrogés dans le cadre de notre travail de thèse avaient l'impression d'une moins grande pudeur des patients âgés de par leur attitude générale qui tendait à se déshabiller dans poser de questions et sans réticence, alors que lorsque des personnes âgées ont été interrogées dans le cadre du travail de thèse de Bry-Griviau, elles se disaient pudiques. **Il serait peut-être intéressant d'aller étudier ce paradoxe dans un prochain travail de recherche.** Une des médecins interrogées se demandait d'ailleurs si les patients âgés avaient intégré la notion de consentement où s'ils pensent ne pas avoir le choix d'être examinés ou non au cours d'une consultation.

L'auteure de la thèse sur « le déshabillage en consultation de médecine générale »⁽²⁵⁾ conclu à propos du déshabillage que *« s'il est réalisé selon les représentations et les attentes des patient.e.s, ils ou elles auront le sentiment d'un.e praticien.ne professionnel.le et consciencieux.euse, et l'inverse si le déshabillage est perçu comme insuffisant ou excessif et s'il n'est pas expliqué »*. Cela correspond aux hypothèses formulées par les médecins interrogés dans le cadre de notre présente thèse concernant l'influence de la posture du médecin sur le consentement du patient à l'examen. Le travail de l'auteure apporte un regard intéressant car il donne la parole aux patients, ceux-ci s'expriment en disant que *« des améliorations sont attendues, notamment en termes de communication pour apporter plus d'explications sur le déshabillage et demander le consentement, permettant une plus grande participation des patient.e.s dans cette étape de la consultation. Un espace de déshabillage semble aussi plébiscité. »* Ces attentes correspondent à ce que les médecins interrogés dans le cadre de notre travail de thèse tentent de mettre en place dans leur pratique.

Dans sa thèse « Place de la pudeur dans la relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale »(28), l'auteure a également interrogé des patientes. Elle conclue de ses entretiens qu'un « *comportement bienveillant du médecin, une disponibilité et du temps dédié à cette consultation ont semblé nécessaire pour les patientes* ». Cela correspond à ce que plusieurs médecins interrogés dans notre travail de thèse ont expliqué essayer de mettre en place lors des examens gynécologiques, qu'ils ont identifiés comme souvent source de difficulté à l'examen, en partie du fait de la pudeur.

3.2 L'évolution de la société

Plusieurs médecins pensent qu'il y a eu un changement récent dans la société qui a fait se poser la question du consentement en consultation, question qui ne se posait pas avant. On est passé d'un modèle paternaliste à un modèle de décision partagée avec échange mutuel basé sur l'éducation des patients où le médecin délivre les informations en s'assurant que le patient a bien compris, mais le patient prend la décision finale en connaissance de cause.

Dans l'article 35 du Code de Déontologie(32), il est inscrit l'obligation pour le médecin de délivrer « *à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

Selon les médecins interrogés dans le cadre de notre travail de thèse, il y aurait eu un changement d'attente de la part des patients : la nouvelle génération serait alignée avec l'évolution de la médecine et attendrait des informations et une recherche de leur consentement, contrairement à l'ancienne génération qui serait habituée à obéir au médecin.

Selon l'ouvrage « Le consentement libre et éclairé : essai d'explication et d'interprétation de ses enjeux philosophiques »(33), le développement de la notion du consentement libre et éclairé dans le domaine médical intervient dans un contexte de changements sociaux : *« multiculturalisme et pluralisme des valeurs et des croyances, contraintes et restrictions budgétaires, contestation plus fréquente de l'autorité et du pouvoir des professionnels, volonté plus répandue chez les individus de prendre part aux décisions qui les concernent et affirmation des droits et libertés individuelles ».*

Dans l'ouvrage « L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux »(12), on peut lire *« les dernières décennies ont été témoins d'un effritement du paternalisme médical au profit de la reconnaissance du droit des personnes à l'autodétermination et, par extension, de leur droit à consentir ou à refuser les soins leur étant proposés. En contexte clinique, l'obligation de renseigner l'utilisateur et d'obtenir son consentement libre et éclairé est largement reconnue, mais rarement problématisée ».* Mais, dans notre étude, les médecins interrogés ont tous exprimé que la recherche du consentement était un concept qui était souvent problématisé dans leur pratique.

3.3 Le consentement : un concept souvent problématisé

Lors des entretiens, tous les médecins ont exprimé que la notion de consentement à l'examen était un concept en pratique souvent **problématisé** en consultation, que ce soit dans un contexte de refus d'examen, de témoignage de vécu traumatique, de situations où se pose la question de l'autonomie ou bien pour des questions juridiques.

Dans l'ouvrage « Le consentement libre et éclairé : essai d'explication et d'interprétation de ses enjeux philosophiques »(33), il est expliqué que la notion de consentement libre et éclairé

peut en pratique poser des problèmes aux médecins, pour diverses raisons. D'une part, il peut y avoir une *« divergence entre ce que le professionnel juge être mieux pour le patient et ce que le patient juge être mieux pour lui-même »*, les médecins doivent donc composer entre leurs connaissances médicales et les représentations du patient ainsi que son contexte biopsychosocial, et respecter la décision du patient même s'ils pensent que celle-ci n'est pas la bonne. D'autre part, *« tous les patients n'ont pas la même aptitude à consentir »* : en effet, ils n'ont pas tous les mêmes capacités de compréhension et de prise de recul. De plus, *« tous les patients n'ont pas la même volonté d'autonomie »* : certains vont vouloir prendre eux-mêmes les décisions les concernant, d'autres vont préférer s'en remettre entièrement à l'expertise du médecin. Enfin, *« divulguer une information n'est pas gage de sa compréhension »*, et il en va de la responsabilité du médecin de tout mettre en œuvre pour adapter ses explications aux capacités de compréhension du patient.

Ces auteurs émettent l'hypothèse que *« l'évènement de consentir à un traitement médical ou expérimental implique trois opérations bien définies de la part du professionnel »* : la première, *« déterminer l'aptitude du patient à décider »*, la deuxième, *« divulguer l'information nécessaire et suffisante pour une prise de décision éclairée et s'assurer de la compréhension du patient »*, et la troisième, *« favoriser un processus de prise de décision réellement libre et volontaire chez le patient »*.

Les médecins interrogés exprimaient être parfois en difficulté lors des refus d'examens de patients alors qu'ils étaient, en tant que médecins, convaincus de la nécessité médicale de l'examen pour le patient.

