



L'intimité en consultation : la vision des médecins généralistes

Enquête qualitative sur base
d'entretiens semi-dirigés avec des
médecins généralistes

Mathilde Decoster

Promotrice: Dr Muriel Vandergoten

Master complémentaire en médecine
générale, UCL

Année académique 2022-2023

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce travail :

À commencer par les médecins ayant participé aux entretiens, pour avoir pris le temps de se questionner et pour les discussions enrichissantes,

Le Dr Muriel Vandergoten, ma promotrice, pour son aide tout au long de mon travail, son soutien et sa disponibilité,

Le Dr Ségolène De Rouffignac, pour son aide dans le choix de mon thème et tous ses conseils,

Le Dr Lucas Jacobs, pour son soutien sans faille tout au long de mes années de médecine et pour sa relecture,

Michèle Delrez, ma maman, ma sœur Inès, mes amis et particulièrement Alice, Claire et Jean, Anne et Charly pour votre écoute et vos conseils,

Merci à tous et à toutes.

TABLE DES MATIERES

ABSTRACT	5
INTRODUCTION	6
METHODOLOGIE	7
METHODE GENERALE DE RECHERCHE	7
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	8
COMITE D'ETHIQUE	8
RECRUTEMENT ET ECHANTILLONAGE	8
DEROULEMENT DES ENTRETIENS	9
ANALYSE DES DONNEES	9
RESULTATS	9
ECHANTILLON	9
LES THÈMES	10
THEME N°1 : QUI DIT DESHABILLAGE, DIT SENTIMENT D'EXPOSITION	10
1.1. LE DESHABILLAGE EST UN MOMENT DE VULNERABILITE POUR LE PATIENT	10
1.2. LE DESHABILLAGE A UNE CONNOTATION SEXUELLE DANS NOTRE IMAGINAIRE	10
1.3. PAR SON ATTITUDE, LE MEDECIN REDUIT LE SENTIMENT D'EXPOSITION DU PATIENT	11
1.3.1. LE MEDECIN N'EST PAS VOYEUR	11
1.3.2. LE PARADOXE DE L'YE CONTACT : PARFOIS RASSURANT, PARFOIS GENANT	11
1.3.3. COUVRIR OU NE PAS COUVRIR ?	12
1.3.4. GARE AUX INTRUS !	12
1.4. PAR L'AGENCEMENT DE SON CABINET MEDICAL, LE MEDECIN REDUIT LE SENTIMENT D'EXPOSITION DU PATIENT	13
1.4.1. UN ENDROIT DEDIE AU DESHABILLAGE	13
1.4.2. LA PORTE D'ENTREE : PENSER A L'ANGLE DE VUE	13
1.4.3. LA LUMIERE EXPOSE	13
THEME N°2 : LA COMMUNICATION, INDISPENSABLE AU RESPECT DE L'INTIMITE	14
2.1. LA COMMUNICATION NON VERBALE	14
2.1.1. LE REGARD	14
2.1.2. UN PATIENT GENE, ÇA SE VOIT. UN MEDECIN GENE, ÇA NE DOIT PAS SE VOIR.	14
2.1.3. LE TOUCHER : UNE AUTRE MANIERE DE COMMUNIQUER	14
2.2. LA COMMUNICATION VERBALE	15
2.2.1. LA PAROLE, GARANT DU LIEN THERAPEUTIQUE	15
2.2.2. EXPLIQUER « COMMENT » ET « POURQUOI »	15
2.2.3. METTRE DES MOTS : VERBALISER LA GENE ET LA DOULEUR	16
2.2.4. L'HUMOUR POUR DEDRAMATISER	16
THEME N°3 : LA RELATION ENTRE LE MEDECIN ET LE PATIENT	17

3.1.	LE LIEN THERAPEUTIQUE DOIT ETRE MIS EN PRIORITE	17
3.2.	LE SUIVI LONG TERME : CATALYSEUR DU CLIMAT DE CONFIANCE	17
3.3.	LES PROJECTIONS	17
3.3.1.	LE PATIENT N'EST PAS NEUTRE	17
3.3.2.	LE MEDECIN N'EST PAS NEUTRE	18
3.3.3.	L'IDENTIFICATION AU PATIENT	19
3.3.4.	LA TRANSMISSION DE LA GENE EN MIROIR	19
	THEME N°4 : LE MEDECIN S'ADAPTE	19
4.1.	LE MEDECIN S'ADAPTE AUX CARACTERISTIQUES, A L'ATTITUDE ET AUX ATTENTES DE SON PATIENT	19
4.2.	PROPOSER DES ALTERNATIVES	20
4.3.	BANALISATION ET HYPERVIGILANCE : A EVITER	21
4.4.	NORMALISATION ET PRUDENCE : A PRIVILEGIER	22
4.5.	DE L'IMPORTANCE DU CONSENTEMENT	23
4.6.	MEDECIN VIOLENT, MOI ?	23
4.7.	AUTO-REFLEXION : PRENDRE DU REcul SUR SA PRATIQUE	24
	THEME N°5 : LE RESPECT DE L'INTIMITE : UN SUJET DE SOCIETE	25
5.1.	ME TOO, VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES, BALANCETONUTERUS	25
5.2.	VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : LA MEDECINE NE FAIT PAS EXCEPTION	25
5.3.	L'EDUCATION DES PATIENTS AU CONSENTEMENT ET A LA CONNAISSANCE DE LEUR CORPS : LE MEDECIN GENERALISTE A UN ROLE A JOUER	27
5.4.	VERS UNE MEDECINE EN PARTENARIAT ET MOINS PATERNALISTE	28
	DISCUSSION	28
	CONSTRUCTION ET PRECISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE	28
	DISCUSSION DES RESULTATS	29
1.	L'EXPOSITION	29
2.	LA COMMUNICATION	30
3.	LE LIEN ET LES PROJECTIONS ENTRE LE PATIENT ET LE MEDECIN	32
4.	LE MEDECIN S'ADAPTE	33
5.	LE RESPECT DE L'INTIMITE : UN SUJET DE SOCIETE	34
	PRENONS UN PEU DE REcul...	35
	LE MEDECIN MONTRE PATTE BLANCHE	36
	LE MEDECIN EST UN EQUILIBRISTE	37
	LE MEDECIN ADOPTE UNE ATTITUDE SUR MESURE, ADAPTEE A CHAQUE PATIENT	37
	L'INTIMITE ET LES HOMMES	38
	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	39
	IMPLICATIONS DES RESULTATS	40
	PERCEPTIVES DE RECHERCHE	41
	CONCLUSIONS	42
	BIBLIOGRAPHIE	43

ABSTRACT

Introduction : Le médecin généraliste est en contact avec l'intimité de ses patients lors de ses consultations. Depuis plusieurs années, cette question du respect de l'intimité est discutée dans d'autres spécialités, notamment en gynécologie, et au niveau sociétal. Dans la littérature médicale, la question de l'intimité semble pourtant peu abordée du point de vue du médecin, et encore moins du point de vue du médecin généraliste.

Objectifs : Le but de ce travail est d'explorer ce que les médecins généralistes mettent en place pour respecter l'intimité physique de leurs patients.

Méthodologie : Sept entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de médecins généralistes pour explorer leur vision de l'intimité des patients et les moyens mis en place pour la respecter. Une analyse qualitative a été faite sur cette base. Une recherche de la littérature a également été réalisée.

Résultats : Cinq thèmes principaux relatifs à la réflexion des médecins généralistes sur l'intimité des patients ont été identifiés : [1] Le médecin adapte son attitude et l'agencement de son cabinet pour diminuer le sentiment d'exposition du patient. [2] Le médecin adapte sa communication verbale et non-verbale. [3] Le médecin met en priorité le lien thérapeutique et réfléchit aux projections réciproques entre lui et le patient. [4] Le médecin s'adapte aux caractéristiques, à l'attitude et aux attentes de son patient. Il propose des alternatives et recueille le consentement. Il prend du recul sur sa pratique dans un processus d'auto-réflexion. [5] L'intimité est un sujet de société.

Conclusion : Le médecin cherche souvent à montrer sa bonne intention au patient, en faisant attention à la communication qu'il emploie. Le médecin généraliste peut alors être vu comme un équilibriste cherchant à adopter la meilleure attitude pour respecter l'intimité de son patient. Il s'adapte tout au long de la consultation aux caractéristiques et à l'attitude de son patient. Le médecin adopte donc une posture sur-mesure, ajustée à chaque patient lors de chaque consultation. Par ailleurs, l'intimité des patients hommes n'a pas été abordée spontanément par les médecins interrogés. Cette invisibilisation des hommes dans la réflexion autour de l'intimité en médecine générale est un résultat inattendu, plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce phénomène.

Mots-clés : Intimité, intimité physique, médecine générale, étude qualitative.

INTRODUCTION

Ce travail part d'une interrogation personnelle sur la bonne manière de communiquer et d'installer mes patients lors de l'examen clinique : comment introduire la notion de déshabillage? Qu'est-ce qui influence les médecins généralistes dans leur communication et dans leur installation du patient pour l'examen clinique ? Quels sont les enjeux soulevés par l'examen clinique et le dévoilement du corps qu'il implique ? Est-ce que le médecin réfléchit à l'agencement de son cabinet médical en pensant au respect de l'intimité de son patient ? J'ai remarqué chez certains patients un sentiment de gêne lorsqu'ils devaient se déshabiller, rendant la consultation et l'examen clinique plus délicats.

J'ai également été interpellée par plusieurs scandales ayant mis la question du respect de l'intimité du patient sur le devant de la scène médiatique ces dernières années. Il y a par exemple l'affaire du Pr Emile Daraï, gynécologue français, accusé par 32 patientes de violence et viol lors d'actes médicaux. (1) L'émergence du concept de « violences gynécologiques et obstétricales » depuis plusieurs années remet en question le rapport des patientes à l'examen intime. Certaines femmes dénoncent par leurs témoignages entre autres des propos jugeant, le manque de prise en compte de leur sentiment de gêne ou l'absence de recueil de consentement. (2) Le « manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive », publié en 2020 en Belgique, me questionne également : d'où vient le besoin d'associations féministes de créer un guide de défense des patientes contre leur médecin ? (3) Ces trois exemples illustrent que la question du respect de l'intimité secoue actuellement le monde médical et le monde de la gynécologie plus particulièrement. A ma connaissance, il n'y a pas d'affaire similaire en médecine générale, ni de mouvement sociétal remettant en question les agissements du médecin généraliste.

Avant de choisir ma question de recherche, je souhaitais définir le terme d'intimité. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, il s'agit de : « *la vie privée propre à tel individu ou tel couple ; ce qui est strictement personnel et généralement préservé des curiosités indiscretes.* » ou de la « *partie généralement cachée de l'anatomie d'un individu, notamment les parties génitales* ». (4) Plusieurs études, s'accordent pour définir les examens cliniques intimes

comme les examens de la région mammaire, génitale et rectale. (5),(6)

J'ai fait le choix de concentrer mon travail sur une réflexion autour du respect de l'intimité physique du patient. En effet, la question de l'intimité dans les soins est très vaste, et aborder l'intimité psychique aurait compliqué les résultats. J'ai repris la séparation entre intimité physique et psychique développée dans plusieurs articles, notamment celui publié par la psychologue Anne Noé qui définit l'intimité physique comme « *celle du corps, et en premier lieu celle de la peau* » et l'intimité psychique comme « *des représentations, des rêves, des ressentis et un imaginaire* ». (7),(8)

Lors de ma recherche de littérature, j'ai trouvé peu d'articles sur l'intimité en médecine, et encore moins en médecine générale. La plupart des articles explorent le vécu de l'intimité des patients, avec une majorité d'articles sur l'expérience des patientes en gynécologie. Peu d'études ont été faites sur le sujet du comportement des médecins concernant les examens intimes, et encore moins sur l'aspect émotionnel de ceux-ci. (5) Il y a également de nombreuses études sur le processus d'apprentissage, notamment sur l'expérience d'étudiants en médecine. Je n'ai retenu que ceux qui s'intéressaient à la réflexion des étudiants sur le respect de l'intimité de leurs patients et j'ai exclu ceux qui évaluaient le processus d'apprentissage en tant que tel.

Suite à ces réflexions et à ma recherche de littérature, ma question de recherche interroge la vision des médecins généralistes sur l'intimité physique des patients ainsi que les moyens que les médecins généralistes mettent en place pour respecter cette intimité.

METHODOLOGIE

METHODE GENERALE DE RECHERCHE

La recherche bibliographique a permis d'explorer le thème de l'intimité en médecine générale et de préciser ma question de recherche. La méthodologie choisie est une méthodologie qualitative, car le but est d'explorer le vécu subjectif des médecins concernant un sujet complexe. J'ai sélectionné une méthodologie qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés, sur base du guide d'entretien présenté en annexe 2.

J'ai écrit mon guide d'entretien en m'inspirant de la recherche de littérature. Je l'ai ensuite modifié après chaque entretien, suite à des nouvelles questions ou sous-questions soulevées par les médecins interviewés. Par exemple, je n'ai parlé de la position gynécologique à l'anglaise qu'à partir du deuxième entretien car c'est la première médecin qui l'a évoquée et qu'elle constitue un exemple concret d'une pratique différente.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche de littérature s'est déroulée entre avril 2022 et février 2023, dans les bases de données Pubmed, Lissa, Psycinfo, Scopus et Google Scholar. Elle est détaillée en annexe 1.

COMITE D'ETHIQUE

Le groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale (GEIMG) a décidé que le projet nécessitait de soumettre un dossier au comité d'éthique de l'Université Catholique de Louvain (UCL). Ce dernier a jugé que le « *projet porte sur l'analyse de pratiques professionnelles. Il ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 07 mai 2004 sur l'expérimentation humaine. Une soumission à un Comité d'éthique n'est donc pas obligatoire* ». La demande faite au GEIMG ainsi que la réponse du comité d'éthique de l'UCL se trouvent en annexe 8.

RECRUTEMENT ET ECHANTILLONAGE

Afin de recruter des médecins généralistes avec différents points de vue sur le sujet, certains critères ont été retenus. Ces critères sont : le genre, l'âge, les années d'expérience et le type de pratique. En effet, la recherche de littérature avait mis en évidence que ces critères pouvaient influencer le vécu des médecins (5).

J'ai sélectionné mon échantillon par bouche-à-oreille, en demandant à des collègues, amis ou médecins interrogés s'ils connaissaient des médecins généralistes intéressés par mon thème. J'ai contacté par email ou téléphone dix médecins. L'âge, le genre, les années de pratique et le type de pratique ont été notés.

DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont duré entre 42 minutes et 1 heure 10 minutes. Ils ont été enregistrés après avoir recueilli le consentement des médecins. Le formulaire de consentement est disponible en annexe 9. Les entretiens ont ensuite été retranscrits manuellement mots à mots et les données ont été anonymisées. Les retranscriptions figurent en annexe 7.

ANALYSE DES DONNEES

Une méthode d'analyse thématique a été utilisée pour analyser les retranscriptions des entretiens. Cette méthode d'analyse inductive consiste à définir à partir des retranscriptions des unités de sens, c'est-à-dire un ensemble de mots évoquant un même sujet. Les unités de sens ont permis d'élaborer des étiquettes, proches du texte original. Ces étiquettes ont été regroupées en catégories, ces dernières ont été ensuite regroupées en thèmes (9), (10).

RESULTATS

ECHANTILLON

Dix médecins ont été contactés, sept ont accepté de participer aux entretiens.

Tableau 1 : profil des médecins généralistes

	Genre	Années de pratique	Type de cabinet	Milieu
Médecin 1	F	4	Association de médecins généralistes à l'acte	Urbain
Médecin 2	F	3	Maison médicale au forfait	Urbain
Médecin 3	F	39	Maison médicale au forfait + planning familial	Urbain
Médecin 4	M	31	Association de médecins généralistes à l'acte	Rural
Médecin 5	M	6	Maison médicale à l'acte	Urbain
Médecin 6	F	24	Cabinet individuel	Semi-rural
Médecin 7	F	5	Maison médicale à l'acte	Urbain

LES THEMES

Les thèmes et les catégories sont présentées ci-dessous, illustrées par des citations des entretiens qui figurent en italique.

THEME N°1 : QUI DIT DESHABILLAGE, DIT SENTIMENT D'EXPOSITION

Les médecins interrogés ont souvent associé les concepts d'intimité, de nudité et de déshabillage à celui d'exposition : le patient déshabillé partiellement ou complètement se sent exposé au regard d'autrui.

Et pour les femmes, la plupart des électrodes [de l'ECG] sont au niveau de la poitrine donc c'est plus intime que chez un homme. C'est une partie qui est toujours protégée et cachée par un soutien-gorge, et là on va découvrir cette zone-là (...) Garder le soutien-gorge c'est plus couvrant et moins exposé à tous. (Médecin 2)

Moi ça ne me dérange pas de lever un chemisier ou un t-shirt à l'arrière et d'ausculter dans l'encolure et je pense qu'on fait tout à fait bien son travail sans avoir je dirais une mise à nu d'exposition qui n'est pas toujours nécessaire et qui est parfois mal perçue... des gens qu'on ne connaît pas bien et qui viennent pour la première fois vont se dire « c'est qui ce type, on se fout à poil le premier jour ». (Médecin 4)

Moi personnellement en tant que patiente, je n'aimerais pas du tout être en soutien-gorge pour qu'on écoute mes poumons et qu'on prenne ma tension. C'est beaucoup plus exposant. (Médecin 5)

Le déshabillage est compliqué parce que tu montres ton corps en fait c'est juste ça. Tu enlèves tes habits, tu montres... Il y a des gens qui n'ont pas de problème avec le nu, mais il y en a d'autres qui sont très pudiques donc le simple fait d'enlever quelque chose, des couches, tu offres ton corps à la vision de l'autre, ta pudeur, ton intimité... peut-être qu'il y a des tâches que tu ne veux pas qu'on voit. C'est exposé le corps, et les complexes aussi. (Médecin 7)

1.1. LE DESHABILLAGE EST UN MOMENT DE VULNERABILITE POUR LE PATIENT

Les médecins identifient le déshabillage comme un moment clé de la consultation concernant l'intimité, où le patient se met à nu et est donc plus vulnérable.

Ce n'est pas la même chose d'être examiné que de se déshabiller devant quelqu'un, même s'il est dans le médical, on est plus vulnérable. (Médecin 2)

Le déshabillage est un moment de vulnérabilité pour le patient, leur laisser l'espace et revenir après, c'est une manière de les respecter. (Médecin 5)

1.2. LE DESHABILLAGE A UNE CONNOTATION SEXUELLE DANS NOTRE IMAGINAIRE

Un médecin a évoqué l'aspect sexuel ou pornographique qu'évoquait le déshabillage dans l'inconscient collectif, tout en se distançant d'avoir elle-même une pensée sexualisante à ce moment. Elle précise que l'idée du déshabillage comme sexuel est issue d'une construction

sociétale.

Le fait de voir le moment de déshabillage peut être intime pour certains patients. Ça fait penser peut-être à certaines images, de culture pornographique, voir quelqu'un qui dégrafe son soutien-gorge, ou qui enlève son t-shirt, etc. Moi je n'y vois rien de sexuel mais il y a quand même cet imaginaire-là. (Médecin 1)

Est-ce que ce n'est pas le poids de la société qui veut ça : que le déshabillage soit connoté sexuellement, on pense au strip-tease, à quelque chose de sexy. On sexualise le geste dans nos têtes. (Médecin 1)

1.3. PAR SON ATTITUDE, LE MEDECIN REDUIT LE SENTIMENT D'EXPOSITION DU PATIENT

C'est au médecin à être attentif au respect de la pudeur de ses patients. (Médecin 4)

1.3.1. LE MEDECIN N'EST PAS VOYEUR

Le déshabillage est un moment particulièrement sensible. Les médecins utilisent des stratagèmes pour fuir du regard le patient qui se déshabille : ils font exprès de s'occuper, de taper leur dossier,... En effet, regarder le patient au moment où il se dévêtirait serait perçu comme étrange voire inapproprié. C'est la posture inactive du médecin qui augmente son sentiment de gêne, pendant le déshabillage ou pendant que le tracé d'un ECG s'imprime. En ce sens, le médecin s'occupe volontairement pour montrer au patient qu'il ne l'observe pas et qu'il n'est pas voyeur.

Donc les patients se déshabillent devant moi, et posent leurs affaires sur la chaise. Moi pendant ce temps, je m'occupe : je regarde l'ordinateur, ... Je ne vais pas regarder mes patients se déshabiller (...) Ce serait vraiment inutile et pas justifié. (Médecin 2)

Je pourrais être en train de regarder à ce moment-là, ça pourrait être très mal perçu. Je m'efforce d'être de travers, de dos ou de profil. (Médecin 4)

Régulièrement je recouvre la patiente pendant l'ECG. Il y a un côté très exposant à être nue dans une pièce et... C'est différent de dire vous avez une douleur au sein, je vous palpe les seins, je le fais, donc je suis dans une posture active, et puis la patiente se rhabille. Alors que l'ECG où la patiente reste là, nue, exposée, inactive, et que je suis inactif aussi, c'est beaucoup plus gênant. (Médecin 4)

Parfois pendant l'examen clinique, le regard peut être invasif en soi.

Je dois regarder la zone pour faire un certificat [de virginité] (...) C'est aussi l'intimité, même sans rien introduire dans le vagin, on introduit déjà ses yeux... (Médecin 3)

1.3.2. LE PARADOXE DE L'YE CONTACT : PARFOIS RASSURANT, PARFOIS GENANT

Le contact visuel, ou eye contact, est parfois rassurant pour le patient qui voit ce qu'il se passe, et pour le médecin qui peut interpréter les réactions du patient.

Est-ce que la position [à l'anglaise] est tellement moins intime ? On doit se poser la question... La patiente ne voit pas ce que le médecin fait, elle n'a pas le contrôle ou la maîtrise. Comme médecin, c'est plus difficile de parler avec la

patiente, de voir ses réactions. Moi je suis habituée d'être face à face et de regarder et de voir et de recevoir des retours. (Médecin 3)

Mais parfois éviter l'eye contact met de la distance entre le médecin et le patient et évite au patient le poids du regard du médecin.

[La position à l'anglaise] Je trouve que ça expose moins (...) Et un avantage : on évite de croiser le regard du patient, c'est une mise à distance pas de la personne mais de la problématique. (Médecin 4)

J'ai des patients (...) rien que leur parler, être en face et les regarder dans les yeux, c'est déjà beaucoup. (Médecin 6)

1.3.3. COUVRIR OU NE PAS COUVRIR ?

Proposer au patient de se couvrir avec un vêtement ou un drap pendant l'examen clinique permet de diminuer leur sentiment d'exposition qui provient de leur déshabillage.

Quand il faut faire un ECG, j'explique qu'il faudra enlever le soutien-gorge, mais qu'on peut remettre le t-shirt par-dessus les électrodes, pour la couvrir comme un drap, comme ça si la patiente est mal à l'aise, elle est plus couverte, moins exposée (Médecin 1)

J'ai beaucoup de patientes qui viennent des Philippines qui aiment utiliser le tablier pour se couvrir. J'ai même gardé un pagne des Philippines pour le proposer aux patientes, elles étaient contentes de l'utiliser. Evidemment, une fois qu'elles s'installent, je vois quand même tout mais c'est une protection. (Médecin 3)

Les usages sont aussi influencés par la culture, comme nous le dit une médecin : en Angleterre, il est fréquent que les patientes soient couvertes par un drap pendant l'examen gynécologique et ne se déshabillent pas complètement pour un ECG, contrairement à la Belgique.

C'est drôle, j'en parlais avec ma mère qui était infirmière en Angleterre. Elle me disait que là-bas, on garde le soutien-gorge pour faire l'ECG. Elle a l'impression qu'en Angleterre, les soignants sont plus attentifs à l'intimité qu'ici. Et une autre différence c'est que pour les examens gynécologiques, la patiente est toujours couverte par un drap (...) Elle était choquée en venant en Belgique. C'est vrai qu'il faut se dire que le patient a parfois des repères différents que nous. (Médecin 1)

1.3.4. GARE AUX INTRUS !

Certains médecins veillent à fermer la porte à clé ou à ce qu'un collègue ne rentre jamais dans la pièce, pour être sûrs d'éviter une intrusion imprévue dans le cabinet qui rendrait mal à l'aise le patient.

Nous on a un système où la porte ne s'ouvre pas de l'extérieur sans clé. Je trouve ça bien, je l'explique au patient qui se déshabille en regardant la porte. Parfois j'explique aussi que je ferme la porte à clé, comme ça aucun collègue ne peut entrer pendant que le patient a les jambes en l'air. (Médecin 1)

Je trouve ça aussi super important que mes assistants ne rentrent jamais dans mon bureau, même dans la partie bureau et qu'ils soient dos au patient, je préfère toujours sortir moi-même. Avoir quelqu'un qui ne te salue pas et qui vient discuter dans ton dos, c'est insupportable. Et je ne me permets pas non plus de rentrer devant mon assistant s'il

m'appelle pour voir un patient. On doit y faire attention, ça peut être très intrusif et couper le lien qui est en train de se créer. (Médecin 4)

1.4. PAR L'AGENCEMENT DE SON CABINET MEDICAL, LE MEDECIN REDUIT LE SENTIMENT D'EXPOSITION DU PATIENT

1.4.1. UN ENDROIT DEDIE AU DESHABILLAGE

Le patient peut se déshabiller dans une pièce à part, derrière un mur ou derrière un paravent, où il se sait à l'abri du regard du médecin.

Par contre le bureau n'est pas face à la table d'examen donc même si le patient ne se déshabille pas en étant caché derrière quelque chose, ils se mettent à côté de la table d'examen, du coup ils ne sont pas dans mon champ de vision. Je pense qu'ils s'en rendent compte aussi et ça les rassure, ça met une distance. (Médecin 1)

Dans l'ancien bureau, il y avait quand même des colonnes et un mur donc on n'était pas en accès direct quand même quand on se déshabillait. La vue était obstruée. Il y avait quand même un genre de séparation, comme je l'ai déjà dit, c'est important pour le sentiment de sécurité du patient. (Médecin 6)

1.4.2. LA PORTE D'ENTREE : PENSER A L'ANGLE DE VUE

Les médecins veillent à ne pas mettre la table d'examen face à la porte d'entrée pour augmenter le sentiment de sécurité du patient : il est ainsi assuré de ne pas être vu si la porte s'ouvre.

C'est bien de ne pas être face à une porte, ne serait que psychologiquement, pour ne pas avoir sa vulve exposée face à une porte. (Médecin 1)

La porte ne donne pas directement sur la table d'examen, on ne voit que mon bureau. Le patient examiné ne sera donc pas vu si quelqu'un ouvre la porte, je trouve ça important sinon il se sentirait trop exposé. (Médecin 2)

1.4.3. LA LUMIERE EXPOSE

Les médecins privilégient une lumière tamisée plutôt qu'une lumière forte et directe qui expose plus le patient.

Je réfléchis aussi à l'ambiance de mon cabinet [au planning familial], chez moi il fait toujours noir dans la partie examen. Je fais la partie anamnèse dans une pièce bien éclairée, et ensuite on passe à côté (...) C'est une ambiance tamisée, pour ne pas pleinement exposer les patients. En gynéco, on n'a pas besoin d'avoir la lumière pleinement allumée. (Médecin 3)

J'éteins la lumière en plus et j'utilise juste la lampe blanche, donc c'est encore plus intime. Moi ça me permet de bien voir et ce n'est pas agressif pour la patiente qui a une grosse lumière en plein sur le visage, et pour moi ça ne change rien. (Médecin 5)

J'ai aussi beaucoup réfléchi à la lumière, j'aime bien avoir une lumière tamisée pour des soins plus longs (...) Le spot au plafond, ça rappelle un peu les phares d'une voiture, où on est exposé en pleine lumière. (Médecin 6)

2.1. LA COMMUNICATION NON VERBALE

2.1.1. LE REGARD

L'importance du regard a déjà été discuté dans le 1^{er} thème (cf points 1.3.1 et 1.3.2).

2.1.2. UN PATIENT GENE, ÇA SE VOIT. UN MEDECIN GENE, ÇA NE DOIT PAS SE VOIR.

Le médecin sera attentif à l'attitude de son patient qui peut refléter son malaise car ce dernier ne verbalisera pas toujours sur sa gêne.

