

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**Pratique du premier
examen pelvien chez la
femme de moins de 25
ans sexuellement active**

Etude auprès des médecins généralistes et gynécologues en
Maine-et-Loire

RIALLAND Aurore

Née le 19/02/1987 à Chartres (28)

RIPAUD Margaux

Née le 13/05/1987 à La Roche sur Yon (85)

Sous la direction de Mmes NETO-ANNE Sandra et BARON Céline

Membres du jury

Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe | Président

Madame le Docteur NETO-ANNE Sandra | Directeur

Madame le Professeur BARON Céline | Co-Directeur

Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine | Membre

Soutenue publiquement le :
13 juillet 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Nous, soussignées RIALLAND Aurore et RIPAUD Margaux déclarons être pleinement conscientes 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, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par les étudiantes le **16/06/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle Richard

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas Lerolle

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUIZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologue ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmacochimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
LETERTRE Elisabeth	Coordination ingénierie de formation	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur DESCAMPS Philippe.

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail. Veuillez trouver l'expression de notre reconnaissance et de tout notre respect.

A Madame le Professeur BARON Céline.

Nous vous remercions d'avoir été notre directrice de thèse, d'avoir été disponible et de nous avoir prodigué de précieux conseils. Veuillez recevoir toute notre reconnaissance et notre profond respect

A Madame le Docteur NETO-ANNE Sandra.

Nous te remercions d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, ton tout premier, et de nous avoir accompagnées tout au long de ce parcours. Merci de ta gentillesse, ta disponibilité et pour tous les conseils que tu nous as apportés.

A Madame le Docteur DE CASABIANCA Catherine.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Merci pour vos enseignements au sein du département de médecine générale, et pour votre participation active lors des focus groups. Veuillez recevoir toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A Clément, pour ton aide, tes sages conseils, et ta bonne humeur.

A tous les médecins qui ont participé à notre travail.

REMERCIEMENTS

Remerciements d'Aurore :

A ma famille,

Antoine, mon époux, d'être à mes côtés chaque jour, de m'avoir soutenue depuis notre rencontre et de m'apporter du bonheur au quotidien.

Margaux et Ernest, mes deux soleils, pour la joie que vous amenez dans ma vie, et pour les rires, les sourires de tous les jours.

Maman, pour tout l'amour et le soutien que tu m'as apporté pendant ce long cursus médical, pour tes conseils et ton regard sur ce travail.

Papa, je ne saurai par où commencer tellement il y aurait à dire, je te remercie pour tout ce que tu m'as appris, et qui font ce que je suis aujourd'hui. Merci d'être présent spirituellement au quotidien.

Flore, merci pour ton soutien, nos fous rires, notre complicité.

Bertrand, Marie-Agnès et Catherine, ma seconde famille, présente et soutenante depuis le début de cette histoire.

Mes grands-parents, Daniel et Monique, Marcel et Raymonde.

A mes amis, Clémentine, Blandine, Aurélie, Raphaële, Margaux, Raphaël, Mélina, Manue, Déborah, Clarisse, Wilfried, FX, Eva, David, Cécile, Thibault, Bastien, Marie, Cyril, Adeline, Adélaïde...
Pour tous les moments passés ensemble et tous ceux à venir.

Aux médecins rencontrés pendant tout mon internat, merci de votre accueil et de votre accompagnement, de votre aide dans mon projet de médecine générale.

REMERCIEMENTS

Remerciements de Margaux :

A Raphaël, mon futur époux. Merci pour ton précieux soutien au quotidien. A l'équipe que nous formons, au mariage que nous organisons et aux autres très bonnes choses qui se préparent !

A mes parents, merci pour votre soutien tout au long de ces longues études. Merci Maman d'avoir toujours répondu présente, peu importe l'heure du jour ou de la nuit (!), quand j'en avais besoin. Merci Papa pour les valeurs que tu m'as transmises et tous tes « bonnes continuations » !

A mes deux sœurs et leurs conjoints. Merci Julia pour tous ces échanges sur notre belle profession, merci de m'avoir inspiré ce sujet lors de ce trajet en voiture, mais surtout merci pour tout ce que tu m'apportes en tant que sœur. Merci Anne pour tes précieux conseils dans nos différents projets.

A mes grands-parents, Mamoune, Papoune de là-haut, Papi et Mamie.

A mes amis :

Marine, merci pour notre grande amitié. Ton soutien tant sur le plan professionnel que personnel m'est précieux.

Natacha, merci pour ta présence, à la singularité de notre relation et tout ce que nous traversons toutes les deux.

A mes amis du collège, du lycée, les limougeauds de l'externat et les Angevins. Christophe Gillet, Antoine et Emilie, Charles et Amandine, Stéphanie, la team des urgences de Saumur, Amélie et Guillaume, Antoine et Laura, Arnaud et Alison, Clémeline, Aurore et Antoine, Cécile et Thibaut.

Aux amis Australiens, aux moments passés lors de notre break et l'aide pour la traduction du résumé !

A mon Elo...

A tous les médecins qui ont aidé pour ma formation.

Particulièrement Sandra, tutrice exceptionnelle qui a largement contribué dans mon choix pour la médecine générale.

LISTE DES ABREVIATIONS

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Choix et recrutement des participants**
- 2. Recueil des données**
- 3. Conditions du recueil et d'enregistrement**
- 4. Retranscription des entretiens**
- 5. Analyse des données**

RÉSULTATS

1. Caractéristique de la population

2. Données recueillies

- 2.1. La pratique du premier examen pelvien était singulière et adaptée dans des habitudes ancrées
- 2.2. Une pratique qui s'inscrit dans le temps de la jeune patiente et qui l'accompagne.
- 2.3. Un examen de l'intime et du caché qui met à nu et demande un toucher délicat et un regard bienveillant
- 2.4. Un examen inconnu générateur d'inquiétudes qui sollicite le médecin à donner confiance
- 2.5. Un matériel adaptable et un examen adapté pour améliorer le confort de la patiente et du médecin
- 2.6. Une pratique modifiée par de nouvelles recommandations et qui s'intègre dans de nouvelles normes
- 2.7. Un examen qui convoque la place du tiers et symbolise le rite initiatique
- 2.8. L'attention aux réticences à l'examen, aux ressentis et aux expressions de la patiente ouvre le dialogue
- 2.9. Un examen inscrit dans le champ de la sexualité

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Résultats principaux**
- 2. Discussion générale**
- 3. Le choix du professionnel**
- 4. Forces et faiblesses**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

- 1.1. Annexe 1 : Lettre d'information et de proposition de participation
- 1.2. Annexe 2 : Formulaire de consentement
- 1.3. Annexe 3 : Verbatim
- 1.4. Annexe 4 : Livre de code
- 1.5. Annexe 5 : Guide première consultation gynécologique, centre Flora Tristan, CHU Angers

Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active : étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire.

RIALLAND Aurore et RIPAUD Margaux

Répartition du travail :

Le sujet de thèse a été élaboré conjointement par A. Rialland et M. Ripaud.

Les deux chercheuses étaient présentes lors des 3 focus group.

La retranscription des verbatims a été reparti équitablement.

Chaque chercheuse a réalisé une analyse thématique inductive du contenu des 3 verbatims, permettant un double codage. Puis une triangulation des données a été réalisé avec les directrices de thèse.

Les deux chercheuses ont ensuite travaillé conjointement à la rédaction de l'ensemble des parties de la thèse

RESUME

Aucune recommandation n'existe sur la réalisation du premier examen pelvien. Cela est laissé à la libre appréciation des praticiens, donnant lieu à des pratiques variables.

L'objectif de ce travail était d'étudier leur expérience sur la réalisation de cet examen chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Leur point de vue sur l'influence de celui-ci sur la vie sexuelle et le suivi gynécologique ultérieur de la femme étaient également explorés.

Une analyse qualitative par focus group a été réalisée auprès de 18 médecins généralistes et gynécologues du Maine-et-Loire.

Les médecins pratiquaient le premier examen pelvien de manière singulière. Prendre le temps était inhérent à toutes les phases de sa réalisation. Le discours était adapté pour accompagner l'examen, les mots employés avaient un poids considérable. L'entourage influençait l'initiation de l'examen et participait aux réticences et aux représentations de la patiente. Les médecins repéraient l'impact de leur dimension sexuée ainsi que le caractère sexuel de cet acte. Ils mettaient en place des stratégies de mise à distance par rapport à la sphère de l'intime. Ils supposaient être questionnés sur la normalité des patientes.

Les explications et informations fournies tout au long de ce premier examen sont indispensables pour permettre une relation de confiance et de respect au sein du couple médecin-patiente. La finalité est de prendre en compte le ressenti et les attentes de la femme pour assurer un suivi gynécologique de qualité.

INTRODUCTION

En France, la pratique du premier examen pelvien fait partie de l'activité de trois acteurs du système de santé : le gynécologue, le médecin généraliste ou le maïeuticien (1) (2). Dans ce domaine, les patientes peuvent accéder librement aux différents spécialistes. En 2011, la densité moyenne des gynécologues médicaux était de 7,6 pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (3). Elles étaient 126 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011 (4) (5). Au premier janvier 2015, sur l'ensemble du territoire français, il y avait 155 médecins généralistes pour 100 000 habitants (6). Le nombre moyen de consultation pour motifs gynécologiques chez le médecin généraliste par femme et par an était de 3,6 et il concernait en particulier la contraception, selon le CNGOF en 2000 (7).

L'activité de gynécologie-obstétrique du médecin généraliste représente une part importante de son activité globale avec une moyenne de 9,4% (8). Néanmoins celle-ci serait limitée par le manque de formation théorique ou pratique (8) (9). Deux travaux de thèses sur la formation en gynécologie des internes de médecine générale en Maine-et-Loire en 2010 (8) et en région Centre en 2011 (9) relevaient la nécessité des apprentissages en gynécologie et la pertinence d'une mise en situation régulière dans ce domaine. Ils soulignaient l'intérêt d'améliorer l'enseignement gynécologique durant l'externat et au cours du Diplôme d'Etat Supérieur de Médecine Générale.

En l'état actuel de la littérature, il n'existe aucune recommandation de bonne pratique concernant l'âge de réalisation du premier examen pelvien. Selon les recommandations de 2004 actualisées en 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (10) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (11) (12), le premier frottis cervico-vaginal (FCV) devrait être réalisé à partir de 25 ans. L'examen gynécologique doit être fait annuellement sans besoin de l'effectuer prématurément, ni avant que la patiente n'ait débuté ses premières relations sexuelles (13) (14). Il n'existe aucune recommandation officielle concernant la pertinence et la pratique du premier examen pelvien. Sa pratique chez les jeunes femmes sexuellement actives semble être laissée à la libre appréciation des praticiens (15), ce qui donne lieu à des pratiques variables d'un praticien à un autre. Le Guide INPES de 2012 à destination des patientes précise qu'à la première consultation autour des

questions gynécologiques : « il n'y a aucune obligation à ce qu'une partie du corps soit examinée, sauf si quelque chose ne va pas ou que la patiente le demande » (15).

Plusieurs thèses évoquaient le point de vue des femmes (2) sur ce premier examen qui aurait un impact sur la vie sexuelle et le suivi gynécologique au long cours. L'importance des conditions de sa réalisation n'est pas anodine, car cela touche à la sphère intime et aux différentes représentations que peut en avoir la patiente (16) (17) (18).

A l'inverse, la littérature n'apporte pas de réponse sur le point de vue des médecins. Il nous a donc paru intéressant d'explorer leur expérience sur cette pratique, afin d'en comprendre les modalités et les enjeux. Dans un second temps, ce travail s'intéresse également au point de vue des médecins sur l'influence de cet examen sur la vie sexuelle et le suivi gynécologique ultérieur de la femme.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes et de gynécologues. La technique du focus group a été choisie pour explorer et stimuler les différents points de vue par le biais de la discussion en bénéficiant de la dynamique de groupe.

1. Choix et recrutement des participants

L'échantillon était composé de médecins généralistes et de gynécologues exerçant en Maine-et-Loire, pour enrichir la connaissance sur la diversité des pratiques.

Ont été exclus les sages-femmes, deux médecins généralistes qui participaient à notre thèse (animatrice du focus group et directrice de thèse) et six autres devant l'absence de l'information sur leur âge.

Le 1er focus group a été composé de cinq médecins généralistes et d'un gynécologue, le 2e de trois médecins généralistes et le 3e de neuf médecins généralistes dont deux ayant une pratique de gynécologie exclusive, et quatre ayant déjà participé antérieurement. Nous avons décidé de constituer des groupes hétérogènes de médecins pour enrichir la discussion par la confrontation de pratiques différentes (cf. tableau 1).

Le recrutement des médecins généralistes a été fait à partir de la liste des MSU (maîtres de stage universitaire) de Maine-et-Loire.

Dans un premier temps pour constituer deux focus group, les participants ont été triés par sexe (homme-femme) et âge (trois catégories: 30-40 ans, 40-50 ans et plus de 50 ans) permettant la réalisation de six groupes appareillés sur l'âge et le sexe. Nous avons effectué un tirage au sort de deux participants dans chaque groupe avec le logiciel EXCEL, via la formule aléatoire : =CHOISIR (ENT(ALEA())+1 ;x ;x ;x) afin d'obtenir douze participants, soit six par focus group. Un premier e-mail d'information et de proposition de participation (Annexe 1) leur était envoyé. En l'absence de réponse, deux relances étaient faites à une semaine d'intervalle (la première par e-mail, la seconde par appel téléphonique). Si la réponse était négative, un nouveau tirage au sort était réalisé pour compléter le groupe. Devant la difficulté à obtenir des réponses, un e-mail a été envoyé à un mois du début du recrutement à tous les MSU en excluant les médecins ayant répondu par la négative, suivi à une semaine d'un appel téléphonique. Les caractéristiques de ces médecins ont été

variées sur : l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (urbain, rural et semi-rural) et l'activité médicale spécifiquement axée gynécologie.

Aux vues de l'analyse des premiers focus groups, et particulièrement du faible taux de participation au 2e, il nous a semblé intéressant d'en réaliser un 3ème pour enrichir les données.

Le recrutement des gynécologues a été fait initialement en utilisant l'annuaire téléphonique du Maine et Loire, concernant des gynécologues avec une activité libérale. Devant des difficultés de recrutement, nous avons élargi l'échantillon aux gynécologues hospitaliers travaillant au centre Flora Tristan au CHU d'Angers. Ils ont été recrutés par effet boule de neige et contactés par téléphone. Un seul gynécologue a accepté de participer.

2. Recueil des données

Les thématiques du canevas d'entretien ont été construites à partir des hypothèses issues de la bibliographie sur les facteurs déterminant le premier examen pelvien, sur ses modalités de réalisation et sur le point de vue des femmes sur cet examen.

Le canevas d'entretien comportait six thèmes d'exploration :

- Comment les médecins choisissent le moment où ils vont proposer l'examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans active sexuellement ? En s'appuyant sur des situations cliniques émanant de leur activité professionnelle
- Comment le proposez-vous ?
 - o Question de relance : utilisation d'illustrations, de supports, quels sont les mots employés avant l'examen
- Comment le réalisez-vous ?
 - o Question de relance : on s'intéresse aux habiletés techniques, à la proposition de l'examen, à la hiérarchie de l'examen pelvien, spéculum avant ou après le toucher vaginal, le port ou non de gants
- Que repérez-vous au décours de l'examen ?
- A votre avis, quelles représentations ont les femmes de cet examen ?
- A votre avis, quelles conséquences ce premier examen peut-il avoir sur la vie de la femme?

3. Conditions du recueil et d'enregistrement

L'animateur a interrogé les participants sur les six thèmes à explorer. Cela a permis une expression libre et a facilité leurs explicitations. Il a veillé à la participation de chacun. Les deux enquêteurs ont été présents en tant qu'observateurs. L'observation s'attachait à noter les aspects verbaux et non verbaux.

Les focus groups ont eu lieu à la Faculté de Médecine.

L'enregistrement audio a été réalisé avec un dictaphone. Au préalable, les participants ont signé une déclaration de consentement pour l'enregistrement des échanges et leur retranscription, ainsi que leurs utilisations à des fins de recherches (Annexe 2).

4. Retranscription des entretiens

Les enregistrements audio étaient retranscrits dans les suites immédiates des focus groups, enrichis des commentaires de l'animateur et des notes des observateurs.

5. Analyse des données

Une analyse thématique a été réalisée de manière inductive. Le double codage par les enquêteurs a permis la triangulation des données. Les résultats ont été obtenus après analyse indépendante de chaque focus group (Annexe 3) et double lecture des deux observatrices. Ils ont été ensuite rassemblés sous forme d'un livre de code (Annexe 4) pour faciliter leur analyse.

RÉSULTATS

1. Caractéristique de la population

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

Modes de recrutement	Caractéristiques des médecins					Focus group
	Age	Sexe	Profession	Lieu d'exercice	Activité orientée en gynécologie	
1	40-50 ans	F	MG	Urbain	Non	1
1	30-40 ans	M	MG	Urbain	Non	1
1	40-50 ans	M	MG	Rural	Non	1
2	Plus de 50 ans	F	GO et sexologue	Urbain	Planning familial Maison des Adolescents Consultation spécialisée	1
1	Plus de 50 ans	F	MG	Urbain	Non	1
1	30-40 ans	F	MG	Semi-rural	Planning familial Patientèle axée gynéco DU de gynécologie	1 et 3
1	40-50 ans	F	MG	Semi-rural	Patientèle axée gynéco DU de gynécologie	2 et 3
2	Plus de 50 ans	F	MG	Urbain	Non	2 et 3
1	30-40 ans	M	MG	Semi rural	Non DU de gynécologie	2 et 3
2	40-50 ans	M	MG	Semi-rural	Non	3
2	Plus de 50 ans	F	MG	Urbain	DU de gynécologie Exclusivement de la gynécologie	3
3	Plus de 50 ans	F	MG	Urbain	Non	3
3	30-40 ans	F	MG	Semi-rural	Non	3
2	30-40 ans	F	MG	Urbain	Planning familial DU de gynécologie	3

Modes de recrutement : 1- par mail ; 2- par téléphone ; 3- par effet boule de neige

Profession : MG- médecin généraliste ; GO- gynécologue-obstétricien

Activité orientée en gynécologie : DU- diplôme universitaire

2. Données recueillies

2.1. La pratique du premier examen pelvien était singulière et adaptée dans des habitudes ancrées

Cette singularité du premier examen pelvien était due au choix d'un médecin par la patiente. Elle le demandait à un médecin en particulier, mais pas n'importe lequel, en fonction de ce qu'elle attendait de la consultation. « Certaines jeunes femmes vont d'elles-mêmes consulter un gynécologue sans forcément avoir des

symptômes ». « On va chez le gynéco on se dit on va avoir un examen gynéco ; on vient chez le généraliste il y a un examen gynéco s'il y a besoin d'un examen gynéco mais ce n'est pas le but de la consultation ». La patiente pouvait opter pour un gynécologue ou un généraliste, médecin traitant ou non, qui serait spécialement dédié à la pratique du premier examen pelvien et des suivants. Un médecin observait que « un certain nombre de femmes, tous les ans, pas vraiment suivi au cabinet » venait « en consultation pour la réalisation de l'examen gynécologique ».

L'approche du premier examen pelvien était personnalisée selon le médecin. Un participant notait : « à chaque fois la question se reporte au premier examen mais c'est pas si différent ». La différence se trouvait plus « dans la préparation de la première fois » car « ensuite la façon de faire l'examen est pareille ». Au contraire, pour certains, la pratique du premier examen pelvien pouvait différer des examens suivants « je vais rarement voire jamais faire un toucher pelvien au premier examen » par exemple.

La pratique du premier examen pelvien pouvait être non standardisée et adaptée à la jeune femme. Sa définition était spécifique à chaque médecin, « moi je dis examen génital », « examen gynécologique », « je ne sais pas ce qu'on entend par examen pelvien mais on peut se contenter de l'inspection ». Un gynécologue constatait qu'il avait réalisé de nombreux « examens pelviens à des degrés variés », sans « pose de spéculum », un « toucher vaginal à un doigt quand il y avait vraiment quelque chose à vérifier ». La plupart proposait la possibilité de « faire un examen partiel », sans nécessité « de mettre le spéculum dès le premier examen ». Les médecins expliquaient, « on s'adapte à chaque fois », en fonction de la situation amenée par la patiente. L'examen pelvien était « fait au cas par cas », « sur mesure » car « chaque personne est unique ».

Malgré la particularité et la nécessaire adaptation de ce premier examen, la tendance à le réaliser de manière stéréotypée comme les suivants était forte. L'enseignement de la gynécologie fixait des habitudes dans la pratique de l'examen pelvien, « spéculum d'abord et toucher vaginal après, c'est ce qu'on nous a appris à la fac », « j'ai appris ça donc j'ai continué, comme ça se fait dans les services ». La majorité décrivait une pratique médicale avec des automatismes. « J'ai mes référentiels et mes référentiels sont comme ça », la notion « d'habitude » a été prononcée plusieurs fois. Certains médecins se disaient même « formatés », « on commence par ci, on continue par ça, j'ai toujours sauf cas particulier fais comme ça ». « J'ai toujours eu l'habitude de commencer par le spéculum comme la plupart d'entre vous ». De même, lorsqu'ils parlaient de l'installation de la patiente « je serais perturbé par une autre position, j'ai mes référentiels ». Un médecin

questionné sur la position choisie pour réaliser le toucher pelvien concluait « mais pourquoi je fais ça ? Je ne sais pas ! ».

2.2. Une pratique qui s'inscrit dans le temps de la jeune patiente et qui l'accompagne.

Une prise en compte des rapports sexuels initiaux et des demandes de contraception

Les médecins évoquaient la notion de temporalité pour guider le moment de l'examen. Selon le moment des premiers rapports sexuels, des médecins soulignaient l'importance de faire « attention à bien expliquer aux jeunes, de prendre le temps, d'y aller tranquillement pour que plus tard il n'y ait pas de souci ».

Plusieurs notaient que le délai, entre les premières relations sexuelles et le premier examen pelvien, devait être pris en compte « ça dépend depuis combien de temps elles ont des rapports », « il faut qu'elles aient eu des rapports un peu réguliers entre les deux », cela « conditionne le début de l'examen ». Quelques médecins se fixaient un intervalle de temps entre le début de l'activité sexuelle et la réalisation du premier examen pelvien « en général je me fixe un an après des rapports réguliers ». D'autres médecins pouvaient dire que le début des rapports sexuels n'était pas pris en compte dans leur pratique. « Les discussions tournent parfois autour de l'âge de début des premiers rapports, en pratique moi je ne m'en occupe pas beaucoup ».

De plus, questionner la patiente sur les « prises de risque », les « conduites à risque », et les « rapports non protégés avec partenaires multiples » permettait d'éclairer le choix de la réalisation du premier examen pelvien.

Un examen non urgent qui se programme à deux dans le respect du rythme de la patiente

Certains médecins prévoyaient « une programmation » en fonction du début de l'initiation de la contraception et « s'il y a déjà eu des rapports ou pas ». D'autres attendaient « qu'elles soient pleinement à l'aise avec leur contraception ». La plupart relevait que « la première prescription de pilule » n'était pas synonyme de faire l'examen gynécologique dans le même temps, « ce n'est pas parce que je vais vous prescrire la pilule que je vais vous sauter dessus aujourd'hui ». Le médecin pouvait différer l'examen pelvien car « on a un peu de temps », et « quand elle vient je ne suis pas obligée de faire un examen gynéco pour la prendre en charge ». Il pouvait suggérer cet examen de manière « systématique » lors de la consultation. Au contraire, certains ne le proposaient « jamais à la première consultation », « ce n'est pas un examen dont je vais me servir pour me rassurer sur une éventuelle question ». D'autres explicitaient qu'il n'y avait « pas nécessairement besoin d'examiner la personne, sauf si elle le souhaite ou s'il y a des symptômes ». Un médecin

constatait que « trop d'informations » faisaient que « les patientes étaient un petit peu perdues » et qu'il essayait « de mettre une thématique par consultation ».

Le médecin et la patiente planifiaient ensemble ce premier examen pelvien, pour « trouver un terrain d'entente ». Quelques-uns prévoyaient « des rendez-vous dédiés », permettant aux patientes de savoir que normalement « on ne va pas être trop speed à ce moment-là ». L'objectif était de « programmer l'examen pour un moment donné où elles se sentent prêtes pour le faire ». Les médecins accompagnaient les patientes dans leur réflexion de l'examen pelvien car ils leur semblaient « importants de le mettre en projet » et de « leur demander ce qu'elles en attendent ».

Le fait de « prendre le temps de le montrer », « d'expliquer en quoi consiste l'examen gynécologique » permettait aux patientes d'avoir le temps de comprendre l'examen, de ne pas « être prises au dépourvu ». « A partir du moment où elles sont prêtes », le médecin « ne se sent pas intrusif ». Elles pouvaient « prévoir quand ça va se passer », « se projeter » et « garder la maîtrise sur ce qui va se passer, que ce ne soit pas la maîtrise du praticien sur leur corps ». Un des participants proposait de préparer « les choses en expliquant qu'on pouvait faire un examen partiel par étapes ». Quelques médecins abordaient indirectement la notion de répercussions sur le futur suivi de la patiente car « si on force, c'est fini après », « il n'y a jamais d'urgence à le faire » par « crainte de les effrayer ».

Les médecins prenaient le temps d'accompagner les patientes. Le temps de la consultation pouvait être défini préalablement, « c'est une demi-heure, je le dis à la patiente et comme ça on a le temps de le faire ». Ainsi que la durée de l'examen « ça va être un examen très court, ce qui est important parce que ça va aussi nous laisser du temps avant pour se mettre bien à l'aise dans de bonnes conditions et du temps après aussi pour débriefer », « les patientes sont soulagées de savoir que ça dure si peu de temps ». Pendant la réalisation de l'examen, les médecins affirmaient l'importance de « leur laisser le temps de se déshabiller en leur expliquant » et de « prendre le temps pour que la patiente s'installe bien ». Pour conclure un participant analysait que finalement c'était la patiente « qui décide du rythme de l'examen ».

2.3. Un examen de l'intime et du caché qui met à nu et demande un toucher délicat et un regard bienveillant

Le toucher permettait d'entrer en contact physique avec la patiente. Une main ou les deux étaient gantées, parfois le choix se portait sur l'utilisation d'un doigtier, plus que d'un gant. Ces derniers permettaient

une proximité corporelle, « de rentrer en contact, de toucher la patiente ». Le toucher invitait à « laisser tomber les genoux », « les écarter tranquillement ».

Dans un premier temps, le port de gants ou du doigtier permettait de garantir « une protection », « par rapport au risque infectieux, pas forcément que le VIH » car « c'est un examen génital ».

Dans un second temps, les gants assuraient une mise en retrait : « c'est un acte technique » ayant pour objectif « d'entretenir cette distance-là ». Les médecins mettaient en place des stratégies pour établir une barrière par rapport à une sphère symbolisant l'intime. Le toucher vaginal, séquence de l'examen pelvien, se définissant comme l'introduction directe d'un doigt revêtu d'un doigtier au sein du vagin, permettait « un contact très intime du médecin avec la patiente ».

Les médecins prenaient attention à ce qu'il y avait à voir lors du déshabillage. Ils pouvaient accompagner la difficulté des patientes à s'exposer en proposant un déshabillage partiel, « elle ne va pas se déshabiller entièrement mais on va faire l'examen en deux temps », pour certains « c'est d'abord le bas puis après le haut » et pour d'autres « je les fais rhabiller le haut et déshabiller le bas ». L'objectif était qu'elles ne soient « pas nues pour l'examen ». Un médecin proposait de manière systématique « un drap », « un paréo qui peut s'ouvrir derrière ». Un autre observait qu'un « certain nombre de femmes viennent avec un haut qui couvre l'abdomen et le pelvis ». Certains médecins avec une activité exclusivement gynécologique proposaient un déshabillage complet avec des patientes « qui se déshabillaient totalement », « se mettaient nues ». Un médecin racontait que « pendant longtemps » il avait été « très mal à l'aise » et qu'il « ne savait pas comment faire ». Pour remédier à cela et améliorer son vécu de l'examen, il expliquait que maintenant il précisait à la patiente « comment elle va être, donc comment je vais la voir », permettant ainsi « d'être à l'aise avec la nudité de la patiente ».

Le médecin était vigilant à ne pas être voyeur de ce temps de déshabillage. Certains avaient installé un paravent « j'ai mis un paravent, je pense qu'elles se sentent plus cocoonées là-dedans ». D'autres avaient une cloison dans leur cabinet « au moment de l'examen, je reste à mon bureau le temps qu'elle se déshabille dans la partie examen, qui est un petit peu caché ». Ils pouvaient également détourner le regard de la patiente. « Je fais très attention surtout à les laisser se déshabiller sans les regarder », « je leur tourne le dos, et pareil quand elles se rhabillent », tout en étant présent dans la pièce. « Je suis avec elle dans la salle d'examen, ça leur permet de se dire, elle ne regarde pas trop mais en même temps elle est là ».

Le soignant était attentif à ce que le corps exprimait. Ce dernier pouvait manifester une forme de pudeur, de retenue, « avant 25 ans c'est un peu plus timide, elles enlèvent le bas très souvent, des fois elles gardent encore la culotte ». Parfois il y avait une aisance à montrer son corps nu, « pleins de femmes se déshabillaient à la chaise, en face de moi, au bureau, je suis toujours surpris de ça ».

Les médecins se questionnaient autour des représentations du regard, « d'aller y voir, de regarder ». « On est pris où les gens sont pris par des représentations de ce qu'ils donnent à voir ». Les patientes acceptaient « de donner à voir quelque chose de leur intimité ». « Accepter de se déshabiller devant quelqu'un qu'on ne connaît pas, c'est parce qu'on est médecin ». Un participant se demandait si cette interrogation sur le regard ne renvoyait pas « à la question de la couverture, du drap », « la question de ce qui est vu ou ce qui n'est pas vu ; de ce qui est caché, de ce qui est montré et de se voir être vu nu ». Cela renvoyait selon lui « à la question de la pudeur, à la question aussi de fantasme de pulsion scopique ».

2.4. **Un examen inconnu générateur d'inquiétudes qui sollicite le médecin à donner confiance**

Les mots adaptés pour rassurer et expliquer à l'appui de supports

Les médecins tenaient compte des paroles, des témoignages de la patiente pour adapter leur pratique. Ils avaient des paroles apaisantes, rassurantes. Un des participants expliquait qu'il parlait « tout le temps ». Cela permettait en leur « montrant » et en leur « expliquant » le déroulement de l'examen d'essayer de « les rassurer, de les mettre en confiance ». Un autre avait tendance à utiliser le terme « petit », « petit spéculum, petit machin », pour « minimiser les choses » selon lui. Les médecins utilisaient des outils pour expliciter l'examen comme des illustrations de la parole. Certains réalisaient « des dessins », « des schémas que je gribouille ». D'autres utilisaient des « planches anatomiques pour expliquer le comment ». L'un d'entre eux expliquait qu'il préférait être « dans la démonstration, parce que sur les planches c'est pas concret pour elle, on ne peut pas visualiser effectivement un spéculum ». Un autre proposait d'utiliser un « petit document fait par le centre de planification Flora Tristan du CHU » qui « s'intitule Premier Examen Gynécologique et qui explique ce que le médecin va faire ; qu'est-ce que c'est le spéculum ; quelle est la position gynécologique, comment on voit le col, etc... ». Selon lui, ce document permettait « d'expliquer tout ça » et ça « dédramatisait vraiment » le premier examen pelvien.

La nécessaire adaptation du langage pour se comprendre

Pour s'assurer de parler le même langage, un médecin utilisait « des mots un peu technico-anatomiques » parce que, selon lui, les femmes utilisaient « un nombre impressionnant de mots imagés pour se représenter leur anatomie génitale ». Un autre notait des « confusions des zones anatomiques auxquelles nous on ne pense pas », « quand on entend la patiente dire mon vagin en parlant de sa vulve ». Selon un participant, cela pouvait être intéressant d'interroger les patientes sur leur anatomie et particulièrement pour celles qui se représentaient « un vagin sans fond ». L'objectif était de « faire un petit rappel anatomique avec travaux pratiques », « c'est votre vulve, après c'est votre vagin, au fond de votre vagin il y a le col de votre utérus ».

La plupart des médecins décrivaient « le déroulé des choses ». Selon eux, le fait de « décrire » les différentes étapes du premier examen pelvien à un temps défini permettait une meilleure réalisation de celui-ci, « on leur explique bien à la première consultation », « on a déjà préparé en amont les explications ». « J'en profite pour leur expliquer, leur montrer comment on s'installe pour un examen gynéco, le spéculum comment c'est, le toucher vaginal je le montre ».

Les paroles qui font lien et accompagnent l'acte technique

Les médecins employaient des mots pour accompagner l'examen de parole. La plupart expliquait « au fur et à mesure, pour bien qu'elles comprennent ce qu'il se passe ». Certains parlaient pour « rester dans le technique ».

Parler permettait également « d'occuper ce silence-là », d'éviter « d'augmenter l'angoisse de la patiente dans un silence total » et de « rester détendus tous les deux ». Parler pour expliciter l'examen pelvien et le ressenti de la patiente, « si vous êtes bien détendues ce n'est pas un examen douloureux, ce n'est pas forcément très agréable mais ce n'est pas douloureux ». Un médecin expliquait parler « de choses et d'autres mais pas de l'examen en lui-même, en disant et bien là je vais faire », la finalité étant « d'essayer de les décontracter en parlant d'autres choses pour ne pas qu'elles pensent à cet examen ».

Le médecin avait conscience de l'importance du choix des mots utilisés et de la signification que ces derniers pouvaient avoir. Chacun avait élaboré une façon unique de nommer cet examen et ce qui l'entoure : « c'est comme mettre un tampon », « c'est pas le meilleur moment de la journée, ça peut être éventuellement un peu désagréable mais normalement ça ne fait pas mal », « ce n'est pas l'examen qui fait mal, c'est le médecin qui fait mal ».

« L'utilisation des mots » pouvait « être bienveillant comme extrêmement toxique ». La parole pouvait « être dramatique », « autant que le geste technique ». Un médecin employait même une « technique d'hypnose », et avait tendance « à avoir un dialogue, des mots positifs » pour signifier « le positif ». Certains proposaient des exercices de relaxation avec la respiration, « je leur disais de respirer, de détendre leur muscle », « de respirer par le ventre, de souffler ». D'autres les invitaient à visualiser mentalement une image : « qu'est ce qui se passe quand elle ferme et qu'elle ouvre la porte ? ».

« Décontractez-vous » revenait très régulièrement dans le dialogue des participants, « ah oui le décontractez-vous quand on engueule pour dire de se décontracter », « c'est une injonction ». Le fait de parler de contraction-décontraction pouvait assurer une certaine protection, une finalité de « ne pas faire mal ». Mais pouvait également ressentir comme culpabilisant pour la patiente, « je leur explique souvent que si elles sont contractées, je vais lutter contre un mur ». L'objectif pour le médecin même si cela pouvait être difficile était que la patiente soit la plus détendue possible, « il faut décontracter les muscles pelviens pour que l'on puisse faire l'examen le plus facilement possible ».

2.5. **Un matériel adaptable et un examen adapté pour améliorer le confort de la patiente et du médecin**

De manière générale, les médecins choisissaient une table d'examen adaptée à leur pratique. « Il y a différents modèles et notamment une table d'examen qui permettait de faire un examen en position assise », « il faudrait presque avoir une table d'examen dédiée pour les examens gynéco ». Avec l'expérience et selon leur patientèle, certains médecins changeaient leur matériel d'examen en cours d'activité, « les femmes ont apprécié le confort du passage de la table plate à la table mobile ». D'autres s'adaptaient à celle qu'ils avaient déjà, « comme la table est large, je les mets au bout de la table et elles ont les pieds sur la table, écartés, sans les mettre dans les étriers ».

Selon le médecin, la patiente pouvait être installée de plusieurs manières. La position gynécologique, avec les pieds dans les étriers, était la position usuelle, « apprise, comme ça se fait dans les services ». La plupart a « continué » de cette manière-là, « je les mets dans les étriers, ce n'est pas forcément idéal mais c'est plus pratique ». La position gynécologique sans mettre les pieds dans les étriers était proposée « pendant la grossesse », parfois « dans le cadre d'un premier examen ». Certains médecins supposaient que « dans cette position-là, souvent, elles arrivent à accepter » l'examen pelvien plus facilement. La position en décubitus latéral a été abordée suite à des réflexions de certains médecins à partir des lectures de « Martin Winckler ».

Celle-ci pouvait être réalisée « pour les femmes enceintes », en cas de « souci de santé si la position gynéco est inconfortable », « il faut basculer les repères de 90° ».

Les médecins demandaient aux patientes « de s'installer de manière confortable », « d'être le plus à l'aise possible », même si cela était moins « pratique » pour eux. Cela permettait « d'avoir juste une petite attention sur le confort de la position gynécologique » comme par exemple, la proposition d'un « petit coussin sous leurs têtes » ou la possibilité de ne pas mettre les pieds dans les étriers. Les médecins avaient tendance à se mettre « dans la position la plus confortable » pour eux et pour s'assurer d'une certaine « habileté technique ». « En fait je pense que ça dépend vraiment du confort du médecin, là on ne pense pas vraiment à la patiente », « pour que la personne soit à l'aise, je dois être à l'aise aussi ». Lors de la mise en place du spéculum, les médecins se plaçaient « entre les jambes de la patiente, assis de préférence ». Alors que pour la réalisation du toucher vaginal, certains restaient dans cette même position et d'autres se mettaient « sur le côté de la femme ».

Certains médecins choisissaient d'utiliser un spéculum en plastique, parce que c'était « moins froid », « jetable », « plus hygiénique ». Il a été évoqué un côté « plus rassurant pour les patientes » concernant l'absence « de risque de contamination ». Il a été préféré au spéculum métallique parce que « ce n'est pas du tout pratique, il faut les stériliser ». Malgré cela, d'autres y voyaient un intérêt « écologique, ça fait moins de déchets », et si on « le réchauffe, il n'est pas froid ». Parfois une utilisation mixte a été faite : « j'utilise principalement les spéculums jetables, je garde sous le coude un spéculum métallique pour les poses quelquefois de stérilet ».

Quelques médecins se servaient de lubrifiant, permettant « d'apporter du confort », « quand il y a des difficultés à mettre le spéculum », sans être « utilisé systématiquement ».

L'usage de gants faisait partie intégrante de l'examen pelvien. Cela s'exprimait de façon évidente : « on sait qu'il faut sur ces examens quand même mettre des gants ». Pour le toucher vaginal, le doigtier était employé « pour une simple raison technique », « l'épaisseur du gant, du vinyle, est moins performante », « les doigtiers sont plus fins et (...) je trouve cela plus pratique ».

Une position qui ouvre la parole

La position choisie par rapport à la patiente permettait de libérer la parole. Un médecin expliquait que lors de l'installation en face de la patiente, en position basse, « la femme, au-dessus de moi, elle ne me voyait plus, et peut-être que là ça libérait des paroles ». Un autre avait l'impression « qu'il y a des choses qui ne se

disent pas de la même façon ou qui ne se dirait pas à un autre moment en fait », « que le fait que la femme ne soit plus en face à face avec nous, on a des informations qui ne sont pas les mêmes que si on l'interrogeait avant, au bureau ».

2.6. Une pratique modifiée par nouvelles recommandations et qui s'intègre dans de nouvelles normes

Les médecins constataient qu'avec le recul « on a fait des examens trop tôt » et qu'aujourd'hui « ça ne sert à rien de faire des examens gynéco avant 17 ans ». Avant les recommandations, « des jeunes femmes », « de 18-20 ans », « avaient eu des frottis, sans avoir eu de rapport » et « c'était compliqué ». Des médecins remarquaient au décours « un vaginisme important », des réticences pour la réalisation des examens pelviens et des difficultés sexuelles notables, « on la fait, de manière, pas suffisamment pensé, imposé, forcé et maintenant on se retrouve avec des femmes d'âges mûres qui ont vécu ça de manière traumatique ». Avec cette nouvelle recommandation, les médecins constataient qu'il était difficile de dire aux patientes « que ça va être tous les trois ans », voire même que « l'examen génital n'est pas nécessaire d'un point de vue médical ». « Les habitudes de pratique c'était l'examen annuel avec le frottis annuel et le toucher pelvien et donc la génération d'avant ou encore celle d'avant avait effectivement cette habitude-là ». Certains considéraient que « la limite », pour réaliser le premier frottis, était « protocolisée ». Néanmoins « elle nous appartient selon l'expérience de la femme en face de nous ». Selon les recommandations « le frottis était réalisé à partir de 25 ans, ou 8 ans après le début de l'activité sexuelle », or un médecin précisait que l'activité sexuelle n'était pas toujours définie par un « rapport avec pénétration », signifiant que pour certaines patientes l'activité sexuelle avait pu commencer plus tôt, motivant ainsi à réaliser le premier frottis et donc le premier examen pelvien plus tôt : « si les jeunes femmes avaient eu des rapports depuis l'âge de 15 ans, on n'attendait pas 25 ans pour faire un frottis ». Un participant complétait « honnêtement, je ne suis pas trop d'accord avec les recommandations de l'âge ».

Les médecins notaient une évolution sociétale par rapport à l'examen pelvien. Avec la génération Distilbène, « elles étaient obligées de se faire faire des examens gynécologiques très tôt à cause du risque de cancer du vagin ». Les nouvelles normes sociétales ont bouleversé la pratique du premier examen pelvien, de par « l'accès à des films, photos pornographiques où il y a des normes mises en place », de « ce qui peut être montré dans certains médias ou certains films ». « Il y a cette image de dire, pour que ce soit bien il faut que ce soit comme ça, bien en terme anatomique, en terme de satisfaction des rapports sexuels, des partenaires ».