Dans l'article 16-3 du Code Civil⁽¹¹⁾, il est inscrit *« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne »*. En dehors du contexte d'urgence vitale immédiate, le médecin se doit de respecter un refus de soin de la part du

patient, à partir du moment où celui-ci est autonome, mais encore faut-il définir ce que signifie autonome, nous reviendront sur ce concept juste après.

Dans l'ouvrage « Recommandation, obligation et consentement en santé »(34), il est exposé les différentes motivations qui peuvent causer des refus de soins et donc un non-consentement au soin de la part des patients, malgré la nécessité médicale : « *crainte des soins, sentiment d'invulnérabilité, auto-agressivité, la précarité* ».

3.3.1 La question des violences médicales

Certains médecins interrogés ont émis l'hypothèse que c'est le parallèle possible avec la sexualité de certains gestes médicaux comme l'insertion d'un spéculum qui rend ces gestes particulièrement à risque d'être vécus comme violents par les patientes. Dans leur rapport « Pratique médicale et sexualité »(31), le CNOM explique que la pratique médicale, de par son contact avec l'intime, serait susceptible de dégénérer en rapports sexuels, ce qui constitue un « *interdit absolu* », « *si évident sans doute qu'il n'est pas précisément identifié dans le code de déontologie médicale* ». L'interprétation des contacts avec les zones intimes par les patients peut être différente en fonction de « *l'âge, le sexe et la personnalité des individus, ainsi que par leur culture* », d'où l'intérêt majeur de s'assurer en amont de la compréhension de l'intérêt des gestes par les patients et d'adapter ses explications au profil du patient.

La question des **violences** médicales a été beaucoup évoqué lors des entretiens : les médecins ont rapporté avoir été choqués par des témoignages de violences médicales rapportées par leurs patients en consultation. Les médecins interrogés ont identifié plusieurs causes pouvant être à l'origine de violences médicales vécues par les patients : dues à l'absence d'explications en amont, dues à une pudeur pas assez prise en compte, dues à une douleur pas assez prise

en compte ou anticipée, dues à un geste ou demande de déshabillage paraissant non justifiés, ou enfin dues à l'absence de recherche du consentement.

Dans sa thèse « Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction ? exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins »(2), A. Ferron Parayre écrit « *malgré l'acceptation générale des médecins que le modèle de la prise de décision partagée se trouve être théoriquement le meilleur modèle à appliquer, son implantation dans les pratiques rencontre de nombreux obstacles* ». « *La norme juridique du consentement aux soins n'a qu'une effectivité très limitée à produire des comportements, attitudes et perceptions conformes à la norme dans les pratiques* ».

Selon l'étude « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo » violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception »(17) publiée dans Santé Publique, **« l'absence de consentement est le nœud qui constitue toutes formes de violence »**.

La plupart des médecins ont expliqué que recevoir des témoignages de patients ayant vécu des violences médicales leur faisait redoubler de vigilance à la recherche du consentement dans leur propre pratique. Une médecin interviewée a évoqué le fait que s'interroger sur le consentement, le problématiser, c'est faire une partie du travail de recherche du consentement. Dans l'étude « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo » violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception »(17) de Santé Publique, on peut lire « *identifier les consultations empreintes de violences implique, en miroir, de repérer celles qui en sont dépourvues et permet ainsi de mettre au jour les mécanismes favorisant une approche médicale non violente* ».

3.3.2 La part implicite du consentement : quels sont les risques ?

Certains médecins interrogés ont rapporté considérer parfois le consentement du patient comme **implicite** du fait de leur venue en consultation, surtout pour l'examen de routine auquel le patient pourrait s'attendre en venant les consulter. Mais si certains médecins pensent qu'à partir du moment où le patient vient en consultation, il accepte implicitement l'examen, d'autres ne sont pas d'accord en considérant que le patient garde le droit de disposer de son corps et de retirer son consentement à tout moment. Ces derniers considèrent qu'il n'y a pas de consentement implicite surtout dans le cadre des gestes invasifs touchant à des zones intimes.

Dans son ouvrage « Je consens donc je suis »(8), Marzano se pose également la question : « *à quel point le consentement peut-il être implicite dans le soin ?* ».

Dans l'étude « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo » violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception »(17) publiée dans Santé Publique, les auteurs avancent que « **la présomption de consentement est une porte ouverte sur l'ensemble des violences médicales et gynécologiques** ».

Dans son ouvrage « Je consens donc je suis »(8), Marzano écrit « **La question du consentement se pose dans des situations spécifiques, lorsque l'on a besoin de justifier un acte** ». On pourrait y extrapoler qu'à partir du moment où un patient pourrait ne pas s'attendre à un examen, ou que celui-ci relève de l'extraordinaire pour lui (se dénuder, montrer des parties intimes en dehors de tout contexte privé), alors cela nécessite une recherche de son consentement préalable de la part du médecin. Mais comment savoir à la place du patient si celui-ci s'attend à être examiné ? Certains médecins interrogés dans le cadre de notre thèse ont avancé l'hypothèse que c'est la relation de confiance créée par la connaissance du patient qui permet de considérer comme implicite son consentement à

l'examen de routine. Une médecin interrogée a cependant objecté que des événements intercurrents dans la vie de ce patient que l'on connaît bien peuvent modifier sa perception de son corps et faire qu'un examen qui ne lui présentait pas de problème précédemment devienne source de difficulté : la relation de confiance établie avec le patient a ses limites et elle ne dispense pas de rechercher le consentement. On pourrait émettre l'hypothèse que si la relation de confiance est préalablement établie dans ce contexte, le patient oserait alors exprimer sa gêne nouvelle ? Un des médecins interrogés a expliqué qu'en pratique les patients osent rarement l'exprimer, mais que cela s'exprime le plus souvent à travers leur comportement non verbal, auquel il convient de toujours rester attentif.

Marzano se pose également la question du « *degré de spécificité* » lorsqu'on recherche le consentement : est-ce que rechercher le consentement « à l'examen » suffit, ou est-ce qu'il faut rechercher un consentement spécifique pour chaque acte au sein de cet examen ? Lors des entretiens réalisés dans le cadre de notre travail de thèse, plusieurs médecins ont notamment expliqué rechercher un consentement général à l'examen gynécologique, puis redemander un consentement avant chaque étape de cet examen.