Je leur dis que je vois qu'ils sont gênés, je leur explique et je leur demande s'ils sont d'accord de me montrer quand même à moi. Je les rassure en expliquant que je vois de tout et que ça ne me gêne absolument pas. Alors que parfois ça me gêne, parce que je vois le patient mal à l'aise et que ça se transmet. Le masque est parfois utile, le patient ne voit pas mon visage, ça met une petite distance. (Médecin 1)

Ça c'est en fonction de ce qu'on ressent : je vois très bien dans son non-verbal si une femme est à l'aise, détendue, qu'elle papote... Parfois quelqu'un qui parle trop c'est pour masquer sa gêne donc il faut être attentif (...) On le sent quand la patiente n'a pas envie, ce n'est pas verbal mais il y a une réaction corporelle. (Médecin 4)

Pour un examen clinique, on sent le malaise : on voit que le patient n'est pas bien, il est tachycarde, il y a des manifestations somatiques qui ne trompent pas, oui ça se voit (...) parce que c'est très rarement exprimé, ça se voit dans l'attitude du patient : il est tendu, crispé, en retrait. (Médecin 5)

Au contraire, le médecin choisit d'adopter une posture « sûr de lui » et de ne pas laisser transparaître une éventuelle gêne, qui ne ferait qu'augmenter le malaise du patient.

Je pense aussi à notre attitude : garder le sourire, avoir une attitude bienveillante et manifestement relax. Si on a l'air tendu, on va empirer le malaise du patient. Il ne faut pas être hésitant non plus, le patient le ressent. Donc paradoxalement dans ces moments-là, je suis plus vif, attention pas brutal mais je suis actif, je dis « on va faire ça, ça, ça ». Peut-être que ça me rassure moi-même parce que comme je l'expliquais, le malaise du patient peut empiéter sur notre propre aisance. L'attitude sûre de soi ça aide le patient à passer au-dessus de son impression initiale de petit malaise, allez on y va il faut y aller, et puis on est lancé et ça se passe très bien. On rassure, on n'est pas hésitant. (Médecin 5)

2.1.3. LE TOUCHER : UNE AUTRE MANIERE DE COMMUNIQUER

Le toucher ancre la parole, rassure le patient et l'invite à parler.

Je suis peut-être quelqu'un de très sensible aussi mais je fais vraiment attention à comment je prends le bras, comment je touche. Quand j'ausculte les bronches, je pose ma main d'une certaine manière. Il y a le toucher où on invite la personne, doux, et le toucher où on s'impose. (Médecin 6)

Le toucher des patients, c'est aussi thérapeutique : vous êtes là, je suis là, je vous écoute. L'autre jour, j'ai vu un patient en détresse psychologique et bien en fait là on était au bureau et je lui ai pris le bras pour lui dire « ne t'inquiète pas ». Il y a de l'ordre du toucher qui permet d'ancrer la parole, qui n'a pas besoin d'être exprimé nécessairement et qui

apporte autre chose. Il faut penser à toucher. Comme je disais, la télé médecine, je refuse, c'est ultra rare que je fasse ça. (Médecin 6)

2.2. LA COMMUNICATION VERBALE

2.2.1. LA PAROLE, GARANT DU LIEN THERAPEUTIQUE

Les médecins posent des questions au patient pour le faire parler et rester en connexion avec lui tout au long de l'examen clinique.

Je parle, je pose aussi des questions sur leur vie privée, sur comment ils vont, (...) Même si ça peut justement détendre les patients de parler : je laisse souvent peu de silence, sauf devant une émotion forte, ou une mauvaise nouvelle. Sinon ça fait partie du lien thérapeutique aussi, de faire de l'humour et du small talk. (Médecin 2)

C'est une mise à distance pas de la personne mais de la problématique (...) Mais bien sûr on est là, on communique avec le patient pendant toute la durée de l'examen. (Médecin 4)

2.2.2. EXPLIQUER « COMMENT » ET « POURQUOI »

Le médecin explique comment le patient se déshabille et l'examen clinique qu'il va pratiquer (« le comment »), pour que le patient sache avant le début de l'examen ce qu'il va se passer. Par ailleurs, cette explication a aussi un rôle didactique ; elle permet au patient d'expliquer l'anatomie, de montrer les instruments qu'il va utiliser comme le spéculum, ...

Donc je leur dis d'enlever leur pull mais de garder le t-shirt, qu'on saura faire avec. Puis j'explique chaque étape (...) Et même, j'explique vraiment tout comme « je vais regarder vos oreilles ». Comme ça le patient comprend ce qu'il se passe et n'a pas l'impression d'être un objet qu'on est en train de regarder. Et j'explique bien ce que je vois au fur et à mesure. (Médecin 1)

Au planning comme c'est souvent au sujet des parties intimes, j'utilise un modèle de bassin en plastique (...) J'explique l'importance de toutes les parties : le vagin, ... J'ai déjà un tout petit peu expliqué ce que je vais faire pendant l'examen clinique, je le montre sur le modèle en plastique. (Médecin 3)

Je pense aussi pendant l'examen clinique : je fais un toucher vaginal à 1 doigt, puis je montre le spéculum à la patiente : ça c'est le spéculum, ça c'est mon doigt, vous voyez, il n'y a presque pas de différence. Et je leur dis que l'instrument est conçu pour ça. (Médecin 3)

Les médecins accordent beaucoup d'importance à expliquer aux patients les raisons qui les poussent à examiner le patient et à lui demander de se déshabiller (« le pourquoi »). Il leur semble important que le patient comprenne la nécessité médicale de leurs gestes.

Je pèse toujours le pour et le contre de l'examen clinique plus intime : une patiente qui vient pour une infection urinaire, avec des plaintes bien claires, je ne vais pas faire d'examen gynécologique, parce que tout est clair. Si j'ai un doute, je l'explique à la patiente et je dis pourquoi c'est intéressant que je regarde. (Médecin 2)

Alors attention, si la patiente sent une boule dans son sein et qu'elle ne veut pas enlever son soutien-gorge, je vais lui expliquer qu'on va devoir regarder les 2 cotés pour comparer, si elle a des nodules bilatéraux, je suis déjà rassuré. Il faut aussi pouvoir aller jusqu'au bout des choses (...) Je justifie évidemment mes actions (...) Si on a une raison de le faire, il faut aller jusqu'au bout avec pudeur et les mots qu'il faut pour expliquer. (Médecin 4)

Si c'est vraiment important d'être examiné, je ne vais jamais forcer évidemment et de toute façon les gens sont grands. Mais ça peut être intéressant de communiquer dessus : pourquoi le refus, pourquoi l'examen clinique est intéressant. (Médecin 6)

C'est vrai que c'est une urgence, mais je suis sûre que par la communication, il y a moyen qu'il te laisse faire et tu lui dis « vous êtes venu chez le médecin, vous êtes venu aujourd'hui pour ce problème-là donc ça veut dire qu'il faut que je voie, si je vois pas, je ne sais pas vous aider... même si vous m'expliquez, non, j'ai besoin de voir ». Et donc peut-être en discutant et en expliquant et dédramatisant la situation, ça peut aider à voir vite. (Médecin 6)

2.2.3. METTRE DES MOTS : VERBALISER LA GENE ET LA DOULEUR

Les médecins essaient d'exprimer ce qu'ils voient, c'est-à-dire de reconnaître la gêne ou la douleur du patient et de le lui communiquer.

Je le dis souvent « je sais que c'est un peu gênant mais... », quand je dois parler d'IST par exemple. Je verbalise le fait d'être gêné. Je pense que c'est primordial de ne pas forcer, d'expliquer pourquoi on fait quelque chose, de parfois dire « oui c'est gênant, je comprends, ... » (Médecin 1)

Sur la manière de les installer... je leur dis : c'est une table qui est fort confortable pour le médecin mais pas pour les femmes, je m'excuse en rigolant et je leur dis que le planning n'a pas beaucoup de sous. Pour leur dire que je sais, que je le ressens. (Médecin 3)

Souvent je demande à mes patientes de dire combien de douleur elles ont eu de 0 à 10 et de le noter dans le dossier : je le verbalise, c'est écrit. C'est important que la patiente me donne quelque chose aussi, comme si elle m'apprenait quelque chose. (Médecin 3)

2.2.4. L'HUMOUR POUR DEDRAMATISER

Plusieurs médecins ont évoqué l'utilisation de l'humour comme source de dédramatisation : une blague sert à apaiser le patient gêné ou stressé. Par contre, un médecin insiste sur la nuance : il s'agit bien d'humour et non pas de grivoiserie.

Je fais souvent de l'humour et je parle au patient, pour dédramatiser. Par exemple, je leur dis en retirant les électrodes que je leur fais une épilation gratuite, je le répète à tout le monde. (Médecin 2)

Je pense à un homme qui avait un abcès à l'anus, embarrassé qui me dit « je dois tout enlever ? ». Je lui ai répondu : « vous savez, j'ai fait la guerre de 14 et les tranchées, j'ai tout vu » Il a rigolé et ça s'est bien passé. L'humour peut sauver beaucoup de choses, j'ai dit l'humour, pas la grivoiserie. (Médecin 4)

3.1. LE LIEN THERAPEUTIQUE DOIT ETRE MIS EN PRIORITE

En tant que médecin traitant, notre rôle principal est de garder une alliance thérapeutique avec le patient. De ce fait, les médecins font attention à ne pas forcer un patient qui n'est pas d'accord d'être examiné.

Ça ne veut pas dire que [l'examen clinique] doit toujours être fait le jour même. Je pense qu'il faut décider ensemble, en ayant bien expliqué, pour garder le lien thérapeutique. (Médecin 2)

Je préfère rater quelque chose que de forcer à se déshabiller, pour maintenir le lien avec le patient. (Médecin 3)

J'insiste vraiment sur le fait qu'on doit garder notre alliance thérapeutique avec [les enfants], si on les force, on peut les traumatiser pour des années. Comme un enfant qui refuse catégoriquement qu'on lui fasse un vaccin, je ne le fais pas et je le réfère ailleurs. En tant que médecin traitant, on ne peut pas être celui qui l'a maintenu en le forçant. (Médecin 6)

3.2. LE SUIVI LONG TERME : CATALYSEUR DU CLIMAT DE CONFIANCE

Le médecin traitant est aidé par la relation de confiance qui l'unit avec son patient, grâce notamment au suivi dans le temps.

Et peut-être aussi comme médecin généraliste, on suit les patients depuis longtemps, on a leur confiance, on sait ce qui s'est passé avant. Ce n'est pas comme un chirurgien : voilà on opère, c'est raccommoqué et c'est fini. C'est beaucoup plus pour nous : tout ce qu'on connaît sur le patient, sa famille, son parcours. (Médecin 3)

On est vraiment dans l'intimité des gens et s'il y a bien une personne qui peut les examiner, c'est le médecin traitant qu'ils connaissent (...) Moi je trouve ça touchant de voir comme les patients me font confiance, quand on a une chouette relation avec eux. Je connais mes patients depuis longtemps, je connais leur histoire, la confiance est là, eux connaissent un peu mon histoire, sans m'épancher mais ils savent 2-3 trucs. C'est des vraies relations. (Médecin 6)

3.3. LES PROJECTIONS

3.3.1. LE PATIENT N'EST PAS NEUTRE

Les médecins ont évoqué leurs a priori envers les patients : lorsqu'ils rencontrent un patient, ils ont déjà une représentation préconçue de leur rapport à l'intimité. Leurs représentations dépendent de l'âge du patient, de son genre, de sa culture ou de sa religion. Ce sont des préjugés, dans le sens où ils ne se révèlent pas toujours vrais. En général, les médecins se sentent plus à l'aise avec un patient du même genre qu'eux.

J'ai le réflexe de penser qu'une femme avec un voile intégral va être moins à l'aise à me montrer son corps qu'une femme qui vient en mini-jupe et en crop-top. (Médecin 1)

Parfois je pars du principe que le patient a une certaine pudeur alors qu'en fait non pas forcément et je vais citer exactement : comme on est confronté à une patientèle typiquement magrébine, dont beaucoup sont musulmans, les femmes sont souvent voilées, parfois il m'arrive de me dire que comme la patiente est voilée et que je dois l'ausculter, je ne vais pas lui demander d'enlever son haut pour pouvoir mettre le stéthoscope directement sur la peau, parfois je me rends compte que d'elle-même, elle enlève son haut et elle me permet d'ausculter. Donc je suis moi-même en fait dans un apriori qui me fait poser des actes ou en tout cas examiner d'une certaine manière alors qu'en fait ce n'est pas nécessaire. (Médecin 5)

3.3.2. LE MEDECIN N'EST PAS NEUTRE

Le médecin se rend compte qu'il n'est pas neutre non plus : les patients ont également des aprioris envers lui, en fonction de son âge, son genre, sa couleur de peau. Une médecin que de par son genre, elle est un profil « moins menaçant et problématique » qu'un médecin homme. Par contre, face à une médecin femme, les patients seront souvent plus gênés de consulter pour des problèmes urologiques, du fait d'être face à une femme.

Le genre, il y a beaucoup de patientes qui sont plus à l'aise avec moi parce que je suis une femme. J'ai des patientes de mes collègues hommes qui viennent chez moi juste pour leur frottis de col, et c'est très bien. Mais mon genre peut poser un problème pour mes patients qui viennent avec des plaintes de dysfonction érectile ou de tout ce qui touche à la sphère masculine. (Médecin 1)

Malheureusement il y a des profils de médecins qui sont plus à risque d'être incrimés. Je pense notamment au fait que je sois jeune et une femme, ça aide à mettre à l'aise. A moins que je ne sois brutale ou que le patient ne soit pas réceptif à mon empathie, ça se passe super bien. Mais j'entends autour de moi que ce n'est pas toujours vrai pour les médecins hommes. J'ai un collègue qui ne fait jamais de gynécologie parce qu'il me dit que c'est trop compliqué pour lui niveau cadre, explications, précautions, malaise et qu'il a peur des conséquences si les patients ne sont pas contents après. On s'imagine qu'on est neutre soi-même mais ce n'est pas vrai. Et je pense que j'ai un profil moins menaçant, moins problématique, dans l'image que je renvoie. [Avec les patients hommes], ça ne pose aucun problème pour l'examen clinique de base, par contre quand ça touche à la sphère urologie, là ça peut bloquer. (Médecin 2)

Ça bloque parfois parce que je suis un homme, pour les patientes qui sont dans ma tranche d'âge parce que c'est vrai que ça doit leur faire bizarre d'avoir un médecin jeune, peut-être qu'elles sont habituées au médecin un peu sage, plus vieux, 60 ans qui est un peu dans une certaine routine et différent d'eux. Alors que le médecin jeune peut-être est proche de sa mentalité et que voilà parce que de par notre jeunesse, notre vigueur et ben on serait plus, on serait plus enclin avoir des pulsions ou des choses comme ça... (Médecin 5)

Ça aide, en tant que femme, d'examiner une personne du même sexe, tu te dis que la personne a la même chose que toi, je me sens à l'aise, c'est une femme comme moi donc voilà il n'y a pas de souci. Mais par rapport à l'autre sexe, moi je ne me sens pas mal à l'aise mais souvent effectivement les hommes ils peuvent se sentir mal à l'aise... donc oui ça arrive. Surtout en tant que femme jeune noire, ça vient rajouter aussi une couche de complexité. Ce n'est pas évident parce qu'il y a des patients que ça va gêner... je en sais pas si c'est du racisme.... (Médecin 7)

Certains médecins évoquent leur vécu commun de femmes avec les patientes.