« Elles n'acceptent pas de ne pas être dans la norme de ce que donnent les médias ». De plus, « la mode de l'épilation intégrale » interrogeait les patientes sur « la question de leur normalité encore plus qu'avant » car « elles se voient ».

Malgré la féminisation de la profession de médecin généraliste, ce dernier n'est pas toujours identifié pour pratiquer cet examen. Il existait « une méconnaissance de la population générale de ce qui relève des compétences du médecin généraliste », « véhiculée par les médias, les journaux féminins sur la gynéco ». Certaines femmes avaient « côtoyé un certain nombre de médecins généralistes qui ne pratiquait pas la gynécologie », et les médecins actuellement constataient que cela se transmettait « de génération en génération que le médecin traitant ne le faisait pas ou peu ».

2.7. Un examen qui convoque la place du tiers et symbolise le rite initiatique

La parole du tiers pouvait avoir une répercussion sur le ressenti du premier examen pelvien. Quelques médecins interrogeaient les patientes pour savoir « si elles ont déjà eu des échos de la part de la maman, de copines, savoir ce qu'elles en savent exactement ». Les paroles qui revenaient régulièrement étaient le « ressenti comme désagréable », « le contact froid du spéculum en métal », et « il faut le faire ». Des médecins constataient que parfois « elles arrivent angoissées parce qu'elles ont eu les échos », « j'ai ma copine qui m'a dit que c'était horrible », « j'ai peur mes copines m'ont dit que ça faisait mal ». Un médecin parlait « de mamans qui transmettent un côté assez négatif de l'examen gynécologique ».

La parole du tiers avait un retentissement sur la pratique du premier examen pelvien. Quelques médecins notaient que c'étaient les « mamans » qui « amenaient leurs filles pour l'examen gynéco et la contraception ». La plupart des médecins s'accordaient sur le principe que c'était les « mères qui amènent leur fille chez le gynécologue ». Pour « un certain nombre de mères, l'acte technique devait être fait chez un gynéco » alors que « l'acte de prescription de contraception pouvait être du ressort du médecin généraliste ou du médecin de famille ». « C'est maman qui a raconté : il va falloir aller prendre la pilule, mais bon tu vas y passer », dans l'imaginaire de la mère la prise de la première contraception impliquait la réalisation de l'examen pelvien. Un médecin observait que selon son expérience « la pilule c'est les copines, l'examen c'est plus des mères ou des sœurs plus âgées, la cellule familiale, plus que des groupes de pairs ».

Les médecins s'accordaient sur l'idée de faire sortir le tiers, « si les personnes viennent à plusieurs, ce qui arrive parfois, je fais sortir, je ne fais jamais l'examen avec une autre personne ». Quelques médecins

s'interrogeaient sur la place de l'enfant durant la consultation, « l'enfant n'a pas à assister à ce qui pourrait être un autre de la mère, donc ce qui se passe dans l'intimité des mères ne concerne pas les enfants ». Un autre soulignait que c'est une consultation qui leur était dédiée « un moment d'échange entre la mère et moi où on peut discuter d'elle » et la présence de l'enfant « ne facilite pas la relation de détente, de relaxation lors de l'examen ».

Le tiers influençait le premier examen pelvien dans sa représentation de rite de passage, de rituel initiatique : le fait de devenir une femme. « Voilà, je suis allée chez la gynéco parce qu'il me fallait mon examen, maman m'a dit qu'il fallait que ». « C'est la mère qui dit : il faut faire l'examen gynéco, parce que toutes les femmes elles ont un examen gynéco, et c'est comme ça, tant que tu n'as pas un examen gynéco tu n'es pas une femme ». La réalisation du premier examen « quand on devient une femme » semblait nécessaire. Quelques médecins rapportaient que pour les patientes elles-mêmes avoir un examen « dans leur symbolique et représentation était quelque chose d'important ». Dans certaines communautés comme celles des gens du voyage, « c'est un passage initiatique, un petit peu aussi comme la grossesse ».

2.8. L'attention aux réticences à l'examen, aux ressentis et aux expressions de la patiente ouvre le dialogue

Les réticences

Les réticences semblaient plus souvent exprimées de manière détournées ou de façon non-verbale. Des stratégies d'évitements étaient mises en place par les patientes « qui ont toujours leurs règles (...) c'est le renouvellement annuel, l'examen annuel et ça tombe pas bien », certaines même « refusant l'examen ». Le corps pouvait également traduire une certaine réserve à cet examen. Certaines patientes pouvaient avoir une « attitude contractée un peu plus importante que d'autres », pouvant se manifester par « un mouvement de recul », « un spasme vaginal quand on met le spéculum », « les cuisses se referment ». Certains médecins décrivaient même « une grande difficulté à l'examen gynéco », en parlant de « verrouillage physique », « quelque chose que l'on ne contrôle pas, d'irrationnel », une impossibilité à « mettre le spéculum ».

Les réticences repérées permettaient au médecin d'entamer le dialogue. La simple difficulté par exemple à poser un spéculum pouvait permettre d'amener la discussion sur « est-ce que pendant les rapports c'est compliqué ? », « est-ce qu'il peut y avoir une pénétration ? », « est-ce qu'il y a des douleurs ? » Plusieurs médecins témoignaient « poser la question directement », en disant par exemple : « je vois que vous n'êtes

pas à l'aise, est-ce qu'il y a eu quelque chose ? Est-ce que vous avez subi des violences sexuelles ? ». D'autres avaient « intégré » la problématique des violences sexuelles « à leur interrogatoire de façon systématique ». Les médecins se questionnaient par rapport à ces réticences et essayaient de les interpréter. « Celles qui refusent de façon itérative je suis toujours un peu interrogé sur les raisons du refus ». Ils analysaient que « quand ça ne se passe pas très bien, il y a souvent eu des choses complexes avant ». « Tout le champ des violences » était évoqué : « maltraitance », « mauvaises expériences antérieures médicales ou pas médicales », « problèmes d'attouchement ou des choses comme ça ». Un médecin mentionnait « la crainte réelle de l'examen gynéco », avec « une sexualité non satisfaite et très douloureuse » pouvant avoir des répercussions sur la pratique de cet examen.

Et parfois « c'est phobique, il y a pas eu de violence, y a rien eu de spécial ».

Les ressentis

Pour le médecin, la patiente redoutait le premier examen pelvien. Certains médecins supposaient que les patientes étaient « terrorisées en arrivant », « inquiètes à l'idée qu'on va les examiner », « inquiètes de savoir ce qu'elles ont, ce qu'on pourrait leur trouver », parfois même « elles se font des films ». Mais ce ressenti n'était pas unanime puisque d'autres pensaient qu'au contraire, elles « ne s'inquiètent pas d'un examen gynécologique », « j'ai rarement des femmes qui sont complètement terrorisées ou qui vivent mal ce premier examen ».

Ils imaginaient une certaine appréhension de la douleur, « elles viennent avec l'idée que ça va faire mal, parce qu'on leur a dit que ça allait faire mal ». Les médecins présumaient que « ce n'est pas agréable, autant terminer le plus rapidement possible ». La crainte de l'inconnu pouvait amplifier cela, « c'est un examen qui est quand même redouté par les patientes, surtout pour la première fois ».

Les médecins supposaient que cet examen de l'intime pouvait être vécu comme intrusif pour la patiente. « Il y a des femmes qui arrivent en disant : ah non mais vous ne pourrez pas m'en faire moi je suis trop pudique ». Certains médecins expliquaient qu'ils devaient parfois préciser « il va quand même falloir enlever la culotte ». Le toucher vaginal était comparé au rapport sexuel, « c'est une pénétration aussi, comme l'imaginaire des premiers rapports qui peuvent être douloureux ». Le médecin avait conscience que l'examen pelvien « c'est un peu une intrusion dans leur vie intime », et ce d'autant si l'on « commence par le toucher vaginal ». La patiente « laisse le médecin aller, ouvrir, rentrer dans sa partie intime ». De plus, un gynécologue rapportait que certaines patientes se plaignaient de vaginisme pouvaient imaginer, lors de l'examen, « qu'il y a un danger à la pénétration parce qu'il n'y a pas de fond : jusqu'où ça va aller ? ».

Ils se représentaient que des patientes avaient déjà une connaissance de ce premier examen : « elles ont dû se renseigner », car « elles viennent depuis un certain temps, (...) j'ai l'impression qu'elles savent déjà ce que c'est »

Les expressions

Les médecins présumaient être questionnés : « sur la normalité des patientes ou sur l'absence de problème quelconque, qu'elles se sont imaginées ou qu'elles ont entendu parler ». Les patientes amenaient des symptômes divers qui pouvaient interroger le médecin sur leur normalité. Cela pouvait être « des pertes particulières », « une gêne au niveau des rapports », des « démangeaisons », « ne pas arriver à mettre de tampon ». Certains médecins requéraient une « indication médicale » lors du premier examen pelvien, et non « à la demande ». « C'est un examen que je ne vais pas du tout proposer s'il n'y a aucun symptôme ». Les médecins pensaient devoir « rassurer sur la normalité » des patientes ; et même si « là il n'y a pas besoin d'un point de vue médical de refaire l'examen », certaines femmes demandaient « ah oui mais j'aime mieux que vous vérifiez ». Ils comprenaient qu'il existait souvent un « rapport à la future maternité » : « j'ai un utérus normal donc je pourrai avoir des enfants ». Il s'agissait également de les conforter sur « l'intégrité des organes génitaux », « on voit à l'intérieur, il y a bien un col de l'utérus, un vagin qui est normal » avec le questionnement « suis-je normale d'un point de vue anatomique ? ».

2.9. Un examen inscrit dans le champ de la sexualité

Un examen troublant que l'expérience apprivoise

Un médecin ayant une activité exclusivement gynécologique réalisait : « je me rends compte que je banalise, pour moi c'est un examen comme un autre ». Au contraire, un autre reconnaissait ne pas « être pas à l'aise vis-à-vis de l'examen gynéco du fait que j'en fais de moins en moins et puis j'ai peut-être un peu d'à priori ».

Un examen qui conditionne le suivi gynécologique et la sexualité de la patiente

Les médecins avaient conscience que la réussite des premiers examens pelviens conditionnait « la qualité de nos examens futurs ». « Passer du temps la première fois, c'est un investissement rentable sur le fait que la suite va bien se passer ». En discutant de leur planning, « tu mets plus de temps au début mais tu en gagnes après », parce que « ce sont des moments importants qui font que plus tard il y aura un blocage ou pas

». De même, ils se rendaient compte des conséquences, « le traumatisme ce n'est pas que au moment de l'examen gynéco qui est répété, ça peut aussi avoir une incidence sur leur vie sexuelle, leur rapport avec leur corps ». Certains témoignaient avoir vu « des femmes pour qui ça avaient vraiment altéré leur sexualité ou leur grossesse ».

Un participant expliquait aux patientes que « si elles ont mal c'est de ma faute », « c'est je pense quelque chose qui les rassure », et « ça minimise l'angoisse de la douleur ». L'ordre choisi pour réaliser les différents gestes de l'examen pelvien pouvait avoir un impact. Par exemple, commencer par le toucher vaginal, parce que « cela semble le moins agressif de tous », « avec cette notion d'aller doucement ». Ils exprimaient leur crainte de « faire mal, de choquer, d'être intrusif », tout en admettant que « en général ça se passe très bien quand même ».

Les médecins repéraient l'impact de leur dimension sexuée lors du premier examen. « On ne peut pas échapper au fait que les femmes médecins et les hommes médecins n'ont pas le même rapport à l'examen gynéco ». Certains médecins hommes pensaient que le vécu de l'examen pouvait être différent en raison de leur sexe : « c'est un peu particulier parce que je suis un homme », « c'est un examen qui est redouté, surtout pour la première fois (...) encore plus avec un médecin homme, sans doute ». Certains imaginaient qu'« elles se préparent pour le jour de l'examen, peut-être j'en sais rien, c'est parce que je suis un homme ». Au contraire, d'autres ne croyaient pas « que ce soit dû au sexe du médecin ». Un médecin concluait « les gens qui s'apprêtent, qui se préparent, acceptent de donner à voir quelque chose de l'intimité ».

Lors du toucher vaginal, « se mettre sur le côté », permettaient à la patiente « d'être à l'aise », particulièrement quand c'étaient « les hommes qui faisaient de la gynéco ». Le toucher vaginal étant « un examen intime », le médecin s'installant « en face » de la patiente, cela pouvait suggérer « une position de rapport sexuel ». Un autre exprimait que le positionnement en face lors du toucher vaginal était « un peu équivoque » et qu'il ne se sentait pas « à l'aise », privilégiant la position « sur le côté je me sens bien mieux ».

L'évolution sociétale avec « la féminisation de la profession » amplifierait cette thématique, « dans le temps il n'y avait que des hommes, on ne se posait pas la question ». Un médecin constatait qu'étant la seule femme dans un cabinet médical groupé, « les trois quart de la gynéco » arrivaient chez elle, même si « c'est un peu moins vrai maintenant ».

Un autre supposait que l'examen gynécologique lors de la pose du spéculum avec « le contact de la paroi » du vagin, pouvait leur permettre de « se projeter dans le rapport », ouvrant la discussion sur leur sexualité. Un médecin analysait : « c'est comme si tu parles au vagin, c'est bête ».

DISCUSSION et CONCLUSION

DISCUSSION

1. Résultats principaux

Les médecins pratiquaient le premier examen pelvien chez les femmes de moins de 25 ans au cas par cas, de manière singulière. Prendre le temps était inhérent à toutes les phases du premier examen pelvien : temps d'information, de préparation, de réalisation, de discussion et de programmation du suivi. Le premier examen pelvien avait une connotation sexuelle induite par : le déshabillage, la nudité, le positionnement, l'acte de pénétration qu'il nécessite. Les médecins mettaient en place des stratégies pour instaurer de la distance avec la sphère de l'intime. Pour cela, ils utilisaient la parole, le regard et le toucher, pour appuyer le choix de la position et du matériel employé. Ils adaptaient leur discours pour accompagner l'examen, et prenaient en compte l'importance du poids des mots, pour éviter une ambiguïté. Le tiers avait une influence sur l'initiation du premier examen pelvien, les représentations et les réticences de la patiente. Cet examen pouvait symboliser un rite de passage : le fait de devenir une femme. Les médecins supposaient être questionnés sur la normalité et l'intégrité anatomique des patientes. De plus, ils présumaient une certaine anxiété, une crainte de la douleur, et un vécu intrusif de l'examen. En tenant compte du ressenti des patientes, ils adaptaient leur pratique pour s'assurer de l'adhésion aux suivis gynécologiques. Les médecins repéraient l'impact de leur dimension sexuée lors du premier examen ainsi que le caractère sexuel de ce dernier. Les pratiques avaient été remises en question avec les recommandations de l'HAS et l'émergence de nouvelles normes sociétales. Malgré la féminisation de la profession de médecin généraliste, ce dernier n'est pas toujours identifié pour pratiquer cet examen.

2. Discussion générale

Le ressenti des médecins sur le vécu du premier examen pelvien est comparable à celui des patientes

De nombreuses publications ont abordé le sujet du premier examen pelvien, du point de vue des patientes, notamment trois travaux de thèse (2) (19) (20).

L'inconnu induit par ce premier examen génère de l'angoisse (20). Il peut susciter de l'inquiétude, source de tension, par la crainte de la douleur, de la nudité, du jugement possible du médecin (21) (22) (23).

Un sentiment de vulnérabilité est présent, induit par la difficulté de la patiente à éloigner de son esprit toute connotation sexuelle durant la consultation (19) (23) (24). Le premier examen pelvien réalisé, chez des femmes plus âgées, permet une meilleure acceptation et expérience de celui-ci (18) (19).

Le choix du médecin (2) (20) (24) et la place du tiers (18) (21) (24) (25) prennent une part importante.

De même, les explications et informations fournies tout au long de l'examen sont indispensables pour permettre une relation de confiance et de respect au sein du couple médecin-patiente (19) (23) (24) (26). Les mots employés ont un poids considérable lors de cette consultation (27). Les attentes des patientes sont d'être rassurées sur son déroulement (28) (29).

La possibilité d'avoir une liberté de parole est vécue comme un soulagement, particulièrement quand le champ des violences est évoqué (19). Ce questionnement est souvent peu posé par les médecins (19) (30) (31) (32).

Il est intéressant de constater de multiples concordances entre ces résultats et ceux trouvés dans l'étude. En effet, on peut mettre en miroir les problématiques soulevées par les patientes avec ceux relevés par les médecins. Cette réciprocité n'est pas retrouvée dans la thèse de A. Kielar et E. Moreau (2). Malgré l'évocation sur les freins du premier examen gynécologique, les médecins n'explorent pas leurs déterminants.

Une pratique qui nécessiterait des apprentissages guidés dans la formation du médecin

Il n'existe pas de recommandations ni de publications françaises pour guider et sensibiliser le médecin aux caractéristiques du premier examen pelvien. Un cours centré sur « L'examen gynécologique » rédigé par l'équipe du Dr. Soulard (33) préconise des attitudes et des comportements qui concordent avec les résultats de l'étude. La consultation gynécologique est importante même sans réalisation de cet examen : il ne doit pas être imposé. Le médecin peut le proposer à toute femme, pour la rassurer sur la normalité de son corps (33). La patiente devrait être interrogée sur les premières relations sexuelles avec pénétration, sur les craintes qu'elle pourrait avoir de l'examen, sur des violences sexuelles qu'elle aurait pu subir (33). Prendre le temps d'expliquer l'examen pelvien, son déroulement et sa finalité, sont indispensables (33). Le médecin doit respecter la pudeur de la femme, et mettre en place des stratégies pour cela (33). La parole accompagne tout le temps de l'examen (33).

Plusieurs ouvrages, parus en 2016, (34), (35), proposent un outil écrit accessible aux femmes abordant la sphère gynécologique. L'objectif est de leur permettre d'être actrices des décisions prises concernant leur

santé. Les patientes sont informées sur : le rôle de la consultation gynécologique, le ressenti possible de celle-ci, le droit à choisir l'examinateur, et le moment de l'examen.

L'enseignement du savoir-faire du premier examen pelvien devrait être progressif au cours des études médicales et approfondi avec la pratique. Sa finalité serait de rendre le médecin plus à l'aise avec la patiente, et de l'examen de la sphère de l'intime (9).

La gestion de l'intime

L'intime tient une place centrale au cours de la consultation gynécologique. Ce qui est caché des autres et appartient à la sphère privée, est dévoilé au cours de l'examen. Cet élément important est relevé dans l'ensemble des résultats de l'étude.

La pratique de l'examen gynécologique induit un contact intime susceptible d'être assimilé à une relation sexuelle. La question du déshabillage, et de la pudeur de la patiente est fondamentale.

31,1% des femmes de l'étude de C. Gautier (19) avaient un sentiment de vulnérabilité vis-à-vis du médecin lors du premier examen pelvien. Les explications retrouvées étaient le fait d'être nue face au regard de l'examinateur, la position gynécologique avec l'installation dans les étriers et les difficultés de communication. Dans une étude norvégienne de 1997 (24), comme pour les articles (36) et (37), une partie des femmes se représentait, également, une connotation sexuelle lors de l'installation dans les étriers.

Les médecins facilitaient l'acceptation de l'examen par les patientes. Des stratégies étaient élaborées pour permettre le déshabillage et le respect de la femme. La culotte est ôtée en dernier, symbole de « dernier rempart avant la nudité » (16) et gardée à proximité de la femme. Un espace dédié au déshabillage pouvait être instauré comme un paravent ou une cloison séparant le bureau de la salle d'examen. Ainsi la dimension sociale et sexuelle du déshabillage était mise en retrait. Un lien a été mis en évidence entre l'amélioration du vécu du déshabillage ($p=0,03$) et l'existence d'un espace séparé pour se dévêter, de même pour la douleur ressentie ($p=0,03$) (19).

La parole avait pour objectif de dédramatiser l'examen, de l'accompagner de mots pendant toutes les phases de réalisation et de rassurer la patiente (22) (27). Pour détourner l'attention des gestes réalisés, le langage était utilisé comme une « arme défensive qui permet de retirer toute vraie intimité à l'espace intime » (38).

Le positionnement du médecin et de la patiente avait pour but de mettre une barrière face à l'intime, et ne pas suggérer une situation en lien avec la sexualité (24) (39) (40). Une étude confirme l'intérêt de cette

attitude de mise à distance du « corps de l'autre ainsi que la dimension érotique et sensuelle du contact charnel » (16).

Le fait de rester dans l'habileté technique amène un cadre qui codifie l'acte médical.

Le Conseil de l'Ordre National des Médecins a rédigé un rapport en 2000 sur les pratiques médicales et la sexualité (41). « L'acte médical, permis par des droits particuliers reconnus aux médecins, a pour principe absolu de n'être d'aucune façon mêlé à une relation sexuelle ». Cela avait été formulé dès le Serment d'Hippocrate (42). Les recommandations proposées se basent sur une prise de conscience de cette problématique, une amélioration de la formation des médecins et la mise en place de précautions appropriées par les professionnels.

Un point important du travail de recherche est la place de la dimension sexuée du médecin (16). La question de son sexe est souvent traitée dans les publications. Les résultats semblent discordants. La consultation gynécologique est parfois évaluée plus positivement si elle est réalisée par une femme (18), (43) et parfois non (21), (44). Il ne semblerait pas exister de lien entre le sexe de l'examineur et la douleur ($p=0,14$) ou le ressenti ($p=0,98$) durant l'examen (19). 81,1% des patientes étaient examinées par un médecin de sexe masculin (19). 18,9% des femmes pensaient que le rapport homme-femme prédominait sur la relation médecin-patient (19). Les hypothèses sur le choix du médecin selon son sexe pouvaient être en lien avec la religion (45) et (46), la pudeur, l'ambiguïté des relations hommes-femmes (19). Les patientes qui acceptaient la réalisation du premier examen pelvien par un homme considéraient le médecin comme asexué (19). L'instauration de stratégie de distanciation par rapport à la sphère de l'intime concerne autant les hommes que les femmes médecins (47).

Nouvelles normes sociétales

Lors de l'étude, les médecins avaient détaillé une évolution de leur pratique d'une part avec les recommandations HAS (10), et d'autre part avec les modifications imposées par la société. Selon l'article de L. Charbonneau, « l'évolution de la société depuis l'arrivée massive des medias dans la vie privée des gens a influencé de façon considérable les comportements adolescents » (39).

L'accès à la pornographie est facilité avec les médias (48). La sexualité de 58 % des garçons et 42 % des filles est influencée par la pornographie (49). Selon cette même publication, plus la consommation débute jeune, plus la demande d'imitation des actes sexuels vus est augmentée.

Pour répondre aux exigences d'une image corporelle médiatisée et virtuelle, l'épilation complète des parties génitales et la recherche de performances sexuelles, initiées par cette industrie, sont devenues une norme sociétale (50).

Les adolescents semblent se questionner par rapport à leur sexualité, et trouver des réponses par eux-mêmes. Le rôle des médecins peut être d'initier ce sujet, en laissant la possibilité d'avoir un temps et un lieu dédiés à cette problématique. Cela pourrait être proposé lors de la première consultation pour l'examen pelvien, comme le suggère le Pr. Nisand (51).

3. Le choix du professionnel

Selon la thèse de J. Wittmann de 2009 (52), 13.58% des femmes ne savent pas que les généralistes sont compétents dans le suivi gynécologique, alors que 65% ont connaissance de leurs capacités à répondre à un problème intercurrent. 41.13% des femmes préfèrent consulter un gynécologue plutôt que leur médecin traitant et 13.2% refusent en raison de la gêne par rapport à la sphère intime.

Les femmes doivent savoir vers quels professionnels de santé elles peuvent s'orienter pour leur examen gynécologique. Il existe encore une méconnaissance et des représentations autour de ceux ayant une activité de gynécologie. Le rôle spécifique des médecins généralistes et des sages-femmes doit être promu par le biais des médias, des livres et des professionnels eux-mêmes. « La relation établie avec le corps médical implique d'y avoir eu accès, et l'accès aux professionnels contribue au succès de la première consultation » (53).

4. Forces et faiblesses

Originalité de l'étude

L'objectif de ce travail était de s'intéresser à la pratique du premier examen pelvien chez des médecins généralistes et des gynécologues. De nombreuses thèses ou publications françaises et étrangères abordent ce sujet du point de vue des patientes. L'opinion de ceux qui réalisent le premier examen pelvien avait été peu explorée jusque-là.

Echantillon des participants et difficulté de recrutement

Les sages-femmes (travaillant en milieu hospitalier, libéral, ou PMI) ont été exclues car malgré l'élargissement de leurs champs de compétences avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) de 2009, elles n'ont pas pu les mettre en œuvre en raison d'une méconnaissance de leur pratique par les femmes (54).

Cette étude a été limitée par des difficultés de recrutement tant parmi les maîtres de stage universitaire que les gynécologues. En recherche qualitative, l'objectif est d'être exploratoire et non représentatif.

Le travail de thèse avait pour objectif d'obtenir des groupes de pratique hétérogènes. Un seul gynécologue a été inclus, car il avait une pratique de la gynécologie avec des consultations de sexologie, notamment à la Maison Des Adolescents, et il a été intéressé par la thématique de notre thèse. Concernant les raisons des difficultés de recrutement parmi les gynécologues hospitaliers et libéraux, les hypothèses pouvaient être : le manque d'intérêt de notre question par rapport à leur pratique, les difficultés à prendre une demi-journée pour participer aux focus groups. Par conséquent, l'inclusion d'un seul gynécologue ayant un regard peut-être différent sur sa pratique a eu un impact sur les résultats.

Concernant les maîtres de stage universitaire, la variation maximale a été obtenue sur les critères suivants : âge, sexe et activité axée ou non en gynécologie. Les hypothèses par rapport aux difficultés de recrutement pouvaient être : le manque d'intérêt pour le sujet de thèse, une pratique en gynécologie faible, un recrutement s'effectuant à proximité des vacances scolaires, la difficulté à se libérer une demi-journée, l'accueil d'un nouvel interne à la date du deuxième focus group.

A l'issue des recrutements des deux premiers focus groups, un nombre minimal de réponses positives avait été obtenu, et aucun autre participant ne souhaitait y prendre part. En raison d'annulations tardives et de non venues, le deuxième focus group n'était constitué que de trois médecins, le rendant non valide scientifiquement (55).

Cela a conduit à réaliser un troisième focus group avec une méthode de recrutement différente. Certains médecins ont participé une seconde fois. On peut penser que cela a pu enrichir la discussion, puisqu'une connaissance précise du thème a pu les faire réfléchir à des situations cliniques pertinentes. Un recrutement par effet boule de neige a permis de compléter ce troisième focus group.

Les motifs de non-participation n'ont pas été explorés.

Choix de la technique des focus group

Cette technique d'entretien permet un dynamisme de groupe, pour échanger sur les pratiques de chacun, apporter des idées nouvelles parfois inattendues et se remémorer des situations cliniques en lien avec le travail de recherche. Elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion libre (56) (57).

Le choix initial de faire un tirage au sort aléatoire avait pour objectif de constituer des groupes hétérogènes de pratique et d'obtenir ainsi un échantillon en variation maximale.

Le double codage par les enquêteurs a permis la triangulation des données.

Limite du guide d'entretien

Le guide d'entretien s'est enrichi des entretiens précédents. Lors du deuxième focus group, le temps de parole de l'animatrice a été plus important en raison du manque de dynamisme du groupe.

Le questionnement autour de la présence du tiers et de l'origine culturelle de la patiente a été très peu élaboré malgré son évocation au cours du premier focus group.

Expérience des thésards

Les deux chercheurs ne bénéficiaient pas d'expérience antérieure de recherche et se sont appuyés sur l'accompagnement méthodologique de chercheurs expérimentés.

Il convient de noter que le parcours personnel et professionnel des chercheurs a pu influencer le travail de thèse dans son choix et sa lecture : sexe féminin, analyse et rédaction de l'étude lors des deux derniers semestres d'internat, un stage de gynécologie hospitalière pour l'une et un stage ambulatoire libéral de gynécologie pour l'autre.

Conclusion

Cette étude a montré une concordance entre les problématiques des patientes et celles des médecins sur le vécu du premier examen pelvien. Elle a aussi relevé ses particularités liées à l'intime de la relation et aux enjeux de sexualité qu'elle soulève. La nécessité d'apprentissages guidés dans la formation des médecins a émergé. Il apparaît ainsi que des critères d'acceptabilité peuvent être décrits : la consultation dédiée avec un temps adapté, le premier examen pelvien différé ou partiel.

Le soignant doit s'engager dans une démarche individuelle d'aide au choix. Il garde à l'esprit que le premier examen pelvien est un passage fondamental dans la vie des femmes et qu'il a une influence sur la sexualité et le suivi gynécologique ultérieur.

Dans un objectif de prévention et d'éducation, il doit anticiper l'information sur la consultation gynécologique, et s'assurer de la compréhension de la patiente. Le soignant peut s'aider de guides existants tels que celui de l'INPES (15) ou pour les Angevins du document remis par le centre Flora Tristan (Annexe 5).

La méthode BERGER recommandée par l'OMS pour la contraception (58) pourrait être adaptée à la pratique du premier examen pelvien puis pour le suivi. Il y a six étapes de consultation permettant à la femme d'être actrice de sa santé :

- le BIENVENUE a pour objectif de favoriser une relation de confiance entre médecin et patiente, et d'apporter une écoute bienveillante.
- l'ENTRETIEN recueille des informations la concernant comme les antécédents, le mode de vie, la vision de l'examen, la sexualité et les violences sexuelles.
- les RENSEIGNEMENTS permettent aux soignants de délivrer une information sur mesure, claire et adaptée à la patiente. Ils peuvent remettre un document écrit complémentaire (15) (34) (35) (Annexe 5).
- le CHOIX, la patiente décide avec l'aide du soignant.
- les EXPLICATIONS sont fournies tout au long de la consultation avec une programmation des suivantes.
- le RETOUR concerne le suivi gynécologique de la patiente, et répond aux questions de la femme.

Une proposition pourrait être la création d'une consultation dédiée autour de ce premier examen pelvien pour permettre d'informer clairement et intelligiblement la patiente, et de l'autoriser à poser des questions librement. Cela pourrait signifier également une cotation spécifique de cette consultation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête nationale Périnatalité [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>
2. Kielar A, Moreau E. Enjeux et complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et la femme jeune: une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de femmes âgées de 18 à 30 ans [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
3. Compte-rendu de l'audition des Gynecologues medicaux [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
4. Démographie des sages femmes, Frédérique Teurnier (Collège National des Sages-femmes) - teurnier_demographie_SF.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2013/PDF/teurnier_demographie_SF.pdf
5. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs - er791.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
6. RPPS Médecins - Synthèse des effectifs au 1er janvier 2015 - rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf [Internet]. [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
7. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 18 févr 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
8. Royer L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire: enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de Mai à Octobre 2010 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
9. Chambenoit B. La formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région Centre: où et comment sont-ils formés ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2011.
10. Recommandations_depistage_cancer_du_col_de_utérus HAS [Internet]. [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
11. UMVF CNGOF examen gynéco [Internet]. [cité 29 janv 2014]. Disponible sur: http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf

12. CNGOF RPC FCV et cancer du col [Internet]. [cité 29 janv 2014]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf
13. Quand faut-il commencer le dépistage du cancer du col utérin? [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_539_morcel.pdf
14. Recommandations pour le frottis cervical [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://www.oncoprof.net/Generale2000/g03_Depistage/Index/index_dp03.php
15. Guide_premiere_consultation_gynecologique INPES [Internet]. [cité 25 mars 2016]. Disponible sur: http://www.sparadrap.org/gyneco/pdf/sparadrap_guide_premiere_consultation_gynecologique.pdf
16. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psy. 1 sept 2002;no 27(3):81-92.
17. McCarthy V. The first pelvic examination. J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract. oct 1997;11(5):247-9.
18. Gupta S, Hogan R, Kirkman RJ. Experience of the first pelvic examination. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept. mars 2001;6(1):34-8.
19. Gautier C. Le premier examen gynécologique: une épreuve pour les femmes? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
20. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
21. Bodden-Heidrich R, Walter S, Teutenberger S, Küppers V, Pelzer V, Rechenberger I, et al. What does a young girl experience in her first gynecological examination? Study on the relationship between anxiety and pain. J Pediatr Adolesc Gynecol. août 2000;13(3):139-42.
22. Ricciardi R. First pelvic examination in the adolescent. Nurse Pract Forum. sept 2000;11(3):161-9.
23. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. Acta Obstet Gynecol Scand. nov 2003;82(11):1030-6.
24. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. Fam Pract. avr 1997;14(2):148-52.
25. Y a-t-il des règles relatives à la présence d'un tiers durant l'examen gynécologique? - binfo4.pdf [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.cmq.org/pdf/banque-info/binfo4.pdf>
26. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. The first pelvic examination. J Psychosom Obstet Gynaecol. mars 2007;28(1):7-12.

27. Cardamone A. Gynecological exam of the adolescent: clinical and methodological approach - Minerva Pediatrica 2002 December;54(6):521-4 - Minerva Medica - Journals [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-pediatrica/article.php?cod=R15Y2002N06A0521>
28. Breech L, Holland-Hall C, Hewitt G. The « well girl » exam. J Pediatr Adolesc Gynecol. août 2005;18(4):289-91.
29. Moore A. Her First Pelvic Examination: Helpful Hints for the Practitioner. J Nurse Pract. 1 sept 2007;3(8):560-1.
30. Circulaire DGOS n° 2015-345 du 25 novembre 2015 relative à la mise en place, dans les services d'urgence, de référents sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-12/ste_20150012_0000_0080.pdf
31. Guide destiné aux médecins libéraux face aux violences faites aux femmes [Internet]. [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-paca.org/wp/wp-content/uploads/2015/06/Guide-maltraitance-femmes.pdf>
32. Dépistage des violences faites aux femmes: le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant [Internet]. [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Femme/depviolen.ppt>
33. L'examen gynécologique, Dr. SOULAT, université Paris Descartes [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Civg/exagyn.doc>
34. Ledig A, Linet T. Mon guide gynéco - Teddy LINET, Agnès LEDIG, [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.amazon.fr/Mon-guide-gyn%C3%A9co-Teddy-LINET/dp/2266265555>
35. Descamps P. Docteur j'ai encore une question - Philippe Descamps [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: https://www.amazon.fr/Docteur-jai-encore-une-question/dp/2035896045/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1461055927&sr=1-1&keywords=docteur+j%27ai+encore+une+question
36. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand. avr 1998;77(4):422-8.
37. Haar. Factors Related to the Preference for a Female Gynecologist. : Medical Care [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1975/09000/Factors_Related_to_the_Preference_for_a_Female.8.aspx
38. Hall ET, Choay F, Petita A. La dimension cachée. Paris: Éd. du Seuil; 1971.

39. Charbonneau L. Le premier examen gynécologique de l'adolescente. *Can Fam Physician*. mai 1991;37:1156-61.
40. Guyard L. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines, chez la gynécologue. *Ethnol Fr*. 18 janv 2010;40(1):67-74.
41. Pratique médicale et sexualité, rapport du conseil national de l'ordre des médecins, Pr. Hoernie, 2000 [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sexuelles.pdf>
42. Le serment d'Hippocrate | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 8 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
43. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 1 nov 2012;89(2):221-6.
44. Lanne O. La gynécologie en médecine générale: le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. Faculté de médecine et de pharmacie; 2009.
45. Onyemelukwe A, SonnyJohnbull O, Umar AA, Ara BI, Raphael AE, Pius EO, et al. Preference for Health Provider's Gender amongst Women Attending Obstetrics/ Gynecology Clinic, ABUTH, Zaria, Northwestern Nigeria. *Am J Public Health Res Am J Public Health Res*. 23 janv 2014;2(1):21-6.
46. Zuckerman M, Navizedeh N, Feldman J, McCalla S, Minkoff H. Determinants of Women's Choice of Obstetrician/Gynecologist. *J Womens Health Gend Based Med*. 1 mars 2002;11(2):175-80.
47. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin: le cas de la consultation gynécologique [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris Ouest Nanterre La Défense; 2008.
48. Poulin R. La pornographie, les jeunes, l'adocentrisme. *Cah Dyn*. 1 sept 2011;(50):31-9.
49. Marzano M. Alice au pays du porno : Ados : leurs nouveaux imaginaires sexuels - Michela Marzano, Claude Rozier - Paris - 2005 [Internet]. 2005 [cité 26 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.amazon.fr/Alice-pays-porno-nouveaux-imaginaires/dp/2841147037>
50. Poulin R. Sexualisation précoce et pornographie. Lectures [Internet]. 25 déc 2009 [cité 26 avr 2016]; Disponible sur: <https://lectures.revues.org/861>

51. Nisand I. Et si on parlait de sexe à nos ados ?: Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles - Israël Nisand, Brigitte Letombe, Sophie Marinopoulos - Livres [Internet]. [cité 8 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.amazon.fr/parlait-sexe-nos-ados-grossesses/dp/2738127568>
52. Wittmann J. Déterminants du lieu de consultation pour les soins primaires en gynécologie obstétrique: enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2009.
53. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. 23 juin 2011;23(2):77-87.
54. Pleurmeau M. L'impact de la loi HPST sur la mission des sages-femmes vis-à-vis de la contraception et du suivi gynécologique. 2012.
55. la méthode des focus groupes, CNEG, Nice [Internet]. [cité 7 mai 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
56. Sharden Simon J. « How to Conduct a Focus Group, » by Judith Sharden Simon [Internet]. The Grantsmanship Center. 2008 [cité 24 avr 2016]. Disponible sur: <https://www.tgci.com/podcasts/how-conduct-focus-group-judith-sharden-simon>
57. S'approprier la méthode du focus group [Internet]. [cité 18 avr 2016]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/focus_group.pdf
58. Comment aider une femme à choisir sa contraception? INPES [Internet]. [cité 27 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des médecins 8

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	10
RESUME.....	2
INTRODUCTION	3
MÉTHODES	5
1. Choix et recrutement des participants :	5
2. Recueil des données :.....	6
3. Conditions du recueil et d'enregistrement :	7
4. Retranscription des entretiens :	7
5. Analyse des données :	7
RÉSULTATS	8
1. Caractéristique de la population.....	8
2. Données recueillies	8
2.1. La pratique du premier examen pelvien était singulière et adaptée dans des habitudes ancrées	8
2.2. Une pratique qui s'inscrit dans le temps de la jeune patiente et qui l'accompagne.	10
2.3. Un examen de l'intime et du caché qui met à nu et demande un toucher délicat et un regard bienveillant	11
2.4. Un examen inconnu générateur d'inquiétudes qui sollicite le médecin à donner confiance	13
2.5. Un matériel adaptable et un examen adapté pour améliorer le confort de la patiente et du médecin	15
2.6. Une pratique modifiée par de nouvelles recommandations et qui s'intègre dans de nouvelles normes	17
2.7. Un examen qui convoque la place du tiers et symbolise le rite initiatique	18
2.8. L'attention aux réticences à l'examen, aux ressentis et aux expressions de la patiente ouvre le dialogue	19
2.9. Un examen inscrit dans le champ de la sexualité	21
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	23
1. Résultats principaux	23
2. Discussion générale.....	23
3. Le choix du professionnel	27
4. Forces et faiblesses	27
BIBLIOGRAPHIE	31
LISTE DES TABLEAUX.....	36
TABLE DES MATIERES	37
ANNEXES.....	I
1.1. Annexe 1 : Lettre d'information et de proposition de participation	I
1.2. Annexe 2 : Formulaire de consentement	II
1.3. Annexe 3 : Verbatim	III
1.4. Annexe 4 : Livre de code	LVI
1.5. Annexe 5 : Guide première consultation gynécologique, centre Flora Tristan, CHU Angers	LXVII

ANNEXES

1.1. Annexe 1 : Lettre d'information et de proposition de participation

Premier mail envoyé aux médecins généralistes

Chère consœur / Cher confrère,

Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, nous souhaitons vous convier à un focus group, c'est-à-dire une réunion entre pairs menée par un animateur. Notre sujet porte sur les pratiques du médecin lors du premier examen pelvien chez les femmes de moins de 25 ans sexuellement actives.

La parole est libre et notre échange reste strictement anonyme et confidentiel.

Nous avons sélectionné deux dates possibles :

le jeudi 8 octobre de 9h30 à 11h30

le jeudi 5 novembre de 9h30 à 11h30.

Merci de nous confirmer votre participation ou non, puis la date choisie.

Cordialement,

Aurore RIALLAND

Margaux RIPAUD

Directrices de thèse : Dr. BARON et Dr. NETO-ANNE

Deuxième mail envoyé

Chère consœur / Cher confrère,

Nous revenons vers vous suite à notre précédent mail concernant notre thèse de gynécologie portant sur les pratiques du médecin lors du premier examen pelvien chez les femmes de moins de 25 ans sexuellement actives.

Nous souhaitons savoir si vous participez ou non à notre projet.

Merci de votre réponse pour que nous puissions avancer.

Cordialement,

Aurore RIALLAND et Margaux RIPAUD

Directrices de thèse : Dr. BARON et Dr. NETO-ANNE

1.2. Annexe 2 : Formulaire de consentement

Département de Médecine générale

Faculté de médecine d'Angers

Les pratiques du premier examen pelvien chez les femmes de moins de 25 ans sexuellement actives, chez les médecins généralistes et gynécologues libéraux de Maine-et-Loire.