3.3.3 Le consentement, un concept fondamental

La plupart des MG interrogés considéraient le consentement comme un **concept fondamental** dans leurs pratiques : la recherche du consentement apparaissait comme une **marque de respect du patient** et de son corps. Ils considéraient que le consentement à l'examen est un **droit du patient**.

Cela est également expliqué dans l'article « L'exigence du consentement du patient à l'acte médical »(6) de la revue Sciences Humaines : « *le consentement du malade aux soins est une*

obligation déontologique et légale, conséquence du caractère contractuel de la relation médecin-malade. Le praticien ne doit imposer aucun acte médical au patient sans son accord même pour son bien : la personne décide de son sort, en toute liberté. Le principe du respect de la personne signifie que la dignité de l'être humain réside dans son autonomie morale, dans sa liberté. Le respect du consentement est une exigence éthique essentielle. »

Dans sa thèse « Exploration du ressenti des Médecins généralistes face à l'examen Clinique en consultation »(27), Barbier a interrogé des médecins qui rapportaient également qu'il leur semblait important de « *recueillir le consentement avant l'examen clinique* ».

3.3.4 La question de l'autonomie

Plusieurs médecins interrogés suggéraient que la recherche du consentement à l'examen était sous-tendue par le concept d'**autonomie** des patients.

Dans l'ouvrage « Le consentement libre et éclairé : essai d'explication et d'interprétation de ses enjeux philosophiques »(33), les auteurs expliquent également que l'obligation de rechercher le consentement aux soins repose sur le concept d'autonomie : « *Le devoir de tout professionnel d'obtenir le consentement du patient avant d'entreprendre une intervention est basé sur le respect du principe d'autonomie de la personne qui reconnaît au patient le droit de faire ses choix et prendre ses décisions en fonction de ses propres valeurs et intérêts.* » « *L'obligation d'obtenir le consentement fait également référence à l'inviolabilité de la personne rattaché au respect de son autonomie* » « *aucune atteinte ne peut être portée à un patient sans son consentement ou celui de son représentant* ».

A travers les entretiens menés dans le cadre de cette présente thèse, la question de l'autonomie est apparue comme une des raisons expliquant que le consentement est un concept souvent problématisé.

Dans l'ouvrage « L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux »(12), on peut lire : « *la notion de consentement libre et éclairé constitue le point de cristallisation médico-légal par l'intermédiaire duquel différentes conceptions de l'autonomie se matérialisent et adoptent une forme concrète. Or, la présente analyse démontre l'existence d'une tension entre la notion juridique de « consentement aux soins » et son opérationnalisation au sein de la pratique clinique* ».

Dans son ouvrage « Je consens donc je suis »(8), Marzano mentionne également des limites de la notion du consentement éclairé. Elle se pose la question d'une « *compétence suffisante du patient pour prendre une décision après avoir été informé* », à partir du moment où celui-ci se trouve dans une situation de vulnérabilité, ce qui est bien souvent le cas dans les situations de soins.

3.3.5 Recherche du consentement par crainte des plaintes : les limites de la recherche du consentement

3.3.5.1 Recherche du consentement par crainte des plaintes

Certains médecins hommes interrogés dans le cadre de cette thèse ont expliqué limiter leurs examens gynécologiques ou intimes chez les patientes femmes par peur d'être involontairement maltraitants, par peur que leurs gestes soient mal interprétés, et afin de limiter le risque de **plainte**. Une médecin interrogée a émis l'hypothèse que les mouvements comme #MeToo ont pu avoir comme conséquence que les médecins hommes veulent de moins en moins faire des examens gynéco par peur de recevoir une plainte.

Dans sa thèse « Obstacles au déshabillage du patient au cabinet de médecine générale »(26), Lorge a conclu, après avoir interrogé des médecins, que le retentissement d'affaires

médiatiques médicales a conduit à un « *sentiment d'insécurité pénale* » de certains médecins, avec pour conséquence l'exercice d'une médecine « *plus défensive* », qui peut être la cause d'une « *conduite d'évitement* » des examens cliniques et d'une limitation des demandes de déshabillage par crainte des plaintes avec une « *surconsommation d'examens complémentaires* » et une « *sur prescription* ».

Selon une des médecins interrogés dans le cadre de notre présente thèse, travailler dans la crainte permanente d'une plainte comporte le risque de ne pas remplir pleinement son rôle de médecin généraliste. Dans l'ouvrage « L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux »(12), les auteurs avancent que « *l'utilité administrative du consentement semble parfois se résumer en une protection légale contre certaines poursuites, faisant de son obtention un acte plus administratif qu'il ne serait évaluatif* ». Cela comporterait un risque évident : rechercher le consentement perdrait son sens premier de protection du patient pour revêtir un sens purement « égoïste » de la part du médecin qui aurait pour seul but de se protéger. Selon les auteurs, « *Cela a pour effet de laisser la personne seule face à sa maladie, avec pour seule protection son autonomie décisionnelle.* » « *Cela est susceptible d'entraîner un désengagement relationnel du clinicien, alors que ce dernier devrait avant tout défendre les intérêts de l'utilisateur* ». « *Le respect de l'autonomie décisionnelle de la personne par l'intermédiaire de l'obtention de son consentement ne doit jamais simplement constituer un moyen, mais bien une fin en soi* ».

3.3.5.2 Les limites de la recherche du consentement

A l'instar d'une des médecins interrogés qui a émis l'idée que travailler en ayant toujours en tête le risque de plainte peut avoir pour conséquence de moins bien faire son travail de

médecin, Marzano dans « Je consens donc je suis »⁽⁸⁾ se demande également : « *trop insister sur l'obligation légale du consentement du patient ne renforce-t-il pas la dimension purement contractuelle des relations médecins/malades ?* »

Dans son ouvrage, Marzano défend l'idée que la recherche du consentement n'est pas suffisante pour garantir une médecine non violente. D'une part, elle avance l'argument que l'obtention d'un consentement « *ne justifie par un acte en soit* » : « *Le consentement à lui seul ne justifie pas une conduite* ». En effet, même si le patient y consent, tout acte n'est pas entendable de la part du médecin : l'acte médical doit avoir une indication et une justification claire. Elle explique « *Si on sacralise trop le consentement tout devient légitime* » : en effet, on pourrait se dire que tout est autorisé au médecin à partir du moment où le patient consent : mais le médecin, même avec le consentement du patient, n'est pas libre de faire ce qu'il veut, ses gestes et examen doivent rester dans le cadre de l'exercice de sa profession et justifier d'un intérêt médical pour le patient.