Je profite du fait que je sois aussi femme : je le dis à la patiente, il faut y passer mais on le fait toutes. (Médecin 3)

Je me dis aussi que le fait qu'on soit au planning, entre femmes, on parle de problèmes de femmes (...) Je dis souvent aux patientes : « le modèle du bassin en plastique, c'est vous, c'est moi. » (Médecin 3)

3.3.3. L'IDENTIFICATION AU PATIENT

En se mettant à la place du patient en face d'eux, les médecins comprennent le malaise qu'il peut ressentir en étant déshabillé ou installé dans une certaine position.

L'examen chez le gynécologue (...) effectivement se trouver nu comme un ver, il n'y a pas beaucoup d'intérêt. Ce serait... moi je ne pourrais pas le faire.... Moi, je me sentirais très mal à l'aise d'être face à quelqu'un dans cette posture. (Médecin 4)

Enlever tout d'un coup, ça peut être déstabilisant et même moi en tant que patiente, je n'aimerais pas, je me dis quand même que c'est aussi mon intimité. Ce n'est pas toujours facile de tout enlever comme ça... et même moi quand je vais chez ma gynécologue, elle me demande jamais d'enlever tout d'un coup : on fait d'abord le bas puis le haut, par parties. (Médecin 7)

3.3.4. LA TRANSMISSION DE LA GÊNE EN MIROIR

Le malaise et la gêne sont communicatifs. Ainsi, le médecin s'efforcera de ne pas laisser transparaître sa gêne à lui.

On peut sentir quand les patients ne sont pas à l'aise. Une de mes collègues disait que la gêne des patients se transmet, je suis d'accord, les voir gênés me rend mal à l'aise. Ça se ressent tout de suite (...) Il y a comme un ping-pong, et les patients le voient aussi quand on est gêné, ils s'en rendent compte. Si moi en tant que femme, j'examine un patient qui a un problème génital, et qu'il est gêné que ça soit un problème dans cette sphère-là, si moi je rougis ou que je montre que je suis gênée, ça va empirer la situation : il va l'être encore plus. Il y a un effet boule de neige dans la gêne. (Médecin 1)

C'est vrai que souvent le malaise ressenti se transmet à nous alors que moi à la base, je n'en avais pas, je n'étais pas gêné. (Médecin 5)

THEME N°4 : LE MEDECIN S'ADAPTE

4.1. LE MEDECIN S'ADAPTE AUX CARACTERISTIQUES, A L'ATTITUDE ET AUX ATTENTES DE SON PATIENT

Le médecin n'agira pas de la même façon en fonction du patient qu'il a devant lui : genre, âge, culture d'origine, niveau d'éducation, tabous et complexes, ...

Moi j'ai beaucoup de patients d'origine magrébine ou musulmans où le rapport au corps est différent et où se déshabiller pour montrer son ventre, c'est déjà beaucoup. (Médecin 1)

Le niveau d'éducation du patient peut jouer aussi, surtout dans leur compréhension et leur connaissance de leur propre corps. Quand on ne sait pas mettre de mots sur une vulve, qu'on appelle sa vulve « en bas », ça crée un tabou qui entrave les bons soins. (Médecin 1)

J'ai quelques patientes asiatiques qui viennent directement de là-bas, le rapport à l'intimité est très différent. Je les sens très précautionneuses et pudiques donc je sais que je prends plus de pincettes et que j'explique plus. Ce n'est pas la même chose pour une patiente d'origine asiatique mais qui a vécu en Belgique toute sa vie, elle aura d'autres codes.

Je sais que j'ai eu des moments de malaise, ne serait-ce que parler de la gynécologie avec elle, donc j'essaie d'enrober plus les choses. (Médecin 2)

Le médecin adapte aussi son comportement face à l'attitude du patient qu'il a devant lui : il rassurera plus un patient anxieux par exemple.

Je pense que je connais aussi les patients et je sais qu'avec certains, je dois un peu insister puis ça va parce qu'ils sont anxieux donc je dois les rassurer. (Médecin 3)

Je suis consciente que ce sont des situations difficiles, l'intimité c'est un équilibre. Il n'y a pas une recette qui marche pour tous, il faut s'adapter. Chaque patient est différent donc on doit adapter notre attitude. (Médecin 7)

Le médecin prend en compte les attentes du patient concernant la consultation : le médecin fait plus attention si le patient n'a pas imaginé la possibilité d'un éventuel examen clinique intime.

Contrairement à quand le patient se rend chez le spécialiste : s'il va chez l'urologue, il s'attend à avoir un toucher rectal, chez nous non. C'est certainement plus invasif quand le patient apprend que pour sa plainte, on va devoir en faire un en consultation alors qu'il ne l'avait pas prévu. Là c'est plus invasif donc plus intime. (Médecin 2)

4.2. PROPOSER DES ALTERNATIVES

Face à un patient gêné ou hésitant, les médecins proposent des alternatives : l'examen clinique peut être postposé s'il n'est pas urgent, le patient peut être examiné par un collègue ou un spécialiste, les femmes peuvent réaliser un auto-frottis vaginal, la position gynécologique dans les étrières peut être remplacée par la position à l'anglaise, les lésions dermatologiques peuvent être montrées indirectement par photos, ...

Je suis dans une équipe de femme (...) il y aura toujours une collègue pour le faire à ma place si la patiente préfère que ça soit une femme, ce n'est pas moi ou personne comme ça l'était avant (...) Je propose toujours si la patiente est mal à l'aise de le faire autre part. (Médecin 5)

Si ça coince toujours, je propose de faire des photos des zones du corps et je regarde les photos. Alors ça marche pour la dermatologie, quand il faut ausculter les poumons ou le ventre, là on n'a pas le choix. (Médecin 5)

Je propose d'abord de le faire et je vois la réaction de la patiente : si elle a une sorte de crispation, alors je dis « mais ce n'est pas grave, je vous donne le frottis » et je lui explique comment il faut faire et elle va à la toilette et elle le fait. Donc oui ça m'arrive, pour celles qui sont les plus gênées, ça me permet qu'on puisse au moins faire l'analyse, en respectant leurs limites. (Médecin 7)

C'est important de toujours demander ce que la patiente préfère, parce que c'est elle que l'on soigne donc c'est elle qui choisit. Peut-être qu'il y en a qui n'ont jamais utilisé cette position [à l'anglaise], donc c'est l'occasion d'en parler, et comme ça elles peuvent comparer, voir avec laquelle elle se sentent le plus confortable. (Médecin 7)

Il est intéressant de noter que lorsque je montrais les dessins de position à l'anglaise lors des entretiens, certains médecins interviewés m'ont dit qu'ils la connaissaient parce qu'ils

l'utilisaient pour faire un examen proctologique, mais qu'ils ne l'utilisaient pas pour l'examen gynécologique.

[La position à l'anglaise], je l'utilise pour faire un examen de l'anus ou une incision de thrombose hémorroïdaire. Je trouve que ça expose moins, et le patient est bien installé si c'est une procédure qui va durer. Je ne l'ai jamais utilisée pour mettre un spéculum. Pour le spéculum, on perd ses repères parce que on est plus dans le même axe. Pour d'autres examens, c'est une position confortable. Moi je ne mets jamais les patients en position gynéco pour un problème anal, en position latérale, c'est facile si les hémorroïdes saignent et le pénis n'est pas dans le chemin. (Médecin 4)

4.3. BANALISATION ET HYPERVIGILANCE : A EVITER

Certains médecins évoquent la difficulté d'adopter la bonne attitude quand il s'agit d'expliquer et de réaliser l'examen clinique, sans banaliser ni être trop prudent. Le concept d'hypervigilance montre qu'une prudence à l'extrême est contre-productive. A prendre trop de pincettes, le risque est de rendre le patient gêné alors qu'il était préalablement à l'aise. Ainsi, un excès de prudence « re-mystifie » un examen clinique ou une zone précise du corps, en ajoutant un côté solennel voire prude.

Je pense aussi à mon expérience, j'avais été voir un gynéco il y a des années, qui avant de faire un toucher vaginal, a dit « je m'excuse ». Je ne trouvais pas ça approprié : un médecin ne doit pas s'excuser pour faire quelque chose, ça je trouve déconcertant, tu es là on t'a expliqué. c'était... je me sentais pas à l'aise. Il ne faut pas s'excuser de faire un examen normal de routine.. si on fait mal, là oui c'est encore différent. Dans l'intimité des patients, il ne faut pas exagérer non plus... ça re-mystifie la zone, ça rend le geste très sérieux. (Médecin 3)

Il faut proposer à la patiente et elle choisit, peut-être que certaines trouveraient ça bizarre qu'on les couvre d'office. Si la patiente est tout à fait à l'aise en étant dénudée, la couvrir c'est rendre cette zone taboue... elle peut le percevoir comme si le médecin avait envie de les cacher parce qu'il est mal à l'aise... Je pense qu'il y a un certain équilibre à chercher : proposer à la patiente gentiment et elle décide. Si le médecin est trop pudique, la patiente peut se poser des questions : pourquoi est-il si pudique, il est mal à l'aise ? pour quelle raison ? La patiente peut être déconcertée. C'est re-mystifier la zone en demandant de la couvrir. (Médecin 5)

A l'inverse, ne rien prendre au sérieux serait également délétère. La banalisation de tous les gestes médicaux, même les plus intimes, peut être mal vécue par les patients. Les examens cliniques pratiqués avec un manque d'attention portée au corps, par routine, sont ressentis comme des actes déshumanisant par les patients.

Comme si le gynéco était trop dans une routine de travail et que le corps se retrouve trop démystifié.... D'ailleurs pas qu'en gynéco, en gastro aussi (...) Les expériences sont parfois dramatiques. Je me souviens de femmes qui ont eu des soucis d'infertilité et qui s'étaient plaintes de ces gestes à répétition. Une m'avait dit qu'elle était dégoûtée et qu'elle ne voulait plus qu'on la touche, « j'ai été traitée comme un rosbif, on m'a piquée dans tous les sens, enfourné tout ce qu'on pouvait ... » C'était dramatique à entendre. Ça c'est dans la gynéco, c'est les FIV c'est parfois vécu de manière tellement déshumanisée... Des femmes qui souffrent le martyr... (Médecin 4)

4.4. NORMALISATION ET PRUDENCE : A PRIVILEGIER

Par normaliser, les médecins entendent de rassurer les patients : les sujets intimes peuvent être abordés, le médecin n'est pas dérangé de regarder les parties intimes ou par des caractéristiques du patient comme sa pilosité. Un autre exemple de normalisation est la comparaison qu'un médecin utilise entre bouche et vagin pour démystifier l'examen gynécologique : finalement entre regarder dans la bouche et regarder au niveau vaginal, il n'y a pas une si grosse différence. Le mot « démystifier » est bien choisi : le médecin s'efforce à enlever le mythe autour de l'examen vaginal comme étant très différent des autres examens cliniques, et dans ce sens, à normaliser cet examen de routine.

Quand ce n'est pas un refus mais plus un sentiment de gêne, par exemple un jeune qui veut me montrer une éruption au niveau génital et qui s'en excuse, là je dédramatise en disant que j'en vois souvent, que c'est normal. Idem pour des femmes qui s'excusent de ne pas être épilée, je leur dis bien qu'il ne faut pas s'en faire. Montrer que c'est totalement normal. (Médecin 2)

Je dis souvent aux patientes que regarder dans le vagin, c'est comme regarder dans la bouche. Elles rigolent en général, je leur demande pourquoi c'est plus compliqué le vagin que la bouche, pour les rassurer. J'essaie de démystifier, en comparant la bouche et le vagin. (Médecin 3)

Finalement, l'attitude prudente est recommandée, en faisant attention mais sans être trop vigilant. Et en ayant conscience de son statut qui n'est pas neutre, le médecin s'efforce de s'adapter à ce que le patient pourrait penser de lui. Dans un entretien, un médecin homme confiait être plus prudent face à une patiente et faire attention à montrer une attitude inoffensive.

Je fais attention à ne pas faire de geste brusque qui pourrait faire peur, je dis [à la patiente] : c'est pas grave, je vais ausculter par-dessus même si c'est moins efficace. Je me dis qu'elle m'a bousculé dans mon équilibre intérieur, donc je dois m'adapter à elle. Et on ose pas dire que c'est quand même important parce qu'on a peur qu'elle se sente envahie et vu surtout les actualités, comme je suis un médecin homme, je ne veux surtout pas créer un malaise chez cette femme ou qu'elle se sente envahie. (Médecin 5)

Je me dis que moi en tant que médecin homme, je me retrouve à être super prudent avec des patients pour lesquelles chez des aprioris : en fonction de leur genre et religion. J'en parlais notamment pour les femmes voilées. Je vais plus inviter, proposer, insister sur l'accord, « si vous voulez », je peux vous référer au besoin. Alors que je pense qu'une médecin femme va rarement prendre autant de pincettes, elle ne dira pas « si vous préférez un médecin homme, vous pouvez ». (Médecin 5)

La prudence est quand même justifiée et que tant qu'elle reste dans la proposition et pas dans le « ah non je ne vous touche pas », voilà ça ne montre pas qu'il y a un malaise de ma part parce qu'il n'y en a pas, mais plutôt dans la proposition : est-ce que vous préférez peut-être... J'avance à tâtons : je propose tout doucement, je mets ça là et je vois comment la patiente réagit et puis je m'adapte. (Médecin 5)

4.5. DE L'IMPORTANCE DU CONSENTEMENT

Le médecin ne donne pas d'ordre et n'impose pas. Il propose, et c'est au patient de donner son accord. Que celui-ci soit verbalisé, donc explicite, ou implicite, en évaluant son attitude non-verbale.