Étude qualitative par focus group.

RIALLAND Aurore

RIPAUD Margaux

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR

ENREGISTREMENT AUDIO A DES FINS

D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Je soussigné(e) _____

Né(e) le_____

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- l'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé*

Je consens à ce que cet enregistrement soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

A _____, le _____

Signature:

*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle _____

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A _____, le _____

Signature:

1.3. Annexe 3 : Verbatim

1/ VERBATIM du focus group du 8 octobre 2015

A : « Alors la première question, comment vous choisissez le moment ou vous allez proposer l'examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active ? Comment vous faites? Vous pouvez pour ça penser à une situation clinique que vous avez vécu et puis à partir de là on commence. »

Numéro 5 (ton agacé) : « On ne se présente pas ? »

A : « Non, on ne se présente pas, numéro 5 (rire général) On peut faire un tour de table ? Je te laisse commencer numéro 8 »

Numéro 8 (avec une petite voix) : « Alors auparavant j'en discutais avec les patientes sachant que je ne propose pas de premier examen pelvien avant les premiers rapports. Après jusqu'à 25ans, c'est en discussion avec les patientes. (Numéro 2 soupire) Avant j'avais peut-être tendance avant 25 ans à ne pas le proposer, et puis après réflexion, je me suis aperçue que certaines patientes, certaines jeunes patientes venaient aussi pour être rassurées et pour avoir un examen parce que pour elles dans leur symbolique et leur représentation, c'était quelque chose d'important. Et maintenant je le propose systématiquement en disant que ce n'est pas quelque chose d'essentiel si par exemple elles viennent demander une contraception orale mais qu'on peut faire à tout moment soit un renouvellement de contraception ou si elles ont un souhait, elles, de le faire, elles peuvent revenir pour un examen spécifique sans autre motif de consultation. Et puis par contre, je leur précise bien que si à un moment elles arrivent avec une plainte somatique qui nécessite qu'on fasse un examen organique, là du coup il y aura un premier examen. »

A : « Merci »

Numéro 7 : « Donc moi effectivement je suis d'accord avec le médecin numéro 8, (rire général) l'examen pelvien pour moi, il arrive essentiellement lors d'une plainte somatique lors d'une consultation. En fait si une jeune fille qui va arriver parce qu'elle a des pertes particulières, parce qu'elle est gênée au niveau du rapport. Enfin il y a quand même une notion derrière, une demande pour faire l'examen. (Numéro 2 acquiesce) L'examen systématique, moi, je ne le fais pas effectivement avant 25ans, sauf effectivement, je pense effectivement qu'il faut une demande, (ton hésitant) une demande de quelque chose qui paraît bizarre. Après il y a effectivement la population de jeunes filles qui vient voir un médecin généraliste dont l'entourage et la maman dit c'est mieux d'aller voir un gynécologue, et à ce moment-là on entame la discussion, pourquoi tu dis ça, est-ce-que les examens sont nécessaires. De là je donne des explications, j'explique que l'examen pelvien il sert essentiellement en cas de problématique. Enfin si je résume à peu près »

Numéro 1 (ton assuré) : « Moi, la première fois que je prescris la pilule, une première prescription de pilule mais comme ils viennent pour un renouvellement ou une première prescription, dans l'interrogatoire je demande toujours s'il y a des conduites à risque, des rapports avec des partenaires multiples non protégés. Je demande aussi à quel âge ils ont commencé la contraception. Et s'ils ont, à la moindre conduite à risque avec vie sexuelle régulière, je fais un examen pelvien. S'ils ont commencé leur vie sexuelle à 15ans, je n'attends pas 25ans pour faire un examen pelvien, donc ça dépend. Voilà avant 25ans, en cas de conduite à risque je le fais

systématiquement ; s'il y a plainte somatique, un prélèvement à faire. Sinon s'il n'y a pas de conduite à risque, je ne le fais pas »

Numéro 2 : « Moi, déjà, c'est un peu particulier parce que je suis un homme (Numéro 2 rit), en tout cas c'est particulier, voilà cela peut changer déjà une certaine pratique. Je suis dans un cabinet avec des collègues femmes plus une sage-femme, je ne sais pas si cela a de l'importance, mais en tout cas tout ça pour dire que je fais peu de gynéco mais je suis quand même quelques femmes. Un petit peu comme mes 3 consœurs précédentes, j'ai à peu près la même approche, c'est-à-dire que je ne le fais jamais en systématique, s'il y a une plainte, une indication médicale chez les patientes que je connais depuis leur enfance sauf en cas d'urgence s'il n'y a pas d'autres possibilités. Voilà, et puis après 25ans hormis les recommandations connues par rapport au frottis. Sinon en dehors de ces autres problématiques, des causes qui peuvent subvenir de cet examen systématique. J'en fais rarement, y compris pendant la grossesse, mais alors là on est en dehors du sujet. Et puis, je ne le fais pas parce que je ne vois pas vraiment l'indication. Et puis aussi parce que je ne suis pas vraiment très à l'aise vis-à-vis de l'examen gynéco du fait que j'en fais de moins en moins et puis j'ai peut-être un peu d'a priori. Après s'il faut en faire je le fais mais c'est un élément en plus à prendre en compte d'un point de vue gynécologique, moi en pratique c'est mon avis, je suis moins à l'aise. Je reste sur une continuité avec mes collègues, c'est en cas de problématique médicale et jamais à la demande d'une patiente, j'ai toujours expliqué à la patiente qu'il n'y avait pas un intérêt particulier, pour rassurer (soupirs)... Ca dépend, enfin je pense que je resterais sur ma position en disant qu'il n'y a pas d'indications particulières à ce type de pratique. Et puis dernière chose aussi, moi, j'ai dans les patientes que je suis, trois personnes d'origine étrangère, qui ont vécu longtemps dans leur pays, en Afrique notamment, avec cet examen gynécologique qui était pratiqué régulièrement, voilà. Donc au début j'avais une demande vis-à-vis de ces examens là et puis j'ai rapidement expliqué les choses »

A : « Une demande des patientes ? »

Numéro 2 : « Oui des patientes »

A : « Cela montre bien que tu as dit NON à la demande répétée »

Numéro 2 : « J'ai dit non à la demande répétée, et surtout d'une patiente qui à chaque fois qu'elle venait pour un renouvellement de pilule, me demandait « mais vous faites l'examen ? ». Je ne sais pas si... je ne pense pas que je l'ai inquiétée car elle est revenue par la suite. »

Numéro 4 : « En ce qui concerne l'examen pelvien, d'un point de vue définition, il y a d'abord une inspection de la vulve et des touchers vaginaux, vérification ovarienne et utérine, absence de douleur. Je ne fais pas d'examens systématiques, j'essaie d'aborder la question lors, par exemple d'une première prescription de contraception, de renouvellement. J'explique l'intérêt certes... »

A : « là c'est juste : comment tu choisis le moment où tu lui demandes ? »

Numéro 4 : « Il y a deux indications : le frottis de dépistage que je fais, sauf anomalies, avant 25ans, et la 2e indication s'il y a une problématique spécifique, démangeaisons, leucorrhées, dyspareunies, douleurs autres, mètrorragie... Là c'est l'occasion de pratiquer cet examen pelvien. »

Numéro 5 : « Moi, c'est un peu compliqué parce que d'abord je suis en retraite depuis 2ans, ma pratique était quand même la gynécologie, donc un peu spécialisé, ce que je pratique encore à la maison des ados. Alors il y a des circonstances où je le fais même à la maison des ados, avec des filles de 14ans, quand il y a eu des prises de risque, ce que l'on voit surtout c'est des partenaires multiples et un peu n'importe où. J'en ai vu une

récemment pour voir s'il n'y avait pas une infection, s'il n'y avait pas grossesse aussi. Et puis je le fais aussi dans les suites de viol, pour vérifier l'intégrité des organes génitaux, chez de très jeunes filles dans ces cas-là. Et puis moi dans ma pratique, j'ai commencé dans les années 70, où il y avait beaucoup de grossesse avant 25ans, donc automatiquement les examens pelviens on en faisait beaucoup. Et puis, que dire, chez les jeunes filles qui venaient pour la contraception, première fois jamais d'examen pelvien. Alors moi j'ai pratiqué toute ma carrière sans suivre les recommandations, donc les frottis, on les faisait à 17ans, 18ans, et même les dernières années avec les recommandations si les jeunes femmes avaient eu des rapports depuis l'âge de 15ans, on n'attendait pas 25ans pour faire un frottis, d'autant plus que dans ma carrière j'ai vu des cancers du col avant 25ans. Ce n'est pas la peine d'attendre que la personne ait des métastases pour la dépister. Donc c'est une pratique un peu différente de ce que vous avez aujourd'hui, et puis il y avait beaucoup de jeunes qui venaient me voir parce qu'elles n'arrivaient pas à mettre des tampons, donc automatiquement examen de la vulve, regarder l'hymen, leur donner des conseils, etc... Je faisais pas mal d'examen pelvien à des degrés variés, pas toujours de pose de spéculum, toucher vaginal à un doigt quand il y avait vraiment quelque chose à vérifier. Mais avant 25ans, j'en ai fait beaucoup comme il y avait beaucoup de grossesses. »

A : « On est partis un peu d'une situation où vous repérez qu'il y a peut-être des moments particuliers où vous avez choisi de le proposer. Et finalement quand vous le proposez, comment allez-vous vous y prendre pour le proposer ? On va encore se mettre en situation où on a affaire à la patiente et là vous allez utiliser des mots, ou je ne sais pas d'ailleurs. Et j'aimerais savoir vous faites finalement pour présenter à la patiente l'examen pelvien. »

Numéro 2 : « Je suis beaucoup dans la réassurance, je prends le temps de bien expliquer comme ça va se passer. J'ai des petites phrases chocs pour détendre l'atmosphère « j'en ai jamais subi parce que je suis un homme mais, de tous les examens que j'ai fait, je n'ai jamais vu une femme crier de douleur », (sourire du numéro 1 et 7) donc je pense que cela ne fais pas très mal, quoi qu'il arrive quand on va faire l'examen s'il y a la moindre douleur, je n'insisterai pas. Voilà je suis plutôt dans la bienveillance et la réassurance. Je prends bien le temps de préparer la patiente pour qu'elle s'installe bien. Je prends vraiment le temps de préparer les choses, je lubrifie bien et puis pendant l'examen j'essaie d'expliquer à la patiente que pourquoi je le fais, ce que je vais rechercher et tout ça. C'est toujours important de bien expliquer, pour qu'elles comprennent pourquoi on le fait, enfin c'est mon avis. Et puis pareil pendant l'examen, je ne sens pas grand-chose, là un petit bombement... Voilà des choses qui sont plutôt dans la réassurance, en étant très attentif parce que je pense que ce sont des moments importants qui font que plus tard il y aura un blocage ou pas, être à l'écoute de la patiente... » (Numéro 5 pensif)

A : « C'est vraiment le moment... Là on essaie de repérer comment vous vous y prenez avant l'examen, c'est-à-dire comme vous parlez de l'examen avec la patiente. Est-ce que vous avez repérer qu'il fallait lui proposer... »

Numéro 2 : « Juste pour terminer je vous explique, je fais un dessin : ça c'est le vagin, le col de l'utérus qui est dans le fond, et puis je dis ce que j'ai à regarder, à rechercher. Si en montrant visuellement et sur mes doigts, et tout ça... »

Numéro 1 : « Je me rends compte que je n'explique pas grand-chose. En fait elles viennent depuis un certain temps pour des renouvellements de contraception, en commençant à 25ans, j'ai l'impression qu'elles savent déjà ce que c'est. J'ai peut-être tort, mais c'est vrai que quand je dis « cette fois on fait un examen gynéco », il

n'y a pas de questions, j'ai l'impression qu'elles savent déjà ce que c'est. Et puis surtout moi, je ne me rappelle avoir expliqué ce que j'allais faire. (Numéro 7 soupire) J'explique comment il faut se mettre, et puis je fais mon examen, j'ai l'impression qu'elles savent déjà. Je n'ai pas de questions, pas de recul par rapport à la patiente et ce qui lui tombe dessus. Mais c'est vrai que je fais un examen gynécologique, et que j'ai l'impression qu'elles savent déjà ce qu'est un spéculum. C'est peut-être qu'une impression, mais en tout cas quand même quand je le fais elles n'ont pas l'air surprise, elles n'ont pas l'air... Voilà. Je n'explique pas grand-chose. Mais on en parle depuis plusieurs années, mais sans leur avoir expliqué non plus. J'ai l'impression qu'à 25ans elles ont eu le temps d'en parler avec des copines, d'en parler avec d'autres... Enfin je ne sais pas. Enfin moi, je n'explique pas et je n'ai pas l'impression que ça pose problème. »

Numéro 7 : « Moi j'explique. Je suis un peu, en tant que femme, j'explique toujours « maintenant on va faire un examen, est-ce que tu sais un peu comme ça se passe ». Je pose la question avant de savoir si elles ne sont pas au courant et je leur montre le spéculum. Il y a des jeunes filles qui savent pas trop, « j'ai peur, mes copines m'ont dit que ça faisait mal ». Alors je leur montre, j'essaie de prendre des spéculums assez fins au départ, je les lubrifie aussi. « C'est comme si tu mettais un tampon » c'est mon terme à moi, alors effectivement il y en a peut-être qui vont me dire j'en ai jamais mis, ce n'est pas grave, on va prendre son temps, tu te détends bien, si ça fait un peu mal tu me le dis. Voilà je leur mets les étriers, ce n'est pas forcément idéal mais c'est plus pratique. Moi, je suis beaucoup dans l'explication. (Acquiescement du numéro 1). On sent bien quand les jeunes filles se contractent, « non non tu te détends j'attends un peu ». Je sens qu'il y a un mouvement « décontracte toi, on a le temps, que tu te sentes bien » et voilà. Je suis très dans le ... C'est une question d'habitude. »

A : « D'accord »

Numéro 7 : « Je suis très maternelle, moi »

A : « Tu fais des schémas ? Tu utilises des supports ? »

Numéro 7 : « Non, non, je montre, j'explique comme je le disais. Je montre le spéculum. Non je ne fais pas de schémas, je n'y ai pas pensé à ça. »

Numéro 4 : « Moi aussi je montre le spéculum, c'est souvent abordé avant la réalisation. J'en parle avant, lors du 2e ou 3e renouvellement de contraception. Montrer le spéculum, et puis sur le plan anatomique le vagin a une paroi fine, élastique, souple. C'est un examen qui ne doit pas faire mal. J'ai un poupinel donc je n'utilise pas de spéculums en plastique. Donc pour ne pas qu'il soit froid, je le réchauffe à l'eau tiède, je vérifie sur la cuisse qu'il n'est pas froid, que la température ça va. Je ne le lubrifie pas, mais comme je le passe sous l'eau tiède, du coup... »

Numéro 7 : « Les plastiques mieux vaut les lubrifier car je trouve que... »

Numéro 4 : « Ca accroche un peu ?» (rire et validation des numéros 7 et 1)

Numéro 4 : « L'inspection peut être fait plus tôt, avant 25ans. Mais comme souvent le frottis et le toucher vaginal sont faits un peu plus tardivement. Je suis un peu d'accord, il y a une connaissance quand même... Elles ont dû se renseigner. Autant j'ai des questions quand on aborde au préalable, autant qu'en c'est après, je n'ai pas trop d'interrogations. Elles ne me posent pas beaucoup de questions. Je leur demande si elles ont fait pipi avant ou si elles veulent faire pipi pour avoir la vessie vide au moment de l'examen. »

Numéro 5 : « On est toujours sur le premier examen ? »

A : « Oui, on est toujours sur le premier examen. Et effectivement c'est de préciser comment vous le présenter. Qu'est-ce que vous mettez comme mots autour de ce premier examen, et que vous adressez à cette femme qui n'en a jamais eu. »

Numéro 5 : « Alors c'est vrai que je pensais à une autre situation qui n'est pas celle de votre génération car j'ai eu affaire aux générations distibène. Donc elles étaient obligées de se faire faire des examens gynécologiques à cause du risque du cancer du vagin. Donc on faisait des frottis très tôt. Elles venaient parce qu'elles savaient qu'elles avaient ce risque-là. Ce n'est pas pareil, comme il y avait un risque elles savaient pourquoi elles venaient. Et puis j'expliquais ce qu'était un spéculum, je leur montrais, ce qu'on trouvait par le toucher vaginal. J'expliquais à chaque fois ce que je faisais, au moment où je le faisais et puis je leur demandais si elles avaient des questions à me poser. Bon, pour des situations plus récentes, des deux jeunes, l'une de 15ans et l'autre de 14ans, je leur expliquais pourquoi on faisait cet examen, parce qu'effectivement moi je... La jeune fille qui avait subi des viols, je ne lui ai pas fait la première fois que je l'ai vue. Elle était très inquiète de savoir ce qu'elle avait risqué dans ce viol. J'ai vérifié qu'elle n'avait pas récupéré le SIDA ou d'autres IST, et puis je voulais voir s'il y avait eu des lésions. Je lui ai expliqué ça, et puis je lui ai expliqué à chaque fois, quand je lui ai fait le toucher vaginal « tu n'as rien, tout est bien, il n'y a pas de problèmes sur le plan physique, tu n'as pas de séquelles ». Et puis l'autre jeune fille, c'était la première fois qu'elle avait un examen gynéco, mais elles avaient pris tellement de risques avec tous ses partenaires, que je lui ai expliqué pourquoi on le faisait, qu'elle avait pris des risques du côté grossesse et du côté infection, je lui ai présenté effectivement ce qu'on allait faire. Elle, essentiellement, c'était un toucher vaginal pour expliquer comment on allait vérifier, comment cela se passait, etc... Elle n'était pas très, très rassurée, mais ça s'est bien passé. Et puis j'avais toujours au cabinet des schémas de l'appareil génital, et je m'en servais pour expliquer les choses, quand c'était pas bien compris. Et puis autre situation particulière, on voyait des vaginiques. C'était une autre paire de manches, parce qu'elles voulaient un examen gynéco qui était parfois impossible. Alors on voyait ce qu'on pouvait arriver à faire, c'était une négociation « cette fois-là on a réussi à faire ça, la prochaine fois... ». C'était pour des renouvellements de pilule, car bien que vaginiques elles prenaient la pilule pour le cas où elles arriveraient quand même à avoir un rapport. Et à chaque fois, c'était qu'elles remontaient jusqu'en haut de la table gynéco, les jambes comme ça. Puis petit à petit avec la décontraction, la relaxation, ça progressait de fois en fois. »

A : « Tu avais des mots particuliers que tu leur adressais à ce moment-là ? »

Numéro 5 : « oui je leur disais de respirer, détendre leurs muscles. Je leur montrais ce qu'étaient les muscles du périnée, en touchant le périnée, je leur demandais de serrer pour qu'elles se rendent compte que c'était elles qui étaient à la commande et quand même temps cela se faisait de manière involontaire. C'était beaucoup sur : qu'est-ce qui se passe quand elle ferme et qu'elle ouvre la porte ? »

A : « c'était ces mots-là que tu utilisais fermer/ouvrir. Là on est dans comment on présente, quels sont les mots employés pour présenter l'examen gynéco »

Numéro 8 : « Moi en général, quand une jeune femme vient pour une première demande, en général c'est pour une demande de première contraception. Hormis lui présenter les contraceptions, je lui demande si elle connaît un peu son anatomie. Du coup, j'utilise soit des schémas que je gribouille soit sur des planches anatomiques qui sont un peu plus représentatives. En général, j'utilise des mots un peu technico-anatomiques, parce que j'ai souvent du mal... les femmes utilisent un nombre impressionnant de mots imagés pour se représenter leur anatomie génitale et puis je trouve que des fois, moi-même j'ai du mal à savoir exactement ce qu'elles mettent

sous ce terme-là, et elles des fois ce n'est pas très clair non plus. Je parle d'examen gynécologique, je parle d'organes génitaux externes, de vulve, de vagin, de l'utérus. Je leur remontre aussi la physiologie sur les planches anatomiques. J'explique un petit peu les cycles, parce que je m'aperçois que par rapport aux contraceptions elles ne connaissent pas non plus la physiologie de leur cycle. Après je leur montre le spéculum, j'utilise des spéculums en plastique que je lubrifie aussi. Et je leur laisse un petit document qui a été fait par le centre de planification Flora Trystan du CHU qui résume, comme le document de l'INPES il y a quelques années... Je leur laisse un petit document aussi par rapport aux contraceptions qui les intéressent pour qu'elles puissent revoir tranquillement et qu'elles puissent s'approprier les termes, les positions, les mots. Après en général je leur repose la question aux examens suivants, pour savoir si elles ont intégrés un petit peu le processus, si elles veulent faire l'examen gynéco. Il y a certaines jeunes femmes qui ont besoin de faire un examen gynéco même s'il n'y a pas d'indications médicales avant les frottis ou avant qu'il y ait des symptômes organiques. Voilà, en général, j'explique, je leur donne quelques techniques de relaxation au cours de l'examen sachant que certaines jeunes femmes sont tout de suite très à l'aise, se positionnent sans qu'il n'y ait aucune réticence. Je leur explique au fur et à mesure de l'examen un peu ce que je fais en se référant à ce qu'on a dit auparavant autour de l'examen, de l'inspection de la vulve, de la pose du spéulum, du toucher vaginal, du frottis. Je leur explique ce que je fais et ce que je recherche au niveau des organes internes. »

A : « c'est une bonne transition avec la question d'après, parce que, finalement, c'est comment vous allez faire. Là j'entends qu'il y a une forme de hiérarchisation et une reprise des mots, de l'explication de départ et une mise en acte dans l'examen. Comment vous vous y prenez finalement dans l'examen gynéco ? Dans sa réalisation ? Comment vous installez les femmes ? Qu'est-ce que vous faites d'abord ? »

Numéro 8 : « Moi souvent, je les mets en position classique gynécologique avec les étriers. Je n'ai pas de table gynécologique mais je les fais vraiment se mettre au bord de la table avec les pieds dans les étriers. Après ça dépend, pendant la grossesse, je ne l'ai fait par mettre leurs pieds dans les étriers parce que c'est parfois plus compliqué. De temps en temps, je les fais mettre sur le côté, en fonction d'autres soucis de santé qu'elles peuvent avoir, si la position gynécologique est trop inconfortable, donc en décubitus latéral. En général, je les préviens quand je commence à les toucher, je leur demande de me préciser si à un moment il y a quelque chose qui est trop difficile pour elles, que ce soit en termes de douleur, ou en termes de réalisation de l'examen pour y aller un peu progressivement. Sachant qu'effectivement le ressenti est très variable d'une femme à l'autre, il y a des femmes qui ont été victimes de sévices sexuels, et là effectivement, et là les choses se font en plusieurs étapes ou pas du tout. Et puis il y a des femmes, du coup, ou parfois des très jeunes femmes à qui ont fait l'ensemble de l'examen dès la première fois où elles le souhaitent ou on le propose. Inspection de la vulve, pose du spéulum et le toucher vaginal. »

A : « donc tu finis par le toucher vaginal ? »

Numéro 8 : « Oui je finis par le toucher pelvien. C'est une habitude, parce que pour les femmes pour qui je fais un frottis, je pose en premier le spéulum et je fais le toucher pelvien après. »

Numéro 2 : « Je fais comme le numéro 8, dans cet ordre-là. Moi par rapport à ma table c'est une table basique, donc c'est toujours avec les étriers. Je n'ai jamais essayé en décubitus latéral, je ne sais pas si je serai à l'aise

Numéro 8 : « C'est surtout moins pratique pour l'inspection, c'est surtout ça. »

Numéro 2 : « Donc, je parle tout le temps, déjà que je parle beaucoup, (rire général) je pense que j'occupe ce silence-là, mais je ne sais pas si c'est une bonne chose. Et puis je prends le temps de bien m'installer aussi. »

A : « C'est-à-dire que dans les mots que tu utilises, au moment de la réalisation des choses... »

Numéro 2 : « Je décris le déroulé des choses, là je regarde au niveau de la vulve, je ne vois rien ou je vois quelque chose. Après je vais commencer à mettre le spéculum, je lui dis, il faut que je vois le col, donc je commence à ouvrir, je la fais tousser en fonction du col. Mais je voulais revenir, avant je m'installe bien. »

A : « Oui, c'est quoi bien s'installer ? »

Numéro 2 : « Je me dis que pour la personne soit à l'aise, je dois être à l'aise aussi. Je prends le temps de mettre le tabouret, de mettre la lumière, et puis c'est un temps où je lui décris ce que je fais. Après l'examen, je donne toujours une petite serviette pour qu'elle s'essuie et tout ça, j'ai un peu, comme peut-on dire, d'automatismes dans cet examen-là. Ça se termine toujours, je rapproche la poubelle, c'est bête, je leur donne une petite serviette pour qu'elles s'essuient parce qu'il y a eu du lubrifiant. C'est ce qui clôture... »
(Rire du numéro 2)

A : « La fin de l'examen c'est la fermeture de la poubelle, c'est ça ? »

Numéro 8 : « Je leur laisse un temps où je leur dit, que du coup elles sont au bout de la table en position avec les pieds dans les étriers. Et à la fin de l'examen je leur dis « vous vous remontez un peu, vous restez, « un petit sas de décompression », vous restez un petit peu allongées. (Surprise du numéro 2) Après c'est peut-être plus l'habitude avec les poses de stérilet en fait où j'ai pris cette habitude-là (acquiescement du numéro 2). Je le fais aussi pour l'examen, je leur laisse un temps de... »

Numéro 2 : « Moi je pars du principe que comme ce n'est pas agréable, autant terminer le plus rapidement possible. C'est dans mes représentations à moi. C'est cet enchainement-là pour moi et puis, elle se rhabille. »

Numéro 8 : « Après je ne sais pas, on ne parle que de l'examen pelvien ? »

A : « Oui que de l'examen pelvien. »

Numéro 1 : « J'ai une table un peu particulière, j'ai racheté une clientèle et la table après. Elle est large, ce qui fait que si je mets des étriers, elles vont se faire écarteler (rire général). En fait je fais les examens, je les mets au bout de la table et elles ont les pieds sur la table, mais ils sont écartés comme la table est large. Il n'y a pas les étriers, donc c'est plus naturel que d'avoir les pieds dans les étriers. Par contre je vois parfois moins bien, donc souvent quand je ne vois pas le col, je leur dis de s'asseoir sur leurs poings plus ou moins levés pour basculer et là je récupère le col en général. Sinon d'un point de vue du spéculum, j'ai un spéculum en plastique. Je ne mets pas de lubrifiant, car quand je remplais il mettait de l'eau, il avait un robinet à côté, donc moi comme je n'ai pas le robinet à côté, j'ai un spray d'Evian. Donc je mouille mon spéculum avec l'Evian, Evian ou une autre eau (rire général), et si je vois que ça accroche là je mets du lubrifiant. Mais j'avais comme notion, que pour faire un frottis il fallait mieux ne pas mettre de lubrifiant, donc j'essaie de faire sans lubrifiant et après je mets du lubrifiant s'il y a besoin. »

Numéro 8 : « On peut mettre un lubrifiant à l'eau, un gel sans que ça gène... »

Numéro 1 : « Mais en général, avec du lubrifiant et de l'eau... »

A : « Mais comment tu expliques ton choix de ton spéculum en plastique, finalement ? Tout à l'heure, Numéro 4 disait qu'il avait un poupinel... »

Numéro 1 : « Au départ je n'avais pas de poupinel, et j'avais des spéculums en plastique. Sauf que maintenant j'ai un poupinel mais je continue avec les spéculums en plastique (rire du numéro 2). »

A : « Et ça c'est ton habitude alors ? »

Numéro 1 : « Oui et puis d'un point de vue stérilisation, c'est plus hygiénique, ça se passe bien, c'est moins froid. Donc c'est vrai, que maintenant que j'ai un poupinel car j'ai un associé qui m'a laissé son poupinel, je ne m'en sers pas. Je n'ai pas de spéculum en métal. »

Numéro 8 : « Ce que je trouve vraiment très pratique avec les spéculums en plastique, c'est qu'on a toutes les tailles, très différentes (validation du numéro 1 et 2). »

Numéro 4 : « Mais tu as aussi des tailles dans les spéculums en métal (rire général), des gros, des moyens... des pour les vierges »

Numéro 7 : « Les spéculums en plastique c'est quand même quelque chose d'important. Je m'y suis mise il n'y a pas très longtemps mais quand même. C'est jetable, un spéculum pour une patiente c'est... Je pense que c'est plus rassurant quand même pour les patientes, en disant qu'il n'y a pas de risque de contamination, même si c'est bien stérilisé des fois... »

Numéro 4 : « C'est d'un point de vue écologique, ça fait moins de déchets (acquiescement du numéro 7) ».

Numéro 7 : « Quoi que ton poupinel utilise de l'électricité ? » (Acquiescement du numéro 4)

Numéro 2 : « C'est un peu le même débat que pour les couches lavables... (Rire entendu général) »

Numéro 4 : « C'est le même ordre. J'ai effectivement la pose du spéculum, la réalisation du frottis, enfin l'inspection au préalable, la pose du spéculum, la réalisation du frottis, et ensuite les touchers pelviens, enfin le toucher vaginal. Donc moi, j'ai une table large aussi, mais comme elle peut se casser à l'avant, du coup je ne suis pas gêné et elles ne sont pas écartelées, c'est réglable. Je leur demande de s'installer, d'être le plus à l'aise possible, de s'avancer au maximum, je mets la table le plus haut possible, comme ça je ne suis pas obligé d'être tout en bas pour bien voir, j'ai aussi mon tabouret. Ca dépend où est localisé le col pour m'assoir, en général je suis obligé de reculer mon tabouret, de me baisser un petit peu, parce que même si la table monte assez haut, sinon je ne suis pas bien. Même si j'ai mon éclairage, parfois je vois mieux quand je ne suis pas assis sur mon tabouret, quand je suis plus bas, enfin bref... (Rire du numéro 7). Ensuite, à la fin de l'examen je leur propose... J'abaisse la table, je leur laisse remettre leur sous-vêtement, par respect pour ne pas qu'elles restent toutes nues. Et puis après je passe à la suite de l'examen, auscultation pulmonaire, cardiaque, tension ou palpation mammaire. »

Numéro 1 : « Je voudrais rajouter quelque chose, quand je fais l'examen pelvien, enfin l'examen des seins puis l'examen pelvien, moi en général je leur dis d'enlever le haut puis de remettre le haut, d'enlever le bas. Elles ne sont pas nues pour l'examen. »

A : « C'est la question du déshabillage »

Numéro 4 : « C'est d'abord le bas puis après le haut. »

A : « Toi tu dis parce que dans ton organisation... »

Numéro 1 : « Je fais d'abord la tension avant de faire l'examen. Je leur dis d'enlever le haut, je leur dis de remettre le haut et d'enlever le bas. »

A : « Toi, numéro 4, tu fais l'inverse, tu vas commencer par... »

Numéro 4 : « Les choses les plus intimes sont passées, elles sont peut-être plus détendues et du coup la mesure tensionnelle sera peut-être moins parasitée par l'appréhension de l'examen gynéco. Je ne sais pas.... »

Numéro 7 : « Moi je leur pose la question, « est-ce que vous voulez qu'on commence par les seins ou par le frottis ? »

Numéro 4 : « C'est sûrement toi qui as raison »

Numéro 7 : « Je leur demande, il y en a qui me dise on le fait ce sera fait, et d'autres qui me disent « hahaha ». Je pense à ça d'un seul coup. »

Numéro 2 (ton hésitant) : « Moi c'est pareil je commence par l'examen gynéco... »

A : « Donc il y a deux temps de déshabillage. Le déshabillage n'est jamais complet ».

Numéro 2 et 4 : « Non »

Numéro 4 : « C'est toujours d'abord le bas et puis on rhabille le bas, et c'est le haut. »

Numéro 8 : « Je fais comme numéro 1, je commence par l'examen général, la palpation des seins éventuellement, palpation abdominale. Je les fais rhabiller le haut et déshabiller le bas. Il y a un certain nombre de femmes qui quand elles viennent à un examen, ont un haut qui couvre l'abdomen et le pelvis. Je leur dit que ça ne me pose pas de problème et qu'elles peuvent le garder. Sinon je leur donne un petit morceau de drap d'examen en papier, si elles souhaitent. Après il y a aussi quelques femmes, qui d'emblée se déshabillent complètement (acquiescement général), pour qui ça ne pose pas de problème. Je leur propose plutôt cette séquence-là. »

A : « Et toi, numéro 5 ? »

5 : Alors moi j'ai été formaté par le Professeur Rouchy. On commence par ci, on continue par ça, etc. Donc j'ai toujours, sauf cas particulier d'une patiente qui me demandait autre chose. C'était examen des seins, prise de tension, éventuellement auscultation cardiaque, palpation abdominale, examen de la vulve, spéculum, frottis si il y avait besoin de faire le frottis, test de Schiller. On enlève le spéculum, on fait le toucher vaginal et voilà !

A : Mr Rouchy c'était le chef de service de la gynécologie obstétrique ?

5 : (Ton approbateur) Entre les années 60 (hésitation), 63, 64, jusqu'en...il est parti il avait 70 ans, en 78.

2 : Avant Grosieux ?

5 : Oui, avant Grosieux. Un des premiers doyens de la fac de médecine et un des premiers président de l'université d'angers.

A : C'était Rouchy et Grosieux après. Rire Et donc tu as toujours respecté ça ?

5 Oui, sauf quand il y avait des patientes qui me demandaient autre chose. La plupart des patientes elles se déshabillaient totalement. Sauf les maghrébinnes, qui gardaient toujours un petit truc et toutes les autres. Sauf quelques-unes qui me disaient : « est-ce que je peux remettre le haut ? ». Et puis j'avais un petit radiateur d'appoint aussi pour chauffer bien la pièce de façon à ce qu'elle n'est pas froid. Et puis en général elle se relevait d'elle-même. Rire. Elles continuaient à me causer, et on causait en se rhabillant, des fois en causant de leurs sous-vêtements rire. C'était assez marrant.

2 : Juste, je ne sais pas s'il fallait l'aborder ou pas. Mais en tout cas, moi, si les personnes viennent à plusieurs, ce qui arrive parfois. Je fais sortir. Je ne fais jamais l'examen avec une autre personne. Mais aussi parce que la disposition de mon cabinet fait que je n'ai pas un paravent par exemple. J'aurais un paravent à la rigueur.

8 : C'est pareil pour moi, sauf s'il y a un bébé.

2 : Voilà, évidemment. Tout à fait. Et bien moi j'essaye de donner le bébé à la secrétaire. Rire.

8 : Oui, mais après quand c'est vraiment un tout petit, c'est un peu plus compliqué

A : Donc ça interviendrait pour toi dans le choix du moment de l'examen ? S'il y a des enfants dans la consultation ?

2 : Oui, tout à fait

A : ok. Ce dont je m'aperçois c'est que finalement je ne sais pas trop pourquoi vous décider de faire l'examen en position classique ? D'où ça vient ?

1 : Moi je fais ça, j'ai une table de gynéco. J'ai appris ça donc j'ai continué. Comme ça se fait dans les services.

2 : Moi c'est pareil. Surtout je pense que je serais perturbé par une autre position. Moi j'ai mes référentiels et mes référentiels sont comme ça.

8 : Alors moi en fait c'était suite à des lectures. En fait je me suis un peu lancée parce que j'ai une patiente très jeune qui a un gros problème de dysplasie de hanche et de prothèse de hanche. Je dirais que j'ai un peu testé entre guillemets. Je lui ai proposé. Je lui ai dit : « si vous êtes plus confortable comme ça on peut essayer » En disant bien que c'était la première fois que je proposais l'examen en décubitus latéral. Et qu'à priori il y avait d'autres médecins, y compris généralistes, qui avaient un peu cette habitude là et qui avaient tendance à le promouvoir un peu.

2 : Et par rapport à tes repères ?

8 : Alors en fait il faut basculer les repères de 25°

2 : oui, c'est ça (rire)

4 : Non 90°

8 : Oui, 90 ° (rire)

5 : Alors moi j'ai pratiqué une fois une hystérographie à quatre pattes chez une femme. Alors on n'est plus dans la femme de 25 ans. C'était une femme de 50 ans, à quatre pattes. Il n'y avait pas d'autre moyen de le faire. Mettre un spéculum à quatre pattes, faire une hystérographie à quatre pattes. C'est très particulier ! (rire)

A : C'est vrai, finalement je ne sais pas trop comment vous faites les touchers vaginaux dans l'examen pelvien. On a beaucoup parlé du spéculum. Mais finalement, comment vous vous positionnez ? Vous êtes entre les jambes de la patiente ? Sur le côté ? Comment faites-vous ?

2 : Pour le spéculum je suis entre les jambes de la patiente, assis de préférence. Et après, une fois que j'ai mis le spéculum dans la poubelle, je passe du côté droit. Je suis droitier. Et donc je me mets sur le côté de la femme et je fais l'examen.

8 : Alors en fait moi je fais pas pareil en fonction de savoir si c'est un examen pendant un suivi de grossesse ou en dehors de toute grossesse. Donc si c'est en dehors de toute grossesse, je reste entre les jambes de la patiente. Et par contre, si c'est un suivi de grossesse, je me mets sur son côté droit.

2 : Et dans les deux cas tu es assis ?

8 : Oui. Après pourquoi, je n'y ai pas réfléchi...

A : Alors comment vous expliqueriez ce choix ?

2 : Alors moi c'est le fait d'être bien à l'aise

A : L'habileté technique ?

2 : Oui

5 : Moi c'est pareil, c'est l'habileté technique. Si je perçois mal un truc. Etant droitière je me mets sur le côté droit. Si je perçois mal quelque chose ça m'est arrivé de faire des touchers vaginaux avec la main gauche, de façon à sentir le mieux certaines zones du pelvis. Ou de me mettre plus latéralisé de l'autre côté.

1 : Et bien moi je fais comme toi (en parlant à 8) Je n'ai pas été capable de le dire dès le départ ! C'est marrant, en fait en réfléchissant. Quand c'est une femme enceinte c'est sur je fais à droite. Mais les examens gynéco frottis, je suis au bout. Mais pourquoi ? Pourquoi je fais ça ? Je ne sais pas !

2 : Est-ce que tu appui avec la main gauche ?

1 : Alors je ne mets pas de spéculum quand la femme est enceinte. Donc déjà je ne me mets pas au bout. Et je ne la mets pas au bout non plus. Je la laisse au milieu de la table. Donc je suis de côté.

8 : Alors pour les femmes enceintes moi je ne les fais pas non plus mettre les pieds dans les étriers, donc elles sont un peu plus hautes. Donc du coup c'est vrai que c'est un peu moins pratique d'un côté technique. Et après, ça dépend un peu du terme mais en général je palpe le ventre aussi avec la main gauche pendant que je fais le toucher vaginal. Alors du coup quand il y a le volume de l'utérus... Je le fais aussi pour les femmes qui ne sont pas enceintes, mais du coup d'un point de vue technique c'est beaucoup plus facile, même si on est entre les jambes de la patiente. Quand elles sont enceintes et que le volume de l'utérus est trop grand, je trouve que je ne suis pas dans une position confortable pour moi, donc du coup je me mets sur le côté.

2 : Alors moi je pense que si je me mets sur le côté, c'est parce que je pense je vais plus profondément au fond du vagin. Ce n'est peut-être que de la sensation, mais j'ai l'impression d'être plus à bout de bras si je suis en face que si je suis sur le côté. Et je pense que je fais un examen qui va plus jusqu'au bout du fond vaginal que quand je suis sur le côté.

7 : En fait je pense que ça dépend vraiment du confort du médecin. Là on ne pense pas vraiment à la patiente. Quand on fait un toucher vaginal on se met dans la position qui nous paraît à nous la plus confortable

5 : C'est confortable, et puis on arrive à percevoir les choses.

7 : Alors là c'est pas une question de dire « vous êtes mieux comme ça » ; Là on fait les choses parce que nous on est plus à l'aise

4 : Il y a aussi un autre élément, quand même, en tant qu'homme, personnellement. C'est un examen intime le toucher vaginal, et c'est vrai qu'être en face...dans une position de rapport sexuel. C'est pour cela que je préfère aussi être sur le côté. Il y a aussi cet aspect là

2 : C'est vrai, le côté un peu collé.

7 : Tu n'es pas à l'aise d'être devant, finalement.

8 : Oui mais quand tu poses le spéculum tu es dans la même position.

2 : Oui mais parce que tu n'as pas le choix

1 : Il y a un intermédiaire

7 : Il y a du matériel, ce n'est pas pareil

A : En quoi ce serait différent alors ? 1 dit il y a un intermédiaire.

4 : Tu ne peux pas regarder le col sur le côté. Donc de toute façon tu es bien obligé

2 : C'est plus par obligation

A : Mais est-ce qu'il y a une différence pour vous entre utiliser le spéculum et faire le toucher vaginal ?

7 : Oui, c'est très différent. Quelque chose de ton corps. Tu as un contexte plus intime. C'est sûr.

A : Moi j'entends que toi en te mettant sur le côté, finalement, tu essayes de désexualiser.

5 : Alors Rouchy nous avait dit ça. Vous vous mettez sur le côté pour que la patiente se sente à l'aise. Surtout qu'à l'époque c'était majoritairement des hommes qui faisaient gynéco.

2 : C'est le côté se rapprocher. C'est vraiment comme un rapport sexuel.

A : Quand tu dis 5, la question du rapport et du toucher. Ca veut dire donc que vous touchez la patiente. Vous faites le toucher vaginal. A aucun moment dans votre examen vous avez parlé de ce qui met de la distance, ce qui évite la question d'être trop dans le toucher.