CONCLUSION

Le consentement est un concept éthique fondamental, qui structure la pratique médicale et garantit le respect et la protection du patient en tant que personne. Dans le contexte de l'omniprésence de la notion de consentement au sein des débats publics, de la complexité croissante de la pratique médicale, et du déclin du modèle paternaliste, la nécessité de prendre soin des patients et de préserver la relation de confiance avec eux demeure.

L'examen clinique est une étape clé des consultations, mais c'est aussi une étape charnière de la consultation médicale, où l'asymétrie de la relation médicale est particulièrement visible et où la vulnérabilité du patient se fait d'autant plus ressentir alors que celui-ci est souvent dévêtu et allongé sur la table d'examen tandis que le médecin pose souvent ses mains sur son corps. Peu d'études se sont penchées sur le consentement à l'examen clinique de routine tel qu'il est pratiqué dans les cabinets de médecine générale.

Le but de ce travail de thèse était de comprendre comment la notion de consentement à l'examen clinique est intégrée par les MG en consultation de médecine générale.

Les MG interrogés ont identifié plusieurs éléments qu'ils considèrent comme des déterminants de la recherche du consentement à l'examen clinique.

Ils ont relevé l'importance d'une compréhension mutuelle entre le médecin et le patient, ainsi que l'influence de la qualité de la relation médecin-patient.

La plupart des MG interrogés ont rapporté **rechercher explicitement** le consentement des patients à l'examen clinique, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'examen portant sur une zone jugée intime.

Pour pouvoir donner leur consentement à l'examen, les patients doivent en **comprendre** l'intérêt et le déroulé, et doivent donc recevoir des explications adaptées de la part du médecin.

Les MG ont relevé l'importance de la **communication** entre le médecin et son patient pour s'assurer du consentement de ce dernier à l'examen, qui passe donc par des explications claires, adaptées au profil du patient, mais aussi par une attention particulière au **comportement non verbal** de ceux-ci.

Les MG interrogés ont aussi fait état de **différences de représentations de l'examen clinique** entre le médecin et le patient : d'une part, le patient n'anticipe pas toujours la possibilité de se faire examiner, alors que pour le médecin cela peut sembler évident. D'autre part, certains médecins ont évoqué le fait qu'il y a un risque, en tant que médecin, par habitude, de banaliser le déshabillage et l'examen clinique des patients et d'oublier de rechercher le consentement auprès des patients, pour qui l'examen peut revêtir un caractère exceptionnel. D'où l'importance de s'assurer d'une bonne communication avant et pendant l'examen clinique.

Plusieurs médecins ont mentionné l'importance de construire **une relation de confiance**, à travers un **entretien** où le patient se sent écouté et où le médecin délivre des informations claires adaptées aux capacités de compréhension du patient, avant de rechercher le consentement de celui-ci à l'examen. Pour que le patient se sente en confiance, le médecin doit veiller à avoir une **posture** bienveillante, professionnelle et non équivoque.

Les médecins interrogés ont évoqué la **pudeur** comme source de réticence des patients à l'examen, et la prise en compte de cette pudeur par le médecin comme un élément majeur facilitant le consentement des patients à l'examen. La prise en compte de cette pudeur passait notamment par une limitation des demandes de déshabillage des patients au strict nécessaire, une explication de l'intérêt de celui-ci au patient et par une recherche préalable de consentement au déshabillage. Un **rapport au corps** difficile était également identifié comme une source de réticence à l'examen. **Limiter les examens jugés intrusifs** au maximum, informer les patients à l'avance dès que possible afin qu'ils puissent **se préparer**

psychologiquement et physiquement à l'examen sont des éléments que les MG interrogés mettent en place afin de faciliter le consentement à l'examen et surtout son vécu par les patients.

La **question du genre** du médecin a également été identifiée comme une source de non-consentement à l'examen par certains patients. Certains patients préfèrent se faire examiner par un médecin du même sexe, d'autant plus s'il s'agit de l'examen d'une zone jugée intime ou impliquant un déshabillage. Mais certains médecins ont rapporté être eux-mêmes mal à l'aise d'examiner les zones intimes des patients du sexe opposé. Certains médecins hommes peuvent, par crainte qu'un examen soit interprété comme violent, limiter les examens des zones jugées intimes chez des patientes de sexe féminin.

Plusieurs médecins pensent qu'il y a eu un **changement récent dans la société** qui a fait se poser la question du consentement en consultation. On est passé d'un modèle paternaliste à un modèle de décision partagée avec échange mutuel basé sur l'éducation des patients où le médecin délivre les informations en s'assurant que le patient a bien compris, mais le patient prend la décision finale en connaissance de cause. Selon les médecins interrogés dans le cadre de notre travail de thèse, il y aurait eu également un changement d'attente de la part des patients : la nouvelle génération serait alignée avec l'évolution de la médecine et attendrait des informations et une recherche de leur consentement, contrairement à l'ancienne génération qui serait habituée à obéir au médecin. De même, les MG plus jeunes paraissaient davantage sensibilisés à la notion de consentement.

La question du consentement est un concept souvent **problématisé**, pouvant mettre les MG en **difficulté** dans les situations de **refus d'examen**, et celles où se pose la question de l'autonomie, et soulevant parfois des questions juridiques.

La plupart des médecins interrogés ont rapporté respecter **les refus d'examen** et ne jamais passer outre un refus d'examen, même lorsqu'il leur paraît nécessaire, après avoir délivré au patient toutes les informations, c'est-à-dire après s'être assuré que le non-consentement du patient est bien libre et éclairé.

La question des **violences** médicales a été beaucoup évoquée lors des entretiens : les médecins ont rapporté avoir été choqué par des témoignages de violences médicales rapportées par leurs patients en consultation. Les médecins interrogés ont identifié plusieurs causes pouvant être à l'origine de violences médicales vécues par les patients : dues à l'absence d'explications en amont, dues à une pudeur pas assez prise en compte, dues à une douleur pas assez prise en compte ou anticipée, dues à un geste ou demande de déshabillage paraissant non justifié, ou enfin dues à l'absence de recherche du consentement. La plupart des médecins ont expliqué que recevoir des témoignages de patients ayant vécu des violences médicales leur faisait redoubler de vigilance à la recherche du consentement dans leur propre pratique. Selon l'étude « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo » violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception »(17) publiée dans Santé Publique, **« l'absence de consentement est le nœud qui constitue toutes formes de violence »**. *« identifier les consultations empreintes de violences implique, en miroir, de repérer celles qui en sont dépourvues et permet ainsi de mettre au jour les mécanismes favorisant une approche médicale non violente »*.