Je ne demande pas à chaque étape, je demande de les examiner au début et puis pour chaque étape, je les préviens de ce que je vais faire donc je me dis qu'ils ont le temps de réagir s'ils ne sont pas d'accord (...) Quand je fais un examen gynécologique, je demande plus le consentement et si la patiente est d'accord pour chaque étape. (Médecin 1)

Je ne demande pas explicitement : « est-ce que vous donnez votre accord pour que je vous examine ? » Je pourrais le faire je crois que c'est d'un côté bien de laisser voir au patient qu'ils ne doivent pas tout nous laisser faire (...) je ressens même dans la consultation que ça n'ira pas (...) Je pense qu'il y a beaucoup de non-verbal : quelqu'un qui ne veut pas, ça va se voir. (Médecin 3)

Quand je vois que le patient a plein de couches, je dis « vous pouvez enlever la veste et le pull, mais gardez le t-shirt » (...) en général c'est plus dans la proposition et ce n'est jamais avec de l'impératif. (Médecin 5)

Ce qui a changé aussi avec le temps, c'est d'être effectivement plus précautionneuse parce qu'au début j'examinais sans toujours demander si je pouvais toucher, ça j'ai fait avec le temps parce que ça a fait sens. (Médecin 6)

La décision finale incombe au patient. S'il ne veut pas se déshabiller ou s'il préfère être examiné autrement, le médecin s'adapte à lui et respecte son choix.

Si le fait de couvrir ne change rien et donne un résultat correct, pour moi on peut le proposer. Je ne pense pas qu'il faille donner une règle unique : ça doit être comme ça ou comme ça, il faut proposer à la patiente et elle choisit. (Médecin 5)

4.6. MEDECIN VIOLENT, MOI ?

Quand le médecin ne s'adapte pas bien à son patient et que la communication pose problème, le patient n'ose pas toujours exprimer son malaise ou son refus. L'incompréhension entre les deux peut être ressentie comme une violence par le patient, même sans mauvaise intention du médecin. Si le médecin n'explore pas le ressenti du patient, ce dernier peut se sentir forcé à être examiné, et de ce fait l'examen clinique sera une mauvaise expérience. Ce n'est donc pas par perversion, mais le manque d'attention au non-verbal ou la mauvaise communication causera quand même du tort au patient qui peut se sentir envahi ou agressé dans son intimité.

Je pense qu'en tant que médecins jeunes, on doit se poser plus la question. On doit écarter cette médecine paternaliste qui nous emmène vers des situations comme balance ton utérus. Quand on lit des témoignages : certains médecins sont présentés comme des violeurs qui ont l'air d'avoir une intention malveillante. Il y a aussi des histoires de zone grise : des échographies endovaginales non souhaitées où la patiente n'a pas compris ce qu'il se passait. Et je me suis dit « oula mais ça pourrait arriver chez un médecin qui est bienveillant » parce que ce sont des soucis de communication, plus que le reste. On doit conscientiser qu'on n'est pas une personne malveillante mais qu'on peut

quand même faire du mal au patient sans intentionnalité. Il ne faut pas écarter la question en disant « je suis un médecin gentil, il n'y aura jamais d'abus ». (Médecin 1)

C'est intéressant cette notion de violence en médecine, même si on a des bonnes intentions, on peut être intrusif, voir violent envers le patient. Sans le vouloir, pas par maltraitance. Parce que l'agenda entre le patient et le médecin peut être très éloigné. (Médecin 2)

Je propose tout doucement, je mets ça là et je vois comment la patiente réagit et puis je m'adapte. J'analyse même le temps que la patiente prend à répondre, je repère l'hésitation. Parce que je sais que parfois la patiente n'osera pas me dire qu'elle est mal à l'aise, donc c'est à moi de déduire ce malaise. Parce qu'on pourrait se retrouver dans une agression sans le vouloir parce que la patiente n'a rien dit, elle n'a pas dit qu'elle ne voulait pas, mais son corps nous le disait. C'est important de bien lire la gestuelle. (Médecin 5)

4.7. AUTO-REFLEXION : PRENDRE DU REcul SUR SA PRATIQUE

Les mauvaises expériences vécues ou racontées par d'autres ont aidé les médecins à se remettre en question et ont changé leur attitude. Le médecin doit prendre du recul sur sa pratique, se questionner, sortir de la routine et du machinal.

J'ai déjà eu des jeunes qui ne voulaient pas retirer leur pull, comme une patiente jeune qui n'avait rien en dessous. Je voyais que la fille était gênée, et ne voulait pas, ça faisait comme un mauvais départ. C'est un refus mais légitime. J'ai tout de suite dit qu'il n'y avait aucun problème. Et je comprends : c'était une ado qui était là avec sa mère, qui ne voulait pas spécialement que sa mère sorte. Du coup j'ai adapté ma phrase, je demande à la patiente si elle a quelque chose sous son pull, et si non, alors je dis de le laisser. Finalement ça m'a fait adapter mes questions types, c'était un bon apprentissage. (Médecin 2)

Heureusement je n'ai jamais eu de mauvaise expérience en tant que patiente, mais j'ai eu beaucoup écho d'autres personnes, de mes amis, disant que ça ne s'est pas très bien passé avec leur médecin donc effectivement ça fait prendre conscience et ça permet aussi de se questionner par rapport à sa pratique et de voir un petit peu qu'est-ce que toi tu peux mettre en place pour améliorer les choses. Donc oui je me questionne toujours par rapport à ça. (Médecin 7)

Il faut prendre du recul par rapport à ce qu'on fait tous les jours, à notre routine, tu deviens comme un robot qui agit machinalement, comme un caissier. Mais non, même s'il y a une pression extérieure, c'est à toi d'agir, d'apprendre à être calme et à prendre le temps pour ton patient, ça c'est important je trouve. (Médecin 7)

Une des manières de prendre du recul sur sa pratique est de comprendre que le vécu du patient et du médecin ne sont pas identiques. D'un côté, le médecin est concentré sur l'aspect médical de la consultation et veut soigner au mieux son patient, il est dans sa routine de travail. De l'autre côté, l'expérience du patient n'a rien de routinier : chez le médecin, il doit exposer sa vulnérabilité et ne sait pas toujours à quoi s'attendre.

Il y a aussi la différence de vécu : les patients on les voit toute la journée se déshabiller et ça ne nous fait ni chaud ni froid, mais pour les patients ça reste un acte qui n'arrive pas souvent, c'est un moment de vulnérabilité pour lui. Pour les médecins c'est de la routine, ils banalisent le déshabillage, la nudité et l'examen clinique, alors que ça ne l'est pas du tout pour les patients. (Médecin 1)

[Pour l'ECG] moi-même je suis concentré sur le résultat qui s'affiche. Moi il ne faut pas me demander la couleur du sous-vêtement de la patiente, je n'en sais rien, je ne l'ai pas vu. Mais pour elle ça compte. (Médecin 3)

THEME N°5 : LE RESPECT DE L'INTIMITE : UN SUJET DE SOCIETE

5.1. ME TOO, VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES, BALANCETONUTERUS

Plusieurs médecins ont évoqué spontanément l'influence de « #metoo » et « #balancetonutérus » sur leur réflexion concernant leur manière de travailler. Notamment, une d'entre eux se demandait si elle n'avait pas été maladroite avec un patient sans le savoir, sans avoir un retour, vu le nombre de témoignages d'expériences négatives sur les réseaux sociaux. Une autre se demande si la bonne réaction à ces accusations ne serait pas dans la communication, plutôt que la présence de chaperons, comme c'est le cas dans certains pays.

Je trouve [le consentement] très important. Parfois en tant que soignant, on peut avoir l'impression qu'on a un droit sur le corps de nos patients, alors que ce n'est pas vrai. Je reviens au #Balancetonutérus. Moi les expériences que j'ai vu en stage de gynécologie, les médecins ne demandaient pas aux patientes, et n'expliquaient pas souvent ce qu'ils faisaient... et ce n'est pas OK. On part du principe que la patiente est chez le gynécologue et donc elle est d'accord. (...) On a vraiment l'impression d'avoir le droit sur le corps des patients, mais peut-être que notre génération c'est en train de changer. (Médecin 1)

Je me souviens qu'on en a parlé dans les cours de gynécologie. Je pense qu'un des professeurs avait dit « on ne sait jamais ce qu'une adolescente peut aller raconter après », la phrase m'avait choquée. Je pense que ce n'est pas une bonne raison de dire que ça protège médico-légalement le médecin parce qu'à l'hôpital un chef de gynécologie peut faire ce qu'il veut, il sera protégé. (Médecin 1)

Je suis interpellée du nombre de plaintes sur les réseaux sociaux de patients qui ont eu des mauvaises expériences. Je me demande toujours : est que le praticien est au courant ou pas ? Je me dis qu'un de mes patients pourrait écrire que je l'ai malmené, et que je ne le sache jamais. Le vécu est tellement individuel. Il faudrait presque une évaluation de cet aspect-là de la consultation, pas du fait que le sol était propre, mais de si le patient s'est senti respecté ou non. (Médecin 2)

C'est vrai que de plus en plus on dénonce les violences gynécologiques et obstétricales et effectivement ça pourrait aider à soutenir les femmes. Et je trouve ça très bien qu'on en parle, c'est comme le #me too, c'est des vagues qui délient les langues, où des personnes s'autorisent à dire « non, j'ai des droits au respect, on doit m'écouter ». Après la question reste de savoir si le fait qu'il y ait quelqu'un d'autre dans la pièce aide vraiment pour ces problématiques... Et qu'il ne faut pas plutôt jouer sur la communication. (Médecin 7)

5.2. VIOLENCES FAITES AUX FEMMES : LA MEDECINE NE FAIT PAS EXCEPTION

Réfléchir à la question du respect de l'intimité des patients a entraîné des réflexions de la part des médecins sur la question du respect de l'intimité des femmes plus particulièrement.

Ainsi une médecin rappelle qu'une patiente avec un vécu de violence sexuelle aura des difficultés à se faire examiner par un médecin vu son passé traumatique cristallisé dans cette zone de son corps. Plusieurs médecins décrivent l'absence de prise en compte de la douleur des femmes en médecine, comme dans les procédures d'hystérosopies où une anesthésie n'est pas spécialement proposée aux patientes. Ils évoquent également la banalisation des gestes médicaux, déjà discuté dans le paragraphe 4.3. Ils parlent aussi de déshumanisation des patientes, dans une médecine « à la chaîne ».

J'ai vu des choses pendant mon stage de gynécologie qui m'ont marquée. Je me souviens être cette 3^{ème} paire de yeux dans un huit clos, où des scènes nous choquent, et parfois les médecins ne s'en rendent pas compte. J'ai vu de la médecine à la chaîne, ou j'ai vu faire des actes très intimes, chacune à son tour, presque comme de la médecine vétérinaire, comme sur des animaux. Ça ne s'applique pas à la médecine générale le travail à la chaîne : on a pas beaucoup de cabinets et la pression de rendement de l'hôpital. Mais quand même, on peut être brusquant ou limite. (Médecin 2)

Parce que j'ai entendu des témoignages de patients, en fait je devrais dire de patientes car ce n'était que des femmes, qui ont eu des mauvaises expériences chez des médecins, et ça les a traumatisées. Quand elles me l'expliquent, elles l'ont vécu comme une intrusion, elles se sentent très mal après. Et c'est pas du tout ok. J'ai dû une fois porter plainte à l'ordre contre un confrère, parce qu'une patiente m'a raconté quelque chose qui n'allait pas du tout. C'était un cas d'abus de pouvoir et de confiance. Le fait d'être médecin, le patient part avec de la confiance au départ. Je pense que des histoires comme ça, ça ne pourrait pas m'arriver parce que je ne pense pas que j'ai une manière problématique de fonctionner avec les patients. Par contre, j'entends des catastrophes de la part de mes patients. Et c'est évident, les médecins ce ne sont pas des saints, on est faillible. On ne va pas toujours dans la bonne direction en médecine, en termes de respect de l'intimité et de l'autre. (Médecin 2)

[Concernant les femmes qui consultent avec des symptômes gynécologiques], il y a des [patientes] fermées, qui veulent avoir une réponse et c'est tout. Trop de tabou, trop sale, trop gênées. Ou de mauvaises expériences... si tu as été violée, maltraitée, et tu as des problèmes au niveau du vagin, c'est la même zone, qu'il faut aller montrer au médecin. C'est une zone qui peut cristalliser les problèmes ou des traumatismes. (Médecin 3)

J'ai reçu des confidences de patientes qui m'expliquaient que la manière dont les choses se passent chez le gynéco... ce que j'en ai compris : ce n'est pas dans le sens d'attouchements douteux, c'est un manque d'attention porté au corps, le fait d'être là exposé un peu comme un paquet de viande dont on a rien à faire, je me répète mais sans ambiguïté sexuelle. Mais le manque de respect ça, ça m'a été dit plus d'une fois. Comme si le gynéco était trop dans une routine de travail et que le corps se retrouve trop démythifié... D'ailleurs pas qu'en gynéco, en gastro aussi. Peut-être que la parole s'ouvre plus, ça c'est possible que le patient ose dire : « je n'irai plus chez lui parce que » alors qu'auparavant non. (Médecin 4)

A une réunion avec des collègues hospitaliers, on parlait de la sédation. J'ai posé la question aux gynécologues : pourquoi l'endoscopie digestive on propose une sédation et pas les examens gynécos : comme l'hystérocopie ? Alors que je ne vois pas bien la différence. Ça n'a pas été réfléchi en médecine, parce qu'on considère que les femmes peuvent supporter la douleur. On n'est pas dans les touchers irrespectueux dans ce cas-là, mais dans les gestes qu'on fait, est-ce qu'on a préparé toutes les conditions pour que ce soit supportable du point de vue de la nudité, de l'intimité et de la douleur ? On fait une hystérocopie ou une ponction d'ovocyte à vif alors qu'on pourrait tout à fait le faire sous sédation, je trouve ça violent et très choquant. (Médecin 4)

5.3. L'ÉDUCATION DES PATIENTS AU CONSENTEMENT ET A LA CONNAISSANCE DE LEUR CORPS : LE MEDECIN GENERALISTE A UN ROLE A JOUER

Les médecins considèrent qu'il est de leur devoir de faire passer le message aux patients que leur corps leur appartient. Le médecin endosse alors la mission d'éducation des patients au consentement : leur corps ne peut être touché qu'avec leur accord. Ainsi, le médecin s'inscrit dans les réflexions sociétales actuelles sur la prévention des violences sexuelles. Par ailleurs, certains médecins considèrent qu'il est également de leur devoir d'éduquer les patients sur leurs corps : utiliser les bons mots pour lever le tabou autour des parties intimes, notamment féminines, mais aussi pourquoi pas montrer le col de l'utérus avec un miroir dans le même but.