4 : Il faut parler. C'est de dire : « est-ce que là vous sentez ? Est-ce que ça fait mal ? » Le fait d'expliquer ce que l'on fait.

7 : On met un doigtier.

A : Alors on met un doigtier

4 : Oui, bien sur, et des gants. Moi je porte des gants

8 : doigtier

1 : Gants

A : Vous en mettez un ? Vous en mettez deux quand vous utilisez des gants ?

2 : Moi j'en mets deux

4 : Moi je n'en mets qu'un. Un à la main droite. Je suis droitier.

7 : Un dans chaque main

5 : Si la patiente est séropositive, deux gants (rire). J'en ai eu quelques-unes. Deux gants !

7 : L'un sur l'autre alors

A : Mais pourquoi vous mettez deux gants ? Pourquoi vous mettez un gant ?

4 : Quand vous dites deux gants, c'est un main droite, un main gauche ?

A : Oui, et pourquoi ?

2 : Et bien moi c'est toujours par rapport à ce côté toucher. Et puis l'intime.

1 : Oui mais quand tu fais une palpation abdominale, tu ne mets pas de gants ?

2 : Oui mais là c'est génital

4 : C'est une protection

1 : Oui mais la main gauche, elle est sur l'abdomen ?

2 : Ah oui, par rapport à la main gauche. Je pense que je l'enlève quand je fais une palpation abdominale

5 : Ah oui mais moi quand je dis deux gants c'est l'un par-dessus l'autre

4 : Ah oui, et bien voilà, c'est bien pour cela que j'ai fait préciser !

2 : Moi je dis deux gants, un dans chaque main

5 : (rire) j'ai pas envie d'attraper le HIV

8 : Au début de l'examen je mets systématiquement des gants stériles, que je garde pendant tout l'examen. Et au moment du toucher vaginal en fait j'enlève le gant de la main droite parce que je suis droitière et je mets un doigtier.

2 : Ah oui alors que moi j'enlève le gant de la main gauche parce que je vais faire une palpation abdominale

1 : ah oui, tu le mets avant, pas pour la palpation abdominale

2 : Non non

1 Mais tu fais ton examen au spéculum avec ?

2 : Oui

8 : Aussi par rapport au risque infectieux aussi entre guillemets. Et après j'enlève les gants en les retournant par rapport au risque infectieux éventuellement qu'il peut y avoir. Pas forcément que le VIH.

A : (s'adressant à 2) C'est le risque infectieux pour toi ?

2 : Non moi ce n'est pas forcément le risque infectieux. Et bien je ne sais pas, pour moi c'est un acte technique. Ça continue à entretenir cette distance-là, qui je pense est importante. Et puis voilà, rester dans l'acte technique. Et je pense aussi que c'est pour cela que je parle. Pour rester dans le technique, c'est bête hein ?

7 : Je pense que malgré tout on ne peut pas échapper au fait que les femmes médecins et les hommes médecins, ils n'ont pas le même rapport à l'examen gynéco. Surtout actuellement ! Dans le temps il n'y avait que des hommes, on ne se posait pas la question. Maintenant on voit bien avec la féminisation de la profession. Moi j'ai longtemps été toute seule dans un cabinet médical avec des hommes. Les ¾ de la gynéco arrivaient chez moi. C'est un peu moins vrai maintenant.

8 : Tout comme nous on est moins à l'aise je pense à proposer un toucher rectal à un homme.

7 : Tout à fait. Je me demande si ce n'est pas encore pire d'ailleurs

8 : Je pense que c'est du même ordre d'idée

7 : Parce qu'en fait on ne va pas avoir la même approche. Et on ne peut pas s'empêcher effectivement de mettre, comme tu dis, une barrière pour dire : « voilà, c'est un acte technique. » De même que j'ai remarqué que les hommes faisaient beaucoup moins de palper de seins que les femmes. Parce que beaucoup de patientes disent, même chez des gynéco hommes, ils ne me regardent jamais les seins

5 : Ah bon ?

7 : Ah oui, moi j'en ai beaucoup qui m'ont dit ça. Je vous jure !

5 : C'est pas bien !

2 : Moi je le fais une fois par an

4 : Moi aussi

7 : Ca m'a frappé

2 : Mais la question de l'intime est toujours là

7 : Voilà, on n'est plus dans le toucher vaginal. Mais palper des seins il y a quelques chose d'encore plus délicat je trouve.

2 : Mais je ne mets pas de gants pour palper les seins. Mais c'est plus par rapport au toucher là. Pour bien sentir les choses. Il n'y pas l'interface gants. Mais dans un toucher vaginal, forcément, je ne pourrais jamais le faire sans gants. C'est que je n'ai pas le choix.

8 : Par rapport à la palpation mammaire, je pense qu'il y a aussi le côté symbolique, professionnel. Mais je pense qu'il y a aussi le côté infectieux qui quelque part peut-être nous interpelle. Parce que pour la palpation des seins, ça ne pose pas de problème de ne pas avoir de gants.

2 : Mais moi en tout cas je ne pense pas que ce soir pour une problématique infectieuse

1 : Quand tu fais l'examen au spéculum tu ne touches pas... Tu touches l'abdomen mais tu ne touches pas la...

2 : Pour moi un vagin, ce n'est pas infectieux

8 : Oui mais pour un toucher vaginal

1 : Ah oui pour un toucher vaginal. Mais qui est-ce qui enlève les gants pour... ?

2 : Quand est-ce que j'enlève les gants ? Je les enlève à la fin ! (rire)

1 : (s'adressant à 8) Donc toi tu enlèves les gants pour mettre ton doigtier ?

8 : oui

1 : Donc ton gant tu le mets uniquement pour faire ton examen au spéculum ?

8 : ah non je garde...

2 : Pourquoi tu ne gardes pas le gant ? (s'adressant à 8)

8 : Alors pour une simple raison technique. Avant je faisais le toucher vaginal avec le gant et je trouve que l'épaisseur du gant, du vinyle, est moins performante. Les doigtiers sont plus fins et pour moi, techniquement, par rapport aux infos que je peux avoir je trouve cela plus pratique. Donc je suis revenue au doigtier.

A : Quand vous faites l'examen, qu'est-ce que vous repérez finalement ? Vous en avez déjà parlé des postures de femmes. Vous êtes en train de faire l'examen, moi j'entends que tu mets des mots. Qu'est-ce que vous repérez dans l'examen ? Dans la globalité ?

7 : Quand tu mets ton spéculum tu regardes l'aspect du col, essentiellement. S'il y a des pertes, des petites choses qui poussent sur le col.

2 : Même avant, l'inspection. La vulve. Quand je commence à rentrer le spéculum je regarde bien les parois du vagin.

8 : Ce n'est pas que physique, c'est aussi... Ne serait-ce que quand on met le spéculum, voir comment la femme réagit. S'il y a un mouvement de recul, ou bien un spasme vaginal. Et à ce moment-là c'est vrai que....la simple difficulté par exemple à poser un spéculum ça peut aussi permettre d'amener la discussion sur « est-ce que pendant les rapports c'est compliqué ? » « est-ce qu'il peut y avoir une pénétration ? », « est-ce qu'il y a des douleurs ? » Et alors moi j'ai peut-être une vision un peu particulière des choses mais je trouve que le fait que la femme ne soit plus en face à face avec nous, en fait je trouve que des fois on a des informations qui ne sont pas les mêmes que si on l'interrogeait avant, au bureau, en face à face. Enfin, j'ai l'impression qu'il y a des choses qui ne se disent pas de la même façon ou qui ne se dirait pas à un autre moment en fait.

A : Donc il n'y aurait pas de cohérence entre les propos entendus avant l'examen et ce que montre l'examen ?

8 : Non, pas forcément. Ca favorise d'autres propos, d'autres ressentis. Ca enrichit.

5 : Moi j'étais toujours en position basse sur mon tabouret, la femme au-dessus de moi. Elle ne me voyait plus, et peut-être que là ça libérait des paroles.

8 : Oui je pense

2 : C'est comme si tu parles au vagin. C'est bête, mais il y a peut-être des côtés de représentation... Mais après moi je pense que ce que tu dis, je ne le fais pas systématiquement mais je pense que j'essaierai de le faire. Mais en tout cas c'est vrai que c'est une bonne chose. Après est-ce que le contact aussi de la paroi et tout ça, ça fait qu'elle arrive à se projeter dans le rapport ? Je ne sais pas du tout ! Ce qui fait qu'elle parle plus facilement de ça? Je ne sais pas

8 : Pas forcément peut-être toutes les femmes mais je trouve qu'il y a des femmes, justement, ça libère la parole par rapport à des choses qu'elles n'auraient pas forcément dites.

7 : C'est sûr, si tu n'arrives pas à mettre un speculum. Forcément ça amène une interrogation. Moi ça m'est déjà arrivé. Les jeunes femmes qui se retrouvent au milieu de la table. Qu'est-ce qui se passe ?

A : Alors oui, qu'est-ce qui se passe ? C'est une question que tu poses ?

7 : Oui, ça m'est arrivé. Ca dépend si tu as beaucoup de temps devant toi. Ca tu ouvres quelque chose qui peut prendre une heure. (rire) Donc ça dépend de l'emploi du temps. Tu peux toujours dire : « écoutez c'est très important, faut que vous reveniez pour en parler »

2 : Et donc tu la remettras en position gynécologique pour l'examiner ?

7 : Non pas forcément. Moi ça m'est arrivé. J'essaye qu'elle se détende un peu et puis je dis : « est-ce que vous avez un petit peu des soucis pendant les rapports ? ». Je pose la question directement

5 : Est-ce qu'il y a eu des problèmes, est-ce que vous avez subi des violences sexuelles ?

7 : Voilà, oui.

A : Tu prononces carrément le mot ?

5 : Oui oui

2 : Mais uniquement si vous ressentez quelque chose pendant l'examen ou systématiquement ?

7 : Si elle se contracte et referme les cuisses

2 : D'accord, et si elle ne se contracte pas et que l'examen se passe bien ?

7 : Ah ben non

8 : Le problème des violences moi maintenant je l'ai intégré à mon interrogatoire de façon systématique. Ça c'est suite à une réflexion qu'on a eu au centre de planification. Tout comme les facteurs de risque tabac et autre... Une femme vient pour une contraception ou même de façon systématique pour autre chose. Je m'efforce de poser la question.

A : Et est-ce que des fois tu as eu justement une incohérence entre « non, tout va bien » et au moment de l'examen ?

8 : Oui

A : Alors comment vous faites ?

7 : Moi j'ai une patiente à qui je n'ai jamais pu faire un seul examen. On avait abordé la problématique de la violence. Elle me dit : « non, non, non, je n'ai jamais ». Mais par contre elle m'a dit qu'elle avait du mal à avoir des rapports avec son mari. Je lui ai dit : « faut pas que tu restes comme ça ». Je l'avais adressé à une sexologue. Elle a réussi quand même à avoir 3 grossesses, mais je ne peux toujours pas lui faire d'examen, c'est impossible. Et je n'ai jamais pu savoir ce qu'il s'était passé, ce qu'elle avait vécu. Pourtant je la connais depuis qu'elle est toute petite. Y a rien à faire.

5 : Des fois c'est phobique. Il y a pas eu de violence, y a rien eu de spécial.

7 : C'est vrai que ça interpelle

5 : C'est phobique, c'est des modèles...

8 : Inversement ça m'est arrivé d'avoir des patientes aussi comme toi. Je n'arrivais pas à faire l'examen gynéco mais il n'y avait rien d'après les dires de la patiente. Et en fait, longtemps après, suite à un examen qui n'avait rien à voir avec un examen gynécologique c'est sorti. Une histoire de viol. Ça a été assez décalé.

A : D'après vous, quelles représentations elles ont les femmes de cet examen ?

8 : Alors c'est très variable je trouve. Il y a des jeunes femmes qui viennent, on a un peu l'impression que c'est le rituel de passage. C'est la mère qui dit : « faut faire l'examen gynéco, parce que toutes les femmes elles ont un examen gynéco, et c'est comme ça, tant que tu n'as pas un examen gynéco tu n'es pas une femme ». Moi j'ai des jeunes patientes aussi qui viennent, sur lesquelles on a établi une relation, des questionnements, par rapport à tout ce qui est contraception, IST, etc... Et puis qui me disent : « et bien maintenant faut que j'aille faire un examen gynéco donc je vais aller voir un gynécologue ». Alors qu'on en a parlé en amont.

7 : Tu dis pas « pour quoi faire ? »

8 : Si, si

7 : Moi je le dis

1 : Moi je dis : « on peut le faire. C'est comme vous voulez. Vous pouvez alors voir un gynécologue mais on peut le faire. »

8 : Après moi je leur laisse le choix.

7 : Oui mais je leur pose la question, moi, pourquoi ?

8 : Après j'ai aussi eu des jeunes patientes dont les mamans, au courant ou pas qu'elles prenaient déjà une contraception, les emmenaient chez le gynécologue et qui après reviennent en disant : « non, mais moi je ne veux pas retourner chez le gynécologue. Je veux continuer et faire l'examen ici ». Après il y a quand même je trouve cet espèce de rite de rendez-vous entre guillemets. Un certain nombre de femmes, tous les ans, qui ne sont des fois même pas vraiment suivis au cabinet. Je ne suis pas leur médecin traitant. Et elles viennent tous les ans, je sais que quand je les vois sur le planning, c'est qu'elles viennent pour justement l'examen gynéco et le renouvellement de contraception. Il y a quelque part un espèce de rendez-vous.

A : Qu'est-ce qu'elles en disent les femmes de cet examen ? Leur représentation c'est quoi ?

2 : Leur représentation ? Je suis d'accord avec 8, c'est un passage. On devient une femme. En plus je vois pas mal de personne de communauté des gens du voyage. Je suis un tout petit peu de patiente qui sont de cette communauté-là. C'est un petit peu aussi comme la grossesse, c'est...voilà...C'est un passage initiatique. Ça se passe généralement bien. Elles viennent accompagnées.

A : Ça se passe bien ?

2 : Ouais, enfin, j'en ai pas eu énormément. Mais celles pour qui j'ai fait le frottis et l'examen pelvien ça s'est bien passé. Et elles venaient accompagnées. C'est pareil, je fais sortir la maman, ou la frangine ou la cousine.

8 : Même en dehors de la communauté des gens du voyage, moi j'ai des mamans qui m'amènent leurs filles en me disant « on vient pour l'examen gynéco et la contraception ». On peut discuter pour savoir de qui vient la demande

7 : (en s'adressant à 2 : Et elles acceptent de sortir ?

2 : Ah oui oui, elles acceptent

7 : Les gens du voyage en général ils n'aiment pas trop qu'on les mette dehors.

2 : Ca dépend ce que tu as créé comme lien avec depuis un certain temps. D'abord ils savent bien que si la personne ne sort pas, je ne le ferai pas. Et puis il y a aussi parfois le côté « représentation ». On sent que pour rassurer... C'est-à-dire que finalement, on voit à l'intérieur. On voit qu'il y a bien un col de l'utérus, un vagin qui est normal.

A : Comment tu le sais toi ?

2 : Et bien je ne sais pas. Elles ne me le disent pas, je ne sais pas. C'est peut être une interprétation. Il y a aussi le côté tout va bien, voilà, pouvoir être une femme, pouvoir être une mère.

A : J'entends ça. Elles se questionnent : « est-ce que tout va bien ? »

5 : C'est un examen de passage, là encore

4 : C'est vrai que personnellement, quelles sont leurs représentations de cet examen-là ? Je suis en difficulté là.

A : Quels mots vous entendez par rapport à cet examen ?

8 : Des fois moi y a des femmes qui viennent par exemple pour un renouvellement de contraception. Je leur dit : « là il n'y a pas besoin d'un point de vue médical de refaire l'examen » Et il y a un certain nombre de femmes qui disent : « ah oui mais j'aime mieux que vous vérifiez » Vérifier

5 : Une réassurance

8 : Etre sûr que c'est normal. Etre dans la normalité, même s'il n'y a rien de ...

7 : « tout va bien », moi j'entends aussi tout est lié à des futures grossesses. C'est-à-dire si ça va bien, c'est que je serais capable d'avoir des enfants. Il y a beaucoup ça. Après il y a la crainte des infections sexuellement

transmissibles. Mais la craint des IST c'est quoi aussi derrière ? Alors le sida ça fait peur effectivement parce que c'est entre guillemets mortel. Mais y a aussi les maladies types « chlamyiae » et compagnies qui peuvent rendre stérile. Donc moi je crois qu'il y a quand même beaucoup de choses liées à « j'ai un utérus normal donc je pourrais avoir des enfants ». J'entends ça.

2 : Toi tu l'entends ? Parce que moi je ne l'entends pas

7 : Si tu réfléchis à ce que ça veut dire « tout va bien », particulièrement à cet endroit-là. C'est quand même un endroit qui est fait pour...

A : En tout cas vous entendez « tout va bien », « il y a à vérifier »

5 : Alors il y a les jeunes aussi qui sont issues de famille où il y a des cancers. Et tout va bien ça veut dire j'ai pas de cancer.

7 : Est-ce que c'est une majorité ?

5 : Pour moi il y en avait beaucoup. La mère, la grand-mère, la tante, la machine...

7 : Oui parce que vous êtes peut être plus dans une consultation spécialisée.

5 : Et bien oui, moi je ne faisais que ça

7 : Parce qu'en médecine générale, quand on parle de contraception. Parce que par exemple stérilet chez les jeunes « et bien oui il paraît que c'est pas bon parce que ça peut rendre stérile ». Moi j'entends souvent ce rapport à la future maternité, dans une consultation classique. Le stérilet, la pilule, est-ce qu'après ça ne rend pas stérile.

5 : Moi j'en ai mis 2 dans ma carrière, je n'en ai plus jamais remis après. Pelvi péritonite et infection à chlamydiae. Terminé ! C'était la mode dans les années 70, c'est redevenu à la mode. Deux filles qui après étaient sûres de ne plus pouvoir avoir de gamin... Il y a d'autres moyens.

7 : On entend « si je prends la pilule trop longtemps est-ce que je vais avoir des cycles normaux après ? »

A : Qu'est-ce que vous entendez ?

1 : Oui c'est pas spécialement après l'examen pelvien, c'est plus quand on choisit la contraception.

4 : Oui, moi aussi

7 : Oui mais comme l'examen pelvien est lié

1 : Oui, forcément. La contraception c'est souvent avant 25 ans quand même

8 : Il y a aussi : « sous combien de temps ça va pouvoir revenir ? » Si j'arrête la contraception, sous combien de temps je vais pouvoir redevenir normal entre guillemet et avoir une grossesse ?

5 : C'est des questions qui sont permanentes chez les jeunes femmes.

A : Il y a parfois d'autres mots que vous entendez de la part des patientes de moins de 25 ans à propos de cet examen-là ? Est-ce qu'il y a des choses que vous avez entendues ? Ça vient questionner les représentations des patientes. On peut, en tant que médecin, être convaincu de la nécessité : voilà, il faut le faire. Mais à la fois, qu'est-ce que les patientes en pensent ? En disent ?

5 : Il y a des confusions de zones anatomiques des fois, auxquelles nous on ne pense pas. Et puis quand on entend la patiente dire mon vagin en parlant de sa vulve. C'est donc l'occasion effectivement de refaire un petit rappel anatomique avec travaux pratiques. En disant voilà, là c'est votre vulve, après c'est votre vagin, au fond de votre vagin il y a le col de votre utérus. Il y a les représentations du vagin sans fond aussi.

2 : Vagin sans fond ?

A : Alors, comment est-ce que c'est questionné ça ? Est-ce que tu te souviens d'une histoire particulière ?

5 : Alors moi c'est dans le domaine sexologique plutôt. Quand je demande à une patiente de dessiner leur vagin, il n'y a pas de limite au vagin. Et c'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles il y a parfois ce vaginisme, c'est qu'elles imaginent qu'il y a un danger à la pénétration parce qu'il n'y a pas de fond : « jusqu'où ça va aller ? »

A : Et quand tu les amènes à leurs proposer le dessin, c'est dans des circonstances bien particulières ?

5 : En sexologie

8 : Je trouve qu'il y a aussi une confusion au niveau anatomique, c'est quand on leur demande par exemple si elles ont déjà eu des infections génitales et qu'elles nous disent : « oh oui j'ai souvent des infections urinaires ». Alors effectivement les infections urinaires sont aussi liées à des rapports sexuels. Mais c'est vrai que je trouve elles ont du mal à identifier les différents organes, les différents types d'infection qu'elles peuvent avoir dans la région pelvienne.

5 : Il faut dire que la sensation d'urétrite c'est une sensation sur la paroi antérieure du vagin. C'est un peu logique.

A : Pour finir, quelles conséquences vous pensez que ce premier examen ça puisse avoir sur la vie de la femme ? Alors là on questionne un peu votre imaginaire.

5 Pour avoir vu une fois une jeune fille qui est venu me voir après avoir eu un premier examen gynéco par un collègue que je ne nommerai pas ; qui a été violent, sans explication. Je me dis que ça a quand même des conséquences parce que la fille elle ne voulait plus du tout avoir d'examen gynéco. Je ne suis même pas sur moi de lui avoir fait la première fois. Je lui ai expliqué qu'on pouvait faire ça différemment, etc...

A : En fait elle nomme la collègue ?

5 : Elle dit : « je ne veux plus avoir d'examen gynéco ». C'était la fille d'une de mes patientes. Cette patiente me l'a amené en me disant : « est-ce que vous pouvez faire quelque chose pour elle ? »

A : Qu'est-ce qu'il s'était passé ?

5 : Un examen très rapide, sans explication, avec engueulade...forcément !!

1 : Ah oui le « décontractez-vous ! » quand on engueule pour dire de se décontracter !!

2 : Leur représentation : je pense que beaucoup pense que c'est douloureux.

5 : Ça devient douloureux quand c'est fait comme ça

2 : Là on est sur le premier examen pelvien, d'où la contraction, d'où l'angoisse, tout ce qu'il y a autour

5 : La pauvre jeune fille stressée qui se contracte de partout

8 : Comme l'imaginaire des premiers rapports qui peuvent être douloureux. C'est une pénétration aussi, donc voilà...Il faut faire la part des choses entre ce qui est de l'intime. Il y a des femmes aussi qui arrivent en disant : « ah non mais vous ne pourrez pas m'en faire moi je suis trop pudique »

2 : C'est quelques chose d'intrusif. Et que même si on leur a dit, même si les copines, la maman, ont rassuré. Même si le médecin essaye de rassurer. Il y a vraiment cette crainte-là.

8 : C'est mieux si c'est les copines qui ont dit je pense

2 : Comme nous, bon je ne sais pas j'en ai jamais eu, mais le jour où on me proposera un toucher rectal, je pense que je me dirais : « oula, je vais douiller, ça ne va pas être agréable »

1 : Tu parlais que parfois on ne faisait pas l'examen au premier rendez-vous. Moi-même quand il y a indication à faire un examen gynéco je ne le fais jamais au premier rendez-vous. J'en parle, en disant « on va faire ».

Après si elles veulent qu'on fasse et qu'elles n'ont pas envie de revenir.

5 : Sauf si c'est pour une infection

1 : Mais non, même pas. Si elle vient pour une infection qui ressemble à une mycose je traite et je dis : « on fera un examen après »

A : Mais quelle est ta motivation à décaler la réalisation de l'examen ?

1 : C'est ne pas sauter sur la patiente pour un examen gynéco. Quand elle vient je ne suis pas obligée de faire un examen gynéco pour la prendre en charge.

A : Parce que tu penses quoi de cet examen ?

1 : Alors d'abord quand il y a infection, signes de mycose c'est plus douloureux donc je ne fais pas. Et puis sinon, moi je suis généraliste ; je pense qu'il y a une différence entre gynéco et généraliste. On va chez le gynéco on se dit on va avoir un examen gynéco ; on vient chez le généraliste il y a un examen gynéco s'il y a besoin d'un examen gynéco mais ce n'est pas le but de la consultation. Même si elles viennent pour une contraception et qu'on se dit qu'il n'y a pas eu d'examen gynéco depuis plus d'un an, je ne fais pas forcément l'examen gynéco. Mais je ne donne pas une ordonnance pour un an, je donne 3 plaquettes. Mais parce qu'on a vu autres choses, en général ce n'est pas... Si elles viennent que pour ça, elles viennent pour un examen gynéco, évidemment, je ne les ai jamais vues. Elles viennent pour ça et qu'elles veulent leur examen gynéco je leur fais leur examen gynécologique. Mais si elles viennent pour une contraception et qu'il y a aussi un examen gynécologique à faire, je remets l'examen gynéco

8 : Il y a peut-être aussi la volonté de ne pas imposer une éventuelle violence aux femmes

1 : Elle revient en sachant qu'il y aura examen gynéco

2 : Par rapport au fait que vous êtes des femmes, il y aussi votre propre vécu

8 : Moi j'ai des retours effectivement de patientes qui disent que même avec une femme elles ont vécu un examen premier ou pas qui a été violent aussi et qu'elles en gardent un traumatisme aussi. Je pense que le traumatisme ce n'est pas que au moment de l'examen gynéco qui est répété, ça peut aussi avoir une incidence sur leur vie sexuelle, leur rapport avec leur corps

5 : Les paroles peuvent être aussi, je pense à une patiente que j'ai vu récemment, ce n'est pas du premier examen gynéco, mais le gynéco qui l'a vu pour un CIN 3 opéré lui a dit que c'était son mari qui lui avait transmis ça alors qu'on sait fort bien que ça peut être 25 ans auparavant. Et du coup, plus de rapports sexuels avec son mari bien entendu, interrogatoire en règle, pauvre homme qui n'était à priori jamais allé voir ailleurs. Et puis alors pour rattraper ça, c'est dur ! Elle a vu 2 / 3 gynéco qui n'arrivaient pas à faire son frottis tellement après elle était comme ça (montre avec les mains les jambes serrées) Ca peut être dramatique, les paroles autant que le geste technique. Je pense qu'effectivement tout ce qu'on dit, l'utilisation des mots ça peut être bienveillant comme ça peut être extrêmement toxique.

A : C'est vrai, tout à l'heure vous avez utilisé le mot « décontractez-vous »

5 : «Décontractez-vous » (sur un ton d'ordre) (rire général)

8 : C'est une injonction. Après on part sur une mauvaise piste, c'est compliqué

2/ Verbatim du deuxième focus group du 5 novembre 2015

A : On va d'abord parler de l'examen pelvien chez la femme qui a moins de 25 ans et qui est sexuellement active. La première question c'est : comment vous choisissez le moment où vous allez proposer cet examen. A

partir par exemple d'une situation que vous avez rencontrée, vécue. Comment vous choisissez ? Sur quels critères ? Toujours dans le contexte d'une femme de moins de 25 ans.

9 : Et qui ne demande rien au départ ?

A : Et bien justement, c'est important pour nous de savoir si elle demande ou pas (rire général)

9 : Très souvent c'est un peu quand elles arrivent avec un symptôme, genre démangeaisons, ou pertes anormales

A : D'accord, donc il y aurait pour proposer l'examen la nécessité d'avoir du symptôme ?

9 : Oui, spontanément sans autre plainte de la patiente je ne le ferais pas.

A : Et vous avez une histoire précise ?

9 : Non, je suis en train de chercher ! (rire)

Des jeunes filles avec des possibilités de mycose ou des plaintes de ce côté-là genre irritations ou démangeaisons, oui il y en a beaucoup. J'aurais découvert quelque chose d'inhabituel

10 : Moi je pense que c'est plutôt quand il y a soit un début de pilule ou alors un renouvellement. Mais le début de prise de pilule, en fait je fais une programmation, en fonction de s'il y a déjà eu des rapports ou pas. Et donc je programme : « pour l'instant pas besoin de faire forcément un examen gynécologique », s'il n'y a pas eu de rapport. Et après, sans parler du frottis, après une activité sexuelle d'un certain temps je propose de faire un examen gynéco. Après le frottis, forcément ça dépend avant ou après les recommandations.

A : Et quand vous le proposez, comment vous le proposez ? Quels mots vous utilisez ?

10 : Et bien je vais dire, si je prends la 1ere prescription de pilule je vais dire : « pour l'instant pas besoin d'examen gynécologique mais compte tenu de risque d'infection ou de chose comme ça ». S'il y a le moindre problème, il faut venir pour un examen gynéco, et ensuite je dis « il faudra peut-être faire un examen gynéco » Ce n'est pas une imposition. Après je parle du frottis en disant : « maintenant on fait le frottis, ou pas tout de suite, à parti de tel âge » Mais s'il y a le moindre souci, s'il y a une interrogation on peut faire un examen.

11 : Oui, moi c'est pareil. C'est un examen que je ne vais pas du tout proposer s'il n'y a aucun symptôme. Par contre j'interroge s'il y a des symptômes. J'explique que dans la vie, au-delà de 25 ans il y aura besoin de faire un examen de manière routinière, même en l'absence de symptôme et d'ici là je n'ai pas nécessairement besoin d'examiner la personne, sauf si elle le souhaite ou s'il y a des symptômes. Et je détaille un peu les symptômes qui doivent amener à en parler : les douleurs, les métrorragies, les pertes anormales. J'explique aussi, je prépare les choses en expliquant que on peut éventuellement faire un examen partiel, par étapes ; c'est-à-dire qu'on ne va pas forcément faire un examen complet dès la première fois. Parce que je pars du principe que c'est un examen qui est quand même redouté par les patientes, surtout pour la 1ere fois, et encore plus avec un médecin homme, sans doute. Donc j'explique qu'on va pouvoir faire un examen partiel, il n'y a pas nécessairement besoin de mettre le spéculum dès le premier examen. Juste un examen externe, l'inspection.

A : J'entends que pour toi aussi il y a besoin de symptômes.

11 : Oui

A : Et en dehors du symptôme ? S'il n'y avait pas de symptôme et qu'il y avait une patiente qui venait à 23-24 ans, est-ce que vous lui proposeriez aussi ?

10 : Moi oui. Parce que je pars du principe que de toute façon certaines jeunes femmes vont d'elles-mêmes consulter un gynécologue sans forcément avoir des symptômes. On entend ça souvent. Ou même des mères qui amènent leur fille chez le gynécologue. Je trouve qu'il y a un décalage entre cette pratique-là et la nôtre

d'après les recommandations. Parce que du coup les gynéco ils n'attendent pas 25 ans avant d'examiner les jeunes femmes.

A : Donc ce qui forgerait votre proposition ce serait de vous appuyer sur les recommandations ? D'être hors recommandations dans ces cas-là ?

10 : Honnêtement moi je ne suis pas trop d'accord avec la recommandation de l'âge. Pour la bonne raison qu'en rapport avec du vécu. J'ai vu chez une jeune fille qui commençait juste son activité sexuelle, des problèmes au niveau du frottis. Alors maintenant on dit, on s'en occupe ou on ne s'en occupe pas selon. On attend éventuellement que ça parte tout seul. Et enfin, personnellement ça me heurte.

A : Dans cette histoire-là on a proposé à cette jeune femme d'attendre que cela parte ? C'est ça ?

10 : Alors c'était bien avant les recommandations, ça fait un moment donc honnêtement je ne me rappelle plus trop. Je crois qu'elle avait vu un gynéco et qu'elle avait eu un traitement.

A : Je ne sais pas s'il vous est arrivé de proposer sans symptômes ? D'être un peu dans la systématisation ? Est-ce qu'il vous est arrivé de le faire ?

11 : Je ne crois pas, de mémoire

9 : Non

11 : Ou alors dans une situation de grossesse débutante, ou de souhait de grossesse. Mais c'est de la patho finalement

9 : On reste dans la pathologie.

11 : Mais ces symptômes qui amènent à consulter et faire un examen pelvien si besoin.

A : Mais peu importe les recommandations par rapport à l'âge ? Ça a toujours été comme ça dans votre pratique ?

11 : Je ne sais pas, elles datent de quand les recommandations ?

(rire)

9 / Les recommandations ? Oui, le frottis on disait qu'il fallait le faire avant l'examen. Donc moi même si je reculais un petit peu, je ne le faisais pas avant 20 ans. Oui on le faisait un peu plus tôt mais l'intérêt était finalement...pour moi il n'y avait pas d'intérêt primordial à faire un frottis.

10 : Je pense que c'est surtout lié à l'activité sexuelle, de quand débute l'activité sexuelle ?

9 : Oui, parce qu'il y en a ils débutent très tôt leur activité sexuelle

10 : A 14 ans, 14-25 ça fait quand même un certain nombre d'année.

9 : Après il y a tout l'interrogatoire qu'on peut faire sur une jeune fille. Pas combien de copains elle a eu ou de relations ? Mais est-ce qu'elle est stable dans sa vie sentimentale ou autre ?

A : Donc ça va être des éléments qui vont vous inviter peut-être à...

9 : Oui, à interroger plus sur les MST ou autres et essayer de...

11 : Moi j'ai quand même le sentiment que globalement entre le début de l'âge sexuel et l'âge de 25 ans, il y a quand même au moins une fois un symptôme, une question, une consultation, une occasion d'examiner. Je ne vois pas de patient qui serait arrivé à 25 ans sans avoir jamais eu aucune question, aucun symptôme d'ordre gynécologique. Ça me surprendrait. J'ai le sentiment qu'avant 25 ans j'ai examiné toutes les patientes. Toujours à une occasion particulière. Il me semble. Après c'est une impression comme ça, je n'ai pas fait de mesure (rire)

A : Moi ce que j'entendais tout à l'heure c'était que finalement quand ces jeunes femmes viennent voir le médecin généraliste il y a du symptôme ; c'est ce qui va faire décision dans l'examen ou pas. Mais quand elles vont voir le gynécologue il n'y a pas forcément de symptôme, mais la décision est déjà prise, comme si l'adresse gynécologique imposait l'examen gynécologique.

10 : C'est ce qu'elles veulent aussi.

9 : Oui

11 : C'est vrai

A : Quand vous proposez l'examen, vous décidez, comment vous le proposez ? On a déjà un peu abordé cette question-là, mais quelles sont les mots que vous utilisez ? Comment vous vous y prenez dans la réalité de la consultation ? Si vous faites appel à vos souvenirs.

9 : Quand elles viennent, toujours avec un symptôme, je leur dit : « là il faut que j'examine niveau pelvien et vulve et... » Il y en a qui disent : « hum je n'aimerais pas trop ». Alors je leur explique pourquoi l'intérêt. Je ne peux pas traiter sans avoir regardé localement ce qu'il se passe. La plupart temps, j'ai eu rarement des refus, en disant « non je ne veux absolument pas » Du coup, quand on passe côté examen, j'y vais doucement aussi. J'attends qu'elles prennent le temps de se déshabiller. Je les mets en position, je leur explique.

A : Et dans le moment d'en parler, par exemple le mot « examen pelvien », c'est un terme que vous allez utiliser ?

11 : Moi je dis examen génital

9 : Oui, oui. Pelvien, non je n'utilise pas pelvien

10 : Je dis examen gynécologique.

A : Donc vous expliquez déjà un petit peu ce que vous allez faire. Est-ce que vous utilisez des outils ?

9 : Euh...des outils comme quoi ? Des étriers ? Un spéculum ?

10 : Des planches ?

9 : Non non

A : Sur un premier examen ?

11 : Alors moi j'ai des planches anatomiques mais je ne les sors pas forcément à ce moment-là pour expliquer l'examen gynécologique. En revanche j'avais récupéré un petit document de Flora Tristan qui explique le premier examen gynécologique. Donc quelques fois je le donne, en disant et bien voilà on fera un examen une prochaine fois...

A : Il y a quoi sur ce document ?

11 : Il y a quoi sur ce document... ça s'intitule premier examen gynécologique et puis ça explique le médecin ce qu'il va faire ; qu'est-ce que c'est le spéculum ; quelle est la position gynécologique, comment on voit le col, etc... Je crois que ça explique tout ça. Je trouve que c'est assez bien fait, et puis ça dédramatise vraiment. Et puis, je ne m'en sers pas systématique, ça peut être un outil.

Et puis j'ai ouvert un spéculum, un petit modèle (rire), je n'ai pas sorti le gros modèle.

Donc un spéculum jetable, avec la clé rouge là. Donc je montre ce que c'est. Alors souvent ils sont surpris de voir que c'est en plastique, et pas en métal.

9 : Le contact froid...

11 : Voilà, ça c'est quand ressent comme désagréable, le contact froid du spéculum en métal

9 : Ceux qui ont connu le spéculum métallique quand on leur dit c'est effectivement en plastique, « ah, c'est super »

10: Oui, il y a le côté jetable aussi

9 : Et le contact froid et désagréable.

11 : Et très concrètement je leur dis, voilà, c'est cette partie-là du spéculum qui va rentrer comme ça dans le vagin. Et du coup je montre que ce n'est pas si impressionnant que ça, c'est pas très gros. Et puis j'emploie toujours un peu la même phrase, je dis : « c'est pas le meilleur moment de la journée, ça peut être éventuellement un peu désagréable mais normalement ça ne fait pas mal ». Ce n'est pas l'examen qui fait mal, c'est éventuellement le médecin qui fait mal. Souvent je dis ça, ça les fait rire, ça les fait sourire. Du coup ça leur indique, enfin je l'espère, que si elles ont mal c'est de ma faute. Je ne dois pas leur faire mal. Ça c'est je pense quelque chose qui les rassure parce qu'elles se disent : « si j'ai mal ou si je ressens que j'ai mal, ce n'est pas normal et je peux le dire ». Voilà, je leur dis « vous allez me dire »

A : Tu les invites à parler

11 : Voilà. Mais ça ce n'est pas au moment de l'examen, c'est au moment où on prépare l'examen. J'explique ça en montrant le spéculum. C'est la proposition de l'examen. Donc ensuite je montre comment le spéculum s'ouvre, et voilà.

9 : Et la petite brossette, moi je la montre. Je leur dis « c'est la petite brossette qui va aller sur le col, donc vous allez juste sentir un peu...mais ça ne fera pas mal, effectivement. ». Mais moi je suis aussi plus dans la démonstration, que sur planches. Parce que sur planches c'est un peu... c'est pas concret pour elles, on ne peut pas visualiser effectivement un spéculum.

11: Moi je fais plutôt ça en mimant les gestes.

9 : Oui

A : Et en nommant ce à quoi ça va être utile ?

11 : Oui

9 : Et la position gynécologique. Elle va se retrouver... Le jour de l'examen, le premier examen où l'on va faire le premier frottis, on prend le temps de les installer, de bien leur expliquer. Parce qu'elles arrivent toujours un petit peu...

11 : C'est pas un conflit d'intérêt qu'on a entre nous mais c'est vrai qu'on est associés dans le même cabinet, du coup on a aussi une pratique proche. Et donc on a le même secrétariat donc on a un peu le même mode de fonctionnement. On prévoit souvent des rendez-vous dédiés, donc les patientes elles savent que normalement on ne va pas être trop speed à ce moment-là.

9 : On prévoit une demi-heure

A : Il y a un rendez-vous dédié pour une première consultation gynéco ?

9 : C'est général. Enfin moi, tous les frottis c'est une demi-heure quel que soit l'âge

A : Ce n'est pas spécifique à la femme de moins de 25 ans pour un premier examen ?

9 : Non. C'est une demi-heure. Je le dis à la patiente et comme ça on a le temps de le faire. Souvent un quart d'heure elles savent très bien que des fois on est un petit peu pressé. Quand il y a une demi-heure ils savent qu'on va prendre le temps, tranquillement de... Il y avait des jeunes filles, quand on devait faire le frottis un peu plus tôt avant les nouvelles recommandations ; il m'est arrivé de ne pas pouvoir faire le frottis et je leur disais, ce n'est pas grave on va recommencer plus tard, on laisse passer le temps

A : Et quand tu ne peux pas faire le frottis, pour quel motif tu ne peux pas le faire ?

9 : Trop contracté. Alors plus maintenant parce qu'à 25 ans elles ont déjà développé une sexualité très avancée. Mais souvent elles se contractent, elles appréhendent énormément malgré toute l'explication et la mise en confiance ou autre. Mais la première fois ça m'est arrivé où je ne pouvais pas le faire du tout parce que j'allais leur faire mal. J'arrivais à mettre le spéculum mais dès qu'on commençait à écarter c'était ho lala... Je me heurtais à un mur. J'enlevais, j'arrêtai. Je disais ça sert à rien de continuer et puis je leur disais, on va refaire dans 3 mois. Et elles revenaient et souvent la 2e fois j'y arrivais.

A : Comment toi tu fais ? (s'adressant à 10)

10 : Je leur demande en fait si elles ont déjà eu des échos, de la part de la maman, de copines, etc... Savoir ce qu'elles en savent exactement. J'explique comment ça se passe mais sans montrer le matériel. Je le montre quand elles reviennent, si ce n'est pas fait le jour même je leur montre à ce moment-là. Effectivement il y a des cas où parfois c'est un peu difficile mais... Comment dire...je ne suis pas sûr quand dans ces cas-là ce soit faute d'une mauvaise préparation. Mais je me suis aperçu qu'il y avait souvent des choses complexes avant en fait, quand ça ne se passe pas très bien. Donc c'est l'occasion d'en parler. Soit des problèmes d'attouchement ou des choses comme ça. Mais je n'ai pas en mémoire de jeunes femmes si contractées au point d'être obligé de, à part ces cas-là, ne pas arriver à faire le frottis.

A : Et ça c'est quelque chose que tu repère au moment de l'examen ou au moment de la proposition de l'examen ?

10 : Les deux

A : Et dans la proposition de l'examen, qu'est-ce qui t'alerte ?

10 : Elles vont dire : « olala, j'aime pas ça ». Même si elles n'ont jamais eu. Donc je réexplique comment ça se passe. Elles ont déjà une appréhension.