La question d'une possible **recherche implicite** du consentement à l'examen clinique a divisé les médecins interrogés dans le cadre de cette thèse. Si certains médecins pensent qu'à partir du moment où le patient vient en consultation, il accepte implicitement l'examen de « routine », d'autres ne sont pas d'accord en considérant que le patient garde le droit de disposer de son corps et de retirer son consentement à tout moment. Ces derniers considèrent

qu'il n'y a pas de consentement implicite surtout dans le cadre des gestes invasifs touchant à des zones intimes. Si le consentement peut parfois être recherché de manière implicite, c'est toujours dans le cadre d'une relation de confiance préalablement établie lors de l'entretien qui précède toujours l'examen, mais la relation de confiance établie avec le patient a ses limites et elle ne dispense pas de rechercher le consentement.

Dans l'étude « « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo » violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception »(17) publiée dans Santé Publique, les auteurs avancent que « *la présomption de consentement est une porte ouverte sur l'ensemble des violences médicales et gynécologiques* ».

La plupart des MG interrogés considéraient le consentement comme un **concept fondamental** dans leurs pratiques : la recherche du consentement apparaissait comme une **marque de respect du patient** et de son corps. Ils considéraient que le consentement à l'examen est un **droit du patient**.

Plusieurs médecins interrogés suggéraient que la recherche du consentement à l'examen était sous-tendue par le concept d'**autonomie** des patients. Des médecins interrogés pensent qu'il faut être autonome pour pouvoir donner son consentement libre et éclairé, et que le consentement doit être requis pour tout examen clinique à partir du moment où le patient est autonome. La question de l'autonomie et du consentement peut alors poser problème dans les situations où la question du degré d'autonomie du patient se pose, notamment lors des examens cliniques d'enfant ou bien de patients ayant des facultés mentales altérées.

Plusieurs médecins ont témoigné trouver qu'il est difficile de savoir à partir de quel âge on peut considérer que l'enfant est à même de donner un consentement à l'examen clinique et dans quelle mesure celui-ci doit être respecté. Ils expliquent qu'un jeune enfant n'est pas autonome donc son consentement ne peut pas être libre et éclairé, le médecin doit donc aussi

rechercher le consentement auprès de l'adulte responsable qui consent en son nom. Plusieurs médecins ont rapporté utiliser le temps de la consultation comme temps pédagogique pour éduquer les enfants à la notion de consentement, à ce qui est normal ou pas dans l'accès à leur corps, ce qui est normal ou pas dans le cadre spécifique de la consultation chez le médecin. Plusieurs médecins ont également rapporté être en difficulté pour savoir dans quelle mesure rechercher le consentement chez des personnes avec des troubles neurocognitifs. Cependant, certains médecins ont avancé que toujours rechercher le consentement d'une manière ou d'une autre chez toute personne quel que soit son degré d'autonomie et ses capacités cognitives est fondamental car c'est une marque de respect envers cette personne.

A travers les entretiens avec les MG et l'analyse de la littérature, il est apparu que la recherche du consentement à l'examen clinique comportait également des limites.

Certains médecins rapportent limiter leurs examens cliniques par **peur des plaintes**. Selon une des médecins interrogés dans le cadre de notre présente thèse, travailler dans la crainte permanente d'une plainte comporte le risque de ne pas remplir pleinement son rôle de médecin généraliste. Cela comporterait en effet un risque évident : rechercher le consentement perdrait son sens premier de protection du patient pour revêtir un sens purement « égoïste » de la part du médecin qui aurait pour seul but de se protéger.

La recherche du consentement ne serait pas suffisante pour garantir une médecine non violente. D'une part, l'obtention d'un consentement ne justifie pas un acte en soi, et trop sacraliser la notion de consentement comporte des risques. En effet, même si le patient y consent, tout acte n'est pas understandable de la part du médecin : l'acte médical doit avoir une indication et une justification claire. On pourrait se dire que tout est autorisé au médecin à partir du moment où le patient consent : mais le médecin, même avec le consentement du

patient, n'est pas libre de faire ce qu'il veut, ses gestes et examen doivent rester dans le cadre de l'exercice de sa profession et justifier d'un intérêt médical pour le patient.

D'après les MG interrogés et l'analyse de la littérature, la recherche du consentement à l'examen apparaît donc comme un concept fondamental, garant du respect du patient et de son autonomie. Sa recherche s'inscrit dans le cadre d'une relation de confiance entre le médecin et le patient et passe par une compréhension mutuelle basée sur la communication à la fois verbale et non verbale. C'est un concept souvent problématisé qui soulève la question de l'autonomie, du droit de refus, ainsi que des questions juridiques.

Il serait intéressant d'interroger les patients sur leur opinion et leur vécu quant à la recherche de leur consentement à l'examen, et notamment en fonction de leur âge et de leur sexe. Interroger les patients âgés permettrait notamment de répondre aux hypothèses sur leur vision du consentement : ont-ils intégré leur droit à consentir ou non à un examen ? Il serait également intéressant d'interroger les médecins d'autres spécialités ou exerçant en hospitalier quant à leurs pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 7 févr 2025]. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. Ferron Parayre A. Donner un consentement éclairé à un soin : réalité ou fiction? Exploration de l'effectivité du consentement éclairé aux soins [Internet]. 27 mars 2019 [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22566>
3. Civil MF. Consentement aux soins médicaux : état de la question. Connaissances & Savoirs; 2017. 200 p.
4. Debarre JM. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Médecine Droit. 1 mai 2017;2017(144):57-69. doi:10.1016/j.meddro.2017.03.001
5. Gromb S, Dabadie P, Janvier G. La dimension médico-légale du consentement éclairé en médecine. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 déc 1999;18(10):1080-6. doi:10.1016/S0750-7658(00)87444-4
6. Lallouche S. L'exigence du consentement du patient à l'acte médical. Hum Sci J. 31 déc 2021;701-12.
7. GUIDELINE - Informed Consent.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cps.sk.ca/iMIS/Documents/Legislation/Policies/GUIDELINE%20-%20Informed%20Consent.pdf>
8. Marzano M. Je consens, donc je suis... [Internet]. Presses Universitaires de France; 2006 [cité 20 déc 2024]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/je-consens-donc-je-suis--9782130556510.htm> doi:10.3917/puf.marza.2006.01
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 20 févr 2024]. Article 36 - Consentement du patient. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-36-consentement-patient>
10. Moullie JM, Bonah C, Haxaire C, Penchaud AL, Visier L. Médecine, santé et sciences humaines [Internet]. Les Belles Lettres; 2011 [cité 12 févr 2025]. Disponible sur: <https://hal.univ-brest.fr/hal-02115687>
11. Chapitre II : Du respect du corps humain (Articles 16 à 16-9) - Légifrance [Internet]. [cité 5 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006136059/#LEGISCTA000006136059