Mais le rapport au corps est déjà tellement compliqué à l'adolescence que nous on doit insister encore plus pour leur expliquer et recueillir leur consentement. Pour moi c'est aussi essentiel pour leur apprendre à dire non. Je veux aussi faire passer le message « c'est ton corps, il t'appartient, et les gens n'ont pas le droit de faire ce qu'ils veulent, toi seul décide ». J'insiste en disant que s'ils ne veulent pas, ils peuvent dire non, même à leur médecin, parce que c'est leur corps. On devrait le faire chez les enfants aussi mais c'est plus compliqué. (Médecin 1)

J'ai déjà eu plusieurs patientes pas du tout à l'aise lors d'un examen gynécologique, du coup j'ai arrêté là et je leur ai proposé qu'on se revoie. Elles ont répondu : vous pouvez juste forcer au début, c'est bon. Ça m'a choquée, j'en ai discuté avec elles, je leur ai dit qu'avec moi ou avec leur partenaire, il ne fallait pas forcer. (...) Et elles s'attendaient à ce que je leur mette un spéculum sans prévenir, sans faire attention. Ça m'a fait penser aux violences gynécologiques. J'en ai profité pour mettre le sujet sur la table. C'est peut-être un rôle d'éducatrice et pas de médecin, mais en même temps, les patients nous parlent de plein de choses : sexualité, ... et donc oui parler du consentement et du rapport au corps, je trouve ça très bien. Surtout quand je vois que certains patients on leur en a jamais parlé, et je me dis que ça pourra peut-être prévenir ou mettre en lumière des violences dans le couple ou la famille. (Médecin 1)

Certains gynécologues proposent aux patientes de manipuler elle-même la sonde d'écho. Je pense que le spéculum c'est plus dur, mais je peux le comprendre dans une approche militante, de réappropriation du corps. Idem pour l'auto-frottis, les patientes sont super étonnées (...) Tout va ensemble : connaître son corps, le consentement, mettre des mots. (Médecin 1)

Quand c'est un examen plus intime, je prends encore plus le temps d'expliquer pourquoi on le fait, qu'on est chez le médecin donc que c'est OK qu'on regarde dans cette zone vu sa plainte (...) J'explique : « on va vite regarder en enlevant la culotte, c'est une zone à toi, je vais regarder parce qu'il y a des boutons, et puis on se rhabille vite. Et évidemment si tu n'es pas d'accord, je ne regarde pas. » J'explique toujours, même devant des enfants qui ne sont pas farouches. C'est important qu'ils comprennent qu'il y a un contexte précis lié à des plaintes et que je ne me permettrais pas en tant qu'adulte de regarder sans leur accord (...). Et aussi pour lui faire passer le message : c'est ton corps, on ne fait pas ce qu'on veut avec, tu dois être d'accord pour qu'on te regarde ou qu'on te déshabille. (Médecin 2)

Et puis quand on fait l'examen, c'est l'occasion je prends un miroir et puis vous allez voir ce que vous ne voyez pas d'habitude, quand on est sur la table, je propose souvent de leur montrer leur col de l'utérus. Si la patiente me dit qu'elle ne veut pas voir, je ne le montre pas évidemment. Mais j'aime proposer, rendre la patiente curieuse (...) En termes de gynéco, il y a encore beaucoup de boulot pour expliquer aux femmes leur corps. Il y a des femmes qui veulent savoir, qui disent que c'est la première fois qu'on leur explique. (Médecin 3)

5.4. VERS UNE MEDECINE EN PARTENARIAT ET MOINS PATERNALISTE

Les réflexions des médecins tendent à montrer une envie de travailler en collaboration avec les patients et de les laisser maîtres de leur choix. Le rôle du médecin est alors d'expliquer et d'accompagner, plutôt que d'imposer un examen clinique ou des gestes sans explication préalable. Ainsi le médecin quitte sa position paternaliste de seul acquéreur de la connaissance et du pouvoir décisionnel et propose une vision plus collaborative du respect de l'intimité.

Les patients doivent être partenaires des soins, on sort d'une médecine patriarcale, le patient doit être mis au courant (...), sinon c'est très paternaliste, de ne pas expliquer pourquoi on fait les choses et de l'imposer au patient parce qu'on sait mieux que lui. (Médecin 1)

Je pense qu'on questionne les droits des patients en ce moment : est-ce que le médecin décide tout ou est-ce que le patient a son mot à dire ? est-ce qu'on arrive toujours à bien communiquer ? (Médecin 3)

DISCUSSION

CONSTRUCTION ET PRECISION DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Suite à ma recherche de littérature, j'ai défini que ma question de recherche interrogerait le rapport des médecins généralistes à l'intimité des patients ainsi que l'influence de cette réflexion sur la disposition du cabinet de médecine générale. Au fil des entretiens et de la construction de mes résultats, il m'est apparu que l'agencement du cabinet médical a servi de « brise-glace » avec les médecins, pour aborder la question complexe de l'intimité. J'ai donc décidé d'enlever de mon titre le concept d'agencement du cabinet médical et de le garder comme une des catégories du premier thème, car il permet de réfléchir aux actions que le médecin entreprend pour diminuer le sentiment d'exposition de son patient.

Comme évoqué dans l'introduction, mon travail se concentre autour du respect de l'intimité physique du patient en médecine générale, et n'aborde pas l'intimité psychique. Il est à noter que le partage de l'intimité physique pour le patient peut parfois faciliter une ouverture sur son intimité psychique. Le moment du soin et le dévoilement qu'il implique encouragerait les confidences du patient. (8) Malgré ce lien entre les deux intimités, j'ai fait le choix pragmatique de me concentrer sur les réflexions des médecins concernant le respect de l'intimité physique. En effet, il m'était nécessaire d'établir un cadre pour mon travail car son thème est vaste. C'est pour

cette même raison que je n'aborderai pas les défis du respect de l'intimité propres à la pédiatrie et à la gériatrie (en maison de repos par exemple).

La question de recherche redéfinie se formule donc de cette manière : « Qu'est-ce que le médecin généraliste met en place pour respecter l'intimité physique de ses patients ? ». La discussion des résultats est présentée par thème, avec la même structure que dans la partie « Résultats » par souci de clarté.

DISCUSSION DES RESULTATS

1. L'EXPOSITION

Le poids du regard du médecin crée un sentiment d'exposition chez le patient pendant le déshabillage ou l'examen clinique.

Le Dr Penso-Assathiany, dermatologue, interroge lui aussi le lien entre regard et intimité. Selon lui, la peau est le premier lieu de rencontre entre le patient et le médecin, exposant parfois des secrets (tatouages, scarifications, ...). L'intimité que le patient ne veut pas exposer est alors source de pudeur, de gêne ou de honte car elle se retrouve exposée malgré lui. (8) L'auteur cite Jean-Paul Sartre qui soutenait que « *la honte naît sous le regard d'autrui* ». (11) Un simple regard peut alors être vécu comme une intrusion ou du voyeurisme. Le médecin s'en défend en adoptant une attitude professionnelle d'analyse zone par zone de la peau. Ce découpage intellectuel du corps humain, que l'auteur appelle « *morcellement temporaire* », serait la meilleure façon de ne pas créer de gêne. Le médecin et le patient sont alors proches par le regard posé sur la peau et simultanément loin par cette mise à distance volontaire du médecin. (8)

Aucun des médecins que j'ai interrogés ne développera une idée similaire au morcellement temporaire. Ils n'ont par contre pas manqué de solutions personnelles pour diminuer le sentiment d'exposition de leurs patients. Ainsi, le médecin s'efforce de : ne pas regarder le patient qui se déshabille, lui proposer de le couvrir, prévenir une éventuelle intrusion dans la salle. Certains agencent aussi leur cabinet médical d'une manière à protéger le patient de ce regard en réfléchissant à l'aménagement des meubles et à la lumière.

Le Dr Penso-Assathiany considère que le toucher contribue à l'érotisation de la relation patient-médecin. Le devoir du médecin est de se mettre à distance de cette sexualisation, par cette même technique de « *morcellement temporaire* ». (8) Dans mes entretiens, le caractère potentiellement érotique du déshabillage avait été relevé, mais pas celui du toucher, et la médecin interrogée n'avait pas expliqué par quel moyen elle se mettait à distance de la sexualisation du patient.

2. LA COMMUNICATION

La communication non-verbale occupe une place importante dans le respect de l'intimité. Le médecin est un observateur actif qui déchiffre l'attitude de son patient. Si celui-ci semble gêné, il faut en tenir compte, et ne pas attendre que le patient le verbalise. Ce dernier n'oserait peut-être pas s'exprimer... Ainsi, le médecin s'adapte à l'attitude non verbale de son patient. A contrario, l'attitude du médecin se veut décontractée. Mieux vaut que le soignant évite de montrer sa propre gêne, car elle est transmissible de l'un à l'autre. Cette idée est reprise dans l'étude de Hine, et al, deux médecins généralistes : les sentiments de gêne et d'anxiété peuvent être contagieux du médecin au patient et inversement, créant un cercle vicieux. Les médecins préfèrent donc adopter un visage impassible et ne pas montrer leurs émotions. (5)

Dans la communication non-verbale, le regard et le toucher jouent aussi un rôle primordial. Le regard a été discuté ci-dessus. Une citation résume le rôle du toucher dans les soins : « *Le toucher est de tous les sens, celui qui assure le mieux l'autre non seulement de notre présence, mais aussi de notre attention, de notre émotion* ». (12) Ces mots résonnent avec ceux des médecins interviewés qui parlaient du toucher comme d'une invitation à parler et d'une manière de rassurer le patient.

Concernant la communication verbale, les médecins interrogés ont insisté sur l'importance de la parole pour maintenir le lien thérapeutique. Le Dr Penso-Assathiany est de cet avis et décrit que le lien entre le patient et le médecin est assuré par le langage tout au long de la consultation. La parole sert alors de connexion orale qui humanise le patient. Le patient pourrait trouver effrayant un examen clinique où le médecin serait occupé sans communiquer avec lui. (8)

Par ailleurs, il est important que les médecins expliquent au patient le déroulement (« le comment »), mais aussi les raisons de l'examen clinique et du déshabillage (« le pourquoi »). L'article de Carr, médecin généraliste, confirme que ces explications du « comment » et « pourquoi » sont primordiales, de même que l'obtention du consentement. En effet, ils permettent d'éviter aux médecins l'utilisation de techniques maladroitement pour déssexualiser leurs gestes (comme éviter le contact visuel ou se concentrer uniquement sur les parties génitales) qui pourraient réveiller des traumatismes chez certains patients ayant subi des violences sexuelles.(13)

Mimura, chercheur en études de genre, et al, nous apprennent que les pays occidentaux accordent plus d'importance que le Japon à la communication du « comment » de l'examen gynécologique, en expliquant comment s'installer et les instruments utilisés. Au contraire, pour respecter l'intimité des patientes, le Japon mise plutôt sur l'utilisation d'une table conçue spécifiquement pour la gynécologie, qui présente une technologie moderne particulière, résumée en annexe 4. Sans entrer dans les détails, nous pouvons conclure de l'article que l'utilisation de différents types de tables gynécologiques et l'agencement du cabinet médical est liée aux habitudes et aux normes sociales et genrées de chaque société étudiée. (14)

Pour en revenir à la communication, les médecins parlent de l'humour comme moyen efficace de dédramatiser une situation gênante. Proyer, et al soutiennent la même idée : l'humour est irremplaçable pour renforcer de bonnes relations patient-médecin, en facilitant la communication. Il précise toutefois que certains types d'humour requièrent plus de prudence, comme le sarcasme qui pourrait être mal perçu. (15)

La communication est également évoquée comme piste d'amélioration dans l'émission « Accoucher, le mal des mères » diffusée sur La Une, explorant les ressorts des violences gynécologiques. Un médecin questionné propose d'améliorer la communication des équipes médicales, notamment lors de jeux de rôle et mises en situation. (16) Dabson, et al, médecins, proposent comme moyen de diminuer le stress des étudiants médecins face à l'examen clinique intime de s'entraîner sur des mannequins puis sur des volontaires puis de recevoir une supervision. (6) Depuis 2003, ce type de formation est proposée aux étudiants en médecine à

l'Université d'Anvers, insistant tant sur la technique que sur la communication. (17)

3. LE LIEN ET LES PROJECTIONS ENTRE LE PATIENT ET LE MEDECIN

En médecine générale, le lien thérapeutique basé sur la confiance et le suivi au long terme, doit être mis en priorité. La place du regard et du toucher dans le maintien du lien a été discuté ci-dessus. Le Dr Hyman, médecin traitant, s'est interrogé sur les avantages de l'examen clinique en médecine générale, chamboulé par la pandémie de la Covid-19. Il décrit l'examen clinique comme un rituel aidant le patient et le médecin par la connexion humaine qu'il permet. (18)

Le médecin doit passer outre ses aprioris sur les patients, influencés par le genre, l'âge, la culture, etc. Il doit prendre du recul sur ses propres préjugés pour éviter les biais. En parlant de culture, Le Breton, anthropologue, nous apprend que les normes de pudeur sont influencées par la culture, mais elles ne sont pas que culturelles. « *Nul n'est sa culture, mais seulement ce qu'il en fait* ». (19) Ainsi, chaque patient aura ses normes de pudeur individuelles. Certains patients relativiseront ces normes en fonction du contexte et de la nécessité du soin. (19) Sous cet éclairage, il serait réducteur pour un médecin d'adopter une même attitude envers tous les patients d'une même culture.

Inversement, le médecin conscientise qu'il n'est lui-même pas neutre et qu'il renvoie une certaine image aux patients qui le rencontrent, en fonction de ses caractéristiques propres (âge, genre, etc). Selon Hine, et al, il serait attendu socialement que les hommes se comportent de manière plus sexuelle que les femmes. Ainsi, l'attitude des médecins hommes sera plus vite interprétée comme suspecte face à un examen intime. (5) De même, lors de mes entretiens, une médecin femme m'a fait part qu'elles se savaient être un profil « moins menaçant » pour ses patients qu'un médecin homme.