A : Et par rapport au vécu, c'est-à-dire à ce que transmet le tiers ? Des amis ? Peut-être des mères ?

Qu'est-ce que vous entendez quand vous parlez de l'examen justement ?

10 : Euh...en majorité c'est « bon, c'est pas très agréable, mais ça ne dure pas très longtemps »

11 : « Il faut le faire »

9 : « Il faut le faire », « c'est froid »

10 : Non, « il faut le faire », non, je ne dirais pas ça. De toute façon, voilà, c'est de la prévention. Je demande aussi ce qu'elles ont eu comme information. Je ne sais pas, si on parle des plus jeunes au lycée, ou après.

A : D'accord

9 : Souvent « c'est horrible, j'ai ma copine qui m'a dit que c'était horrible ». Elles arrivent déjà angoissées parce qu'elles ont eu les échos effectivement... Après la plupart du temps quand on explique, au début effectivement je ne vais pas dire que c'est super agréable. Voilà comment ça se passe, on va prendre le temps. Elles arrivent à être plus détendues après. Mais quand elles entendent les échos des copines surtout... c'est froid aussi, quand c'est fait par un spéculum en métal. Toujours ce côté qui ressort : on m'a dit que c'était froid.

A : Dans la façon dont vous vous y prenez, vous en avez parlé. Là j'entendais vous vous êtes appuyés sur le document de Flora Tristan pour montrer, vous utilisez des mots. Et une fois que vous faites l'examen en lui-même, comment vous vous y prenez ? La réalisation de l'examen ? Donc vous avez tous les trois une table gynécologique ?

11 : Je précise le niveau de déshabillage que je demande à la patiente

A : C'est-à-dire ?

11 : Je lui explique, comme ça va être sur un rendez-vous dédié, ça c'est encore dans la préparation de l'examen. Mais le jour J je répète qu'elle ne va pas se déshabiller entièrement mais on va faire l'examen en 2 temps. Elle va faire un déshabillage du bas, on va faire l'examen vraiment pelvien, puis ensuite s'il y a besoin, d'ailleurs on ne le fait pas toujours avant 25 ans. Elle va se déshabiller le haut pour faire l'examen de la poitrine. Je lui précise aussi qu'elle pourra venir si elle veut avec un tee-shirt long, une robe, un truc...comme ça elle peut garder une sorte de vêtement couvrant. Et ensuite au moment de l'examen, je reste à mon bureau le temps qu'elle se déshabille dans la partie examen, qui est un petit peu cachée. Il y a une demi-cloison qui sépare les deux parties du cabinet.

A : C'est un paravent ?

9 : Il y a une partie bureau et une partie examen.

11 : Non c'est une cloison. Quand je suis assis à mon bureau je ne peux pas voir ce qu'il se passe du côté de la table d'examen.

A : Donc quand elle se déshabille elle n'est plus sous le regard ?

11 : Mais étonnement il y a plein de gens, plein de femmes qui se déshabillent à la chaise, en face de moi, au bureau. Je suis toujours surpris de ça, mais bon, c'est pas grave (rire). Alors que je leur précise, il y a une chaise pour poser les vêtements là-bas. C'est plutôt une indication aussi qu'à priori l'examen va bien se passer. Donc à la limite ça peut avoir un sens.

A : Mais tu leurs précises avant qu'elles se déshabillent devant

11 : Oui. Enfin, pas toujours en fait. Je pense que si elles se déshabillent là devant moi c'est que je n'ai pas explicité avant. C'est pas systématique sans doute

A : Peut-être que si. Mais que ça permet qu'elles se sentent...voilà, ce n'est plus une question.

11 : Je ne sais pas

A : C'est pareil, quand tu dis, pourquoi tu donnes ces précisions : « on va commencer par le bas, le haut »...

11 : Parce que pendant longtemps j'ai été très mal à l'aise et que je ne savais pas comment faire. Mais ça c'était général, ce n'était pas spécifique à l'examen pelvien de la femme de moins de 25 ans, c'était assez général. Et donc en discutant avec un enseignant de la fac, mon tuteur à l'époque, il m'a dit : « tu n'as qu'à préciser le niveau de déshabillage que tu souhaites ». Donc j'ai vraiment pris ça comme habitude.

A : Donc ça tu fais ça comme habitude et toi ça vient te...comment je pourrais dire... Est-ce que tu aurais l'impression que c'est quelque chose effectivement qui est intégré à l'examen ? Qui précise le cadre ? Que ça te sécurise ?

11 : Moi ça me met dans une position d'être à l'aise avec la nudité de la patiente. C'est-à-dire que je lui dis comment elle va être, donc comment je vais la voir. J'ai vraiment le souvenir quand j'étais interne en stage, à une occasion, où j'étais même peut-être externe, à Flora Tristan, j'observais le médecin qui faisait les consultations à Flora Tristan. Donc il y avait un paravent pour se déshabiller, donc on était deux hommes, et il y avait une jeune femme qui venait pour une consultation. Elle était ressortie du paravent entièrement nue, alors qu'on ne l'avait pas du tout demandé (rire). Je me suis vraiment senti mal à l'aise. Ça c'est un souvenir qui m'a vraiment marqué, ça m'a ensuite embêté quand j'ai commencé ma pratique médicale. J'ai résolu ça comme ça.

A : C'était la question de la nudité dévoilée.

11 : Oui, oui, ça m'avait surpris, je ne m'attendais pas à ça !

A : Et dans la réalisation même ? Là on parlait du déshabillage. Comment vous vous y prenez ?

9 : Moi elles me demandent : est-ce que j'enlève le bas ? Est-ce que j'enlève le haut ? Je leur dit non, on va commencer par le bas et puis on fera le haut. Moi je commence toujours quand il y a la palpation des seins par le haut, et puis après je dis vous remettez le haut et puis après on passe au bas. Alors des fois il y a des femmes qui se déshabillent complètement, avant 25 ans c'est rare. Après 25 ans elles sont plus à l'aise mais avant 25 ans c'est un peu plus timide. Donc elles enlèvent le bas très souvent. Même des fois elles gardent encore la culotte ; elles s'allongent et elles gardent la culotte. Là je leur dis il va quand même falloir enlever la culotte parce que je ne vais pas pouvoir faire (rire). Elles le savent mais elles attendent je crois que je puisse leur dire. Et puis après je leur montre comment il faut s'allonger, le plus proche possible de la table, pourquoi il faut que ce soit sur le bord, les pieds...Et puis j'attends, je fais autre chose entre temps, je prépare mon spéculum, je prépare mon matériel comme ça je la laisse s'installer. Et quand je me retourne et qu'elle s'est installée, si elle n'est pas dans la position que je veux on corrige un peu les choses, mais ça se passe plutôt bien.

A : Le fait de préparer le matériel, pourquoi tu procèdes comme ça ?

9 : Parce que ça leur permet...c'est vrai que je suis avec elle dans la salle d'examen, ça leur permet de se dire, elle ne regarde pas trop mais en même temps elle est là. Voilà, je la laisse s'installer mais sans attendre, assise sur mon fauteuil, qu'elle s'installe. Je ne trouve que c'est pas super. Donc de préparer l'examen, mes lames, et tout...voilà, elle sait que je suis là, elle sait que si elle a une question je suis ici, mais que je ne regarde pas non plus la manière dont elle se met sur la table.

10 : Oui moi je fais un peu comme ça en fait. J'ai deux salles, j'ai le bureau et j'ai la salle d'examen. Donc en fait je prépare et en même temps j'explique, etc... Elles demandent aussi : j'enlève quoi ? C'est un petit peu le même système.

A : Une forme de guidance quand même au début, sur un premier examen. Quelque chose à transmettre.

10 : Voilà, et puis en même temps j'essaye de rassurer, de mettre en confiance.

A : Tout à l'heure j'ai cru comprendre que vous utilisiez tous les 3 des spéculums jetables. Vous n'avez pas du tout de spéculum métallique finalement ?

10 : Si

11 : Moi non

A : Plus du tout ? Vous en avez jamais eus ?

9 : J'en ai jamais eu, non

A : C'est un choix ?

9 : Je ne trouvais pas ça du tout pratique. Et puis il faut les stériliser, parfois on fait 3 ou 4 frottis dans la journée, c'était pas pratique du tout.

A : D'accord, donc le côté pratico-pratique

9 : Après j'ai les trois tailles : le spéculum pour vraiment première taille, les blancs pour les jeunes ; après le rouge moyen et le vert le gros. Et en fonction des morphologies et de l'examen...

A : Tu adaptes ton choix ?

9 : (acquiescement)

A : Et alors toi tu as les deux ? (en s'adressant à 10). Comment se fait ton choix alors ?

10 : J'utilise principalement les spéculums jetables, je garde sous le coude un spéculum pour les poses quelques fois de stérilet. Je ne sais pas pourquoi le spéculum jetable n'est pas pratique, il glisse, etc...Mais souvent, la plupart du temps je n'utilise que des spéculums jetables.

A : Tu remarques des choses différentes entre l'utilisation des deux ? Pour toi ? Pour la patiente de moins de 25 ans ?

10 : Oh de toute façon chez les moins de 25 ans c'est surtout des spéculums jetables

A : Et pourquoi tu dirais que c'est surtout ceux-là, et pas les autres ?

10 : Surtout les jetables et pas les... ?

A : Oui, chez une femme pour un premier examen, moins de 25 ans ?

10 : Parce qu'effectivement, par expérience on sait que c'est pas très agréable ; ou alors il faut les réchauffer un petit peu, il faut les avoir un peu tiédis, etc...

A : Et par expérience, quand tu parles de l'expérience, tu parles de l'expérience professionnelle ? Personnelle ?

10 : Les deux.

A : Donc quand vous faites un examen, moi je vous entendez effectivement parler de la préparation de l'examen, le déshabillage en fait partie aussi, des outils que vous utilisez. Est-ce qu'il vous est arrivé de vous questionner par exemple sur la position de la patiente. Tu disais n°9 tout à l'heure que tu leur proposes de s'installer et que tu fais autre chose. Mais finalement tu leur dis comment mettre les pieds dans les étriers et puis voilà...Mais à la fois, comment... Alors ça veut dire automatiquement que les pieds dans les étriers elles sont en décubitus dorsal ; est-ce qu'il y a d'autre façon de faire pour vous ? D'abord, d'où ça vous vient cette idée de proposer à la patiente les pieds comme ça ?

9 : Alors ça moi je le fais uniquement pour les frottis. Au début c'est que pour les frottis. Après quand c'est pour les symptômes d'irritation, mycose ou autre je ne les mets pas dans les étriers quand c'est pour la première fois. Elles sont allongées comme pour un examen classique et je leur demande de plier leurs jambes, j'écarte...voilà. J'écarte moi-même, je leur dis bon je vais écarter un peu les lèvres. Mais je ne fais pas du tout dans la position gynécologique.

A : Ça c'est pour tous les premiers examens ?

9 : Premier examen dans le cadre souvent des symptômes pertes, irritations...Et on sent que je ne vais pas les mettre tout de suite dans la position étrier. Si elle a 18 ans et qu'elle n'a pas eu encore de rapport et que je sens que... Je lui dis, si, il faut quand même que je regarde. Je ne vais pas tout de suite la mettre dans cette position gynéco. C'est vraiment plus axé frottis. Là c'est différent. Autrement c'est plus position allongée, elle est d'abord en confiance, et puis après on va plier, on écarte. Je dis bien : je vais ouvrir tranquillement les lèvres. Je suis en train de penser à une jeune fille qui avait une hypertrophie des petites lèvres et qui était très gênée parce que ça irritait au niveau de son slip ou autre. Et elle avait 13 ans, effectivement là pour l'examiner, au début elle ne voulait pas trop. Je lui dis il faut quand même que je regarde. Donc je l'avais mise juste en position comme ça, et effectivement elle avait une super hypertrophie. Elle s'est sentie à l'aise, elle a été tranquille. Je la suis depuis qu'elle est bébé, donc il y a aussi ça qui change, mais...

A : Une relation de confiance ?

9 : Oui. Mais en faisant dans cette position-là souvent elles arrivent à accepter parce que voilà...alors on a du mal parfois à écarter un petit peu les cuisses, mais voilà, en y allant doucement, en mettant en confiance et parlant des fois d'autres choses ça les relâche.

11 : Je m'étais posé la question au moment d'acheter ma table d'examen. Parce qu'il y a différents modèles et j'avais notamment repéré une table d'examen qui permettait de faire un examen en position assise. Et puis finalement je n'ai pas opté pour ça parce que je préférais une table polyvalente pour la médecine générale. Mais il faudrait presque avoir une table d'examen dédiée pour les examens gynéco.

10 : Moi c'est ce que j'ai et je trouve ça génial

A : Une table dédiée c'est-à-dire ?

10 : Et bien j'ai une partie qui se relève automatiquement et puis...Et c'est vrai que c'est...En fait j'ai eu l'autre table au début de mon installation, comme ça. D'abord ce n'est pas confortable, et puis en fait quand elles sont en position assise elles nous regardent ; alors qu'autrement elles regardent le plafond. Donc comme ça, ça permet de discuter, de communiquer.

11 : Mais à l'inverse j'avais posé la question à plusieurs patiente et il y en a une qui m'a dit : « ah non non mais moi je ne veux pas vous voir »

(rire général)

11 : Qu'elle était très bien finalement allongée à regarder le plafond. Donc je lui ai dit, il faudrait que je mette la télé au plafond ?!

10 : Non mais parce qu'on discute, voilà... Surtout pour les poses de stérilet.

9 : Mais moi même en position allongée je continue à discuter avec elles. C'est vrai que je ne regarde pas ou autre, mais... Je n'ai pas l'impression qu'elle soit...

A : C'est important de discuter ?

10 : Oui

11 : C'est sûr. L'examen clinique...

9 : Faire ça dans un silence total, je pense qu'on va augmenter l'angoisse de la patiente.

11 : Ce n'est pas un cérémonial. (rire). Je dirais plus un rituel. Mais on doit rester détendu.

A : Mais là tu parles de qui ?

11 : Des deux !! (rire) Le fait de continuer à parler naturellement, de choses médicales. Enfin à ce moment-là je ne parle pas de la pluie et du beau temps. Je commente mon examen, je continue d'interroger sur les symptômes, ... on reste dans le médical, mais je continue à converser avec la patiente de la façon la plus normale possible. Et puis en même temps, si elle se contracte, hop, on adapte au fur et à mesure de l'examen. Mais euh... c'était quoi la question au départ ? (rire)

A : Toi n° 9 tu dis, non moi je ne parle pas forcément ?

9 : Pas forcément, non. Parce que je pense que dire : je vais mettre le spéculum je vais écarter les... Je dis pas, je parle de choses et d'autres. Après tout dépend de la relation que j'ai avec la jeune fille, si je la connais déjà depuis qu'elle est... Ça fait 15 ans que je suis installée donc il y en a que je connais depuis toute petite donc on parle des études, on parle d'autre chose. Et puis des fois je parle des petits copains ou de choses différentes...Mais pas de l'examen en lui même, en disant et bien la je vais faire... Des fois quand je sais qu'elles sont trop crispées je leur dis : bon, ne t'inquiète pas, là je mets juste la petite brossette pour éviter qu'elles...mais voilà, après j'essaye vraiment de les décontracter en parlant d'autres choses pour ne pas qu'elles pensent à cet examen.

A : C'est : décentrer leurs préoccupations ?

9 : Voilà, je pense que c'est important

A : Donc quand vous parlez, finalement,... J'entends que vous pensez que ça permet à la patiente de se décontracter, de relâcher, de penser à autre chose ? Enfin, c'est ce que j'entends. Mais et pour vous ? Est-ce que ça a de l'effet pour vous de parler ? Parce que là vous parlez de l'effet que ça a sur la patiente.

9 : Moi je n'aime pas le silence, mais... (rire) Je ne me vois pas faire le frottis sans rien dire.

10 : Moi je n'ai pas l'impression d'avoir besoin d'être décontracté. Je suis à l'aise.

A : Donc de parler, c'est... ?

10 : C'est, c'est dans le...

A : Et toi n° 11 ?

11 : Je ne sais pas, c'est spontané.

A : D'accord ok

11 : Du coup, oui, pour terminer sur la position. C'était ça l'histoire, assise ou pas. Je leur propose aussi, quelques fois elles préfèrent rester assises sur les coudes donc justement pour être redressée. Et du coup aussi j'ai opté pour leur proposer un petit coussin sous leurs têtes (rire). Tu n'as pas vu mon petit coussin (en s'adressant à 9)

9 : Non, je n'ai pas vu ton petit coussin (rire)

11 : Du coup c'est pas mal, ça évite d'être complètement à plat. Comme ça effectivement, ça évite le cou en arrière

A : Tu ne proposes pas le café ? (rire)

11 : Non, je ne propose pas le café mais c'est pas mal le coup du coussin quand même. Parce que comme il faut s'asseoir tout au bout de la table on est complètement à plat. Ça permet d'avoir juste une petite attention sur le confort de la position gynécologique. Et je pense que c'est apprécié

A : Tout à fait

10 : En tous les cas, moi ce que j'ai vu c'est que du passage de la table plate à la table mobile, moi je suis installée depuis plus de 25 ans, les femmes ont apprécié en fait le changement. Alors sans parler des petites jeunes qui commencent, mais toutes les autres ont apprécié le confort.

A : C'est le confort qui revient ?

10 : Oui

11 : Juste, ça me permet de poser la question, parce que ces tables-là elles ont aussi souvent une partie évidée au niveau du sacrum, et souvent un petit tiroir. Donc ça c'est pas mal, tu t'en sers ?

10 : Oui

11 : Pour mon confort je trouve que ce serait pas mal ça

A : Et qu'est-ce que tu imagines de ton confort avec le petit tiroir en dessous ?

11 : Et bien, ça permet de poser des instruments, jeter ce qui est sale, les compresses, ou s'il y a un écoulement de sang ou autre.

11 : Oui, voilà. Je n'ai pas vraiment trouvé de table suffisamment polyvalente pour franchir le pas ! (rire) Il faudrait que je vienne voir

10 : (rire) Oui, je vais te donner la référence.

A : Alors dans l'examen et dans la réalisation de l'examen est-ce que vous voyez autre chose à rajouter? Si vous vous imaginez le dernier examen que vous faites. Comment vous l'avez fait chez la femme de moins de 25

ans ? J'ai bien entendu la question du déshabillage, la question de la position de la table, se retourner ou pas. Est-ce qu'il y a autre chose que vous faites ? Vous utilisez le spéculum, vous l'ouvrez. Comment vous le placez, vous mettez des mots quand vous le placez ? Est-ce que vous utilisez d'autres choses ? Dans votre organisation ?

11 : Le KY, le lubrifiant.

10 : Ah oui

A : D'accord. Tu as appelé ça comment ?

11 : K Y. Celui-là ou un autre... !

A : Oui, oui (rire)

10 : C'est celui que l'on trouve le plus dans les magasins.

A : C'est quelque chose qui fait partie d'une systématisation ?

9 : Moi non

10 : Ca dépend si on fait un frottis ou pas en fait. Parce qu'au niveau du frottis, pendant un temps ce n'était pas recommandé parce que ça pouvait perturber les résultats. Bon maintenant avec les frottis en phase liquide c'est pas si évident que ça que ça perturbe. Mais, dans un contexte non frottis, si moi je trouve que ça va permettre, là aussi, d'apporter du confort quand même.

11 : Alors effectivement des fois le spéculum il glisse davantage.

10 : Alors après il glisse un peu plus, voilà.

11 : Ce n'était pas systématique jusqu'à ce qu'une de mes internes en stage me fasse la remarque, que c'était quand même mieux. Bon, d'accord ! (rire)

A : C'est une interne que t'a fait remarquer ça ?

11 : Oui. Je ne l'utilisais pas souvent. Je l'utilisais quand j'avais des difficultés à mettre le spéculum

10 : Après on peut aussi l'humidifier avec de l'eau.

11 : Voilà, c'est ce que je faisais. Mais du coup, elle m'a dit : « oh, quand même, ce serait mieux, etc... »

A : Ce serait mieux ? Et de quelle place elle parlait ?

11 : Je ne sais pas. (rire)

9 : Est-ce que c'est sa place de femme ou... (rire)

11 : J'en sais rien ! Vu qu'elle l'utilisait de façon vraiment systématique je me suis dit, oui elle n'a peut-être pas tort.

A : En tout cas ça t'a questionné sur...

11 : Alors je ne l'utilise peut-être pas systématiquement pour autant, parce que quelque fois c'est vraiment, pas besoin de lubrification, il n'y a pas de difficulté particulière. Mais j'essaye d'y penser plus souvent quand même.

A : Mais pour un premier examen, est-ce que c'est quelque chose que vous utiliseriez plus systématiquement finalement ?

11 : Alors en fait, à chaque fois tu précises la question pour un premier examen mais je n'ai pas le sentiment de le faire différemment au premier examen qu'aux examens suivants. A chaque fois la question se reporte au premier examen mais c'est pas si différent. C'est plus différent dans la préparation de la première fois que l'on va faire l'examen. Ensuite la façon de faire l'examen pour moi elle est pareille.

9 : Oui, après la façon ça reste identique

10 : Après ça dépend de l'inspection, quand on voit la vulve.

9 : Moi le lubrifiant effectivement je ne l'utilise pas du tout systématiquement. C'est vraiment lorsqu'il y a une sécheresse, je sens que ça va être difficile. Mais après, non, ce n'est pas systématique.

A : Dans le contact avec la vulve, tu disais tout à l'heure n°9 que tu écartais la vulve, tu utilises tes mains ? Tu fais comment ?

9 : Je mets des gants

A : Voilà

(rire général)

9 : Ah c'était ça !!

A : C'était dur, très très dur !!

9 : Je mets mes gants et j'explique. Alors je mets les gants, je ne sais pas si ça les choque d'ailleurs. Je pense que non. Et puis je les écarte tranquillement.

A : Vous mettez tous les trois des gants ?

10 : Oui

11 : Oui. Avant de toucher la vulve moi je touche les cuisses, la face interne des cuisses.

A : Avec les gants ?

11 : Oui, avec les gants. Pour dire, voilà, vous pouvez laisser tomber les genoux tranquillement. Et hop ça me permet de rentrer en contact, de toucher la patiente, avant de directement aller sur les organes génitaux, sur la vulve.

9 : Oui moi c'est pareil. C'est vrai qu'on fait ça tellement naturellement.

10 : Oui oui, c'est sûr, on y pense même pas !

11 : Eh bien oui, mais c'est ça qu'elles veulent savoir (rire général)

9 : Donc voilà, même parfois c'est moi qui plie ses jambes si je vois qu'elle ne veut pas trop le faire. Et puis après on écarte, tranquillement. Alors je dis toujours quand j'arrive au niveau de la vulve, je vais écarter, pour avertir, qu'elles puissent se préparer.

A : Et vous mettez 2 gants, 1 gant ? Vous enlevez vos gants ? Est-ce que vous faites un toucher vaginal ou pas ? Comment vous faites ?

10 : Moi je ne fais pas un toucher vaginal avec seulement les gants, je rajoute un doigtier.

A : Par-dessus les gants, d'accord.

10 : Que je lubrifie aussi d'ailleurs

11 : Alors là pour le coup c'est peut être une différence avec les examens pelviens suivants, je ne vais pas souvent faire un toucher pelvien la première fois peut être.

10 : Alors la première fois, oui, c'est vrai. Peut-être pas la première fois

A : Oui, on est toujours dans la première fois

11 : Ca par contre c'est la différence je pense. Parce que là pour le coup, d'ailleurs c'est pareil avec les hommes. Les touchers pelviens c'est quand même un contact très très intime du médecin avec le patient. Et la première fois, je trouve que c'est quand même...Ah moins qu'il y est vraiment un symptôme, une question à répondre au niveau de l'examen. Est-ce qu'il y a une masse ? Est-ce qu'il y a ceci ? Ce n'est quand même pas la plupart du temps une urgence absolue. Là pour le coup c'est vraiment une différence entre un premier et des examens suivants. Je vais rarement voire jamais faire un toucher pelvien au premier examen. Ensuite si je dois

le faire je le fais de toutes les façons ; c'est-à-dire avec le même gant, sans rajouter de doigtier ; en enlevant le gant et en mettant un doigtier à la place. Et par contre quand je rajoute un doigtier sur mon gant je perds en sensibilité quand même je trouve. Mais bon, c'est une idée que j'ai peut-être ! Donc soit je fais avec le même gant en vinyle que j'ai, soit j'enlève le gant pour mettre un doigtier, et voilà.

A : Et la main du palper abdominal elle reste gantée ?

11 : Oui. Et je change de position après quand je fais le toucher pelvien. Je mets sur le côté

A : Parce que ?

11 : Parce qu'au moment de l'examen au spéculum je suis assis sur mon tabouret le plus bas possible, je suis entre les cuisses de la patiente. Et après pour l'examen pelvien je dois me mettre debout, et palper le ventre en même temps, donc je me mets sur la droite de la patiente, pour être plus à l'aise et pour ne pas me retrouver debout face à elle, entre ses cuisses.

10 : Après tout dépend des morphologies.

11 : Oui, voilà aussi. Tout à fait.

A : Mais se retrouver effectivement debout, face à elle, entre ses cuisses, ça vient parler de... ?

11 : Oh, pfou, c'est un peu équivoque. Ça peut prêter...

10 : Alors là il y a peut-être une différence entre...

9 : Oui, parce que moi je reste entre les cuisses

11 : Moi je ne me sens pas à l'aise, du coup je mets sur le côté je me sens bien mieux

9 : Moi je reste, j'enlève le gant pour le palper abdominal et puis je mets le doigtier pour le toucher vaginal. Et puis je reste entre les cuisses.

11 : Tu enlèves le gant sur le ventre ?

9 : Oui, moi je ne peux pas palper avec un gant. Je n'aime pas la sensation. Le gant pour moi c'est juste effectivement pour protéger.

10 : Oh il y a des très bons gants.

9 : Oh non...

A : Protéger ? A la fin de ta phrase ?

9 : Pour protéger, pour moi me protéger et voilà. On sait qu'il faut sur ces examens quand même mettre des gants. Mais après, pour le palper abdominal j'enlève le gant, je ne peux pas, j'ai besoin de cette sensation.

11 : Moi quand j'enlève le gant j'ai la main pleine de talc. J'en fous partout après du talc ! (rire) Parce que si je fais un examen abdominal sans faire d'examen pelvien je ne mets pas spécialement de gant. Quelques fois pour les pouls fémoraux, mais ça dépend. Mais là en l'occurrence quand c'est le palper abdominal après l'examen au spéculum, je garde mon gant

9 : Non moi je l'enlève, je ne peux pas. Je n'arrive pas à palper comme il faut avec un gant.

A : Quand vous faites l'examen gynécologique, est-ce qu'il y a des... ? Alors effectivement vous êtes à la recherche de..., vous regardez ce qu'il se passe en intra-vaginal, examiner le col, si vous faites ou pas le toucher vaginal. Mais est-ce qu'il y a des choses que vous repérez dans cet examen ? De ce que vous êtes ? Parce que moi j'entends que toi tu te décales un peu et tu sais pourquoi tu vas faire ton toucher vaginal avec cette posture-là. Mais est-ce que vous repérez des choses chez la patiente ? C'est-à-dire, donc vous écartez les jambes, mais est-ce que c'est possible tout le temps ? Vous faites comment ? Tu disais tout à l'heure n°9 il y en

a qui s'assoit avec leur slip. Donc sur les premiers examens, est-ce qu'il y a des choses comme ça qui vous alerte dans la posture qu'ont certaines femmes ?

10 : Oui c'est ce que je disais au départ.

A : Oui, au tout début tu as dit ça, effectivement. Et toi, si tu devais préciser un petit peu les choses qui pourraient... Qu'est-ce que tu repères ? Les postures différentes.

10 : Et bien déjà une attitude contractée un peu plus importante que d'autres. Qu'est-ce que je repère d'autres ? Et bien là du coup, quand on disait tout à l'heure que l'on parle, là je ne pense pas. Là il y a moins de communication, c'est clair. Alors du coup, la communication elle vient parce qu'il y a difficulté à faire l'examen.

A : Et donc tu nommes cette difficulté à la patiente ?

10 : Oui

A : Et comment tu t'y prends ?

10 : Je vais lui dire : « mais il y a eu quelque chose ? ». En fait je suis assez directe. Je vois que vous n'êtes pas à l'aise, est-ce qu'il y a eu quelque chose ? Un traumatisme ? Enfin, j'essaye de tourner autour du pot et puis après quand on revient dans le bureau, si je vois qu'il y a eu un sentiment de malaise je tends des perches.

A : D'accord, oui. Qu'est-ce que vous repérez ?

9 : On pose toujours la question de pourquoi elles sont contractées, qu'est-ce que qui les met mal à l'aise en fait.

10 : Mais en fin de compte je m'aperçois qu'elles le disent assez facilement. Après elles ne veulent pas forcément qu'on s'en occupe. Ou elles font des allusions ou elles en parlent. Mais ce n'est pas pour ça après qu'elles veulent aller plus loin.

A : Donc au moment de l'examen, les mots des femmes, ça vous met en alerte sur la façon dont ça va se passer. Et est-ce que tu as des mots qui te reviennent ?

10 : Alors après ça dépend du coup si c'est quelqu'un de moins de 25 ans ou si c'est quelqu'un de plus de 25 ans.

A : Moins de 25 ans.

10 : Moins de 25 ans, d'accord. Non mais parce que c'est plus difficile du coup...comment dire...d'aborder ça chez les moins de 25 ans. Donc, je pense qu'elles vont peut-être mettre ça sur le coup du premier examen, etc... Mais en fait quand on va les revoir, après c'est là qu'on peut si à nouveau l'examen est difficile. Donc le sujet revient sur la table...d'examen !

A : Vous n'avez jamais été alertés par... enfin, alerté je ne sais pas si c'est le bon mot, mais...

11 : Moi je n'ai pas le souvenir, non, d'examen qui m'aît mis en alerte à ce niveau-là. Mais peut-être parce que je ne suis pas attentif, j'en sais rien. Ou parce que je n'ai pas encore eu l'occasion, je ne sais pas.

A : D'accord. Tout à l'heure, vous utilisiez beaucoup ce mot-là. Vous dites beaucoup « contracté ». Il y a à leur proposer effectivement de se relâcher. Et finalement vous parlez des représentations des femmes de cet examen, comment vous les imaginez les représentations des femmes ? Si l'on parle de leurs mots, elles sont contractées. Qu'est-ce qu'elles pensent ? Qu'est-ce qu'elles vous renvoient les femmes de cet examen ?

10 : Moi je dirais qu'une grande partie du temps elles sont inquiètes de savoir ce qu'elles ont.

A : De ce qu'elles ont ?

10 : Enfin, ce qu'on pourrait leur trouver.

A : D'accord

11 : Qu'est-ce qu'elles renvoient ?

A : Quelles sont leurs représentations ?

9 : Comment voient-elles le frottis ou l'acte ?

A : Voilà, l'acte en lui-même. Parce que tout l'heure vous disiez, au tout début, peut-être que les représentations elles partent de ce qu'elles ont entendu de leurs amis, ou de leurs familles. Et donc qu'est-ce qu'elles entendent finalement de leurs familles, de leurs amis de cet acte-là ? Parce que tout à l'heure vous disiez, vous en avez déjà un peu parlé, vous avez dit : « c'est un examen pas agréable », vous avez dit : « les spéculums métalliques c'est froid, donc c'est pour ça qu'on opte pour... ». Est-ce que vous entendez autre chose de leurs représentations ?

10 : Quelque fois un problème de pudeur, mais je dirais que c'est pas...si elles expriment ça c'est pas un énorme pourcentage non plus, mais c'est dit quand même.

A : Ca évoque quoi pour vous contraction ? Quand elles sont contractées ça évoque quoi ?

9 : Quelque part c'est un peu une intrusion dans leur vie intime, dans leur partie intime. Donc quand elles se contractent, c'est « j'ai pas trop envie ». Il faut que j'arrive à me relâcher pour permettre au médecin de faire l'examen, mais quelque part elles ont encore ce blocage. Leur premier examen, leur premier frottis, c'est toujours un peu compliqué. Parce qu'elles savent que c'est un examen que l'on va faire après tous les 3 ans et quelque part je vais laisser le médecin aller, ouvrir, rentrer dans ma partie intime. Je pense qu'il y a cette idée d'intrusion.

A : Et quand vous repérez qu'il y a cette contraction, c'est quelque chose qui se ferme, comment vous faites avec ça ?

10 : Je leur dis de respirer par le ventre, de souffler.

A : Donc tout ce qui pourrait provoquer un petit peu le relâchement. Qu'est-ce que vous utilisez d'autres ?

10 : De les rassurer sur le fait que plus on va être tendu, plus ça va être difficile. En essayant d'être plus décontracté ça va être un examen qui n'est pas si terrible que ça, et ça sera très rapide.

9 : Je leur explique souvent si elles sont contractées, je vais lutter contre un mur en fait. Donc forcément je ne vais pas pouvoir.

A : Une illustration

9 : Voilà, donc il faut décontracter les muscles pelviens pour que l'on puisse faire l'examen le plus facilement possible.

A : Et toi n° 11 comment tu... ?

11 : J'insiste sur le fait qu'il faut que les genoux ils tombent de chaque côté. Je trouve que c'est une, une bonne façon d'obliger les muscles adducteurs et du coup aussi les muscles pelviens à se relâcher.

A : C'est faisable ? Tu as l'impression que c'est faisable pour toutes les jeunes femmes ?

11 : De bien laisser tomber les genoux ?

A : Oui, à ta demande. Le premier examen, toujours

11 : Oui, le premier examen, toujours (rire) Je ne sais pas, je n'ai pas le souvenir... je n'ai pas un souvenir, là comme ça. Mais après, encore une fois, peut-être que...

9 : Elles arrivent toujours, quand elles se mettent dans les étriers, les genoux ils se... (mime avec ses mains des genoux qui se ferment)

11 : Ah oui, bien sûr, les genoux ils se touchent, oui !

9 : Ils sont collés

11 : Mais ça ce n'est pas contracté, c'est la position. Après, ça arrive qu'une fois que la position gynécologique est mise en place, les muscles sont encore contractés.

9 : Oui, tu y arrives petit à petit. Moi je n'ai jamais réussi pour le premier examen à avoir les genoux complètement...

11 : Non, après ce n'est pas pour autant que les muscles ils sont durs et que l'examen ne se fait pas. Non, je n'ai pas le souvenir d'avoir été trop en difficulté par vraiment des muscles durs.

9 : Moi j'en ai eu, mais c'est ancien, c'était avant les recommandations. Quand on les faisait à 18 ans. A 18-20 ans, quand on faisait le premier frottis, s'il n'y avait pas eu beaucoup de relations avant, c'était compliqué. Maintenant, avec la recommandation des 25 ans les jeunes filles qui arrivent à 25 ans pour le frottis, je n'ai pas cette contraction. Elles ont quand même développé leur sexualité et elles arrivent assez... Elles appréhendent plus à mon avis le résultat, ce qu'on va leur trouver ; la manière dont ça va se passer parce que c'est quelque chose de nouveau. Le spéculum on a beau l'avoir montré, on a beau l'avoir expliqué. Il y a toujours, quand il y a quelque chose de nouveau, l'appréhension, comment ça va se passer. J'ai moins maintenant cette contraction, on arrive quand même à mieux les relâcher.

A : Il t'est arrivé avant de faire des examens gynécologiques à des jeunes femmes qui n'avaient pas eu de rapport ?

9 : Non, non. J'attendais toujours. Pas tous, pas tous les médecins et les gynéco le faisaient. Chez des jeunes femmes de notre génération elles avaient eu des frottis, sans avoir eu de rapport. Pilule, frottis, même sans rapport. Chez des patientes âgées chez qui je galère encore avec le frottis parce qu'elles ont un mauvais souvenir. Et quand je les interroge, là par contre je les interroge, on sort du contexte du premier examen. Je les interroge sur pourquoi après X années elles sont toujours aussi... Elles arrivent à m'expliquer, voilà, ma mère m'a emmenée chez le gynéco. Il m'a fait le frottis, il ne m'a pas expliqué.

A : Elles ont subi

9 : Oui. C'est pour ça que j'ai toujours pris du temps. Jamais de frottis avant d'avoir une relation, des activités sexuelles normales, régulières, sans qu'il y ait d'appréhension. J'ai toujours pris le temps et je ne le faisais pas avant 20 ans la plupart du temps les frottis.

A : Donc en fait ce dont tu es en train de parler c'est un peu la dernière question élaborée. C'est quelles conséquences finalement ce premier examen ça peut avoir sur la vie des femmes ?

9 : Je ne sais pas les conséquences maintenant que le frottis est à l'âge de 25 ans, je ne sais pas comment elles vont vivre plus tard. Mais c'est vrai qu'actuellement, les femmes de 40 ans qui parlent de leur premier examen.

A : Qu'est-ce que vous entendez alors de ces femmes-là ? Toi tu dis la question de subir.

9 : Ah oui, c'est ça ! On m'a emmenée chez le gynéco, elle m'a fait le frottis, elle m'a dit de m'allonger là, elle m'a mis un spé-de-truc de là, je l'ai mal vécu. Ca a monté après, même dans les relations avec les hommes. J'en ai quelques-unes comme ça.

A : Ou ça vient... pour leur sexualité future c'est ça ?

9 : Oui. Et puis pour après faire les examens. J'en ai encore une, c'est elle qui met... alors on a beaucoup progressé dans sa démarche, mais maintenant j'arrive à lui faire un frottis mais c'est elle qui met le spéculum.

Je la guide et elle met le spéculum. C'est lié à une expérience dans sa jeunesse liée au frottis. Parce que contraception-frottis, quel que soit... Il n'y a pas d'explication, pas de questionnement sur sa sexualité. Mais j'en ai quelques-unes comme ça.

A : Est-ce que tu as dans les patientes que tu accompagnes des femmes qui peuvent témoigner de leur premier examen et des conséquences sur leur examen suivant ou leur vie sexuelle suivante ? (s'adressant à 10)

10 : Sur la vie sexuelle, non. Je ne me rappelle pas de commentaire sur la relation entre un premier examen et la vie sexuelle d'après. Je ne vois pas. Mais peut-être que je n'ai pas entendu, ou qu'elles n'en ont pas parlé. Après il y a des femmes qui disent...c'est compliqué parce qu'en fait ça dépend des femmes qu'on connaît depuis longtemps ou des femmes qu'on connaît que...voilà. Certaines disent, « pff, c'est vrai que c'est pas très agréable » mais ça ne va pas plus loin en fait que...

A : Que ce côté désagréable ?

10 : Oui

A : D'accord. Le fait d'apprendre ça par exemple, n° 11 je ne t'ai pas donné la parole là, mais si tu...

11 : C'est plus une représentation que j'ai moi. Mais effectivement la réussite du premier examen conditionne je pense la suite du suivi médical. Passer du temps la première fois et que ça se passe bien, c'est un investissement rentable sur le fait que la suite va bien se passer aussi normalement.

9 : Ça permet qu'elles reviennent tous les 3 ans.

11 : Je pense que c'est un peu comme avec les enfants. L'examen clinique, passer du temps pour les amadouer, ça permet d'en gagner plus tard.

A : D'accord, donc on peut dire que tu repères ça et tu mets en place ça

11 : C'est une idée que j'ai, je ne sais pas si c'est une réalité mais...

A : Et d'apprendre de ces femmes, de leurs expériences à elles du premier examen, est-ce que ça a modifié vos pratiques ?

9 : Moi je faisais déjà un peu attention mais là je fais encore plus attention. Parce que quand je voyais des femmes pour qui effectivement ça avait vraiment altéré leur sexualité ou leur grossesse ; ne pas avoir d'enfant tout de suite ou autre. Oui j'ai fait encore plus attention à bien expliquer aux jeunes, prendre le temps, y aller tranquillement pour que plus tard il n'y ait pas de souci. C'est pour cela que j'attendais souvent qu'elles aient vraiment 1 an ou 2 ans d'activité sexuelle et pas régulière mais pas une ou deux fois seulement. Et puis prendre le temps de l'expliquer, de le montrer parce que je savais que si on forçait, c'était fini après. Elles ne reviendraient pas déjà faire le frottis, et puis dans leur sexualité ça pouvait représenter pour elles quelque chose d'agressif ; quand on parlait tout à l'heure d'intrusion dans leur vie intime, c'est un peu ça.

3/ Verbatim du troisième focus group du 10 décembre 2015

A : La première question qu'elles ont souhaitée que je vous pose c'est comment vous choisissez le moment où vous allez proposer ou pas à la jeune femme de moins de 25 ans l'examen pelvien ? L'idée c'est parfois de penser à une situation, d'essayer de se remémorer un peu une situation et se dire finalement à quel moment je décide finalement de proposer, ou de ne pas proposer cet examen-là. Et donc leur sujet c'est vraiment la jeune femme de moins de 25 ans.

15 : Moi d'emblée j'ai envie de dire je ne le propose jamais à la première, première consultation pour les femmes de moins de 25 ans. Qu'elles viennent pour une première contraception ou... Je dis ça, si je la vois pour la première fois à 22 ans et qu'elle a déjà eu des examens gynéco avant je n'hésite pas à lui proposer un examen pelvien. Mais si c'est une première consultation, en général, je ne le propose pas d'emblée.

A : D'accord, et sur quoi tu appuies ton choix ? Comment tu pourrais expliquer ce choix-là ?