12. Pariseau-Legault P, Doutrelepon F. L'autonomie dans tous ses états : une analyse socio-juridique du consentement aux soins médicaux. *Rech Soins Infirm.* 2015;123(4):19-35. doi:10.3917/rsi.123.0019
13. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient. *Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé.* *Polit Commun.* 2017;9(2):63-88. doi:10.3917/pdc.009.0063
14. Pierron JP. Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. *Sci Soc Santé.* 2007;25(2):43-66. doi:10.1684/sss.2007.0203
15. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique : comment s'y former? *Revue de la littérature.* 26 févr 2018;67.
16. Hafdi SE. Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale. 29 juin 2016;63.
17. Fonquerne L. « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». *Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception.* *Santé Publique.* 2021;33(5):663-73. doi:10.3917/spub.215.0663
18. Cermes3 - Appel à communication « Penser les violences médicales. Regards croisés en sciences sociales » [Internet]. [cité 29 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cermes3.cnrs.fr/fr/?view=article&id=1376&catid=30>
19. Boudet-Gizardin N. Violences gynécologiques et obstétricales : comment restaurer la confiance réciproque entre patientes et professionnels de santé? *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM.* 2023;37(2):10-7. doi:10.3917/jdsam.232.0010
20. Seybold SL. Not just "bodies with vaginas": A Kantian defense of pelvic exam consent laws. *Bioethics.* nov 2022;36(9):940-7. doi:10.1111/bioe.13084 PubMed PMID: 36067372; PubMed Central PMCID: PMC9826341.
21. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique.* 2021;33(5):629-34. doi:10.3917/spub.215.0629
22. rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_pour_2022.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2025]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1bqwvm/rapport_dactivite_de_la_juridiction_ordinale_pour_2022.pdf
23. Colas T. Incidence des plaintes et des doléances au conseil de l'ordre des médecins de l'Oise en médecine générale de 2010 à 2013. 17 mars 2015;50.

24. Li-Thiao-Té A. Étude quantitative nationale de la jurisprudence du contentieux disciplinaire en appel et en cassation concernant les médecins généralistes en France en 2021. 14 sept 2023;51.
25. Bry-Griviau A. Le déshabillage des patients au cours des consultations de médecine générale: facteurs influençants, rôles, modalités et ressenti des acteurs [Thèse d'exercice]. [1970-...., France]: Université de Bourgogne; 2008.
26. LORGE H. Obstacles au déshabillage du patient au cabinet de médecine générale en 2020 [Thèse de doctorat]. STRASBOURG; 2022.
27. Barbier J. Exploration du ressenti des médecins généralistes face à l'examen clinique en consultation: étude qualitative par entretiens individuels. Angers: Université Angers; 2022. p. 45.
28. Ordronneau AC. Place de la pudeur au sein d'une relation médecin-patient dans le cadre d'un examen gynécologique en médecine générale: étude qualitative réalisée en région Picardie. 9 sept 2020;56.
29. Moon RJ, Davies JH. Confidence, consent and chaperones for pubertal staging examinations: a national survey. Arch Dis Child. 1 janv 2023;108(1):31-5. doi:10.1136/archdischild-2022-324784 PubMed PMID: 36328439.
30. Chasson S. Intimate Examinations Without Consent: The Role of the Forensic Nurse. J Forensic Nurs. déc 2022;18(4):257. doi:10.1097/JFN.0000000000000411
31. conseil_de_ordre_me_decins_sexualite_patients.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: https://www.atoute.org/n/IMG/pdf/conseil_de_ordre_me_decins_sexualite_patients.pdf
32. Article 35 - Code de déontologie médicale - Légifrance [Internet]. [cité 5 avr 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680538/1995-09-08
33. Pinard C. Le consentement libre et éclairé: essai d'explicitation et d'interprétation de ses enjeux philosophiques [masters] [Internet]. [Trois-Rivières]: Université du Québec à Trois-Rivières; 1999 [cité 5 avr 2026]. Disponible sur: <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/3571/>
34. Grimaud D, Erny I. Recommandation, obligation et consentement en santé. déc 2018;(105).

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme Synoptique 66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens..... 10

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
REMERCIEMENTS	
LISTE DES ABREVIATIONS	
RÉSUMÉ	
INTRODUCTION	1
MÉTHODES	7
1. Choix de la méthode	7
2. Population et recrutement	7
3. Recueil de données	7
4. Analyse des entretiens	8
5. Aspects éthiques et réglementaires	8
RÉSULTATS	9
1. Caractéristiques des participants	9
2. Analyse des entretiens	11
i. L'importance de se comprendre	11
1. La recherche explicite du consentement	11
2. La part implicite du consentement	12
3. Le non verbal	13
4. La communication	14
5. Influence de l'entretien sur l'examen et le consentement	15
6. Comprendre pour consentir	17
7. Médecin versus patient : les différences de représentations	17
ii. L'influence de la relation médecin-patient	19
1. Construire la relation de confiance	19
2. Ritualiser c'est rassurer	20
3. S'adapter au patient	20
4. L'asymétrie de la relation médecin-patient	22
5. L'importance de la posture du médecin	23
iii. La recherche du consentement comme marque de respect du patient et de son corps	25
1. Le rapport au corps	25
2. Respecter la pudeur	26
3. Limiter l'intrusivité et le déshabillage	28
4. Pouvoir se préparer à l'examen	28
5. Consentement et violences	29
iv. Le consentement : un concept fondamental	31
1. Représentations du consentement par le médecin	31
2. Analyse de sa pratique	32
3. Un droit du patient	34
4. Évolution de la société	35