De plus, l'identification du médecin au patient lui permet de changer de point de vue et d'augmenter son empathie. En s'imaginant dans une position gynécologique inconfortable, ou entièrement nu, le médecin comprend l'inconfort qu'il peut engendrer par son examen clinique. Le Breton explicite ce même concept d'identification, en ajoutant qu'il permet au médecin d'adapter ses gestes, ses paroles et d'expliquer la nécessité du soin. (19)

4. LE MEDECIN S'ADAPTE

Le médecin s'adapte aux caractéristiques, à l'attitude et aux attentes de chaque patient. Cette adaptation constante est illustrée aussi dans la difficulté pour le médecin d'adopter la « bonne » attitude : il veille à normaliser leurs gestes, rester prudent, tout en ne banalisant pas excessivement, sans être trop vigilant.

Le médecin doit proposer des alternatives s'il sent que le patient est gêné. Il peut par exemple référer le patient vers un collègue ou proposer à la patiente de faire un auto-frottis vaginal. Une des alternatives évoquées est la position gynécologique à l'anglaise. Le Dr Borée, médecin généraliste, a décrit et dessiné cette position sur son blog. Certains de ses dessins sont disponibles en annexe 3. (20) Le Dr Winckler, médecin généraliste et romancier, explique lors d'une interview pour le Nouvel Observateur qu'il n'impose jamais la position à l'anglaise aux patientes, mais qu'elle est intéressante à proposer, en laissant la patiente choisir selon ses préférences. (21)

Le consentement est essentiel pour que le patient se sente respecté dans son intimité. Le consentement libre et éclairé est d'ailleurs une obligation légale, comme stipulé dans les articles 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. (22)

Que se passe-t-il quand le consentement n'est pas respecté ? Les entretiens ont permis de mettre en évidence une réflexion introspective des médecins, qui s'interrogent sur leur potentielle violence envers les patients, sans mauvaise intention. Le manque d'attention au non-verbal ou un problème de communication, même chez un médecin bien intentionné, peut entraîner chez le patient un sentiment d'envahissement de son intimité, voir même d'agression. Le Dr Carr explique que l'obtention du consentement pour n'importe quel examen physique est indispensable, sinon il peut être qualifié d'agression. (13) Au contraire, le Dr Kaushij, chirurgien ophtalmologue, parle d'« *obsession actuelle pour le politiquement correct* » et suggère qu'il ne faut pas supposer qu'un examen pratiqué par un étudiant en médecine, même sans consentement, soit qualifiable d'agression. (23)

Il me semble évident que le médecin doit être capable d'auto-réflexion, vu la complexité du respect de l'intimité des patients et vu la possibilité d'un comportement involontairement inadéquat voire violent envers les patients. Le médecin doit prendre du recul, analyser son comportement d'un point de vue extérieur et être capable de se remettre en question. Il lui faut comprendre que son vécu n'est pas le même que celui de son patient. Hine, et al, expliquent que les médecins qui sont capables de travailler sur leur propre sentiment de gêne, d'anxiété et de vulnérabilité seraient plus à même de pratiquer un examen clinique intime de la bonne manière. De même, l'article invite les médecins à réfléchir à leur propre représentation concernant le genre, le sexe et le pouvoir, et à savoir que ces représentations peuvent influencer leur attitude lors d'un examen intime pour aider à casser le tabou qui empêche pour le moment de remettre en question les mauvaises pratiques. (5)

5. LE RESPECT DE L'INTIMITE : UN SUJET DE SOCIETE

Les médecins interviewés ont parlé spontanément du mouvement #metoo, des violences gynécologiques et obstétricales et de #balancetonutérus. Ces termes sont définis en annexe 5. Les médecins semblent donc influencés dans leurs réflexions par les débats sociétaux actuels concernant le respect de l'intimité et du consentement des patientes en gynécologie. Dans l'émission « Accoucher, le mal des mères », le Dr Epiney, gynécologue, explique que « *ce n'est qu'en écoutant ce que les patientes ont à dire que les habitudes pourront changer* ». (16) Cette déclaration nous rappelle notre devoir d'auto-réflexion et de prise de recul en tant que médecin, que ce soit au niveau individuel, mais aussi en tant que corps médical dans une société en changement.

La question des violences faites aux femmes par le corps médical, notamment la non-prise en compte de leur douleur, est aussi une question sociétale intéressante. Les médecins interviewés trouvent qu'il est important de verbaliser la gêne ou la douleur du patient, afin de valider son émotion. Ils ont remarqué que cette règle n'était pas toujours d'application, notamment pour certaines patientes qui rapportent des mauvaises expériences où elles ne s'étaient pas senties écoutées. Un des médecins réfléchissait à la différence de gestion de la douleur entre une colonoscopie et une hystérocopie : pourquoi proposer une anesthésie

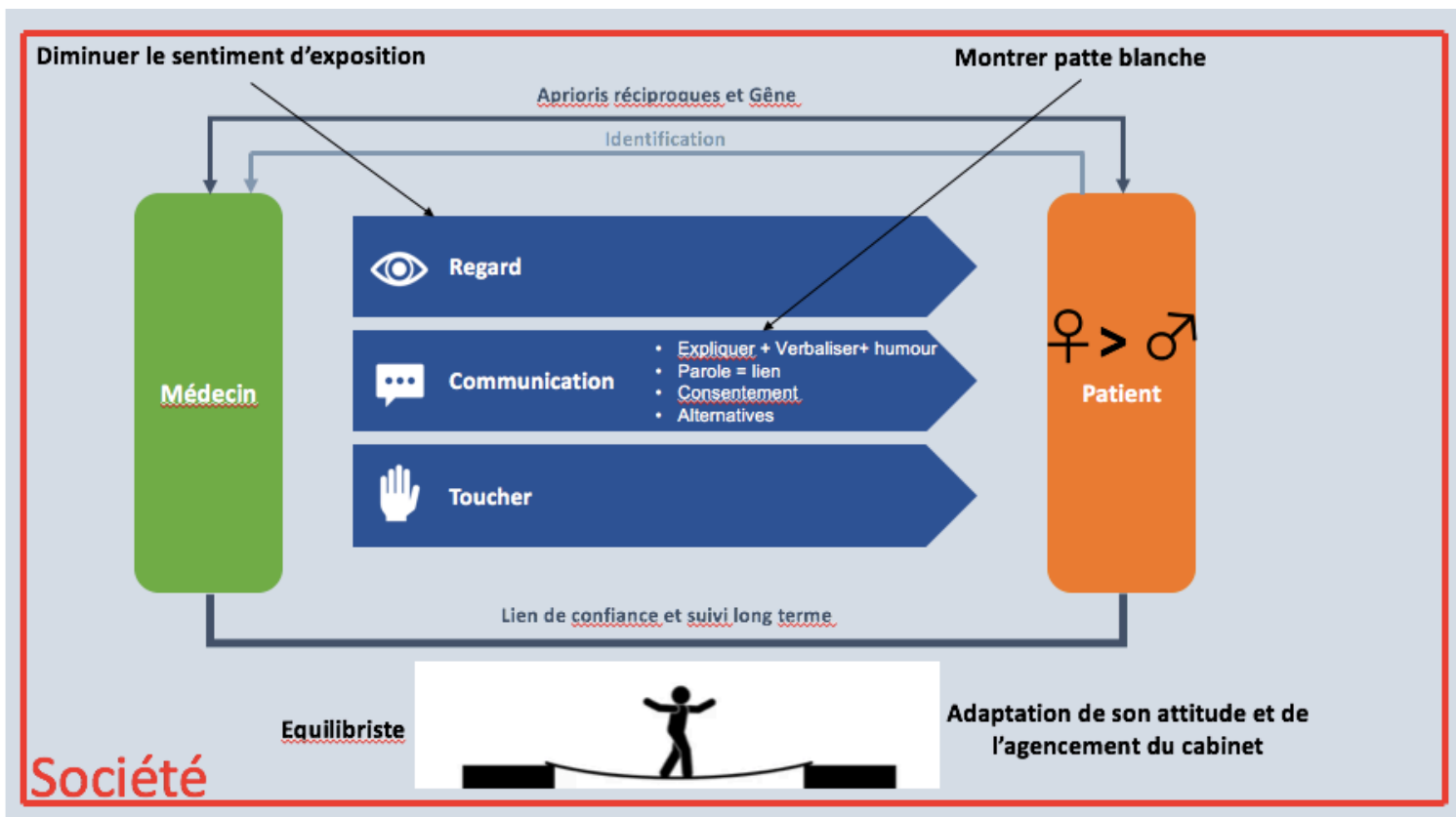
générale pour l'un et pas pour l'autre ? Le manuel d'auto-défense féministe aborde cette même question de la reconnaissance de la douleur des femmes, en donnant l'exemple du long délai de diagnostic de l'endométriose. (3)

De plus, certains médecins considèrent qu'il est de leur devoir d'éduquer les patients, notamment les jeunes, au consentement et à la connaissance de leur corps. Ainsi, en respectant l'intimité de son patient, le médecin lui montre l'exemple et l'éduque sur son intégrité corporelle et sur ses droits.

Enfin, selon les médecins interviewés, la médecine semble évoluer d'une vision paternaliste, où le médecin sait mieux que le patient et décide pour lui, à une médecine en partenariat. C'est l'idée partagée par certaines médecins interrogés dans l'article de Hine, et al, qui ont remarqué que la relation de pouvoir qu'exerce le médecin sur le patient avait changé lors de leur carrière, la médecine devenant moins patriarcale. (5) Le Dr Martin Winckler explique que « *Ce sont ces pratiques discutables mais bien établies que les médecins [qui utilisent la position à l'anglaise] tentent de bousculer. Ils ne veulent plus de paternalisme. (...) d'ici dix à quinze ans, les mentalités pourraient changer notamment parce que les femmes sont de mieux en mieux informées. Et qu'elles se parlent entre elles. En France, nous avons tendance à considérer le corps du patient comme muet. Propriété du médecin. Ce n'est pas facile de sortir de ce qu'on a appris et des dogmes de la médecine* ». (21) Ce changement de paradigme médical rejoint le concept de « Patient Partenaire », qui considère le patient comme expert de la vie avec la maladie, avec lequel le médecin, expert des maladies, travaille en collaboration. Le patient est donc celui qui prend la décision finale pour sa santé et ses soins. (24)

PRENONS UN PEU DE REcul...

Après avoir nuancé les résultats des entretiens avec l'apport de la littérature, je propose de prendre du recul sur ces résultats pour aborder les concepts qui se sont dégagés lors de mon analyse.



Voici une présentation visuelle des résultats, qui nous montre les enjeux de l'intimité dans la consultation et les liens qui unissent le médecin et le patient. Les différents concepts ont été expliqués dans la discussion ou sont présentés ci-dessous.

LE MEDECIN MONTRE PATTE BLANCHE

Le médecin généraliste semble adapter son attitude face au patient pour lui communiquer sa bonne intention. Il prouve sa bonne foi en expliquant le « pourquoi » et le « comment » de ses gestes et en communiquant tout au long de la consultation. Le médecin reste également attentif à repérer la gêne ou le malaise chez son patient dans son attitude non-verbale. C'est donc par la communication que le médecin montre qu'il est bien intentionné. Hansson, et al, chercheurs en bioéthique et psychologues, définissent un concept similaire dans leur étude observationnelle sur le respect de l'intimité des enfants. L'« intrusivité », ou « intrusiveness » en anglais dans l'article, y est défini comme une approche rapide et sans introduction du médecin vers l'enfant, ayant pour conséquence de rendre l'enfant mal à l'aise pendant le reste de la consultation. (28) L'article

concerne uniquement la pédiatrie et n'est donc pas transposable à la médecine adulte, mais il est intéressant de retrouver la même idée de l'importance de l'introduction et des explications fournies par le médecin, indispensables au bon déroulement de la consultation.

LE MEDECIN EST UN EQUILIBRISTE

En filigrane des entretiens et de l'analyse, le médecin généraliste apparaît comme un équilibriste, cherchant continuellement à rester sur le fil du respect de l'intimité. On retrouve souvent une opposition dans l'attitude idéale que le médecin doit adopter : le médecin ne banalise pas à outrance mais ne doit pas être trop prudent, il pratique l'humour mais sans tomber dans la vulgarité, il sait que l'eye contact est rassurant mais que parfois le contact visuel augmente la gêne, il se rappelle que couvrir le patient diminue son sentiment d'exposition mais que ce geste pourrait augmenter la gêne du patient s'il ne s'y attend pas. Cette dichotomie est également présente dans l'article du Dr Penso-Assathiany qui décrit que les médecins sont proches par le regard et simultanément loin du patient lors de l'examen clinique. (8)

LE MEDECIN ADOPTE UNE ATTITUDE SUR MESURE, ADAPTEE A CHAQUE PATIENT

Par ce travail d'équilibriste, le médecin a conscience qu'une même attitude ne sera pas interprétée de la même façon par deux patients différents et qu'il doit de ce fait s'adapter. Au début de la consultation, il tient compte des caractéristiques immuables du patient, à savoir son âge, sa culture, son genre, etc. Par la suite et tout au long de la consultation, il est observateur et prête attention à l'attitude non-verbale du patient. Le médecin propose une alternative si le patient semble gêné. Il garde aussi à l'esprit que l'image qu'il renvoie peut influencer le vécu du patient.

Chaque consultation est alors un colloque singulier où le médecin s'efforce de rencontrer son patient dans son individualité. Le médecin doit s'adapter et adopter une attitude sur mesure. Par conséquent, il serait réducteur de proposer aux médecins une liste de règles rigides à appliquer pour respecter l'intimité de tous leurs patients sans exception. Au contraire, les différents thèmes abordés dans ce travail nous montrent toute la complexité qui se cache derrière le mot «intimité » et toute la flexibilité dont le médecin doit faire preuve pour la respecter.

Il est interpellant de noter que les médecins interrogés ont naturellement associé le concept d'intimité aux patientes. Au contraire, ces mêmes médecins ont peu évoqué leurs patients hommes dans leurs réflexions : les témoignages mentionnant les hommes sont minoritaires.

De plus, la recherche de littérature m'a fait me rendre compte que certaines pratiques semblaient réservées aux femmes. L'utilisation des chaperons dans les pays anglo-saxons en est un bon exemple. Cette pratique, recommandée dans les guidelines officielles de gynécologie au Royaume-Uni et en Australie, consiste à proposer à la patiente la présence d'une infirmière ou d'un membre du personnel paramédical pendant l'examen gynécologique. Cette recommandation, à ma connaissance, n'a pas d'équivalent masculin : dans ces mêmes pays, on ne propose pas de chaperons aux patients pour un examen proctologique par exemple. (25),(26) De même, les articles et les guidelines qui parlent de couvrir les patients pendant l'examen clinique font surtout allusion au recouvrement des patientes lors de l'examen gynécologique. (25) Un dernier exemple est celui des tables d'examen gynécologique utilisées au Japon qui ne possèdent pas d'équivalent « urologique » pour les hommes. (14) Ces trois exemples donnent l'impression que l'examen clinique des femmes, et plus particulièrement l'examen intime des femmes, demande une précaution particulière.

Par ailleurs, les réflexions sociétales actuelles à propos de l'intimité concernent majoritairement les femmes : le #meeto, les violences gynécologiques et obstétricales, les violences faites aux femmes dans notre société, etc. Ces débats sociétaux n'ont, à ce jour et à ma connaissance, pas d'équivalent masculin.

Dans les interviews, l'association de la notion de violence en médecine aux femmes et aux enfants est interpellante. Les médecins évoquent la mission d'éducation au consentement du médecin envers leurs patientes et envers les enfants. Pour ces deux thèmes, ne sont cités que les femmes et les enfants. Une des interprétations possibles est que les hommes ne seraient pas représentés comme victimes potentielles dans notre imaginaire, contrairement aux femmes et aux enfants qui seraient associés à une position de victimes d'une société et d'une médecine

encore trop patriarcales. Les femmes et les enfants, victimes potentielles, devraient de ce fait être plus protégés, et requerraient une précaution particulière au moment de l'examen clinique. L'idée que les hommes ne puissent pas être victimes est développée par certains chercheurs dans le cadre d'études sur les hommes victimes d'abus sexuels, comme dans l'article de Peterson, et al, qui décrit le mythe selon lequel les hommes ne pourraient pas être des victimes d'abus sexuels et que s'ils en sont victimes, ils s'en sortiraient indemnes. (27) Je n'ai pas trouvé de littérature ciblée qui discutait de ce concept à propos du respect de l'intimité en médecine.

Pour en revenir à mon travail, il est à noter qu'une majorité de médecins femmes ont participé à mes entretiens. Ce déséquilibre de genre des médecins interrogés a peut-être participé à l'invisibilisation des hommes dans les réponses, mais il n'est pas suffisant à mon sens pour l'expliquer. J'ai aussi pu jouer un rôle en tant que chercheuse, en orientant inconsciemment mes questions ou l'analyse de mes résultats. Il serait par contre réducteur de penser que le fait de parler plus des femmes dans l'intimité serait le fruit de mon influence uniquement, vu que c'est une tendance que l'on retrouve dans la littérature et au niveau sociétal également.

L'examen clinique des femmes serait donc vu comme plus délicat et sensible que celui des hommes, du point de vue des médecins interrogés, mais aussi du point de vue sociétal. L'intimité et les défis qu'elle soulève seraient-ils essentiellement féminins ? Le sujet de l'intimité des hommes serait-il plus tabou ? Le médecin pense-t-il que l'intimité des hommes est un « non-sujet » ? Je ne pourrai pas apporter de réponses à ces questions, qui mériteraient un travail à part entière, mais il me semblait important d'attirer l'attention sur ce résultat inattendu.

FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Le sujet de mon travail est vaste, chaque thème et chaque catégorie pouvant faire l'objet d'une étude dédiée. Je n'ai trouvé que peu de littérature sur le sujet des réflexions des médecins à propos de l'intimité de leurs patients, et encore moins en médecine générale. J'ai donc décidé de ne pas me concentrer sur un aspect précis de l'intimité mais bien d'offrir un tour d'horizon du thème de l'intimité pour les médecins généralistes, en me concentrant sur les moyens mis en œuvre par les médecins pour la respecter. Mon travail n'a donc pas l'ambition d'être exhaustif.

J'ai fait le choix de travailler uniquement sur l'intimité physique et non pas l'intimité psychique, et d'exclure les réflexions sur les populations particulières telles que les enfants ou les personnes âgées. Ces choix ont été faits délibérément pour restreindre ma question de recherche, qui sinon aurait dépassé le cadre d'un travail de fin d'études.

Les médecins interrogés lors des entretiens offrent une diversité en termes d'âge, de genre et de type de pratique. On retrouve plus de femmes que d'hommes. Je précise que les 3 médecins hommes contactés qui n'ont pas participé aux entretiens m'ont fait savoir que même si le sujet les intéressait, ils manquaient de temps pour participer à l'entretien. Cette inhomogénéité de l'échantillon n'est donc pas intentionnelle. Dans la méthodologie qualitative, l'échantillon ne doit pas être représentatif de la population. Mais selon ma recherche de littérature, le genre du médecin est un des facteurs qui influencent son vécu et ses réflexions autour de l'intimité de son patient. Cette disparité a peut-être orienté les résultats de mon travail, et de ce fait pourrait être source de biais dans mon analyse.

Par ailleurs, je me dois d'évoquer mon rôle de chercheuse dans ce travail. En utilisant une méthodologie qualitative, j'ai certainement influencé inconsciemment les résultats de mon travail, que ce soit dans ma manière de poser les questions lors des entretiens semi-dirigés, ou dans mon analyse par la suite. Je suis féministe et donc sensibilisée aux réflexions actuelles au sujet des violences faites aux femmes. Mon influence en tant que chercheuse sur la collecte et l'interprétation des résultats est inévitable avec la méthodologie qualitative, elle doit nous faire prendre du recul sur les résultats. Concernant la méthodologie, le choix des entretiens semi-dirigés, plutôt que des focus group, a permis aux médecins interrogés de s'exprimer librement sur un sujet complexe qui aborde par moment des questions sensibles. Au cours de mon analyse, j'ai fait attention à prendre en compte les exceptions et les avis divergents de la norme, pour augmenter la qualité de mon travail.

IMPLICATIONS DES RESULTATS

Ce travail de recherche a été très enrichissant pour ma pratique car il m'a permis d'effectuer un travail d'auto-réflexion sur mes habitudes de travail, adoptées pour respecter au mieux l'intimité des patients. La plupart des moyens mis en place par mes collègues ou par moi-

même n'ont pas été réfléchis en conscientisant les procédés intellectuels en jeu dans ces choix : que ce soit dans l'agencement du cabinet, les explications fournies, etc. J'avais adopté des techniques qui semblaient aider le respect de l'intimité des patients, mais sans savoir dire pourquoi.

Pour les médecins généralistes qui me liront, j'espère que ce travail leur permettra de prendre un pas de recul sur leur pratique et de se questionner sur leur rapport personnel à l'intimité des patients et aux enjeux mis sur la table par cette réflexion. Je pense qu'il est primordial de parfois quitter sa routine de travail et se questionner sur nos pratiques individuelles, mais également collectives en tant que corps médical et que société.

L'organisation d'ateliers entre médecins avec réflexion sur sa propre pratique, jeux de rôle et feedback paraît un bon moyen de prendre du recul sur son fonctionnement de médecin et de s'améliorer en tant que soignant. Ces idées sont proposées comme pistes d'amélioration dans les articles de Dabson et Hendrick. (6),(17) Des formations sur l'importance de la communication et le partenariat patient sembleraient par ailleurs bénéfiques pour les médecins qui souhaiteraient approfondir ces questions.

PERCEPTIVES DE RECHERCHE

Le sujet du respect de l'intimité des patients vu par les médecins généralistes a été peu étudié. Il offre de ce fait une multitude de recherches possibles. Il serait intéressant d'explorer l'intimité psychique en médecine générale. Comme expliqué dans la partie discussion, l'intimité physique et psychique sont souvent interconnectées et s'influencent. Un autre sujet intéressant concerne le rapport du médecin à l'intimité de populations particulières, comme les enfants ou les patients en maison de repos, qui présentent des défis spécifiques en lien avec l'intimité, comme la gestion du parent dans la prise en charge pédiatrique.

Enfin, le rapport des médecins à l'intimité des patients hommes a été peu abordé dans ce travail, pour les raisons exposées dans la partie analyse. Il serait intéressant de se pencher sur les raisons qui nous poussent en tant que médecin et en tant que société à ne pas envisager l'intimité des hommes comme un sujet en soi.

En parallèle, le point de vue des patients et leurs attentes concernant le respect de leur intimité peut également être étudié plus spécifiquement en médecine générale. En effet, la recherche de littérature a surtout mis en évidence des articles sur le vécu des patientes sur l'examen gynécologique, mais la question de l'intimité en général semble peu étudiée.

CONCLUSIONS

Le médecin généraliste est en contact avec l'intimité de ses patients lors de ses consultations. Depuis plusieurs années, la question du respect de l'intimité est discutée dans d'autres spécialités, notamment en gynécologie, et au niveau sociétal. Dans la littérature médicale, la question de l'intimité semble pourtant peu abordée du point de vue du médecin, et encore moins du point de vue du médecin généraliste. Ce travail a permis d'explorer auprès de médecins généralistes leur vision de l'intimité du patient et les moyens qu'ils mettent en œuvre pour la respecter.

L'intimité du patient apparaît comme une notion complexe, influencée par de nombreux facteurs. Le médecin tente de la respecter au mieux de diverses manières.

Le médecin, cherchant à démontrer sa bonne intention au patient, fait attention à sa communication. Le médecin généraliste peut être vu comme un équilibriste cherchant à adopter la meilleure attitude possible pour respecter l'intimité de son patient. Le médecin adopte une attitude sur-mesure, ajustée à chaque patient lors de chaque consultation. Par ailleurs, l'intimité des patients hommes a été peu abordée par les médecins interrogés. Cette invisibilisation des hommes dans la réflexion autour de l'intimité en médecine générale est un résultat inattendu, plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce phénomène.

La question de l'intimité dans les soins semble plus que jamais dans l'air du temps, vu les débats actuels concernant les violences gynécologiques et obstétricales et les violences faites aux femmes et la remise en question du fonctionnement paternaliste de la médecine, remplacé par un modèle de partenariat.

Ainsi, le respect de l'intimité en médecine générale invite les médecins à prendre du recul sur leur propres habitudes de travail et à entamer un travail d'auto-réflexion. Cette question permet également de repenser les pratiques du monde médical, avec une réflexion collective et

sociétale sur l'intimité dans les soins. Ce travail met en évidence toute la complexité du concept de respect d'intimité du patient pour le médecin généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Stive M. Affaire Emile Daraï : le gynécologue mis en examen pour « violences volontaires ». Franceinfo [Internet]. 24 nov 2022 [cité 10 déc 2022]; Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/societe/harcelement-sexuel/info-franceinfo-affaire-emile-darai-le-gynecologue-mis-en-examen-pour-violences_5498529.html
2. Gabriel M. La vérité au bout des lèvres. Paris; 2020. (Kiwi).
3. Ben Jattou M, Guiot F, Hidalgo P, Int'Zandt K, Jacquet M, Vieira Da Costa C, et al. Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive. 2020.
4. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL). In [cité 10 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/intimit%C3%A9>
5. Hine P, Smith H. Attitudes of UK doctors to intimate examinations. *Culture, health & sexuality*. 3 juill 2014;16(8):944-959.
6. Dabson A, Magin P, Heading G, Pond D. Medical students' experiences learning intimate physical examination skills: a qualitative study. *BMC medical education*. 28 févr 2014;14.
7. Noé A. Contribution à une lecture revisitée de l'intimité Bernienne. *Actualités en analyse transactionnelle*. 2011;140(4):49-59.
8. Penso-Assathiany D. Regarder et toucher en dermatologie. L'intimité se partage-t-elle ? [Visual and tactile examination of patients in dermatology: is intimacy mutual?]. *Ann Dermatol Venereol*. 6 janv 2015;142(4):294-298.
9. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck. Louvain-la-Neuve; 2014. 152 p.
10. Mucchielli A, Paillé P. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Paris; 2012, 424 p.
11. Sartre J-P. L'être et le néant. Paris: Gallimard; 1943. 300 p.
12. Courjour E. Comprendre et pratiquer le toucher relationnel. Dunot. Paris; 2007. 232 p.
13. Carr S. The 'intimate' examination: time for a name change? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 5 févr 2003;29(3).

14. Mimura K, Kokado M, Hong H, Chang C, Tsuge A. Patient-Centered Development? Comparing Japanese and Other Gynecological Examination Tables and Practices. *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*. 1 sept 2014;8(3):323-345.
15. Proyer R, Rodden F. Virtuous Humor in Health Care. *AMA Journal of Ethics*. juill 2020;22(7).
16. Accoucher, le mal des mères [Internet]. #Investigation. 2022. Disponible sur: <https://auvio.rtb.be/media/investigation-2892970>
17. Hendrickx K. How medical students are being taught at University of Antwerp. Response to: Please don't touch me there. *BMJ*. 14 juin 2003;326(7402):1327.
18. Hyman P. The Disappearance of the Primary Care Physical Examination-Losing Touch. *JAMA Intern Med*. nov 2020;180(11):1417-1418.
19. Le Breton D. La pudeur à l'hôpital et dans les soins. *Soins*. déc 2018;831:32-5.
20. Borée. L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques. [Internet]. Le blog de Borée. 2011 [cité 19 déc 2022]. Disponible sur: <https://boree.eu/2011/03/14/lexamen-a-langlaise-et-autres-mises-au-point-gynecologiques/#comments>
21. Greusard R. « Examen à l'anglaise » : on n'est pas obligées d'écarter les cuisses chez le gynéco. *Le Nouvel Obs* [Internet]. 11 janv 2014; Disponible sur: <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-rue69/20160814.RUE1275/examen-a-l-anglaise-on-n-est-pas-obligees-d-ecarter-les-cuisses-chez-le-gyneco.html>
22. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. M.B. sept 26, 2002 p. art 7 et 8.
23. Kaushik N. What examination is not intimate? Response to: Please don't touch me there. *BMJ*. 14 juin 2003;326(7402):1326-1327.
24. Néron A. Le patient partenaire un avantage pour tous, y compris en gériatrie. In Liège; 2019.
25. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Gynaecological examinations and procedures [Internet]. 2016 mars p. 2-4. Disponible sur: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Gynaecological-examinations-and-procedures.pdf>
26. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Obtaining Valid Consent [Internet]. 2015 janv p. 2-4. Report No.: 6. Disponible sur: <https://rcog.org.uk/media/pndfv5qf/cga6.pdf>
27. Peterson Z, Voller E, Polusny M, Murdoch M. Prevalence and consequences of adult sexual assault of men: review of empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev*.

févr 2011;31(1).

28. Hansson M, Kihlbom U, Tuvemo T, Rodriguez A. Concern for privacy in relation to age during physical examination of children: an exploratory study. *Acta Paediatrica*. 98:1349-1354.