15 : Déjà si c'est la première fois qu'elles viennent, en général c'est une demande de contraception. Je préfère leur expliquer en quoi consiste la contraception, leur expliquer en quoi consiste l'examen gynéco et qu'elles aient le temps de comprendre ce que c'est. Mon idée c'est qu'elles ne s'inquiètent pas d'un examen gynéco. Parce que je trouve qu'elles sont souvent un peu terrorisées en arrivant ou inquiètes à l'idée qu'on va les examiner. Et du coup je les rassure toujours en leur disant : « on ne va pas forcément faire l'examen gynéco aujourd'hui, je vous explique comment ça se passe puis on le fera dans 3 mois » en général. Après évidemment si c'est une jeune femme qui a déjà eu plusieurs examens gynéco mais que moi je la vois pour la première fois je lui propose de l'examiner d'emblée.

19 : Soit à la première occasion d'en parler, c'est effectivement la première prescription de pilule. Je pense que c'est à peu près pour tout le monde pareil. C'est vrai, la première chose que je leur dis c'est : « ce n'est pas parce que je vais vous prescrire la pilule que je vais vous sauter dessus aujourd'hui ». En général elles sont « aah » (soupir de soulagement), elles se détendent de la fesse on va dire (rire) et puis après elles sont attentives à ce que c'est la contraception et on peut expliquer tout ça. Parce que si elles ne sont pas... elles passent toute la consultation ou le début de la consult complètement stressées en se disant je vais passer à la casserole dans 2 secondes elles n'écoutent rien du tout de ce qu'on raconte (rire) et après il faut recommencer. Donc c'est une des premières phrases par lesquelles je commence. Après effectivement ça dépend si c'est des jeunes femmes qui ont déjà un certain âge entre guillemet ou si elles ont 14 ans et demi, 15 ans. La façon de faire n'est pas forcément la même. Après souvent ce que je leur dis c'est que quand elles auront commencé leur vie sexuelle, s'il y a un souci on fera un examen gynéco dans les suites assez rapidement si elles ont des problèmes ; sinon il n'y a pas d'urgence.

A : Mais si elles sont d'emblée comme ça, sexuellement actives, vous avez cette connaissance-là, mais moins de 25 ans. Comment vous... ?

19 : Après effectivement ça dépend depuis combien de temps elles ont des rapports, si ça fait deux jours (soufflement) on leur fiche un peu la paix je pense. Après, dans mon idée l'examen pelvien c'est pour faire potentiellement un frottis ou potentiellement détecter quelque chose qui ne va pas. On a un peu de temps. On n'est pas obligé de leur sauter dessus. Et donc voilà, comme ma collègue, je leur explique, je leur montre ce que c'est un spéculum parce que des fois elles se font des films. Souvent quand elles sont jeunes c'est maman qui a raconté « il va falloir aller prendre la pilule, mais bon tu vas y passer » (rire) Donc je leur montre ce que c'est et je leur dis qu'il n'y a pas urgence, on verra ça plus tard.

A : D'accord, il n'y a pas d'urgence. Est-ce que d'autres ont... ?

17 : Moi je vais rebondir sur le fait effectivement du délai entre les premières relations sexuelles où on a donné la pilule et puis un certain délai. Une jeune femme qui a commencé à avoir des rapports à 15 ans, honnêtement je trouve qu'à 25 ça fait loin.

A : Ca fait loin, c'est-à-dire ?

17 : Ca fait loin pour faire un frottis j'entends. Pas pour faire le premier examen, mais loin pour faire un frottis. Parce qu'on peut avoir trouvé dans son expérience des femmes qui avaient déjà des problèmes avant 25 ans.

A : Ca veut dire qu'il y a une limite en terme de temps ?

17 : Et bien la limite... on nous l'a, comment dire... elle est protocolisée la limite. Après la limite elle nous appartient selon l'expérience de la femme en face de nous.

A : Donc, est-ce qu'il y a d'autres personnes qui font différemment ? Numéro 12 ? Numéro 13 ?

12 : J'ai envie de dire c'est la clinique qui guide. C'est les hypothèses formulées au cours de l'entretien qui guident ou pas l'intérêt de faire un examen. Je suis d'accord avec ce qui a été dit. En consultation systématique de contraception effectivement il n'y a pas d'urgence à le faire, mais si c'est pour une autre demande, je ne sais pas, de lésion, une inquiétude particulière quant à la sphère génitale on peut être amené à faire un examen. Alors je ne sais pas ce qu'on entend par examen pelvien mais on peut se contenter de l'inspection par exemple.

A : Mais toi tu entends quoi par examen pelvien ?

12 : Bah, euh...pfou, je ne sais pas ! (rire) L'examen pelvien, c'est une région anatomique qui recouvre pas obligatoirement que la pose d'un spéculum et le toucher vaginal. Ça peut être encore une fois une inquiétude sur la normalité, ça peut être une inquiétude sur une lésion, sur un bouton ou que sais-je encore ? Donc une douleur, et donc il n'y a pas obligatoirement l'absolu nécessité ni de poser un spéculum ni de pratiquer un toucher vaginal. Voilà, et si c'est une consultation un peu d'urgence en dehors de la prescription de contraception, moi je ne suis pas inquiet pour une jeune fille de 15 ans qui a commencé...

17 : Ah non non, je parlais de la jeune fille qui a commencé à 15 ans et qui a maintenant 24 ou...

12 : De toute façon on va lui trouver de l'HPV. Enfin je ne sais pas. Moi je...

A : Tu dirais que toi la question de ton inquiétude.

12 : De mon inquiétude ?

A : Oui tu dis je ne suis pas inquiet ? Si je ne suis pas inquiet je ne fais pas d'examen pelvien ? J'utilise un raccourci mais...

12 : Disons que, oui, peut-être je ne suis pas inquiet. C'est-à-dire que... ce n'est pas un examen qui va effectivement... dont je vais me servir éventuellement pour me rassurer sur une éventuelle question. Non mais je repensais à l'activité sexuelle des adolescents. Ce que vous avez dit juste avant m'a fait réfléchir. Parce qu'effectivement les discussions tournent parfois autour de l'âge de début des premiers rapports dont on sait qu'ils peuvent éventuellement être un facteur de risque d'exposition aux lésions du col. Mais en réalité ils se trouvent qu'en pratique moi je ne m'en occupe pas beaucoup. Mais quand on dit moins de 25 ans je pensais aussi aux adolescents et puis encore aux plus jeunes. Parfois il y a des questions qui se posent dans l'enfance. J'imagine qu'on est peut être hors sujet mais je trouve assez souvent, c'est fréquent, des questions qui viennent des parents sur l'irritation vulvaire, un prurit vulvaire chez l'enfant, éventuellement un écoulement, éventuellement une douleur, même chez une petite fille. Et où l'inspection suffit en général.

A : Alors, là c'est vrai que l'étude elle est autour de la jeune femme de moins de 25 ans sexuellement active.

12 : Oui, c'est ce que j'ai cru comprendre. Ca exclut les enfants.

13 : Oui mais c'est la question justement de « sexuellement active », moi je rejoins ce que dit numéro 12 parce que sexuellement active ça pourrait être un critère qui nous amènerait à proposer un examen pelvien, un examen gynécologique, puisque dans mon souvenir les recommandations c'est : donc le frottis à partir de 25 ans, ou si je me souviens bien c'est 8 ans après le début de l'activité sexuelle, mais l'activité sexuelle ce n'est

pas forcément les rapports avec pénétration On sait que les adolescentes avant la période sexuellement active, de rapport complet on va dire, il peut exister une période d'activité sexuelle sans pénétration, de flirt, je ne sais pas comment on peut appeler ça ; d'attouchements, de caresses, etc.. Au cours desquelles elles peuvent contracter l'HPV donc si on se dit que ça commence... Ca nécessite un interrogatoire extrêmement poussé de l'adolescente. Parce qu'à 23 ans une femme active qui a pu commencer sa vie sexuelle, au sens large du terme, je ne sais pas à quels âges, 14 ans, 13 ans, j'en sais rien. En tout cas avant l'âge des premiers rapports complets, et bien on peut être largement au-delà des 8 ans de contact avec l'HPV et donc être amené théoriquement à devoir le proposer un frottis même avant les 25 ans. Et du coup je rejoins un peu ce que vous disiez aussi, c'est-à-dire que les 25 ans c'est pas une limite qui est valable pour tout le monde, mais ça nécessite tellement un interrogatoire de la jeune femme sexuellement active sur le début de sa vie sexuelle qui remonte éventuellement à loin en arrière que moi je ne le fais pas cet interrogatoire-là. Parce que je n'ai pas...je ne sais pas pourquoi je ne le fais pas (rire). Parce que je n'ai pas forcément l'occasion, la possibilité ou je ne sais pas. Et du coup je rejoins aussi numéro 12 pour dire que c'est un critère que je peux facilement laisser tomber, je ne m'en occupe pas beaucoup. Et alors du coup pour terminer sur ce que je voulais dire c'est que du coup moi le premier examen pelvien c'est 9 fois sur 10 ou même plus que ça, c'est à l'occasion d'un symptôme. Quand il y a un symptôme clinique : leucorrhée, des douleurs, des pertes, des prurits. Je ne vais pas le proposer à titre systématique s'il n'y a pas de symptôme qui motive la consultation.

14 : Après ce qui interpelle aussi c'est que là on part du principe qu'en dessous de 25 ans les femmes n'ont pas forcément eu de grossesse et que sans être forcément un symptôme pathologique il y a un certain nombre de femmes qui avant 25 ans vont avoir une grossesse qu'elles vont garder ou pas, au cours de laquelle on peut quand même être amener ne serait-ce que pour le suivi de la grossesse dans certains cas même si tout se passe bien à proposer un examen pelvien. Après pas forcément un frottis mais pose de spéculum, un toucher vaginal, une palpation. Donc je pense qu'il y a aussi peut-être une tranche de population qui est peut-être moins fréquente à l'heure actuelle mais où on va quand même proposer assez rapidement un examen en dehors de toute pathologie.

A : Je ne sais pas si numéro 18 tu as envie de rajouter des choses ?

18 : De toute façon c'est obligatoire, je dirais pratiquement on ne peut pas se poser de question c'est la grossesse de toute façon, on n'a même plus à se poser la question je dirais. Donc là dès qu'il y a grossesse c'est obligatoirement toucher pelvien. Je pensais plus au cas hors grossesse finalement par rapport à la thèse. C'est vrai que pour moi il n'y a jamais d'urgence à le faire parce que je crains toujours, je ne veux pas les effrayer, ça c'est certain. Donc en général je me fixe un an après des rapports réguliers, comme ça je me dis que ça ne posera pas de problème. Alors en attendant, ça dépend depuis combien de temps elles prennent la contraception, également les premiers rapports, ça c'est important aussi.

A : D'accord

20 : Moi je rajouterais bien, je m'en rends compte aujourd'hui de comment je fonctionne. Pareil, pas d'urgence, pas vouloir les effrayer. Et quand au gré des consultations qui vont se succéder j'aurais tendance à attendre qu'elles soient pleinement à l'aise avec leur contraception et ça ne soit plus quelque chose qui leur pose question. Donc du coup on peut passer ensuite à un autre sujet. Je trouve qu'autrement trop d'informations fait qu'on a des patientes un petit peu perdues et j'essaye de me mettre un peu une thématique par consultation, en dehors de pathologie.

14 : En même temps je pense que l'interrogation aussi des femmes sur la représentation de leurs organes génitaux externes et internes intervient aussi. Et je pense qu'il faut qu'on les interroge aussi sur comment elles, elles voient leur anatomie et tu sais bien que ça peut aussi des fois intervenir sur leur façon dont elles vont prendre leur contraception ou choisir leur contraception et je pense que c'est peut être important aussi qu'on leur pose la question, en les rassurant, en leur disant qu'effectivement on va pas leur sauter dessus, ce n'est pas le but. Ni de les effrayer ni de leur faire mal mais de leur demander ce qu'aussi elles, elles attendent. Il y a des fois des jeunes femmes qui ont besoin qu'on leur dise que tout va bien.

19 : D'être rassurées sur leur normalité en fait. Est-ce que tout est là comme il faut et qu'à priori il n'y a pas de problème.

14 : Voilà.

17 : Sur leur normalité ou sur l'absence de problème quelconque, qu'elles se sont imaginée ou qu'elles ont entendu parler.

20 : Ca peut aussi être de l'ordre du rituel parfois. On parlait de mamans qui transmettent un côté assez négatif de l'examen gynécologique. Mais ce n'est pas toujours négatif et à parfois vouloir veiller sur des jeunes femmes et ne pas les brusquer on peut passer à côté de jeunes femmes qui ont besoin de cet examen comme on devient une femme, finalement, ce rituel là je trouve. D'où l'écoute, enfin ce que tu disais numéro 14. C'est difficile il y a tellement de situations différentes, difficile de les résumer.

19 : Ça me fait penser à quelque chose d'assez récent, je prescris une pilule à une jeune femme qui avait 17 ans on va dire. Première prescription, voilà, et puis 3 mois après je la revois et puis : « Voilà, je suis allée chez la gynéco » Je dis « oui, pourquoi ? » « Et bien parce qu'il me fallait mon examen ». Ok. « Maman m'a dit qu'il fallait que... » Alors qu'on en avait discuté, je lui avais dit qu'il n'y avait pas d'urgence et donc je me suis retrouvée un petit peu bête ! Je ne savais plus trop quoi dire.

12 : Pendant longtemps, les habitudes de pratique c'était l'examen annuel avec le frottis annuel et le toucher pelvien et donc la génération d'avant ou encore celle d'avant avait effectivement cette habitude-là. Moi j'ai beaucoup de patientes qui avaient un frottis tous les ans et c'est un peu compliqué de leur dire que ça va être que tous les 3 ans, voire même que l'examen génital n'est pas nécessaire d'un point de vue médical. Et donc ça vient effectivement... Et là elles repartent un peu... pas toujours...

16 : Il y en a qui sont soulagées.

12 : Oui (rire)

15 : En même temps, moi je trouve que quand on leur explique bien à la première consultation, moi je fais pareil, je leur montre ce que c'est qu'un spéculum.

A : Alors justement, comment tu fais ? C'est pile poil l'enchaînement. Comment finalement tu leur proposes l'examen?

15 : A la première consultation je les pèse et je leur prends leur tension. Voilà, pour avoir un truc de départ. Et j'en profite pour leur expliquer, leur montrer comment on s'installe pour un examen gynéco, leur expliquer qu'il y aura probablement une palpation des seins, le spéculum comment c'est, le toucher vaginal je le montre. Je leur explique le toucher vaginal, je leur montre un schéma, je leur dis : ça permet de voir ça et ça que je ne vois pas simplement avec le spéculum. Et je leur dis bien : si vous êtes bien détendues ce n'est pas un examen douloureux, ce n'est pas forcément très agréable mais ce n'est pas douloureux et puis on en reparle. Et moi je trouve que quand je fais ça je n'ai pas de complication après. Alors quelque fois quand elles viennent, alors là je

parle de la première prescription de pilule, au bout de 3 mois, je vois si... bon bien sûr il faut qu'elles aient eu des rapports un peu réguliers entre les deux. Quand je leur propose, si je vois que vraiment elles « oh non... » et bien on revoit dans 6 mois ou on revoit dans un an mais si... La plupart du temps elles sont prêtes et ça se passe super bien. Je n'ai pas de ... J'ai rarement des femmes qui sont complètement terrorisées ou qui vivent mal ce premier examen. Par contre c'est vrai que j'en ai qui l'ont mal vécu le premier examen, ça on est d'accord. Mais je trouve que quand... parce que moi je trouve que attendre le premier frottis, c'est pareil, c'est lors du même examen. Faire un premier examen au spéculum et dire bon on va aussi faire un frottis. Alors que là je leur explique, quand vous aurez 25 ans on fera un frottis, ça ne fera pas plus mal, voilà comment ça se passera... Je n'ai pas l'impression qu'elles appréhendent beaucoup les consultations suivantes.

A : En tout cas tu dis, c'est pas douloureux, ça c'est un mot que tu...

15 : Oui

A : Dans la présentation de l'examen...

15 : Ouais, et puis je leur explique que... je leur fais-moi le geste, je leur dis : rentrer quelque chose dans quelque chose qui est très serré ça fait mal, si vous êtes bien détendues et que voilà, rentrer le spéculum ce ne sera pas douloureux parce que vous serez détendues et... Je leur explique.

A : Oui. Comment vous faites sinon pour le proposer, c'est-à-dire vraiment le proposer ? On est dans expliquer

19 : Souvent je mets des jalons pour la consult d'après. La première consult c'est quand elles viennent pour une contraception. Bon et bien on explique la contraception et tout ça, et puis c'est vrai que du coup moi je le fais à 3 mois montrer le spéculum et tout ça. Parce que sinon la consult elle prend trois quarts d'heure. Donc après ça rallonge. Voilà. Première consult c'est vraiment que contraception quand elles sont venues pour ça, et après, la consult 3 mois après. Quand elles arrivent avec leur prise de sang, là je leur montre comment c'est et tout ça. Et puis je leur dis, bon là maintenant je vous la prescris pour un an et on verra la prochaine fois si vous êtes ok pour faire l'examen gynéco ou plus tard s'il y a besoin.

A : Vous leur montrez ?

19 : Je leur dis d'une fois sur l'autre.

A : Oui

19 : Et puis quand elles traînent un peu la patte, quand ça fait 5 ans qu'on renouvelle la pilule et qu'il n'y a toujours pas d'examen gynéco, je le note dans le dossier en post-it. Et ça s'ouvre d'entrée de jeu dans le dossier, donc là je leur dis : « ah, la prochaine fois c'est écrit dans le dossier, donc... » (rire)

A : Comment vous faites numéro 12, numéro 13 pour proposer l'examen ? Est-ce que vous utilisez des supports ?

12 : Oui, moi je crois que j'ai tendance à rappeler comment sont organisés ces suivis, notamment... Je parle du dépistage du cancer du col utérin. Donc j'essaye de dire à quoi ça sert de faire un frottis. Et que à ce titre-là, c'est intéressant parce que les réactions sont très variables. Certaines pensent que c'est juste pour vérifier que tout va bien, sans trop savoir ce que ça veut dire tout va bien. Et d'autres ont vraiment des idées assez... pas toujours très abouties de ce qu'elles imaginent de ce à quoi ça sert. Alors bon, moi j'essaye de rappeler ça. Euh...et puis effectivement aussi de planifier les choses tout en sachant que dans un certain nombre de cas quand elles ont pas adhéré au projet du dépistage elles ne vont pas venir. (rire) Et du coup c'est intéressant, parce que celles qui ne veulent pas, je leur demande aussi de savoir ce qu'elles attendent. J'essaye de voir avec elles ce qu'elles en attendent et puis de ce qu'elles imaginent de comment ça va se passer. Je montre aussi les

spéculums, maintenant ils sont sous sachet transparent à usage unique donc c'est quand même facile. Et puis on en a d'ouverts aussi.

17 : C'est moins impressionnant que le truc en inox

12 : Oui, un peu froid

17 : Oui

A : Donc en fait vous montrez le matériel que...

12 : Oui, voilà

A : D'accord

12 : Les stérilets aussi parce que maintenant il y en a qui sont aussi ouverts. Voilà, et puis j'essaye de me mettre d'accord, de trouver un terrain d'entente pour qu'on décide ensemble de la planification. Et en général c'est plutôt à un an. Et celles qui refusent de façon itérative je suis toujours un peu interrogé sur les raisons du refus.

19 : Après ça se creuse

12 : Voilà, c'est ça.

19 : Il y a souvent une raison là-dessous.

12 : Quand la raison annoncée n'est pas juste que je suis un homme et qu'elles préfèrent consulter une femme, ça ça arrive. Donc quand ce n'est pas juste ça... ça peut vouloir parler d'autres choses... maltraitance, mauvaises expériences antérieures médicales ou pas médicales. Ce qui justifie de ne pas le faire, de façon du coup...

A : Vous avez l'impression d'avoir des mots que vous répétez tout le temps dans la présentation de comment vous allez faire ?

19 : Je pensais à un truc parce que j'ai tendance à dire petit : petit spéculum, petit machin, petit truc. Et l'autre jour je me suis dit, il faut que j'arrête là quand même, ça va bien, ils ne sont pas plus petits que... (rire) Pour minimiser les choses. On va faire une petite piqûre (rire) On finit par le faire de façon un peu automatique et c'est pas forcément...

20 : Moi j'ai tendance à parler de la durée de l'examen, je crois quand on ne connaît pas justement on peut imaginer, du gros matériel, un temps très très long. Et de leur dire finalement, toucher vaginal + pose du spéculum, peut-être que parfois en 1 minute 30 c'est réglé, et que ... Sans être une brute je veux dire. (rire général) Non mais... très sincèrement ça peut être en dehors d'une pathologie, c'est très rapide. Et leur dire qu'effectivement ça va être un examen très court. Ce qui est important parce que ça va aussi nous laisser du temps avant pour se mettre bien à l'aise dans de bonnes conditions et du temps après aussi pour débriefer. Je trouve que les patientes sont un peu soulagées de savoir que ça dure si peu de temps.

12 : Pas prendre une journée de RTT quoi ! (rire général)

13 : Moi j'utilise aussi une planche anatomique pour expliquer le comment on va faire l'examen. Parce qu'effectivement je pense que c'est quand même un examen qui peut être vécu comme intrusif et qui a besoin d'être expliqué. A quoi ça sert, qu'est-ce qu'on va palper ? Comment on va faire ? Qu'est-ce qu'on cherche en fait dans cet examen ? Pourquoi on ne peut pas le faire autrement ? Voilà, donc planche anatomique. Et puis j'essaye toujours effectivement de programmer l'examen pour un moment donné où elles se sentent prêtes pour le faire. Et puis j'ai remarqué que beaucoup de patientes étaient quand même soucieuses de leur apparence physique, et donc elles se préparent pour le jour de l'examen. Peut-être j'en sais rien, c'est parce

que je suis un homme. Elles choisissent, je pense qu'elles ne choisissent pas par hasard leur vêtement, leur sous-vêtement, voilà, l'épilation, tout ça... même si ce n'est effectivement pas ça que j'examine. Mais n'empêche que, ça semble être pour certaines une question importante. Donc elles aiment bien être au courant, pas qu'on les prenne au dépourvu, dire tiens aujourd'hui on va faire l'examen. Donc dire, quand vous reviendrez dans 3 mois ou dans un mois ou quand vous viendrez ça peut être un motif de consultation exprès pour ça. Vous pouvez venir exprès pour ça. Et voilà, je pense qu'elles se préparent, j'imagine, je le sais que certaines se préparent ! (rire)

20 : Je ne crois pas que ce soit du au sexe du médecin parce que...

A : Voilà j'entendais que tout le monde te répondait que ce n'était pas forcément adressé...

13 : Ah ben tant mieux, j'aime autant (rire)

12 : Ca veut dire qu'elles sont rassurées de ce qu'il va se passer et au moment où ça va se passer. Préparer psychologiquement, pas que apprêter.

13 : Ce n'est pas systématique, mais si on peut faire comme ça je trouve que c'est mieux.

17 : Je pense que c'est important de le mettre en projet et puis en même temps de rajouter, on en a pas parlé, mais pour les petites jeunes qui démarrent, de parler aussi du vaccin. Et donc frottis, vaccin.

A : C'est associé ?

17 : Oui.

16 : Oui ça a été associé mais c'est moins associé que quand le vaccin est sorti

17: Oui, oui, mais ça reste d'actualité quand même.

A : D'accord.

14 : Moi ce que je leur dis aussi quand on fait l'examen, c'est que à chaque fois je leur dis : si pour vous ça devient trop difficile vous le dites et puis on pourra arrêter en cours d'examen. On peut ne pas tout faire, par exemple faire que la pose de spéculum, pas forcément le toucher pelvien. Et je pense que ça leur permet aussi que le fait de prévoir quand ça va se passer, de se projeter un petit peu et puis de garder la maîtrise aussi sur ce qui va se passer ; que ce ne soit pas la maîtrise du praticien sur leur corps, que ce soit elles qui maîtrisent en fait ce qui va se passer dans le courant de la consultation et de l'examen.

20 : Alors moi je parle de rythme du coup.

A : Alors c'est quoi le rythme ?

20 : C'est que je leur dis que c'est un examen, c'est elle qui décide du rythme de l'examen. Et je leur fais comme une métaphore, comme si c'est elles qui avaient un peu comme un pilote. Je propose un rythme pour l'examen, si vous souhaitez que j'aille plus doucement, vous commandez, vous dites que c'est ok, vous commandez aussi, vous avez besoin d'arrêter, vous commandez. Un petit peu ce symbole-là et en fait elles s'en saisissent bien je trouve.

12 : Comme le dentiste, on lève la main quand on a mal.

(rire)

20 : Mais tu signifies aussi le positif. Je crois qu'avoir des termes positifs ; si on ne parle que de la douleur, de la crainte, on va focaliser sur... Qu'est-ce qu'il y a numéro 14 ?

14 : Technique d'hypnose ! (sourire)

20 : Peut-être ! Mais focaliser que sur du négatif en disant : n'ayez pas peur, ça ne fera pas mal => j'ai peur, ça peut faire mal. Donc j'aurais plutôt tendance à avoir un dialogue, des mots positifs.

13 : Tu demandais sur les mots qu'on emploie toujours. Effectivement pour cette question de la douleur moi je dis presque toujours je dis «c'est pas l'examen qui fait mal, c'est le médecin ». Donc j'endosse complètement la responsabilité de la douleur. Si elles ont mal, c'est de ma faute, en gros, je leur dis ça. C'est que je ne fais pas suffisamment doucement, ou... Du coup j'ai l'impression que ça minimise l'angoisse de la douleur. Je dis que c'est pas l'examen qui fait mal, c'est moi.

Je pense que c'est vrai.

20 : Oui ça joue. Effectivement, la manière dont on examine peut être plus ou moins brutale quand même, ou plus ou moins douce.

A : Alors justement, à propos de l'examen clinique en lui-même. Comment vous vous y prenez quand vous faites l'examen ? C'est-à-dire, là on a parlé de comment on le proposait, mais finalement quand vous le faites, vous êtes dans la réalité de l'examen pelvien, comment vous vous y prenez ? Donc l'idée c'est quels outils vous utilisez, j'ai entendu parler des spéculums qu'on montre, mais quand vous les utilisez comment vous faites ? Et puis c'est... Racontez finalement votre examen, comment vous y êtes ?

20 : Mon premier outil c'est un drap en fait. Je vais proposer à la personne de se déshabiller, que le bas, parce qu'on a aussi cette idée qui peut circuler que l'examen c'est totalement nu, donc pour un premier examen je trouve que le bas suffit. Et en me mettant un peu à l'écart je leur propose de s'installer au bord de la table en se recouvrant d'un drap, si elles le souhaitent, c'est à elles de prendre le drap. Comme on a vu avant quel était la position gynécologique je leur demande de s'installer de la manière la plus confortable qui soit. Ensuite là moi j'arrive et on peut réajuster la position, je leur demande l'autorisation de soulever une partie du drap. Et je vais commencer par le toucher vaginal, en leur demandant de piloter et puis justement ça permet de voir aussi la tolérance du toucher vaginal et de voir un peu si on peut aller plus loin avec le spéulum ou pas. Mais comme on a déjà préparé en amont les explications, je redis juste : vous voyez, là je mets les gants nécessaires pour le toucher vaginal, pour le spéulum je montre le petit spéulum en plastique et je dis : vous voyez, c'est celui qu'on a...enfin, ce n'est pas le même, c'est le même modèle que vous avez déjà vu, vous êtes d'accord, on va aller doucement et puis toujours le pilotage.

A : La question du drap, ça te vient d'où ?

20 : Je pense c'est très hospitalier comme pratique, c'est quand même la chance d'avoir une logistique. En cabinet c'est plus compliqué je pense, parce que... J'ai appris ça moi à l'hôpital en tant qu'interne et je continue à l'hôpital, puisque le matériel est là. En cabinet, je pense que je prenais du papier d'examen quand même, qui est quand même moins souple, moins couvrant, mais je le propose.

A : Et le drap il est mis comment en fait ?

20 : Comme un paréo, mais paréo qui peut s'ouvrir derrière. Parce que très souvent les femmes vont revenir avec la possibilité de l'ouvrir devant, là je leur explique qu'en position gynécologique il va falloir écarter les jambes, enfin on a vu ça avant mais très souvent elles reviennent avec le drap qui peut s'ouvrir à l'avant, et là techniquement elles n'ont plus le bénéfice d'être couverte une fois qu'elles sont en position gynéco. Moi je le mets toujours sur le tabouret, là où il y a le petit coin où elles peuvent se déshabiller je leur propose et je leur dis de le prendre si elles le souhaitent.

A : Il y en a qui s'en saisissent et d'autres pas.

20 : Voilà. Mais souvent pour le premier examen gynéco elles le prennent.

A : Alors...

12 : En tout cas je me demande si ça ne renvoie pas à la question de la couverture, le drap. A la question de ce qui est vu ou ce qui n'est pas vu ; de ce qui est caché, de ce qui est montré. Et de se voir être vu nu. Donc ça renvoie à la question de la pudeur, à la question aussi de fantasme de pulsion scopique. On est pris où les gens sont pris par des représentations de ce qu'ils donnent à voir. D'où les gens qui s'apprêtent, qui se préparent, enfin... qui souhaitent être épilés ou pas. C'est-à-dire qu'on accepte de donner à voir quelque chose de l'intimité. Je crois qu'il y a des représentations très culturelles par rapport à cette question-là. Et donc moi ça me fait penser que du coup, moi, dans mon bureau je n'ai pas de paravent, ça renvoie la question de la couverture ou du drap. Donc c'est moi qui me retourne et je vais me laver les mains ou je fais autre chose pendant que les femmes se déshabillent parce qu'il n'y a pas de cabine de déshabillage ou de paravent ou je ne sais quoi.

A : Elles posent leurs affaires sur une chaise ?

12 : Il y a une chaise, un fauteuil. Et effectivement, que le bas aussi. Et moi je vais me laver les mains, je leur tourne le dos, et pareil quand elles se rhabillent. Ou alors j'installe la table, parce qu'il y a un petit travail d'installation.

18 : Je fais très attention surtout à les laisser se déshabiller sans les regarder, ça c'est certain.

A : Pourquoi ?

18 : Parce que je trouve que je peux les gêner à les regarder. On retrouve ça un peu avec les Etats-Unis où on va avoir des Américaines très étonnées qu'il n'y est pas d'endroit où elles puissent se déshabiller. Parce que là-bas c'est obligatoire. Et donc leur expliquer qu'en France ce n'est pas tout à fait pareil.

12 : On ne se déshabille pas devant le médecin ?

18 : Ah non. Donc pour elles c'est un choc de voir qu'il n'y a pas d'endroit, pas de cabine... Encore c'est culturel tout ça. Quand je pose un spéculum je leur explique toujours tous les actes que je fais : je rentre, je mets en place, je vous explique, maintenant je vais l'ouvrir, etc... Tous les gestes que je fais j'explique au fur et à mesure, pour bien qu'elles comprennent ce qu'il se passe.

19 : Après pour l'histoire de l'installation effectivement je ne fais enlever que le bas, jamais totalement parce que je leur dis : moi perso je n'aime pas être à poil chez la gynéco, donc euh... (rire) si vous voulez vous enlevez que le bas et puis on fera le haut après. Il y en a ça leur pose aucun problème, c'est youpla, tout qui part d'un coup.

16 : Pas avant 25 ans, après 25 ans.

19 : Ah d'accord, je n'avais pas fait gaffe. Je ferai attention ! (rire)

16 : Moi j'ai un cabinet où on a une partie examen et une partie bureau, ça permet effectivement de leur laisser le temps de se déshabiller en leur expliquant. Je prépare le matériel sans les regarder aussi.

17 : C'est pareil j'ai deux parties. Pendant qu'elles se déshabillent je prépare les lames, le truc liquide, enfin ça c'est si on fait un frottis. Sinon je prépare le spéculum.

A : La question du regard ça revient souvent ?

17 : En fait honnêtement moi j'ai toujours l'impression d'avoir fait comme ça mais sans en prendre conscience... que voilà, il pouvait y avoir un problème en fait !

16 : Je ne me vois pas en train d'attendre

19 : On aurait l'air bête ! Si on est là comme ça et puis on attend qu'il se passe quelque chose.

17 : Enfin je ne sais pas, ça ne vient pas à l'esprit de toute façon.

18 : C'est comme l'examen des hémorroïdes, quand vous regardez les pays anglo-saxons ils examinent sur le côté, alors qu'en France on propose la position genu-pectoral qui n'est quand même pas très sympathique pour les gens. (rire) Du coup, quand on utilise l'autre technique ça marche très bien et on ne fait pas mal. Et c'est beaucoup moins gênant pour les gens.

A : Donc ça veut dire que pour l'examen pelvien, je ne sais pas comment vous organisez. C'est quoi la position gynéco?

18 : Les pieds dans les étriers

19 : Pour les femmes enceintes, moi je les examine de dos sur le côté, oui depuis que j'ai lu Winckler, "le cœur des femmes". (20 acquiesce "ça me titille de plus en plus"). Il explique bien les positions. Et du coup pour les femmes enceintes, je ne les examine plus que comme ça. J'ai fait mes stat, "vous me direz pour celles qui avaient déjà eu des enfants et à l'époque où on examinait un peu plus systématiquement, on faisait plus de touchers vaginaux, de touchers pelviens pendant la grossesse." Je ne sais pas si c'est pour me faire plaisir où quoi mais elles m'ont toutes dit que c'était mieux. Elles ne voient pas nos têtes, elles n'ont pas l'impression de la grosse tête du toubib entre les 2 jambes (18 mime la situation).

13 : Pourquoi tu dis les femmes enceintes ?

19 : Bah parce que pour l'examen gynéco ce n'est pas pratique, il faudrait un étrier pour maintenir la jambe en l'air

14 : Tu peux le faire, tu peux mettre ton spéculum en décubitus aussi (19 surprise)

19 : Je n'ai pas essayé encore

14 : Il faut juste que tu bascules

13 : Tu veux dire que tu fais pour le toucher pelvien mais pas pour les autres examens au spéculum

19 : Voilà

13 : D'accord je ne comprenais pas, j'ai essayé moi mais je n'ai pas trop réussi. Ou je n'étais pas à l'aise ou j'ai laissé tomber.

19: Pour l'instant, pour le toucher vaginal, comme j'ai de toutes petites mains et que je ne suis pas aidée. J'ai trouvé que pour les femmes enceintes, qui ont le col à Pétaouchnock. C'était plus simple pour moi et plus confortable pour les patientes.

20 : Et toi 14 tu l'utilises aussi pour le spéculum?

14 : Après ça dépend de la corpulence de la dame aussi parce que effectivement il y a des dames... où la position gynécologue peut être un peu compliquée. Mais oui en fait moi j'avais une patiente qui avait des soucis de prothèse de hanche très jeune et du coup j'étais partie sur un examen en décubitus latéral et en fait c'est... à partir du moment où nous on accepte de pivoter notre représentation anatomique suffisamment ça se passe bien. Moi je laisse le choix, je ne mets pas forcément les pieds dans les étriers, pour nous je pense que c'est plus pratique mais parfois ce n'est pas toujours confortable. Donc parfois on peut mettre les pieds à plat sur la table, elles sont un peu... elles n'ont pas les fesses juste au bord de la table.

A : Dans la hiérarchie de votre examen, 20 dit qu'elle commence par le toucher vaginal après l'examen au spéculum. Tout le monde fait comme ça ou vous faites différemment?

18 : Spéculum et toucher

17 : J'ai l'impression que pour moi c'est plus intrusif de commencer par le toucher vaginal

A : D'accord

19 : Après si on sent une réticence et que à la position le périnée il est comme ça (19 montre son poing), ça ne sert à rien de mettre le spéculum d'entrée de jeu ça ne passera pas. Donc en règle générale, je mets un doigt tout doucement et j'essaie. On commence par-là, on va voir ce que ça donne et puis si ce n'est pas possible ça s'arrête là. Si c'est possible avec un doigt, après... Si le spéculum c'est la fois d'après c'est la fois d'après. C'est au cas par cas en fait.

13 : Ca tombe bien cette question parce que j'ai toujours eu l'habitude de commencer par le spéculum comme la plupart d'entre vous mais parfois quand le col est antéversé et qu'on galère pour le trouver. Je me dis que finalement j'aurais mieux fait de commencer par le toucher pelvien pour savoir où j'allais (13 rit). Et que j'aurais été moins gênant après avec le spéculum. Je suis content d'apprendre qu'on peut le faire (13 sourit amusé)

20 : Moi c'est ma première motivation après c'est plus simple quand elles sont crispées mais pour une première pose de spéculum tu sais où tu vas. Ça va être beaucoup moins long.

19 : Mais ce n'est pas comme ça qu'on nous l'a appris à la fac ça c'est clair

20 : Ah oui?

19 : Non. Spéulum d'abord et TV après

A (en interrogeant 20) : Mais d'où ça te vient du coup cette façon de ...

13 : C'est une initiative personnelle ?

20 : Je ne sais pas

19 : Tu as lu Winckler sans le savoir (19 rit)

20 : Je sais que je l'ai lu il y a longtemps mais dans mes représentations, cela me semble le moins agressif de tous, le toucher vaginal. Peut-être avec cette notion d'aller tout doucement. Ça peut être une consultation où on met un seul doigt et que ça suffit on va faire que ça et on fera le TV conventionnel la fois prochaine si c'est possible.

17 : Après, ça dépend du sens de l'examen puisque en fait avec le TV tu vas sentir le col mais ce qu'on cherche quand même, enfin pour moi, c'est de voir si comme elles disent tout est normal et avec un toucher vaginal à part sentir une grosseur, un gros ovaire, un problème utérin, on ne va pas voir grand-chose. Donc ça ne change pas le fait que l'on va devoir mettre un spéulum. L'objectif c'est d'aller VOIR. Par forcément en premier sentir.

20 : Là c'est dans la mesure où on n'est pas pressé, on est en dehors d'une pathologie ou plainte. Je suis d'accord, ça fait appel à des représentations qui doivent être très personnelles. Je ne me suis jamais interrogée là-dessus.

13 : Il faut dire qu'on a très peur de faire mal, de choquer, d'être intrusif mais en général ça se passe très bien quand même

15 : Moi c'est ça que j'ai envie de dire à vous entendre tous. Soit je suis vraiment très brute (les autres participants disent non en cœur) ou je ne me suis jamais posée de questions. Moi je les mets la plupart du temps nues sauf si une me demande si elle est obligée de tout enlever, je lui dis que l'on peut commencer par l'un et puis par l'autre mais sinon je leur dis de se déshabiller complètement, et j'ai peu de réticence. J'ai mis un petit paravent car je n'ai qu'une seule pièce aussi, j'ai mis un paravent qui n'est pas très esthétique mais je pense qu'elles se sentent plus cocooner là-dedans. Et moi je commence toujours mon examen par le haut car comme ça on discute en même temps et quand je m'installe, je commence toujours par l'inspection de la vulve

et là je leur dis que je vais d'abord regarder s'il n'y a pas de lésion vulvaire... Je n'ai pas l'impression que ce soit vécu de façon compliquée pour elles. Et ce que je fais par habitude je mets un tout petit peu de lubrifiant sur mon spéculum parce que je trouve que même les jeunes qui n'ont pas de raison d'avoir de sécheresse, je trouve que quelquefois elles se sont un peu astiquées avant l'examen parce qu'elles se sont faites 10 toilettes... Je n'ai pas l'impression de leur faire mal avec le spéculum. Je n'ai pas l'impression d'être intrusive... Après je me rends compte que je banalise, pour moi c'est un examen comme un autre. Voilà je leur explique, on va mettre le spéculum, j'ai vu votre col, très bien maintenant on l'enlève et on va faire le toucher vaginal, bon voilà ce que je sens. Mais je ne sais pas, il n'y a pas...

12: Si je peux me permettre chez un généraliste... peut-être que ta technique n'est plus orientée que sur ce champ-là moi je m'aperçois aussi, que c'est des gens pour qui je vais être très probablement le médecin traitant. Et donc ces gens qui vont venir par ailleurs et donc du coup peut-être que ça influence les pratiques. J'imagine que quand elles vont voir le Médecin qui va leur faire L'Examen Génital, elles s'y préparent autrement.

19 : C'est sûr que l'on va regarder leur gorge ! (rire étouffé du 19)

12 : La question du regard d'aller y voir, d'aller toucher, de regarder, etc... Enfin je crois que c'est la représentation, enfin auprès desquelles on a s'instruire. Enfin je trouve. Accepter de se déshabiller devant quelqu'un, c'est parce qu'on est médecin, que quelqu'un qu'on ne connaît pas accepte de se déshabiller.

17 : En même temps, quand on est médecin traitant depuis, médecin de famille, on va dire... (acquiescement du 12) depuis un certain temps, on les a vues grandir... il y a une espèce de complicité, de confiance, qui fait qu'on a déjà eu des possibilités d'expliquer, et puis j'ai l'impression que ça coule... plus cool que si la jeune va voir quelqu'un qu'elle ne connaît pas du tout. C'est pour ça peut-être que cela pose moins de problème éthique.

19 : Pour en revenir, ce n'est pas souvent que ça pose problème

15 : C'est ce que je voulais dire, j'ai l'impression que moi dans ma pratique que le fait de bien leur expliquer avant, de voir si elles sont prêtes ou pas. Et ça m'arrive comme tout le monde, " je vois bien que tu es encore inquiète et qu'on le fera la prochaine fois, qu'il n'y a pas d'urgence". A partir du moment où elles sont prêtes, je ne me sens ni intrusive ni... oui je ne sais pas comment l'exprimer.

14 : Je rejoins le 15. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait de frein, moins qu'avant que quand on faisait plus le frottis avant 25 ans. J'ai moins de réticence aujourd'hui que quand on devait faire le frottis avant 20ans.

13 : Ce qui est formidable c'est que l'on fait du cas par cas. Chaque personne est unique, on s'adapte à chaque fois. On fait du sur mesure

A : Est-ce que votre examen finalement, il vous a permis de repérer des choses, du fait de ce que vous montrez à la femme. Le 12 parlait du regard, toucher de comment parfois, j'entends de la prévention, d'englober, de cocooning avec le paravent. Est-ce que justement malgré tout ce que vous pouvez mettre en place, vous repérez des choses chez la femme? Qu'est que cela vous évoque?

20 : C'est tout le champ des violences, c'est ce que disait le 12 tout à l'heure. Une réticence qui perdure au gré des consultations, sans que l'examen soit complet, un début d'examen parce que la personne nous dit être prête, et il y a vraiment des crispations, je pense que là il faut aller creuser, surtout si cela n'a pas été fait, au niveau violences sexuelles ou autres.

A : Ça vous est arrivé déjà? (acquiescement de plusieurs) et qu'est-ce qui vous a ...?

17 : La plupart du temps c'est le refus de l'examen, ou la grande difficulté à l'examen gynéco

A : Alors ça se manifestait comment? Par le refus?

17 : Pas un refus complet, mais au moment de faire l'examen, on sent que c'est dans l'irrationnel, quelque chose qu'on ne contrôle pas.

20 : Et puis physiquement un verrouillage

19 : C'est mécanique

20 : On parle du premier examen là, mais la répétition fait partie de ce qui nous alerte

A : Le verrouillage, tu le repères comment? C'est quelque chose que tu vas repérer dès le déshabillage? Dès l'introduction du spéculum? La position sur la table d'examen ?

20 : C'est comme vous disiez, dans les paroles je pense où ces personnes qui ont toujours leurs règles, tu sais c'est le renouvellement annuel, l'examen annuel et ça tombe pas bien, et toi avec ton logiciel tu vois, "bah dis donc vos règles elles tombent mal ou elles tombent bien"...

19 : "Ah c'est la 4e fois quand même, là c'est bizarre" (19 rit)

20 : Ca s'interroge

A : D'après vous, vous avez déjà un peu évoqué ça, mais vous pensez que les femmes elles ont quelles représentations. Rappelez-vous des consultations, des femmes de ce qu'elles vous disent. D'après vous?

19 : "Ca va faire mal", je pense que c'est un frein le plus important, elles viennent avec l'idée que ça va faire mal. Parce qu'on leur a dit que ça allait faire mal.

12 : "Ca va être long"

19 : Voilà ça va être long, ça va faire mal

16 : Ca va être froid

A : D'accord

15 : C'est obligatoire

14 : Je ne sais pas qui disait ça tout à l'heure, c'est un rituel de passage. C'est toi? (en désignant le 19)

19 : Oui celle qui est allée chez la gynéco et qui du coup...

14 : Oui, oui je pense que les mères transmettent ça leur filles, tu n'as pas eu TON examen gynéco même si tu prends la pilule, si tu as des rapports... tu es une jeune femme...

12 : Les mères ou les pairs, P A I R S (rire général) les copines entre elles, elles en parlent aussi

14 : Moi dans les retours que j'ai des jeunes femmes, la pilule c'est les copines, l'examen c'est plus des mères ou des sœurs plus âgées, la cellule familiale, plus que des groupes de pairs. Effectivement il y en a certaines que l'on voit pour leur contraception et qui font leur examen en dehors chez le gynéco. C'est mieux pour elles de séparer les choses. C'est souvent la mère qui dit d'aller voir le gynéco, c'est mieux.

A : Pourquoi c'est mieux?

14 : Je pense que chez un certain nombre de mères, l'acte technique doit être fait chez un gynéco alors que l'acte de prescription de contraception peut être du ressort du médecin généraliste ou du médecin de famille. J'entends ça des fois.

A : Une compétence séparée?

14 : Oui une compétence séparée

17 : C'est ce qui est véhiculé par les médias, les journaux féminins, sur la gynéco

12 : Il y a peut-être une méconnaissance aussi de la population générale de ce qui relève des compétences du médecin généraliste. "Ah vous faites ça? Ah bon vous le faites?" "Ah bah d'accord". Sur les tarifs notamment, ce n'est pas 90€

19 : Comme c'est obligatoire d'être affiché

14 : Moi par rapport aux patientes qui viennent, par exemple, que des fois pour ce qui est dépistage comme le frottis c'est avec le gynécologue, pour ce qui est de la contraception même si c'est un geste technique pose d'implant, de stérilet, elles reviennent me poser la question pour savoir si on le fait ou pas. Sur ce qui est de la contraception, ça peut aussi venir de ma pratique, elles ne se posent pas la question. Enfin je pense aussi que quand je les vois aussi pour une première demande de contraception en général, je leur explique qu'il y a plusieurs types de contraception leur proposer et leur poser les différentes contraceptions. Et là pour une pose d'implant, pose de spéculum, non de stérilet, elles ne se posent pas la question de savoir si on a la compétence ou pas, alors que pour un frottis elles vont voir un gynécologue.

20 : Ce qui créé aussi un biais, je pense sur ce groupe d'étude, une sélection de médecins intéressés qui pratiquent la gynécologie dans leur activité de médecine générale, mais il ne faut pas oublier que les femmes ont côtoyé un certain nombre de médecins généraliste qui ne pratiquaient pas la gynécologie sauf renouveler une pilule mais ça s'est joué que sur l'ordonnance. Donc peut-être que sur ce qu'on se transmet de génération en génération c'est le médecin traitant ne le faisait pas ou peu.

17 : Ca c'était exact. Mon prédécesseur faisait même des accouchements à domicile alors que je ne pense pas qu'il y en ait beaucoup dans sa génération qui faisait de la gynéco. Donc effectivement au niveau des mères et des grands-mères...

A : Est-ce que vous voyez d'autres représentations, parce que finalement là, ce que 14 a pensé c'est que certaines femmes ne pensent pas que les médecins généralistes fassent de la gynécologie, une représentation particulière. Il y a aussi la représentation de l'acte lui-même, c'est-à-dire de la douleur, des mots que peuvent utiliser les patientes. Est-ce que vous voyez d'autres formes de représentations que peuvent avoir les femmes par rapport à cet examen?

20 : Je crois que c'est 13 qui en a parlé au début. C'est le fait d'être normale.

13 : Si, si. C'est parfois un motif d'examen

20 : Suis-je normale d'un point de vue anatomique. Mais qu'est ce qu'elle questionne : est-ce que c'est l'anatomie interne, est ce que c'est de l'esthétique plus externe? On assiste à une vague de questionnement sur l'esthétique des lèvres, les petites et les grandes lèvres, des demandes même de chirurgie... Cette recherche, cette réassurance en vérité.

15 : Et depuis en fait la mode de l'épilation intégrale, où en fait elles se voient. Elles voient leur anatomie, et donc elles se posent la question de la normalité encore plus qu'avant.

14 : Il y a aussi des questionnements par rapport à ce qui peut être montré dans certains médias ou certains films. Il y a un certain nombre de jeunes filles qui ont accès à des films, des photos pornographiques où il y a des normes mises en place. Ce ne sont pas forcément des normes de la plupart des femmes, et il y a cette image de dire, pour que ce soit bien il faut que ce soit comme ça. Bien en terme anatomique, en termes de satisfaction des rapports sexuels, des partenaires. Elles n'acceptent pas de ne pas être dans la norme de ce que donnent les médias.

A : Quelles conséquences pensez-vous que le premier examen puisse avoir sur la vie en fait de la femme?

16 : Je pense à une patiente de 44 ans qui avait un vaginisme important et en la questionnant c'est son premier examen gynécologique fait par un gynéco qui alignait les femmes dans les pièces, et faisait des frottis sans prendre de précautions importantes. Donc elle a un vaginisme important, elle a réussi à avoir deux enfants avec tout un travail avec elle mais je pense que ça peut être important sur la suite, pour les relations. Surtout dans la manière dans lequel le premier est fait, enfin dans le temps parce que maintenant on prend d'expliquer et de s'adapter à la femme. Mais dans le temps les gynécos, en interrogeant les femmes qui ont 50-60ans, leur premier examen gynécologique a toujours été une épreuve difficile. Surtout j'entends dire "ma mère m'a emmenée chez la gynéco, il m'a fait le frottis et ne m'a rien expliqué, et j'ai eu mal". Donc je pense qu'il peut y avoir une répercussion importante.

A : Dans cette histoire, cette femme elle avait eu une sexualité avant l'examen gynéco?

16 : Non, donc quand elle a été mariée, les rapports ont été très très difficiles et on a réussi grâce à l'hôpital... à mettre... on lui a un peu dit qu'il faut vous arriviez à mettre le doigt dans votre vagin. Ce qu'elle a réussi à faire. Et maintenant je fais les frottis avec elle mais c'est elle qui guide le spéculum. Elle se met en position, j'introduis le spéculum à l'entrée puis elle me guide, et après je reprends la main. Et maintenant ce n'est plus un problème de faire des frottis. Alors que ça a été un problème pendant quelques années. Des années difficiles

17 : Je suppose que c'est important pour qu'il y ait un bon suivi, une bonne prévention, c'est important que le premier examen ne soit pas traumatisant. Sinon on va se retrouver avec des femmes où ce sera compliqué.

A : Est-ce que vous avez rencontré des situations où les patientes ont pu vous parler de ce premier examen et des effets de ce premier examen?

20 : Moi à l'époque où je remplaçais dans le cabinet de 12, une jeune fille, ce n'est pas très vieux, ça fait 5-7ans. Une jeune fille emmenée chez un gynéco, un ou une, pour un premier examen alors qu'elle était vierge, elle a eu un toucher vaginal et un toucher rectal. Donc je la voyais ensuite assez régulièrement sachant qu'elle avait des symptômes qui nécessitaient du coup de faire un examen gynécologique mais il a fallu l'accompagner et faire le minimum possible de l'examen pour avoir des infos pour pouvoir la traiter et puis après petit à petit pour lui faire reprendre confiance, mais elle était traumatisée. Une réelle crainte de l'examen gynéco et surtout une crainte et une sexualité pas du tout satisfaisante et très douloureuse, ça c'est le plus marquant pour moi.

19 : Une jeune femme de 23 ans, qui a eu une pose de stérilet à 17-18ans qui s'est visiblement mal passée car il a fallu environ 5 consultations pour pouvoir mettre un spéculum et le jour, où il a fallu enlever le stérilet parce qu'elle avait envie d'un enfant, là il a fallu 3 consultations à suivre, car elle aurait eu horriblement mal et horriblement dû se passer. Il a vraiment fallu (soupir et mime de 19). Après une fois la bestiole enlevée, elle s'est rendue compte que c'était moins gaspillée à enlever mais...

12 : Ca veut peut-être dire qu'on a fait des examens trop tôt aux gens, car aujourd'hui on est en train de se rendre compte que ça ne sert à rien à faire des examens gynéco avant 17 ans même pour celles qui ont une sexualité depuis 3-4ans. D'abord c'est rare, exceptionnel, et puis (soupir) on la fait de manière pas suffisamment pensée, imposée, forcée et maintenant on se retrouve avec des femmes d'âges mûres qui ont vécu ça de manière traumatique.

18 : Je crois que c'est le Pr. Descamps à la journée de gynéco il avait expliqué qu'il ne fallait pas le faire trop tôt, qu'il fallait poser...

16 : Je pense qu'il faut qu'elles aient une activité sexuelle déjà bien installée, où elles sont à l'aise avant de débuter le suivi gynéco. C'est pour ça que maintenant ça se passe mieux car on a quand même plus de recul.

12 : Mais c'est vrai, si on se place du côté de la prévention, du dépistage, pour cet examen-là dans le cadre d'un frottis, frottis qu'elles auront tous les 3 ans pendant 40ans, parmi les critères d'acceptabilité il y a sûrement la tolérance du caractère reproductible d'un examen de dépistage. Il faut qu'il soit indolore mais c'est vrai que la reproductibilité du test vis-à-vis du... dépend du praticien, et que du coup on peut avoir des expériences mal vécues par les femmes. Par rapport à d'autres tests. Mais les femmes qui font des mammographies, qui ont mal pendant l'examen parce qu'on leur écrase les seins, avec un manipulateur un peu indélicat, elles ne la referont pas la mammo. On rame. Avec ces jeunes femmes-là on risque de ramer aussi.

13: Les premiers examens conditionnent la qualité de nos examens futurs. C'est un peu comme avec les enfants, quand on s'acharne à regarder les amygdales, on galère après.

19 : Le premier strepto test...

13 : Je fais un peu l'analogie : examiner un enfant si on veut réussir à obtenir les renseignements dont on a besoin par la suite, il y a aussi... l'examen pelvien, si on veut qu'après cela soit pertinent, et également, c'est investir du temps au début pour en gagner après. Si on veut que ce soit rapide, sans se prendre la tête, pendant des années, il faut que ce soit...

20 : C'est ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique. Si tu penses à ton planning, tu mets plus de temps au début mais tu en gagnes après. Sauf qu'après tu causes d'autres choses, (rire général)...

19 : C'est valable quand il y a un suivi, à l'époque où les gynécos en faisaient probablement plus et les suivis des femmes, ils les voyaient qu'une fois par an. Si ça se passe mal, ce n'est pas grave ce n'était qu'une fois par an. Il n'allait pas la voir pour les amygdales 3 jours après... La relation de confiance n'est pas la même. Entre quelqu'un qu'on voit tous les 5-6 mois pendant 30ans ou quelqu'un, le gynéco, qu'on voit une fois par an.

13 : Il y en a sûrement qui sont fidèles à leur gynéco qui les voient depuis très longtemps...

19 : Oui si ça se passe bien, mais si ça ne se passe bien

13 : Mais ça dépend, s'il y a grossesse... ça se passe bien la plupart du temps. C'est marrant on voit que ce premier examen il est beaucoup lié au début de l'activité sexuelle. Dans l'intitulé, "femmes de moins de 25 ans sexuellement actives", en fait on voit que c'est ça qui conditionne le début de l'examen. Et c'est drôle parce que l'autre jour je pensais au focus group, j'ai vu une jeune femme de moins de 25 ans pas sexuellement active, et je n'ai pas pu lui proposer d'examen pelvien, et donc du coup je l'ai envoyée chez le gynéco. Oui, parce que ...

A : Pourquoi étais tu perdu ?

13 : Parce qu'elle n'était pas sexuellement active...

Réponse générale : Il n'y avait pas de besoin d'examen gynéco

13 : En l'occurrence, je la suis depuis avant ses premières règles mais elle a tout le temps des ménorragies on ne s'en sort pas... et je pense qu'il faut à un moment l'examiner, et je ne suis pas équipé, pas adapté ni à l'aise pour lui proposer l'examen pelvien parce qu'elle n'est pas sexuellement active et du coup, je lui ai prescrit une écho pelvienne par voie abdominale...

12 : Pourvu que la radiologue lise la prescription...

13 : J'espère bien parce que j'ai expliqué à l'adolescente et à sa maman. Mais en tout cas je n'ai pas pu lui proposer, je ne sais pas s'il faut l'examiner avec un spéculum de vierge ou quoi. Mais du coup voilà. Je ne suis pas équipé et je ne suis pas à l'aise, je passe la main.

19 : Il y avait un intérêt à l'examen...

13 : L'intitulé du focus group...

12 : Même un avis diagnostique...

18 : Il n'y a pas d'indication au frottis

13 : Je ne parle pas de frottis, mais d'examens pelviens pour les ménorragies...

18 : Echo?

13 : Je me demandais si je pouvais me contenter d'une écho... Donc bref j'ai opté pour cette façon de faire en pensant à vous (rire général)

A : Voyez-vous d'autres choses à ajouter?

12 : Aux urgences gynéco, les femmes jeunes qui viennent pour ménométrorragie, que les étudiants sages-femmes, en médecine, l'interne, le chef de clinique, le PH...

13 : Le PH en urgence, non

20 : Si tu arrives à avoir le PH, c'est que là c'est un truc grave

12 : Elles disent qu'elles ont eu 2-3 examens génitaux de suite

20 : Aux urgences gynécologiques, les échographies sont faites d'emblée par voie endovaginale. Ils ne se posent pas la question.

19 : Et tout dépend de qui tient le "manche" on va dire...

A : Là 13, en racontant ton histoire, tu parles de la mère et de sa fille qui viennent en consultation. Ça vous ait déjà arrivé sur un premier examen? Comment vous faites, quand le tiers est présent?

13 : Dans cette histoire, ce n'est pas la présence de la maman qui m'a retenu, c'est la situation médicale mais...

A : Avez-vous des patientes de moins de 25 ans accompagnées d'un tiers, est-ce que cela modifie votre attitude, votre pratique?

19 : Moi je demande à la maman de sortir, je la laisse pendant l'interrogatoire mais je lui propose la salle d'attente pendant l'examen. Même s'il y a un paravent...

A : Et si c'est le conjoint, le copain?

20 : Pareil, peu importe qui est là

12 : Ca peut être l'enfant aussi. Elle reprend un rendez-vous. Ça ne se fait pas avec l'enfant, même un bébé, là on est plus au premier examen génital. Je trouve que ce n'est pas la place de l'enfant, c'est un examen... J'ai vu des mamans qui placent le couffin tête vers elle. Ca dépend des commentaires pendant l'examen.

A : Qu'est-ce que tu crains?

12 : Je trouve que ça n'est pas la place ni de l'enfant ni de la mère. J'ai une approche psychologisante par rapport à cette question-là mais... L'enfant n'a pas à assister à ce qui pourrait être un autre de la mère. Donc ce qui se passe dans l'intimité des mères ne concerne pas les enfants même si c'est un examen médical.

13 : Il y a quand même des moments de la vie où l'intimité de la mère et de l'enfant est fusionnelle

12 : Sûrement...

16 : C'est leur consultation, c'est un moment d'échange entre la mère et moi, et que si l'enfant est présent, qu'il court, qu'il pleure... quand je sais que je dois les voir, je leur dis d'emblée, je vous vois seule sans votre enfant.

12 : Ca ne facilite pas la relation de détente, de relaxation lors de l'examen. Un bébé qu'on tourne et qui est privé du regard de sa mère peut se mettre à pleurer, c'est encore cette histoire du regard. Le commentaire pendant l'examen peut être aussi, un commentaire...

16 : C'est leur consultation, c'est un moment où on peut discuter d'elle. On ne parle pas de l'enfant. Si l'enfant est là, il prend d'emblée part.

1.4. Annexe 4 : Livre de code

<u>THEMES</u>	<u>REFERENCES Verbatim</u>
1/ Les médecins pratiquent ce premier examen de manière particulière	<ul style="list-style-type: none"> - a/ Le médecin apprend de chaque patiente pour s'adapter à chaque situation <ul style="list-style-type: none"> o « On fait du cas par cas. Chaque personne est unique, on s'adapte à chaque fois. On fait du sur mesure » (F3 p14 M13) - b/ La patiente choisit le médecin de manière réfléchie <ul style="list-style-type: none"> o i/ La patiente demande à un médecin qui est particulier <ul style="list-style-type: none"> ▪ « On va chez le gynéco on se dit on va avoir un examen gynéco ; on vient chez le généraliste il y a un examen gynéco s'il y a besoin d'un examen gynéco mais ce n'est pas le but de la consultation. Même si elles viennent pour une contraception et qu'on se dit qu'il n'y a pas eu d'examen gynéco depuis plus d'un an, je ne fais pas forcément l'examen gynéco » (F1 p27 M1) ▪ « je pars du principe que de toute façon certaines jeunes femmes vont d'elle-même consulter un gynécologue sans forcément avoir des symptômes » (F2 p2 M10) o ii/ La patiente recherche une légitimité du médecin qui pratique le premier examen <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Un certain nombre de femmes, tous les ans, qui ne sont des fois même pas vraiment suivis au cabinet » (F1 p18 M8) ▪ « Quand la raison annoncée n'est pas juste que je suis un homme et qu'elles préfèrent consulter une femme » (F3 p7 M12) - c/ Le médecin aborde-t-il le premier examen de manière différente ? <ul style="list-style-type: none"> o « A chaque fois la question se reporte au premier examen mais c'est pas si différent. C'est plus différent dans la préparation de la première fois que l'on va faire l'examen. Ensuite la façon de faire l'examen pour moi elle est pareille » (F2 p13 M11) o « Je vais rarement voir jamais faire un toucher pelvien au premier examen » (F2 p14 M11) - d/ Ce qui constitue le premier examen pelvien est variable selon le médecin qui le pratique <ul style="list-style-type: none"> o « Je faisais pas mal d'examen pelvien à des degrés variés, pas toujours de pose de spéculum, toucher vaginal à un doigt quand il y avait vraiment quelque chose à vérifier » (F1 p4 M5) o « on va pouvoir faire un examen partiel, il n'y a pas nécessairement besoin de mettre le spéculum dès le premier examen » (F2 p2 M11) o « Moi je dis examen génital » (F2 p4 M10) o « je dis examen gynécologique » (F2 p4 M11) o « je ne sais pas ce qu'on entend par examen pelvien mais on peut se contenter de l'inspection » (F3 p2 M12) o « L'examen pelvien, c'est une région anatomique qui recouvre pas obligatoirement que la pose d'un spéculum et le toucher vaginal » (F3 p2 M12) - e/ Malgré sa particularité les médecins pratiquent le premier examen pelvien avec des modèles intégrés inconsciemment et qu'il est difficile de remettre en question par rapport aux habitudes prises <ul style="list-style-type: none"> o Pratique médicale avec des automatismes <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Moi j'ai mes référentiels et mes référentiels sont comme ça » (F1 p11 M2) ▪ « j'ai un peu d'automatisme dans cet examen-là » (F1 p7 M2) ▪ « c'est peut-être plus l'habitude » (F1 p8 M8) ▪ « cet enchaînement-là » (F1 p8 M2) ▪ « j'ai été formaté. On commence par ci, on continue par ça. Donc j'ai toujours, sauf cas particulier fais comme ça » (F1 p10 M5) o Automatismes pendant l'examen <ul style="list-style-type: none"> ▪ « c'est toujours d'abord le bas puis on rhabille le bas et c'est le haut » (F1 p10 M4) ▪ (en parlant de la position gynécologique en décubitus dorsal) « j'ai appris ça donc j'ai continué. Comme ça se fait dans les services » (F1 p11 M1) ; « je serais perturbé par une autre position, j'ai mes référentiels » (F1 p11 M2) ▪ (en parlant de la position pour faire le toucher vaginal) « Mais pourquoi je fais ça ? Je ne sais pas ! » (F1 p12 M1) ▪ « je vais commencer par le toucher vaginal » (F3 p9 M20) ▪ « j'ai toujours eu l'habitude de commencer par le spéculum comme la plupart d'entre vous » (F3 p12 M13)

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ « Spéculum d'abord et toucher vaginal après, c'est ce qu'on nous l'a appris à la fac » (F3 p12 M19) ▪ « J'ai effectivement la pose du spéculum, la réalisation du frottis, enfin l'inspection au préalable, la pose du spéculum, la réalisation du frottis, et ensuite les touchers pelviens, enfin le toucher vaginal » (F1 p8 M4)
2/ Les médecins prennent en compte la notion de temporalité dans l'examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/ Temporalité pour guider le moment de l'examen - i/ Selon les premiers rapports sexuels : - « j'ai fait encore plus attention à bien expliquer aux jeunes, prendre le temps, y aller tranquillement pour que plus tard il n'y ait pas de souci. C'est pour cela que j'attendais souvent qu'elles aient vraiment 1 an ou 2 ans d'activité sexuelle » (F2 p19 M9) - « ça dépend depuis combien de temps elles ont des rapports » (F3 p2 M19) - « effectivement du délai entre les premières relations sexuelles (et le premier examen pelvien) » (F3 p2 M17) - « en général je me fixe un an après des rapports réguliers » (F3 p4 M18) - « il faut qu'elles aient eu des rapports un peu réguliers entre les deux » (F3 p6 M15) - « conduites à risque », « rapports avec partenaires multiples non protégées » (F1 p1 M1), « prise de risque » (F1 p2 M5) - - ii/ Ou non en lien avec les rapports sexuels : - « les discussions tournent parfois autour de l'âge de début des premiers rapports dont on sait qu'ils peuvent éventuellement être un facteur de risque d'exposition aux lésions du col. Mais en réalité ils se trouvent qu'en pratique moi je ne m'en occupe pas beaucoup » (F3 p2 M12) - « les 25 ans c'est pas une limite qui est valable pour tout le monde, mais ça nécessite tellement un interrogatoire de la jeune femme sexuellement active sur le début de sa vie sexuelle qui remonte éventuellement à loin en arrière que moi je ne le fais pas cet interrogatoire-là. (...) c'est un critère que je peux facilement laisser tomber, je ne m'en occupe pas beaucoup. » (F3 p2 M13) - - iii/ Quand la patiente a une plainte : - Nécessité de symptômes pour examiner « indication médicale » « pas à la demande » (F1 p2 M2) - « C'est un examen que je ne vais pas du tout proposer s'il n'y a aucun symptôme » (F2 p1 M11) - « c'est une jeune fille qui va arriver parce qu'elle a des pertes particulières, parce qu'elle est gênée au niveau des rapports » « une notion derrière » « une demande pour faire l'examen » (F1 p1 M7) - « quand elles arrivent avec un symptôme, genre démangeaison, ou pertes anormales » (F2 p1 M9) - « Oui, spontanément sans autre plainte de la patiente je ne le ferais pas » (F2 p1 M9) - Femme de moins de 25 ans enceinte : - « sans être forcément un symptôme pathologique il y a un certain nombre de femmes qui avant 25 ans vont avoir une grossesse qu'elles vont garder ou pas, au cours de laquelle on peut quand même être amené ne serait-ce que pour le suivi de la grossesse dans certains cas même si tout se passe bien à proposer un examen pelvien » (F3 p4 M14) - « ne pas arriver à mettre de tampon » (F1 p2 M5) - « quand elles auront commencé leur vie sexuelle, s'il y a un souci on fera un examen gynéco dans les suites assez rapidement si elles ont des problèmes ; sinon il n'y a pas d'urgence » (F3 p1 M19) - « le premier examen pelvien c'est 9 fois sur 10 ou même plus que ça, c'est à l'occasion d'un symptôme » (F3 p4 M13) - « être un motif de consultation exprès pour ça» (F3 p6 M13) - - iv/ Selon le moment où la patiente a débuté sa contraception : - « depuis combien de temps elles prennent la contraception » (F3 p4 M18) - « j'aurais tendance à attendre qu'elles soient pleinement à l'aise avec leur contraception » (F3 p3 M20) - « si je prends la 1ere prescription de pilule je vais dire : « pour l'instant pas besoin d'examen gynécologique» (F2 p1 M10) - « la première chose que je leur dis c'est : « ce n'est pas parce que je vais vous prescrire la pilule que je vais vous sauter dessus aujourd'hui ». (F3 p1 M19) - « Mais le début de prise de pilule, en fait je fais une programmation en fonction de si il y a déjà eu des rapports ou pas. Et donc je programme : pour l'instant pas besoin de faire forcément un examen gynécologique, s'il n'y a pas eu de rapport » (F2 1 M10) - - v/ C'est un examen que le médecin peut différer car il peut se laisser du temps : - « il n'y a pas urgence » (F3 p1 M19) - « On a un peu de temps » (F3 p2 M 19) - « je vous la prescris pour un an et on verra la prochaine fois si vous êtes ok pour faire l'examen gynéco ou plus tard s'il y a besoin » (F3 p6 M19) - « on ne va pas forcément faire l'examen gynéco aujourd'hui, je vous explique comment ça se passe puis on le fera dans 3 mois » (F3 p1 M15) - « Quand je leur propose, si je vois que vraiment elles « oh non... » et bien on revoit dans 6 mois ou on

	<ul style="list-style-type: none"> - revoit dans un an » (F3 p4 M15) - « C'est ne pas sauter sur la patiente pour un examen gynéco. Quand elle vient je ne suis pas obligée de faire un examen gynéco pour la prendre en charge» (F1 p27 M1) - - b/ Les médecins à l'écoute des patientes les accompagnent pour choisir le temps de l'examen - i/Le médecin choisit le temps de réaliser l'examen selon son expérience - « je ne fais jamais d'examen en systématique » (F1 p2 M4) - « je le propose en systématique » (F1 p1 M8) - « je ne le propose jamais à la première consultation» (F3 p1 M15) - « si c'est une première consultation, en général, je ne le propose pas d'emblée» (F3 p1 M15) - « ce n'est pas un examen dont je vais me servir éventuellement pour me rassurer sur une éventuelle question » (F3 p2 M12) - « je n'ai pas nécessairement besoin d'examiner la personne, sauf si elle le souhaite ou s'il y a des symptômes » (F2 p2 M11) - « Je trouve qu'autrement trop d'informations fait qu'on a des patientes un petit peu perdues et j'essaye de me mettre un peu une thématique par consultation » (F3 p4 M20) - - ii/Le médecin avec la patiente le planifient ensemble - « on prévoit souvent des rendez-vous dédiés, donc les patientes elles savent que normalement on ne va pas être trop speed à ce moment-là. » (F2 p5 M11) - « on décide ensemble de la planification » (F3 p7 M12) - « programmer l'examen pour un moment donné où elles se sentent prêtes pour le faire » (F3 p8 M13) - « trouver un terrain d'entente pour qu'on décide ensemble de la planification » (F3 p5 M12) - - iii/Le médecin accompagne la patiente dans sa réflexion de l'examen pelvien - « important de le mettre en projet » (F3 p8 M12) - « de leur demander ce qu'aussi elles, elles attendent » (F3 p5 M14) - « je leur demande aussi de savoir ce qu'elles attendent » (F3 p7 M12) - « elles aiment bien être au courant, pas qu'on les prenne au dépourvu » (F3 p8 M13) - « ça leur permet aussi que le fait de prévoir quand ça va se passer, de se projeter un petit peu et puis de garder la maîtrise aussi sur ce qui va se passer ; que ce ne soit pas la maîtrise du praticien sur leur corps » (F3 p8 M14) - - c/ Le médecin prend le temps de présenter cet examen pour mieux préparer la patiente - « prendre le temps de l'expliquer, de le montrer parce que je savais que si on forçait, c'était fini après » (F2 p19 M9) - « pour moi il n'y a jamais d'urgence à le faire parce que je crains toujours, je ne veux pas les effrayer, ça c'est certain » (F3 p4 M18) - « Je préfère (...) expliquer en quoi consiste l'examen gynéco et qu'elles aient le temps de comprendre ce que c'est » (F3 p1 M15) - « J'explique aussi, je prépare les choses en expliquant que on peut éventuellement faire un examen partiel par étapes » (F2 p2 M11) - « Je préfère leur expliquer en quoi consiste l'examen gynéco et qu'elles aient le temps de comprendre ce que c'est » (F3 p1 M15) - « je mets des jalons pour la consultation d'après » (F3 p6 M19) - « Ca veut dire qu'elles sont rassurées de ce qu'il va se passer et au moment où ça va se passer. Préparer psychologiquement, pas que apprêter » (F3 p8 M12) - « j'ai tendance à rappeler comment sont organisés ces suivis » (F3 p6 M12) - - d/ Le médecin prend le temps d'accompagner la patiente pendant le temps d'examen - « Prendre le temps de préparer la patiente pour qu'elle s'installe bien » (F1 p3 M2) - « C'est une demi-heure. Je le dis à la patiente et comme ça on a le temps de la faire » (F2 p4 M9) - « J'ai tendance à parler de la durée de l'examen (...) Et leur dire qu'effectivement ça va être un examen très court. Ce qui est important parce que ça va aussi nous laisser du temps avant pour se mettre bien à l'aise dans de bonnes conditions et du temps après aussi pour débriefer » (F3 p7 M20) - « leur laisser le temps de se déshabiller en leur expliquant » (F3 p11 M16) - « on va pouvoir faire un examen partiel, il n'y a pas nécessairement besoin de mettre le spéculum dès le premier examen » (F2 p2 M11) - « Je trouve que les patientes sont un peu soulagées de savoir que ça dure si peu de temps » (F3 p7 M20)
3/ Les médecins s'aident du toucher lors du premier examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/ Le toucher avec l'utilisation de gants ayant pour fonction : - i/De mettre de la distance - « Eh bien moi c'est toujours par rapport à ce côté toucher. Et puis l'intime » (F1 p13 M2) - « Non moi ce n'est pas forcément le risque infectieux. Et bien je ne sais pas, pour moi c'est un acte technique. Ça continue à entretenir cette distance-là, qui je pense est importante. Et puis voilà, rester dans l'acte technique. Et je pense aussi que c'est pour cela que je parle. Pour rester dans le technique » (F1 p14 M2) - - ii/De se sentir protégé - « On met un doigtier » (F1 p14 M7) - « Moi je porte des gants » (F1 p14 M4) - « Oui mais là c'est génital [...] C'est une protection » (F1 p14 M4) - « Aussi par rapport au risque infectieux aussi entre guillemets. Et après j'enlève les gants en les retournant

	<p>par rapport au risque infectieux éventuellement qu'il peut y avoir. Pas forcément que le VIH » (F1 p14 M8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le gant pour moi c'est juste effectivement pour protéger » (F2 p15 M9) - - iii/D'entrer en contact, notamment pour le premier contact - « Oui, avec les gants. Pour dire, voilà, vous pouvez laisser tomber les genoux tranquillement. Et hop ça me permet de rentrer en contact, de toucher la patiente » (F2 p13 M11) - « je mets les gants [...] Et puis je les écarte tranquillement » (F2 p13 M9) - - b/ Le toucher pelvien qui est un « examen où l'on introduit un ou des doigts, revêtus d'un doigtier, dans une cavité naturelle » - « Les touchers pelviens c'est quand même un contact très, très intime du médecin avec le patient » (F2 p14 M11)
4/ Le médecin porte son regard sur la patiente pour adapter son examen	<ul style="list-style-type: none"> - a/Le médecin prête attention à ce qu'il y a à voir lors du déshabillage : - i/Et accompagne cette difficulté à faire voir en proposant un déshabillage partiel - « elles ne sont pas nues pour l'examen » (F1 p10 M1) - « C'est d'abord le bas puis après le haut » (F1 p8 M4) - « Je les fais rhabiller le haut et déshabiller le bas » (F1 p8 M8) - « Il y a un certain nombre de femmes qui quand elles viennent à un examen, ont un haut qui couvre l'abdomen et le pelvis » (F1 p9 M8) - « je leur donne un petit morceau de drap d'examen en papier, si elles souhaitent » (F1 p10 M8) - « Mon premier outil c'est un drap. Je vais proposer à la personne de se déshabiller, que le bas (...) Comme un paréo qui peut s'ouvrir derrière » (F3 p9 et p10 M20) - « Elle ne va pas se déshabiller entièrement mais on va faire l'examen en 2 temps» (F2 p7 M11) - ii/Certains médecins de par leur expérience proposent un déshabillage complet - « La plupart des patientes se déshabillaient totalement » (F1 p9 M5) - « je les mets la plupart du temps nues » (F3 p13 M15) - iii/ Ils prêtent attention à ce qu'il y a à voir pour améliorer le vécu de l'examen - « ça me met dans une position d'être à l'aise avec la nudité de la patiente. C'est-à-dire que je lui dis comment elle va être, donc comment je vais la voir. » (F2 p7 M11) - - b/Le médecin prête attention à ne pas voir - i/En ayant un paravent, une cloison dans leur cabinet - « au moment de l'examen, je reste à mon bureau le temps qu'elle se déshabille dans la partie examen, qui est un petit peu caché. Il y a une demi-cloison qui sépare les deux parties du cabinet » (F2 p7 M11) - « j'ai mis un paravent mais je pense qu'elles se sentent plus cocooner là-dedans » (F3 p13 M15) - ii/En détournant le regard de la patiente - « c'est vrai que je suis avec elle dans la salle d'examen, ça leur permet de se dire, elle ne regarde pas trop mais en même temps elle est là. » (F2 p8 M9) - « je leur tourne le dos, et pareil quand elles se rhabillent » (F3 p10 M12) - « Je fais très attention surtout à les laisser se déshabiller sans les regarder » (F3 p11 M18) - « Parce que pendant longtemps j'ai été très mal à l'aise et que je ne savais pas comment faire » (F2 p5 M11) - - c/Le médecin prête attention à ce que dit le corps : - « avant 25 ans c'est un peu plus timide. Donc elles enlèvent le bas très souvent. Même des fois elles gardent encore la culotte ; elles s'allongent et elles gardent la culotte » (F2 p8 M9) - « il y a plein de gens, plein de femmes qui se déshabillent à la chaise, en face de moi, au bureau. Je suis toujours surpris de ça, mais bon, c'est pas grave» (F2 p7 M11)
5/ Les médecins adaptent leur langage avec les paroles qu'ils ont entendues pour obtenir l'adhésion de la patiente au premier examen	<ul style="list-style-type: none"> - a/Le médecin tient compte des paroles, des témoignages de la patiente pour adapter sa pratique - i/Le médecin a des paroles apaisantes, rassurantes selon le vécu de leur patiente - « je parle tout le temps » « je décris le déroulé des choses » (F1 p6 M2) - « je leur montre, j'explique » (F1 p4 M7) - « puis en même temps j'essaye de rassurer, de mettre en confiance » (F2 p8 M10) - « j'ai tendance à dire petit : petit spéculum, petit machin (...) Pour minimiser les choses » (F3 p7 M19) - - ii/Le médecin utilise des outils pour expliciter l'examen - 1/Comme des illustrations de la parole - « je fais un dessin » (F1 p3 M2) - « j'avais toujours des schémas de l'appareil génital » (F1 p5 M5) - « schémas que je gribouille » (F1 p5 M8) - « je suis aussi plus dans la démonstration, que sur planches. Parce que sur planches c'est un peu... c'est pas concret pour elle, on ne peut pas visualiser effectivement un spéculum. » (F2 p5 M9) - « planche anatomique pour expliquer le comment » (F3 p8 M13) - « petit document qui a été fait par le centre de planification Flora Trystan du CHU qui résume, comme le document de l'INPES » (F1 p5 M8) - « ça s'intitule premier examen gynécologique et puis ça explique le médecin ce qu'il va faire ; qu'est-ce que c'est le spéculum ; quelle est la position gynécologique, comment on voit le col, etc... je crois que ça explique tout ça. Je trouve que c'est assez bien fait, et puis ça dédramatise vraiment » (F2 p3 M11) - 2/Et pour s'assurer de parler le même langage - « Il y a des confusions de zones anatomiques des fois, auxquelles nous on ne pense pas. Et puis quand on

	<p>entend la patiente dire mon vagin en parlant de sa vulve. C'est donc l'occasion effectivement de refaire un petit rappel anatomique avec travaux pratiques. En disant voilà, là c'est votre vulve, après c'est votre vagin, au fond de votre vagin il y a le col de votre utérus. Il y a les représentations du vagin sans fond aussi. » (F1 p20 M8)</p> <ul style="list-style-type: none"> - « j'utilise des mots un peu technico-anatomiques parce que les femmes utilisent un nombre impressionnant de mots imagés pour se représenter leur anatomie génitale » (F1 p5 M8) - - b/Le médecin emploie des mots qui présentent l'examen - « je décris le déroulé des choses » (F1 p6 M2) - « un spéculum jetable, avec la clé rouge là. Donc je montre ce que c'est » (F2 p3 M11) - « j'en profite pour leur expliquer, leur montrer comment on s'installe pour un examen gynéco, le spéculum comment c'est, le toucher vaginal je le montre » (F3 p5 M15) - « Je montre aussi les spéculums, maintenant ils sont sous sachet transparent à usage unique donc c'est quand même facile » (F3 p7 M12) - « quand on leur explique bien à la première consultation » (F3 p5 M15) - « on a déjà préparé en amont les explications » (F3 P10 M20) - - c/Le médecin emploie des mots qui accompagnent l'examen de parole - « Mais on doit, tous les deux, rester détendu » (F2 p10 M11) - « je parle (...) pour rester dans le technique » (F1 p14 M2) - « Je dis pas, je parle de choses et d'autres [...] Mais pas de l'examen en lui-même, en disant et bien là je vais faire » (F2 p11 M9) - « voilà, après j'essaye vraiment de les décontracter en parlant d'autres choses pour ne pas qu'elles pensent à cet examen » (F2 p11 M9) - « je pense que j'occupe ce silence-là » (F1 p7 M2) - « je leur dis bien : si vous êtes bien détendues ce n'est pas un examen douloureux, ce n'est pas forcément très agréable mais ce n'est pas douloureux » (F3 p5 M15) - « je leur dis : rentrer quelque chose dans quelque chose qui est très serré ça fait mal, si vous êtes bien détendues et que voilà, rentrer le spéculum ce ne sera pas douloureux » (F3 p6 M15) - « j'explique au fur et à mesure, pour bien qu'elles comprennent ce qu'il se passe » (F3 p11 M20) - « Faire ça dans un silence total, je pense qu'on va augmenter l'angoisse de la patiente » (F2 p9 M9) - - - d/De ce que les médecins ont entendu des femmes, les mots ont une importance - « c'est comme mettre un tampon » (F1 p3 M7) - « c'est un examen qui ne doit pas faire mal (...), le vagin a une paroi fine, élastique » (F1 p4 M4) - « c'est pas le meilleur moment de la journée, ça peut être éventuellement un peu désagréable mais normalement ça ne fait pas mal » (F2 p3 M11) - « Ce n'est pas l'examen qui fait mal, c'est éventuellement le médecin qui fait mal. Souvent je dis ça, ça les fait rire, ça les fait sourire. [...] C'est au moment où on prépare l'examen » (F2 p3 M11) - « Ca [la parole] peut être dramatique, les paroles autant que le geste technique. Je pense qu'effectivement tout ce qu'on dit, l'utilisation des mots ça peut être bienveillant comme ça peut être extrêmement toxique » (F1 p21 M5) - « tu signifie aussi le positif (...) tendance à avoir un dialogue, des mots positifs» (F3 p9 M20) « Technique d'hypnose » (F3 p9 M14) - La notion de contraction-décontraction pour assurer une protection « ne pas faire mal » mais qui peut être ressenti comme culpabilisant pour la patiente - « Ah oui le « décontractez-vous ! » quand on engueule pour dire de se décontracter ! » (F1 p20 M1) - « C'est une injonction. Après on part sur une mauvaise piste, c'est compliqué » (F1 p21 M8) - « décontraction, relaxation, ça progressait » « je leur disais de respirer, détendre leur muscle », « qu'est ce qui se passe quand elle ferme et qu'elle ouvre la porte ? »(F1 p5 M5) - « Je leur dit de respirer par le ventre, de souffler » (F2 p17 M10) - « Je leurs explique souvent si elles sont contractées, je vais lutter contre un mur en fait » (F2 p17 M9) - « donc il faut décontracter les muscles pelviens pour que l'on puisse faire l'examen le plus facilement possible » (F2 p17 M9) - e/De ce que les médecins ont entendu des femmes, la parole du tiers influence la pratique du premier examen pelvien - « j'ai des mamans qui m'amènent leurs filles en me disant : on vient pour l'examen gynéco et la contraception » (F1 p19 M2) - « c'est maman qui a raconté : il va falloir aller prendre la pilule, mais bon tu vas y passer » » (F3 p1 M19) - « la pilule c'est les copines, l'examen c'est plus des mères ou des sœurs plus âgées, la cellule familiale, plus que des groupes de pairs » (F3 p16 M14) - « un certain nombre de mère, l'acte technique doit être fait chez un gynéco alors que l'acte de prescription de contraception peut être du ressort du médecin généraliste ou du médecin de famille » (F3 p16 M14)
6/ Les médecins tiennent compte de la parole et de la présence du tiers	<ul style="list-style-type: none"> - a/La parole du tiers peut influencer le ressenti du premier examen pelvien : - « Je leur demande en fait si elles ont déjà eu des échos de la part de la maman, de copines... Savoir ce qu'elles en savent exactement » (F2 p6 M10) - « Ressenti comme désagréable, le contact froid du spéculum en métal » « le contact froid et désagréable » (F2 p3 M11) - « en majorité c'est « bon, c'est pas très agréable, mais ça ne dure pas très longtemps » (F2 p7 M10) - « Il faut le faire », « c'est froid » (F2 p7 M9)

	<ul style="list-style-type: none"> - « c'est horrible, j'ai ma copine qui m'a dit que c'était horrible ». Elles arrivent déjà angoissées parce qu'elles ont eu les échos effectivement » (F2 p7 M9) - « j'ai peur, mes copines m'ont dit que ça faisait mal » (F1 p3 M7) - « quand elles sont jeunes c'est maman qui a raconté « il va falloir aller prendre la pilule, mais bon tu vas y passer » (F3 p2 M19) - « on leur a dit que ça allait faire mal » (F3 p15 M19) - « on parlait de mamans qui transmettent un côté assez négatif de l'examen gynécologique » (F3 p5 M20) - - b/La présence du tiers peut influencer la réalisation du premier examen pelvien - i/Pour la patiente - « Des mères qui amènent leur fille chez le gynécologue » (F2 p2 M10) - « il y a effectivement la population de jeunes filles qui vient voir un médecin généraliste dont l'entourage et la maman dit c'est mieux d'aller voir un gynécologue » (F1 p1 M7) - « souvent la mère dit d'aller voir le gynéco, c'est mieux » (F3 p15 M14) - ii/Pour le médecin - « si les personnes viennent à plusieurs, ce qui arrive parfois. Je fais sortir. Je ne fais jamais l'examen avec une autre personne» (F1 p10 M2) - « je demande à la maman de sortir, je la laisse pendant l'interrogatoire mais je lui propose la salle d'attente pendant l'examen » (F3 p20 M12) - « Je trouve que ce n'est pas la place de l'enfant. L'enfant n'a pas à assister à ce qui pourrait être un autre de la mère. Donc ce qui se passe dans l'intimité des mères ne concerne pas les enfants » (F3 p20 M12) - « c'est leur consultation, c'est un moment d'échange entre la mère et moi (...) où on peut discuter d'elle. » (F3 p20-21 M16) - « ça ne facilite pas la relation de détente, de relaxation lors de l'examen » (F3 p20 M12) - - c/ Le tiers influence le premier examen pelvien dans sa représentation de rite de passage, de rituel initiatique : le fait de devenir une femme : - « pour avoir un examen parce que pour elles dans leur symbolique et représentation, c'était quelque chose d'important » (F1 p1 M8) - « C'est la mère qui dit : « faut faire l'examen gynéco, parce que toutes les femmes elles ont un examen gynéco, et c'est comme ça, tant que tu n'as pas un examen gynéco tu n'es pas une femme ». (F1 p18 M8) - « les mères transmettent ça leur filles, tu n'as pas eu TON examen gynéco même si tu prends la pilule, si tu as des rapports... tu es une jeune femme... » (F3 p15 M14) - « C'est un passage. On devient une femme. En plus je vois pas mal de personne de communauté des gens du voyage. Je suis un tout petit peu de patiente qui sont de cette communauté-là. C'est un petit peu aussi comme la grossesse. C'est un passage initiatique. » (F1 p18 M2) - « de jeunes femmes qui ont besoin de cet examen comme on devient une femme » (F3 p5 M20) - « Voilà, je suis allée chez la gynéco (...) parce qu'il me fallait mon examen. Maman m'a dit qu'il fallait que... » (F3 p5 M19) -
7/ Le médecin émet des hypothèses concernant les représentations de la patiente par rapport au premier examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/Pour le médecin, la patiente redoute le premier examen pelvien - i/ Les patientes sont-elles inquiètes ? - « Moi je dirais qu'une grande partie du temps elles sont inquiètes de savoir ce qu'elles ont. Enfin, ce qu'on pourrait leur trouver » (F2 p16 M10) - « Mon idée c'est qu'elles ne s'inquiètent pas d'un examen gynéco » (F3 p1 M15) - « je trouve qu'elles sont souvent un peu terrorisées en arrivant ou inquiètes à l'idée qu'on va les examiner » (F3 p1 M15) - « des fois elles se font des films » (F3 p2 M15) - « La plupart du temps elles sont prêtes. J'ai rarement des femmes qui sont complètement terrorisées ou qui vivent mal ce premier examen. Par contre c'est vrai que j'en ai qui l'ont mal vécu le premier examen » (F3 p6 M15) - « Certaines pensent que c'est juste pour vérifier que tout va bien, sans trop savoir ce que ça veut dire tout va bien. Et d'autres ont vraiment des idées assez... pas toujours très abouties de ce qu'elles imaginent de ce à quoi ça sert » (F3 p7 M12) - « ça peut être une inquiétude sur la normalité, ça peut être une inquiétude sur une lésion, sur un bouton » (F3 p2 M12) - - ii/En raison de la crainte de la douleur - « examen qui fait mal » (?) - « Certaines disent, « pff, c'est vrai que c'est pas très agréable » (F2 p19 M9) - « je pense que beaucoup pense que c'est douloureux. » (F1 p21 M2) - « ça va faire mal, je pense que c'est un frein le plus important, elles viennent avec l'idée que ça va faire mal. Parce qu'on leur a dit que ça allait faire mal » (F3 p15 M19) - - iii/En raison de la crainte de l'inconnu, du sexe du médecin - « Parce que je pars du principe que c'est un examen qui est quand même redouté par les patientes, surtout pour la 1ere fois, et encore plus avec un médecin homme, sans doute » (F2 p2 M11) - « Elles appréhendent plus à mon avis le résultat, ce qu'on va leur trouver ; la manière dont ça va se passer parce que c'est quelque chose de nouveau » (F2 p18 M9) - - b/ C'est un examen de l'intime qui peut être vécu comme intrusif pour la patiente;

	<ul style="list-style-type: none"> - i/Selon le médecin, la notion de pudeur de la patiente entre en jeu dans le vécu de l'examen - « Il faut faire la part des choses entre ce qui est de l'intime. Il y a des femmes aussi qui arrivent en disant : «ah non mais vous ne pourrez pas m'en faire moi je suis trop pudique » (F1 p21 M8) - « Là je leurs dis il va quand même falloir enlever la culotte parce que je ne vais pas pouvoir faire. Elles le savent mais elles attendent je crois que je puisse leurs dire » (F2 p8 M9) - « l'interrogation aussi des femmes sur la représentation de leurs organes génitaux externes et internes intervient aussi. Et je pense qu'il faut qu'on les interroge aussi sur comment elles, elles voient leur anatomie » (F3 p4 M14) - [en parlant du toucher vaginal] « C'est le côté se rapprocher. C'est vraiment comme un rapport sexuel » (F1 p13 M2) - « Comme l'imaginaire des premiers rapports qui peuvent être douloureux. C'est une pénétration aussi, donc voilà... » (F1 p21 M8) - [pour le spéculum] «Oui mais quand tu poses le spéculum tu es dans la même position » «Oui mais parce que tu n'as pas le choix » « Il y a un intermédiaire » (F1 p13 M1etM2) - - ii/Le médecin a conscience que l'examen pelvien peut être considéré comme intrusif par leur patiente - « C'est quelques chose d'intrusif. Et que même si on leur a dit, même si les copines, la maman, ont rassuré. Même si le médecin essaye de rassurer. Il y a vraiment cette crainte-là » (F1 p21 M2) - « c'est un peu une intrusion dans leur vie intime. Donc quand elles se contractent, c'est : j'ai pas trop envie » (F2 p17 M10) - « elles savent que c'est un examen que l'on va faire après tous les 3 ans et quelque part je vais laisser le médecin aller, ouvrir, rentrer dans ma partie intime. Je pense qu'il y a cette idée d'intrusion » (F2 p17 M10) - « je pense que c'est quand même un examen qui peut être vécu comme intrusif et qui a besoin d'être expliqué. » (F3 p8 M13) - « dans leur sexualité ça pouvait représenter pour elles quelque chose d'agressif » (F2 p19 M9) - « c'est plus intrusif de commencer par le toucher vaginal » (F3 p12 M17) - « on m'a emmené chez le gynéco, elle m'a fait le frottis, elle m'a dit de m'allonger là, elle m'a mis un spé-de-truc de là, je l'ai mal vécu. Ça a monté après, même dans les relations avec les hommes » (F2 p19 M9) - - c/ le médecin suppose que la patiente l'interroge sur sa normalité, son intégrité anatomique, dans l'objectif de la rassurer : - « Sur leur normalité ou sur l'absence de problème quelconque, qu'elles se sont imaginée ou qu'elles ont entendu parler » (F3 p5 M17) - « tout va bien », moi j'entends aussi tout est lié à des futures grossesses. C'est-à-dire si ça va bien, c'est que je serais capable d'avoir des enfants. Donc moi je crois qu'il y a quand même beaucoup de choses liées à « j'ai un utérus normal donc je pourrais avoir des enfants» (F1 p19 M7) - « Moi j'entends souvent ce rapport à la future maternité, dans une consultation classique. Le stérilet, la pilule, est-ce qu'après ça ne rend pas stérile » (F1 p19 M7) - « Je leur dit : « là il n'y a pas besoin d'un point de vue médical de refaire l'examen » Et il y a un certain nombre de femmes qui disent : « ah oui mais j'aime mieux que vous vérifiez » (F1 p19 M8) - « Il y a des fois des jeunes femmes qui ont besoin qu'on leur dise que tout va bien » (F3 p5 M14) - « D'être rassuré sur leur normalité en fait » (F3 p5 M14) - « certaines jeunes patientes venaient pour être rassurées » (F1 p1 M8) - « intégrité des organes génitaux » (F1 p2 M5) - « C'est-à-dire que finalement, on voit à l'intérieur. On voit qu'il y a bien un col de l'utérus, un vagin qui est normal » (F1 p18 M2) - « suis-je normale d'un point de vue anatomique. est-ce que c'est l'anatomie interne, est ce que c'est de l'esthétique plus externe? Cette recherche, cette réassurance en vérité » (F3 p17 M20) -
8/ Le médecin a ses propres représentations du premier examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/Le médecin a conscience de l'importance de la réussite du premier examen pelvien - « effectivement la réussite du premier examen conditionne je pense la suite du suivi médical. Passer du temps la première fois et que ça se passe bien, c'est un investissement rentable sur le fait que la suite va bien se passer aussi normalement » (F2 p19 M11) - « ce sont des moments importants qui font que plus tard il y aura un blocage ou pas, être à l'écoute de la patiente » (F1 p3 M2) - « les premiers examens conditionnent la qualité de nos examens futurs » (F3 p18 M13) - « Si tu penses à ton planning, tu mets plus de temps au début mais tu en gagnes après » (F3 p19 M20) - « Je pense que le traumatisme ce n'est pas que au moment de l'examen gynéco qui est répété, ça peut aussi avoir une incidence sur leur vie sexuelle, leur rapport avec leur corps » (F1 p21 M8) - - b/Le médecin, dans sa pratique du premier examen pelvien, - i/L'expérience personnelle, et professionnelle, du médecin modifie la pratique du premier examen pelvien - « je ne suis pas à l'aise vis-à-vis de l'examen gynéco du fait que j'en fais de moins en moins et puis j'ai peut-être un peu d'a priori » (F1 p2 M2) - « J'ai le sentiment qu'avant 25 ans j'ai examiné toutes les patientes. Toujours à une occasion particulière. Il me semble. Après c'est une impression comme ça, je n'ai pas fait de mesure » (F2 p2 M11) - « dans ma pratique le fait de bien leur expliquer avant. A partir du moment où elles sont prêtes, je ne me sens pas intrusive » (F3 p14 M15) - « dans l'intitulé "femmes de moins de 25 ans sexuellement actives", en fait on voit que c'est ça qui conditionne le début de l'examen » (F3 p19 M13) - « on a très peur de faire mal, de choquer, d'être intrusive mais en général ça se passe très bien quand même

	<ul style="list-style-type: none"> - » (F3 p13 M13) - « j'ai vu des cancers du col avant 25ans » (F1 p3 M5) - « je voyais des femmes pour qui effectivement ça avait vraiment altéré leur sexualité ou leur grossesse » (F2 p19 M9) - « Pour la bonne raison qu'en rapport avec du vécu. J'ai vu chez une jeune fille qui commençait juste son activité sexuelle, des problèmes au niveau du frottis. Alors maintenant on dit, on s'en occupe ou on ne s'en occupe pas selon. On attend éventuellement que ça parte tout seul. Et enfin, personnellement ça me heurte » (F2 p3 M10) - « C'est comme si tu parles au vagin. C'est bête, mais il y a peut-être des côtés de représentation... » (F1 p16 M2) - « Après je me rends compte que je banalise, pour moi c'est un examen comme un autre » (F3 p14 M15) - « si je peux me permettre chez un généraliste (...) ces gens vont venir par ailleurs et donc du coup peut-être que ça influence les pratiques. J'imagine que quand elles vont voir le Médecin qui va leur faire L'Examen Génital, elles s'y préparent autrement » (F3 p14 M12) - - ii/Le médecin dans ses représentations suppose que son sexe amène une particularité à l'examen pelvien - « Je pense que malgré tout on ne peut pas échapper au fait que les femmes médecins et les hommes médecins, ils n'ont pas le même rapport à l'examen gynéco. Surtout actuellement ! Dans le temps il n'y avait que des hommes, on ne se posait pas la question. Maintenant on voit bien avec la féminisation de la profession. Moi j'ai longtemps été toute seule dans un cabinet médical avec des hommes. Les % de la gynéco arrivaient chez moi. C'est un peu moins vrai maintenant. » (F1 p15 M4) - « Moi j'ai des retours effectivement de patientes qui disent que même avec une femme elles ont vécu un examen premier ou pas qui a été violent aussi et qu'elles en gardent un traumatisme aussi. » (F1 p21 M8) - « Parce que je pars du principe que c'est un examen qui est quand même redouté par les patientes, surtout pour la 1ere fois, et encore plus avec un médecin homme, sans doute » (F2 p2 M11) - « c'est un peu particulier parce que je suis un homme [...] cela peut changer déjà une certaine pratique » (F1 p2 M2) - « elles se préparent pour le jour de l'examen. Peut-être j'en sais rien, c'est parce que je suis un homme » (F3 p8 M13) « Je ne crois pas que ce soit dû au sexe du médecin » (F3 p8 M20) - - iii/Les patientes ont une certaine connaissance de ce premier examen - « elles viennent depuis un certain temps pour des renouvellements de contraception, j'ai l'impression qu'elles savent déjà ce que c'est » (F1 p3 M1) - « elles ont dû se renseigner » (F1 p4 M4) - - iv/ Le médecin tient compte du ressenti présumé de la patiente et adapte sa pratique - « je pars du principe que comme ce n'est pas agréable, autant terminer le plus rapidement possible. C'est dans mes représentations à moi » (F1 p7 M2) - « si elles ont mal c'est de ma faute. Je ne dois pas leur faire mal. Ça c'est je pense quelque chose qui les rassure parce qu'elles se disent » (F2 p4 M11) - « j'ai l'impression que ça minimise l'angoisse de la douleur » (F3 p9 M13) - « elles passent toute la consultation ou le début de la consult complètement stressées en se disant je vais passer à la casserole dans 2 secondes » (F3 p1 M19) - « Cela me semble le moins agressif de tous, le toucher vaginal. Peut-être avec cette notion d'aller tout doucement » (F3 p12 M20) - « Après est-ce que le contact aussi de la paroi et tout ça, ça fait qu'elle arrive à se projeter dans le rapport ? » (F1 p16 M2) - - c/La représentation du regard prend une place importante lors de ce premier examen pelvien - i/Le médecin se questionne autour du voir, de regarder - « La question de la couverture, le drap. Question de ce qui est vu ou ce qui n'est pas vu ; de ce qui est caché, de ce qui est montré. Et de se voir être vu nu. Question de la pudeur, à la question aussi de fantasme de pulsion scopique » (F3 p10 M12) - « On est pris où les gens sont pris par des représentations de ce qu'ils donnent à voir » (F3 p10 M12) - « Question du regard d'aller y voir, de regarder » (F3 p14 M12) - « Qu'on accepte de donner à voir quelque chose de l'intimité » (F3 p10 M12) - « L'objectif c'est d'aller VOIR » (F3 p13 M18) - « Accepter de se déshabiller devant quelqu'un, c'est parce qu'on est médecin, que quelqu'un qu'on ne connaît pas accepte de se déshabiller » (F3 p14 M12) - « jamais totalement parce que je leur dis : moi perso je n'aime pas être à poil chez la gynéco » (F3 p11 M19) - - ii/Le médecin prend en compte les représentations culturelles du regard - « Je crois qu'il y a des représentations très culturelles » (F3 p10 M12) - « je trouve que je peux les gêner à les regarder. Avec les États-Unis où on va avoir des américaines très étonnées qu'il n'y est pas d'endroit où elles puissent se déshabiller » (F3 p11 M18) -
9/ Le médecin repère les réticences de la patiente lors du premier examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/Ce que la réticence soulève - « celles qui refusent de façon itérative je suis toujours un peu interrogé sur les raisons du refus » (F3 p7 M12) - « quand ça fait 5 ans qu'on renouvelle la pilule et qu'il n'y a toujours pas d'examen gynéco, je le note dans

	<ul style="list-style-type: none"> - le dossier (F3 p6 M19) - « ça peut vouloir parler d'autres choses... maltraitance, mauvaises expériences antérieures médicales ou pas médicales » (F3 p5 M12) - « c'est tout le champ des violences » (F3 p15 M20) - Des fois c'est phobique. Il y a pas eu de violence, y a rien eu de spécial » (F1 p18 M5) - « la volonté de ne pas imposer une éventuelle violence aux femmes » (F1 p27 M8) - - b/Les réticences exprimées par des mots au médecin: - « Mais je me suis aperçus qu'il y avait souvent des choses complexes avant en fait, quand ça ne se passe pas très bien. Donc c'est l'occasion d'en parler. Soit des problèmes d'attouchement ou des choses comme ça » (F2 p6 M10) - « Elles vont dire : « olala, j'aime pas ça ». Même si elles n'ont jamais eu. Donc je réexplique comment ça se passe. Elles ont déjà une appréhension. » (F2 p6 M10) - « Là il y a moins de communication, c'est clair. Alors du coup, la communication elle vient parce qu'il y a difficulté à faire l'examen » (F2 p15 M10) - « refus de l'examen » (F3 P15 M17) - « dans les paroles je pense où ces personnes qui ont toujours leurs règles, tu sais c'est le renouvellement annuel, l'examen annuel et ça tombe pas bien » (F3 P15 M20) - « Une réelle crainte de l'examen gynéco et surtout une crainte et une sexualité pas du tout satisfaisante et très douloureuse » (F3 p18 M20) - - c/Les réticences exprimées par le corps au médecin : - « Ce n'est pas que physique, c'est aussi... Ne serait-ce que quand on met le spéculum, voir comment la femme réagit. S'il y a un mouvement de recul, ou bien un spasme vaginal. Et à ce moment-là c'est vrai que....la simple difficulté par exemple à poser un spéculum ça peut aussi permettre d'amener la discussion sur « est-ce que pendant les rapports c'est compliqué ? » « est-ce qu'il peut y avoir une pénétration ? », « est-ce qu'il y a des douleurs ? » (F1 p16 M8) - « Attitude contractée un peu plus importante que d'autres » (F2 p15 M10) - « C'est sûr, si tu n'arrives pas à mettre un speculum. Forcément ça amène une interrogation. Moi ça m'est déjà arrivé. Les jeunes femmes qui se retrouvent au milieu de la table. Qu'est-ce qui se passe ? » (F1 p17 M7) - « Si elle se contracte et referme les cuisses » (F1 p17 M7) - « souvent elles se contractent, elles appréhendent énormément malgré toutes l'explication et la mise en confiance ou autre » (F2 p5 M9) - « grande difficulté à l'examen gynéco » (F3 p15 M17) - « dans l'irrationnel, quelque chose qu'on ne contrôle pas » (F3 p15 M17) - « physiquement un verrouillage (...) c'est mécanique » (F3 p15 M20etM19) - « il y a parfois ce vaginisme, c'est qu'elles imaginent qu'il y a un danger à la pénétration parce qu'il n'y a pas de fond : jusqu'où ça va aller ? » (F1 p20 M5) - - d/Par l'écoute du verbal et du non verbal de la patiente, il s'autorise à questionner sur les réticences de la patiente - « J'essaye qu'elle se détende un peu et puis je dis : « est-ce que vous avez un petit peu des soucis pendant les rapports ? ». Je pose la question directement [...] Est-ce qu'il y a eu des problèmes, est-ce que vous avez subi des violences sexuelles ? » (F1 p17 M5) - « Le problème des violences moi maintenant je l'ai intégré à mon interrogatoire de façon systématique. Ça c'est suite à une réflexion qu'on a eu au centre de planification. » (F1 p17) - « Mais il y a eu quelque chose ? En fait je suis assez directe. Je vois que vous n'êtes pas à l'aise, est-ce qu'il y a eu quelque chose ? Un traumatisme ? » (F2 p15 M10) - « J'ai moins de réticence aujourd'hui que quand on devait faire le frottis avant 20ans » (F3 p14 M14) -
10/ Les médecins choisissent leur façon de se positionner auprès des patientes en fonction d'elles, de leur habitude et du temps de l'examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/ Les médecins choisissent une table d'examen adaptée à leur pratique ou s'adaptent à celle qu'ils ont - « je les mets au bout de la table et elles ont les pieds sur la table, mais ils sont écartés comme la table est large. Il n'y a pas les étriers, donc c'est plus naturel » (F1 p7 M4) - « Je m'étais posé la question au moment d'acheter ma table d'examen. Parce qu'il y a différents modèles et j'avais notamment repéré une table d'examen qui permettait de faire un examen en position assise. Mais il faudrait presque avoir une table d'examen dédiée pour les examens gynéco. » (F2 p9 M11) - « c'est que du passage de la table plate à la table mobile, les femmes ont les femmes ont apprécié le confort» (F2 p12 M10) - « ces tables-là elles ont aussi souvent une partie évidée au niveau du sacrum, et souvent un petit tiroir. Donc ça c'est pas mal» (F2 p12 M11) - - b/Le médecin peut proposer d'installer la patiente de plusieurs manières : - i/en décubitus latéral - « pour les femmes enceintes, moi je les examine de dos sur le côté, oui depuis que j'ai lu Winckler » (F3 P11 M19) - « souci de santé si la position gynéco est inconfortable » (F1 p6 M8) - « en fait il faut basculer les repères de 90° » (F1 p11 M8) - ii/En position gynécologique avec les pieds dans les étriers - « je les mets dans les étriers, ce n'est pas forcément idéal mais c'est plus pratique » (F1 p4 M7) - « J'ai appris ça donc j'ai continué. Comme ça se fait dans les services » (F1 p11 M5)

	<ul style="list-style-type: none"> - « les pieds dans les étriers » (F3 p11 M18) - iii/En position gynécologique sans mettre les pieds dans les étriers : - « pendant la grossesse, je ne l'ai fait pas mettre leurs pieds, parce que c'est plus compliqué » (F1 p6 M8) - « Premier examen dans le cadre souvent des symptômes pertes, irritations...Et on sent que je ne vais pas les mettre tout de suite dans la position étrier » (F2 p9 M9) - « en faisant dans cette position-là souvent elles arrivent à accepter » (F2 p9 M9) - - c/Le médecin choisit la manière d'installer la patiente en fonction de son propre confort - « Je me dis que pour la personne soit à l'aise, je dois être à l'aise aussi » (F1 p6 M2) - « Je prends le temps de mettre le tabouret, de mettre la lumière, et puis c'est un temps où je lui décris ce que je fais » (F1 p6 M2) - « En fait je pense que ça dépend vraiment du confort du médecin. Là on ne pense pas vraiment à la patiente. Quand on fait un toucher vaginal on se met dans la position qui nous paraît à nous la plus confortable » (F1 p12 M7) - Il se positionne pour« être à l'aise » et pour assurer une « habileté technique » (F1 p12 M2etM5) - - d/Le médecin à l'écoute de la patiente s'adapte à elle, pour assurer son confort - « je leur demande de s'installer, d'être le plus à l'aise possible » (F1 p9 M4) - « prendre le temps de préparer la patiente pour qu'elle s'installe bien » (F1 p3 M2) - « j'ai opté pour leur proposer un petit coussin sous leurs têtes » (F2 p11 M11) - « Ça permet d'avoir juste une petite attention sur le confort de la position gynécologique » (F2 p11 M11) - « c'est un examen, c'est elle qui décide du rythme de l'examen » (F3 p9 M20) - « je leur demande de s'installer de la manière la plus confortable qui soit » (F3 p9 M20) - « à partir du moment où nous on accepte de pivoter notre représentation anatomique. Je ne mets pas forcément les pieds dans les étriers, pour nous je pense que c'est plus pratique mais parfois ce n'est pas toujours confortable » (F3 p12 M14) - - e/Le choix du médecin de se positionner auprès de la patiente dépend : - i/Du moment de l'examen - « Pour le spéculum je suis entre les jambes de la patiente, assis de préférence. Et après, une fois que j'ai mis le spéculum dans la poubelle, je passe du côté droit. Je suis droitier. Et donc je me mets sur le côté de la femme et je fais l'examen » (F1 p11 M2) - « si c'est en dehors de toute grossesse, je reste entre les jambes de la patiente. Et par contre, si c'est un suivi de grossesse, je me mets sur son côté droit» (F1 p11 M8) - ii/Du médecin - « Il y a aussi un autre élément, quand même, en tant qu'homme, personnellement. C'est un examen intime le toucher vaginal, et c'est vrai qu'il faut être en face...dans une position de rapport sexuel. C'est pour cela que je préfère aussi être sur le côté. Il y a aussi cet aspect-là » (F1 p13 M4) - « se mettre sur le côté pour que la patiente se sente à l'aise. Surtout qu'à l'époque, c'était majoritairement des hommes qui faisaient gynéco » (F1 p13 M5) -
11/ Le médecin sélectionne son matériel pour le premier examen pelvien	<ul style="list-style-type: none"> - a/Comment le médecin choisit-il le type de spéculum pour le premier examen pelvien ? - i/Il choisit un spéculum en plastique - « J'utilise principalement les spéculums jetables, je garde sous le coude un spéculum pour les poses quelques fois de stérilet » (F2 p8 M10) - « d'un point de vue stérilisation, c'est plus hygiénique, ça se passe bien, c'est moins froid » (F1 p7 M1) - « C'est jetable » (F1 p7 M7) - ii/Il préfère le spéculum métallique - « je le réchauffe, il n'est pas froid » (F1 p4 M4) - « d'un point de vue écologique, ça fait moins de déchets » (F1 p8 M4) - « Je ne trouvais pas ça du tout pratique. Et puis il faut les stériliser » (F2 p9 M9) - - b/Le médecin peut utiliser des lubrifiants pour améliorer le ressenti de l'examen pour la patiente - « si moi je trouve que ça va permettre, là aussi, d'apporter du confort quand même» (F2 p12 M10) - « Je l'utilisais quand j'avais des difficultés à mettre le spéculum » (F2 p13 M11) - « je ne l'utilise peut-être pas systématiquement» (F2 p13 M11) - « un tout petit peu de lubrifiant sur mon spéculum » (F3 p14 M15) - - c/Le médecin utilise des gants, un doigtier lors de l'examen pelvien et explique son choix : - « Je mets mes gants et j'explique » (F2 p13 M9) - « Au début de l'examen je mets systématiquement des gants stériles, que je garde pendant tout l'examen. Et au moment du toucher vaginal en fait j'enlève le gant de la main droite parce que je suis droitière et je mets un doigtier. » (F1 p14 M8) - « Alors pour une simple raison technique. Avant je faisais le toucher vaginal avec le gant et je trouve que l'épaisseur du gant, du vinyle, est moins performante. Les doigtiers sont plus fins et pour moi, techniquement, par rapport aux infos que je peux avoir je trouve cela plus pratique. Donc je suis revenue au doigtier» (F1 p16 M8) - - d/Du matériel utilisé et de ce qu'il représente pour le médecin : - [en parlant du spéculum plastique] « Je pense que c'est plus rassurant quand même pour les patientes, en disant qu'il n'y a pas de risque de contamination » (F1 p7 M7)

	<ul style="list-style-type: none"> - « On sait qu'il faut sur ces examens quand même mettre des gants » (F2 p15 M9) - « par expérience on sait que, le spéculum, c'est pas très agréable » (F2 p9 M10) -
12 / Le médecin constate une évolution des pratiques du premier examen pelvien, ce qui modifie leur pratique	<ul style="list-style-type: none"> - a/ Les médecins s'approprient les recommandations HAS 2004 concernant le FCV à 25 ans - i/les médecins adaptent cette recommandation à leur pratique - « j'ai pratiqué toute ma carrière sans suivre les recommandations, donc les frottis, on les faisait à 17, 18 ans (...) si les jeunes femmes avaient eu des rapports depuis l'âge de 15 ans, on n'attendait pas 25ans pour faire un frottis » (F1 p2 M5) - « honnêtement moi je ne suis pas trop d'accord avec la recommandation de l'âge » (F2 p2 M10) - « la limite (pour réaliser le premier frottis) (...) est protocolisée, elle nous appartient selon l'expérience de la femme en face de nous. » (F3 p2 M17) - « dans mon souvenir les recommandations c'est : donc le frottis à partir de 25 ans, ou si je me souviens bien c'est 8 ans après le début de l'activité sexuelle, mais l'activité sexuelle ce n'est pas forcément les rapports avec pénétration » (F3 p2 M13) - « on a fait des examens trop tôt aux gens, car aujourd'hui on est en train de se rendre compte que ça ne sert à rien à faire des examens gynéco avant 17 ans » (F3 p18 M12) - - ii/Les médecins remarquent que des relations sexuelles avant le premier examen pelvien, facilitent sa réalisation - « Alors plus maintenant parce qu'à 25 ans elles ont déjà développé une sexualité très avancée » (F2 p5 M9) - « c'était avant les recommandations. Quand on les faisait à 18 ans. A 18-20 ans, quand on faisait le premier frottis, s'il n'y avait pas eu beaucoup de relations avant, c'était compliqué. » (F2 p18 M9) - « pas tous les médecins et les gynéco le faisait. Chez des jeunes femmes de notre génération elles avaient eu des frottis, sans avoir eu de rapport » (F2 p18 M9) - « un vaginisme important et en la questionnant c'est son premier examen gynécologique fait par un gynéco qui alignait les femmes dans les pièces » (F3 p17 M16) - « un premier examen alors qu'elle était vierge, elle a eu un toucher vaginal et un toucher rectal » (F3 p18 M20) - - b/Les médecins notent une évolution sociétale par rapport à l'examen pelvien ce qui modifie leur pratique : - i/Avec la génération Distilbène : - « elles étaient obligées de se faire faire des examens gynécologiques à cause du risque de cancer du vagin [...] frottis très tôt » (F1 p4 M5) - ii/En lien avec les nouvelles normes sociétales - «la mode de l'épilation intégrale, où en fait elles se voient. Elles se posent la question de la normalité encore plus qu'avant » (F3 p17 M15) - « ce qui peut être montré dans certains médias ou certains films » (F3 p17 M14) - « accès à des films, des photos pornographiques où il y a des normes mises en place » (F3 p17 M14) - « il y a cette image de dire, pour que ce soit bien il faut que ce soit comme ça. Bien en terme anatomique, en termes de satisfaction des rapports sexuels, des partenaires. Elles n'acceptent pas de ne pas être dans la norme de ce que donnent les médias » (F3 p17 M14) - «Ce qui est véhiculé par les médias, les journaux féminins sur la gynéco. Une méconnaissance aussi de la population générale de ce qui relève des compétences du médecin généraliste » » (F3 p16 M12) - - c/ Les médecins relèvent une évolution au sein même des pratiques médicales : - « il ne faut pas oublier que les femmes ont côtoyé un certain nombre de médecins généraliste qui ne pratiquaient pas la gynécologie (...) on se transmet de génération en génération que le médecin traitant ne le faisait pas ou peu » (F3 p16 M20) - « les habitudes de pratique c'était l'examen annuel avec le frottis annuel et le toucher pelvien et donc la génération d'avant ou encore celle d'avant avait effectivement cette habitude-là » (F3 p5 M12) - « c'est un peu compliqué de leur dire que ça va être que tous les 3 ans, voire même que l'examen génital n'est pas nécessaire d'un point de vue médical » (F3 p5 M12) - « on la fait, de manière, pas suffisamment penser, imposer, forcer et maintenant on se retrouve avec des femmes d'âges mûres qui ont vécu ça de manière traumatique » (F3 p18 M12) - « c'est valable quand il y a un suivi, à l'époque où les gynécos en faisaient probablement plus et les suivis des femmes, ils les voyaient qu'une fois par an. Si ça se passe mal, ce n'est pas grave » (F3 p19 M19) -

1.5. Annexe 5 : Guide première consultation gynécologique, centre Flora Tristan, CHU Angers

The booklet cover features the logo of Centre Flora Tristan, CHU Angers. The title "LE PREMIER EXAMEN GYNECOLOGIQUE" is prominently displayed. Below the title, the subtitle "IL FAIT PARTIE DE LA VIE DES FEMMES ET DES JEUNES FILLES" is written. A central illustration shows a young woman with several thought bubbles around her head containing questions about the exam.

SACHEZ QUE :

- l'examen n'est pas utile pour une première prescription de pilule
- vous avez le droit de dire NON
- le médecin ne peut pas vous imposer un examen gynécologique surtout si vous n'avez jamais eu de rapport sexuel

• Quand je deviendrai enceinte ?

Vos organes génitaux sont internes et précieux. Pour les examens, il faut donc regarder à l'intérieur. L'examen gynécologique permet de vérifier que tout va bien, de comprendre les signes qui alarment, de prévenir, de dépister, de suivre le déroulement d'une grossesse.

Cet examen n'est jamais obligatoire, il n'est pas nécessaire pour une première prescription de pilule, anneau, implant, patch...

• Quel est l'ordre d'accès ?

- Lorsque vous vous sentez prête...
Il n'y a pas d'âge pour le faire réaliser. En général, on le pratique quand on a commencé à avoir des rapports sexuels.
Et aussi en cas de problèmes :
- règles douloureuses, absentes
 - douleurs du bas ventre, gêne lors des rapports sexuels
 - démangeaisons, boutons, brûlures
 - saignements, pertes anormales

• Qui fait l'examen ?

- Un médecin de votre choix, qui peut être généraliste ou gynécologue, exerçant en cabinet ou dans un centre de planification
 - Une sage-femme
- Tous ces professionnels sont tenus au secret médical. Ils font régulièrement ce type d'examen, qu'ils doivent réaliser avec douleur, respect de votre pudeur et sans faire mal. Ils vous dispenseront des conseils fiables et adaptés.

• Comment se déroule l'examen ?

Se faire examiner si on est malade semble naturel, accepter un examen quand on est bien portant, surtout pour une partie aussi intime de son corps est plus difficile. La consultation commence par un échange. C'est l'occasion de poser vos questions et de répondre à celles du professionnel.

Vous pouvez parler à ce moment de votre gêne et de vos peurs éventuelles. Vous enlèverez votre slip, ce qui n'empêche pas de garder jupe et haut si vous vous sentez plus à l'aise. Vous allez vous allonger sur la table d'examen, les pieds posés dans des étriers pour que les jambes soient écartées et fléchies. C'est la position gynécologique.



Le médecin procède en deux temps :

- Il examine le périée, la vulve et l'entrée du vagin. Puis il introduit dans le vagin, un spéculum (petit instrument en métal ou en plastique étroit et long permettant d'écartier doucement les parois du vagin) : ce n'est pas plus difficile que de mettre un tampon. Ainsi le médecin peut visualiser les parois vaginales et le col de l'utérus et pratiquer éventuellement des prélevements (notamment un frottis)



Organes génitaux internes

- Il effectue un toucher vaginal : après avoir mis un doigtier, il introduit un ou deux doigts dans le vagin, l'autre main posée sur le ventre. Ce toucher vaginal permet d'apprécier la taille, la sensibilité et la mobilité de l'utérus et des ovaires.



Eventuellement, le médecin palpe vos seins, prend votre tension artérielle et vous pèse. Si tout va bien, le prochain examen peut avoir lieu dans un ou deux ans.

ABSTRACT

RÉSUMÉ

RIALLAND Aurore et RIPAUD Margaux

Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active : étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire

Aucune recommandation n'existe sur la réalisation du premier examen pelvien. Cela est laissé à la libre appréciation des praticiens, donnant lieu à des pratiques variables.

L'objectif de ce travail était d'étudier leur expérience sur la réalisation de cet examen chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Leur point de vue sur l'influence de celui-ci sur la vie sexuelle et le suivi gynécologique ultérieur de la femme étaient également explorés.

Une analyse qualitative par focus group a été réalisée auprès de 18 médecins généralistes et gynécologues du Maine-et-Loire.

Les médecins pratiquaient le premier examen pelvien de manière singulière. Prendre le temps était inhérent à toutes les phases de sa réalisation. Le discours était adapté pour accompagner l'examen, les mots employés avaient un poids considérable. L'entourage influençait l'initiation de l'examen et participait aux réticences et aux représentations de la patiente. Les médecins repéraient l'impact de leur dimension sexuée ainsi que le caractère sexuel de cet acte. Ils mettaient en place des stratégies de mise à distance par rapport à la sphère de l'intime. Ils supposaient être questionnés sur la normalité des patientes.

Les explications et informations fournies tout au long de ce premier examen sont indispensables pour permettre une relation de confiance et de respect au sein du couple médecin-patiente. La finalité est de prendre en compte le ressenti et les attentes de la femme pour assurer un suivi gynécologique de qualité.

Mots-clés : Premier examen gynécologique, Jeunes femmes de moins 25 ans, Médecins, Intime

First pelvic examination practice on sexually active women under the age of 25 : study focused on general practitioners and gynecologists located in Maine-et-Loire.

There is no recommendation regarding the first pelvic exam realization. It has been left to individual practitioners' assessment, therefore variable practices occurred.

The aim of this study was to compile data of experience from practitioners who have conducted pelvic examination on sexually active women under the age of 25. Practitioner's opinion about the consequences of the examination on sexual life as well as the gynecological follow-up of these woman were also under considerations. A qualitative analysis by group focus has been conducted among 18 general practitioners and gynecologists located in Maine-et-Loire.

The doctors accomplished the first pelvic examination in a singular way. A fundamental part of the examination was to spend as long as needed all the way through the process. What was said to accompany the test was properly measured and controlled. Relatives had an influence on the examination and its representation and play a role in the reluctance and prejudice related to the medical test. The physicians noticed the impact of their sexual dimension as well as the sexual character of this act. They set up strategies to keep surroundings away from intimacy. They were lead to believe questions was about patients normality.

The explanations and information provided all along that first exam are essential to ensure trust and respect between the doctor and her patient. The purpose is to value woman's emotions and expectations to guarantee a high-quality aftercare.

Keywords : First gynecological examination, Young women of less than 25 years old, Doctors, Intimate