5. Consentement et volonté de prendre soin	40
v. Le consentement à l'examen : un concept souvent problématisé	40
1. La gestion des refus : le non-consentement	40
2. Vécu de la difficulté	43
3. Les expériences médicales traumatiques dues au non-respect du consentement ..	44
4. Problématique du genre et consentement	49
5. Consentement et juridique : la peur des plaintes	53
6. Particularités du consentement chez l'enfant et chez l'adolescent	55
7. Consentement et autonomie	63
Diagramme synoptique	66
DISCUSSION	67
1. Principaux résultats	67
2. Forces et limites de l'étude.....	68
2.1 Les forces.....	68
2.2 Les limites.....	68
3. Comparaison avec la littérature.....	69
3.1 Les déterminants du consentement.....	69
3.1.1 La relation de confiance	69
3.1.2 L'importance de la communication : comprendre pour consentir	69
3.1.3 La pudeur comme cause de non-consentement à l'examen	70
3.2 L'évolution de la société.....	72
3.3 Le consentement : un concept souvent problématisé	73
3.3.1 La question des violences médicales	75
3.3.2 La part implicite du consentement : quels sont les risques ?	77
3.3.3 Le consentement, un concept fondamental	78
3.3.4 La question de l'autonomie	79
3.3.5 Recherche du consentement par crainte des plaintes : les limites de la recherche du consentement.....	80
3.3.5.1 Recherche du consentement par crainte des plaintes	80
3.3.5.2 Les limites de la recherche du consentement	81
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	90
LISTE DES FIGURES	93
LISTE DES TABLEAUX.....	94
TABLE DES MATIERES	95
ANNEXES	
RÉSUMÉ	

ANNEXES

Guide entretien thèse version 1

Bonjour

Je m'appelle Romane Siret, je suis interne en 4ème semestre de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je me suis intéressée à la recherche du consentement à l'examen clinique en médecine générale.

Ma directrice de thèse est Dr Maria Ghali.

L'entretien sera enregistré, puis anonymisé. Bien sûr, vous pourrez interrompre l'entretien à tout moment, et je pourrais vous transmettre la retranscription si vous le souhaitez.

1. Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière consultation durant laquelle vous avez effectué un examen clinique ?
2. Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation où vous avez été en difficulté au moment de l'examen clinique ?
3. Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation où un patient a refusé d'être examiné ? *(Si pas déjà cette situation dans la question précédente)*

Relance si besoin : Comment avez-vous géré ce refus ?

4. Comment est-ce que vous invitez vos patients à l'examen clinique ? / Quelle est votre manière de procéder pour inviter vos patients à l'examen clinique ?

Relance si besoin : Comment gérez-vous le moment du déshabillage lors de l'examen clinique

?

5. D'une manière générale, qu'est-ce que vous pensez de la recherche du consentement à l'examen clinique en médecine générale ?
6. Pour quelles étapes de l'examen clinique vous recherchez oralement le consentement des patients ?
7. Selon vous, à quelles étapes de l'examen clinique le consentement peut-il être considéré comme implicite ou tacite ?
8. Dans votre pratique, adaptez-vous certaines étapes de l'examen clinique selon les caractéristiques du patient (âge, sexe, origine, ancienneté du suivi) ? Si oui, pouvez-vous décrire ces adaptations ?

9. Est-ce qu'il y a des éléments de votre pratique que vous avez modifiés ces dernières années par rapport à l'examen clinique ?
10. Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Guide entretien version 2 :

Bonjour

Je m'appelle Romane Siret, je suis interne en 5ème semestre de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je me suis intéressée à la recherche du consentement à l'examen clinique en médecine générale.

Ma directrice de thèse est Dr Maria Ghali.

L'entretien sera enregistré, puis anonymisé. Bien sûr, vous pourrez interrompre l'entretien à tout moment, et je pourrais vous transmettre la retranscription si vous le souhaitez.

1. RACONTER SA DERNIÈRE CONSULTATION

Est-ce que vous pourriez me raconter votre dernière consultation, comment s'est passé l'examen clinique, ce que vous avez ressenti... ?

2. RACONTER SA DERNIÈRE DIFFICULTÉ À L'EXAMEN

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation où vous avez été en difficulté au moment de l'examen clinique ?

Relances :

- *De manière générale, quand vous réalisez un examen clinique, est-ce qu'il y a des moments ou des situations où vous vous sentez plus en difficulté ou mal à l'aise ?*
- *Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation où un patient a refusé d'être examiné ?*
- *D'après votre expérience, qu'est-ce qui fait que, parfois, un examen clinique se passe bien, et d'autres fois beaucoup moins ?*

3. INVITATION À L'EXAMEN

Quelle est votre manière de procéder pour inviter vos patients à l'examen clinique ?

4. ABORDER LE CONSENTEMENT LORS DE L'EXAMEN

Pouvez-vous me raconter comment vous abordez la question du consentement tout au long d'un examen clinique ?

Relances :

- *À quels moments vous ressentez le besoin de le demander clairement, et à quels moments il s'installe plutôt de manière implicite ?*

5. OPINION CONSENTEMENT

D'une manière générale, qu'est-ce que vous pensez de la recherche du consentement à l'examen clinique en médecine générale ?

Relances :

- *Est-ce que rechercher le consentement c'est intuitif pour vous ?*

6. ATTENTION PORTÉE SUR LE COMPORTEMENT

Pendant un examen clinique, à quoi êtes-vous attentif·ve chez le patient, au-delà de ce qu'il dit ?

Relances :

- *Racontez-moi comment vous vous appuyez sur ces signes pour évaluer son consentement.*

7. RÉCIT ADAPTATION SELON PROFIL PATIENT

Est-ce que vous pouvez me raconter des situations où vous avez adapté certaines étapes de votre examen clinique en fonction du profil du patient ?

Relances :

- *Qu'est-ce qui, chez le patient ou dans la relation que vous avez avec lui, vous amène à modifier certaines étapes ?*

8. REMISE EN QUESTION DU CONSENTEMENT

Est-ce que vous pouvez me raconter une situation où la question du consentement vous a posé question ?

Relances :

- *Comment vous situez-vous par rapport à la place que prend aujourd'hui la recherche du consentement dans l'examen clinique ?*
- *Racontez-moi des situations où vous vous êtes interrogé(e) sur la façon, le moment ou la fréquence de le rechercher, et ce que cela a produit dans la consultation ?*

9. ÉVOLUTION DU CONSENTEMENT DANS LA PRATIQUE

Si vous repensez à votre pratique il y a quelques années et à aujourd'hui, qu'est-ce qui a changé pour vous dans la manière de faire un examen clinique, notamment autour du consentement ?

Racontez-moi ce qui a fait évoluer vos pratiques, ce qui vous a marqué, et comment vous l'expliquez.

Relances :

- *Est-ce que vous avez l'impression que la société évolue ces dernières années par rapport au consentement ?*
- *Si vous recherchez davantage le consentement ces dernières années, pourquoi ? Qu'est-ce qui a changé ? Des éléments extérieurs ? Votre propre vision ?*

10. CONSENTEMENT CHEZ L'ENFANT / L'ADOLESCENT

Pouvez-vous me raconter comment vous abordez aujourd'hui la question du consentement lors des examens cliniques chez l'enfant et l'adolescent ?

11. INFLUENCE DE L'ENTRETIEN SUR L'EXAMEN ET LE CONSENTEMENT

Comment ce qui se joue dans l'entretien influence-t-il, pour vous, le moment de l'examen clinique et le consentement ?

12. RÉCIT DE PATIENT CHEZ AUTRE PRATICIEN / SPÉCIALISTE

Pouvez-vous me raconter des situations où des patients vous ont rapporté des expériences difficiles ou inconfortables vécues lors d'examens cliniques dans d'autres consultations, par exemple chez d'autres spécialistes ?

Relances :

- *Est-ce que vous avez l'impression que recevoir ces témoignages a fait évoluer votre pratique ?*
- *Plus largement, comment vous percevez les différences de pratiques entre médecine générale et autres spécialités sur ces questions ?*

13. REPRÉSENTATION DU CORPS DU PATIENT

Plus largement, comment vous vous représentez le corps du patient dans votre pratique, et en quoi cette manière de le concevoir influence votre façon de faire l'examen et de rechercher le consentement ?

14. LIEN AUTONOMIE – CONSENTEMENT

Quel lien faites-vous entre l'autonomie du patient et son consentement ?

15. Avez-vous des remarques supplémentaires ?

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Kinesither Rev 2015;15(157):50–54

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License](#).

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Keywords

*Edition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency*

DOI des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

© 2014 Elsevier Masson SAS.

Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157)

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *Consolidated criteria for REporting Qualitative research*

Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Langue :

Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Contact :

Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482.
Fax : +61 2 9845 1491.
Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau 1*) :
 - équipe de recherche et réflexion,
 - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
 - conception de l'étude,
 - cadre théorique,
 - sélection des participants,
 - contexte,
 - recueil des données ;
- analyse et résultats :
 - analyse des données,
 - rédaction du rapport.

Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

• Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion—et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3^e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrilliat L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du *focus group*. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010, <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

Intégration de la notion de consentement à l'examen clinique en médecine générale

RÉSUMÉ

Introduction : Le consentement est un concept éthique fondamental, qui structure la pratique médicale et garantit le respect et la protection du patient en tant que personne. L'examen clinique est une étape clé des consultations durant laquelle l'asymétrie de la relation médicale est particulièrement visible.

L'objectif de ce travail était de comprendre comment la notion de consentement à l'examen clinique est intégrée par les médecins généralistes (MG).

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de MG de la subdivision d'Angers. Les entretiens étaient enregistrés puis anonymisés. Une analyse thématique inductive était réalisée sur le verbatim. Un double codage était réalisé avec la directrice de thèse.

Résultats : La plupart des MG considéraient le consentement comme un concept fondamental dans leurs pratiques : comme une marque de respect du patient, de son corps et de ses droits. Ils mentionnaient une évolution de la société : les MG plus jeunes paraissaient davantage sensibilisés à la notion de consentement, dans un contexte du déclin du modèle paternaliste, avec une évolution de l'attente des patients. Ils ont relevé l'importance de la communication pour s'assurer du consentement du patient, qui passe par des explications claires et adaptées, et par une attention particulière au comportement non verbal de celui-ci. Si le consentement peut parfois être recherché de manière implicite selon certains médecins, c'est toujours dans le cadre d'une relation de confiance préalablement établie lors de l'entretien. La question du consentement est un concept souvent problématisé, pouvant mettre les MG en difficulté dans les situations de refus, et celles où se pose la question de l'autonomie, et soulevant parfois des questions juridiques.

Conclusion : La recherche du consentement à l'examen apparaît donc comme un concept fondamental, garant du respect du patient et de son autonomie. Sa recherche s'inscrit dans le cadre d'une relation de confiance entre le médecin et le patient et passe par une compréhension mutuelle basée sur la communication à la fois verbale et non verbale. C'est un concept souvent problématisé qui soulève la question de l'autonomie, du droit de refus, ainsi que des questions juridiques.

Mots-clés : consentement, recherche du consentement, examen clinique, médecine générale, médecins généralistes

The integration of the concept of informed consent into clinical examinations in primary care

ABSTRACT

Introduction: Consent is a fundamental ethical concept that underpins medical practice and ensures respect for and protection of the patient as a person. The physical examination is a key stage of the consultation during which the asymmetry of the doctor-patient relationship is particularly evident.

The objective of this study was to understand how the concept of consent to the clinical examination is integrated by general practitioners (GPs).

Materials and Methods: This was a qualitative study using semi-structured interviews with GPs in the Angers subdivision. The interviews were recorded and then anonymized. An inductive thematic analysis was performed on the verbatim transcripts. Double coding was conducted with the thesis advisor.

Results: Most GPs viewed consent as a fundamental concept in their practice: as a sign of respect for the patient, their body, and their rights. They noted a shift in society: younger GPs appeared to be more aware of the concept of consent, against the backdrop of the decline of the paternalistic model and changing patient expectations. They highlighted the importance of communication in securing patient consent, which requires clear and appropriate explanations, as well as close attention to the patient's nonverbal behavior. While consent may sometimes be sought implicitly, according to some physicians, this always occurs within the framework of a relationship of trust established earlier during the consultation. The issue of consent is a concept that is often problematic, potentially placing GPs in a difficult position in situations of refusal, as well as in those where the question of autonomy arises, and sometimes raising legal issues.

Conclusion: Obtaining consent for an examination is therefore a fundamental concept that ensures respect for the patient and their autonomy. Seeking consent is part of a relationship of trust between the physician and the patient and involves mutual understanding based on both verbal and nonverbal communication. It is a concept that is often debated, raising questions of autonomy, the right to refuse, as well as legal issues.

Keywords: consent, seeking consent, physical examination, primary care, general practitioners



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS