



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ENVIRONNEMENT RÉCONFORTANT ET RESPECT DE L'INTIMITÉ : À
PROPOS DE LA CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Avril à 16h
Au Pôle Formation
Par Ngoc-Khanh NGUYEN

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Sophie CATTEAU - JONARD

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean – Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directrice de Thèse :

Madame la Docteure Marie – Jeanne MARTIN

AVERTISSEMENT

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles – ci sont propres à leurs auteurs**

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ACOG : American Congress of Obstetricians and Gynecologists

CDC : Centers for disease control and prevention

HAS : Haute Autorité de Santé

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HPV : Human Papilloma Virus

InVS : Institut de Veille Sanitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

AME : Aide Médicale de l'État

ENSAP : École Nationale Supérieure d'Architecture et de Paysage

CERIM : Centre d'Études et de Recherche en Informatique Médicale

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

PACS : Pacte civil de solidarité

NAATs : Nucleic Acid Amplification Tests

EBCOG : The European Board and College of Obstetrics and Gynaecology

EHPAD : Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

TABLE DES MATIÈRES

I. RÉSUMÉ.....1

II. INTRODUCTION.....2

III. REGARDS CROISÉS SUR LE CABINET MÉDICAL ET L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE4

A. L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE : UNE ÉTAPE NÉCESSAIRE MAIS REDOUTÉE4

1. L'importance de l'examen gynécologique..... 4

2. Une intrusion de l'intimité..... 9

B. QUEL EST L'IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT DU CABINET MÉDICAL ?.....13

1. Un impact encore peu exploré, probablement sous-estimé 13

2. Des besoins spécifiques au cours de la consultation gynécologique 14

IV. APPORT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES.....17

A. COMMENT DÉFINIR L'INTIMITÉ ?17

B. L'ENVIRONNEMENT SPATIAL DANS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES19

1. La théorie proxémique de Hall 19

2. La dimension anthropologique de l'espace 20

3. L'espace personnel en psychologie..... 26

V. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA VILLE DE LILLE.....30

A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....30

B. MÉTHODOLOGIE.....30

1. Type d'étude 30

2. Élaboration du questionnaire 30

3. Population étudiée et méthode d'échantillonnage 32

C. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE35

1. TAUX DE RÉPONSE..... 35

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE..... 35

3. RÉSULTATS PRINCIPAUX..... 39

D. DISCUSSION.....49

1. Population de l'étude 49

2. Résultats..... 52

VI. CONCLUSION.....61

VII. BIBLIOGRAPHIE63

VIII. ANNEXES67

I. RÉSUMÉ

Contexte : L'environnement de l'examen gynécologique est peu étudié dans la littérature médicale. Les notions de *la distance intime* (Hall) et de *l'espace personnel* (Fischer) font suggérer l'impact éventuel de ce facteur sur le ressenti des patientes, surtout lorsque leur intimité est dévoilée.

Méthode : Il s'agit d'une enquête d'opinion, exploratoire, non randomisée. Les questionnaires sont distribués aux femmes par 14 médecins généralistes répartis sur 2 maisons médicales, 1 cabinet de groupe et 1 cabinet individuel à Lille, en 2017.

Résultats : Les participantes sont majoritairement jeunes (53% entre 18 et 29 ans) et diplômées (75% ayant au moins Bac + 2). Parmi 173 réponses obtenues, 73% accordent de l'importance à l'agencement du cabinet durant la consultation gynécologique. Les besoins d'*un environnement réconfortant* et de *l'isolement de la partie Examen* sont les plus exprimés. Sont considérés comme nécessaires ou plutôt nécessaires : la séparation Entretien/Examen (par 77% des participantes), les fournitures d'hygiène intime (80%), l'espace pour déposer les vêtements/sous-vêtements (74%), l'espace de déshabillage (56%). Un dispositif mobile type paravent suffit le plus souvent pour délimiter l'espace (pour 65% à 81% des femmes). 55% des participantes jugent la couverture du bas du corps peu voire pas du tout nécessaire. Pour la table d'examen : son confort est jugé satisfaisant (par 93% des femmes), les couleurs « *calmes et apaisantes* » sont appréciées. Les étriers sont la première partie à améliorer.

Conclusion : L'environnement de l'examen gynécologique est caractérisé par un délicat équilibre entre son caractère familial réconfortant (concept de *homelike*) et son cadre symbolique respectant l'intimité de la femme. L'analyse des résultats souligne également la dimension culturelle et subjective de l'intimité. Elle mobilise la compétence psychosociale du médecin, dans une approche centrée sur la patiente.

II. INTRODUCTION

L'examen gynécologique fait partie de la pratique gynéco-obstétrique. Indispensable à la démarche diagnostique clinique, il constitue la condition préalable à de nombreuses investigations dont la plus fréquente est sans doute le frottis cervico-utérin. Mais cet examen est souvent redouté par les femmes, comme en témoignent plusieurs travaux de recherche : Intrusion de l'intimité, proximité avec le médecin, inconfort voire douleur liée au geste (1–4). Améliorer le ressenti des patientes devrait être un objectif pour tout médecin amené à réaliser un examen gynécologique.

Par leurs prérogatives, les médecins généralistes sont régulièrement sollicités pour des motifs liés à la gynécologie et l'obstétrique au quotidien. Ils participent d'une manière active à la prévention des maladies dont le dépistage du cancer du col. Ces dernières années, leur action dans la promotion de ce dépistage se trouve encore plus renforcé en raison de la décroissance continue du nombre de gynécologues médicaux de ville. De ce fait, nombreux sont les généralistes qui incluent la gynécologie et l'obstétrique dans leur pratique. Cela suppose un environnement du cabinet qui prend en compte les contraintes de la médecine générale mais aussi le confort des patientes.

L'idée de ce travail de thèse s'est étoffée au fil de mes expériences en tant que stagiaire puis remplaçant en médecine générale. Elle est née d'une situation vécue en stage : consultant pour des métrorragies, une patiente était visiblement embarrassée de ne pas avoir un espace pour déposer ses vêtements après le déshabillage. Cette observation suggère l'impact de l'environnement dans le déroulement de la consultation. Au cours de mes remplacements, les différentes dispositions spatiales du cabinet semblent influencer mon ressenti de la consultation gynécologique. Mais est – ce également le cas pour les

femmes qui viennent pour un examen pelvien ? Deux réponses (2,5) sont apportées par la littérature médicale d'après notre recherche. Les autres travaux existants portent sur l'agencement du cabinet de manière générale (6–8).

Il nous semble alors nécessaire de nous intéresser tout particulièrement à la consultation gynécologique, en raison de ses spécificités. De cette réflexion est née notre question de recherche : L'agencement influence-t-il le ressenti des femmes de la consultation gynécologique ? Si oui, quels seraient leurs besoins envers le cabinet médical ? Pour y répondre, nous allons poser directement ces questions aux femmes via une enquête par questionnaire. L'objectif principal est d'explorer leurs opinions sur un sujet encore peu étudié jusque – là.

À la suite de cette introduction, ce travail de thèse est composé de 3 grandes parties :

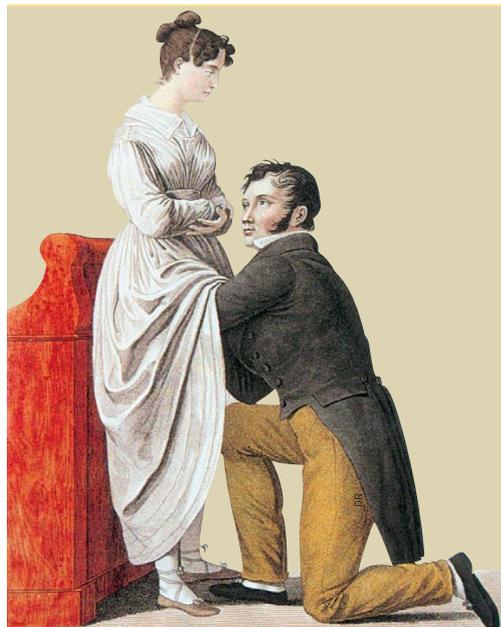
- Tout d'abord nous proposons de mieux définir le contexte: le but de l'examen gynécologique et les ressentis des femmes. Nous faisons aussi le point sur la place accordée à l'environnement du cabinet dans la littérature.
- Nous nous intéressons ensuite à la notion de l'intimité. Cette partie apporte également des concepts empruntés aux sciences humaines et sociales.
- Enfin, la dernière partie sera consacrée à la présentation de l'étude et la discussion des résultats.

III. REGARDS CROISÉS SUR LE CABINET MÉDICAL ET L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

A. L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE : UNE ÉTAPE NÉCESSAIRE MAIS REDOUTÉE

1. L'importance de l'examen gynécologique.

L'histoire de la gynécologie remonterait à l'Antiquité. La papyrus de Kahun (milieu de la XIIème dynastie, 1850 av. J.-C), témoin de la médecine égyptienne, décrivait déjà à l'époque le toucher vaginal pour explorer une masse (9). Au fil des siècles, la pratique de l'examen gynécologique s'est progressivement enrichie. Diverses positions ont été expérimentées, motivées à la fois par la volonté d'améliorer l'observation clinique mais aussi par les normes socio-culturelles de chaque époque. Au début du XIXème siècle, la femme « *est souvent examinée debout, sous ses jupes* » (10). La réhabilitation du spéculum en 1818 et son usage devenu indispensable vont imposer la position allongée telle que nous la connaissons aujourd'hui.

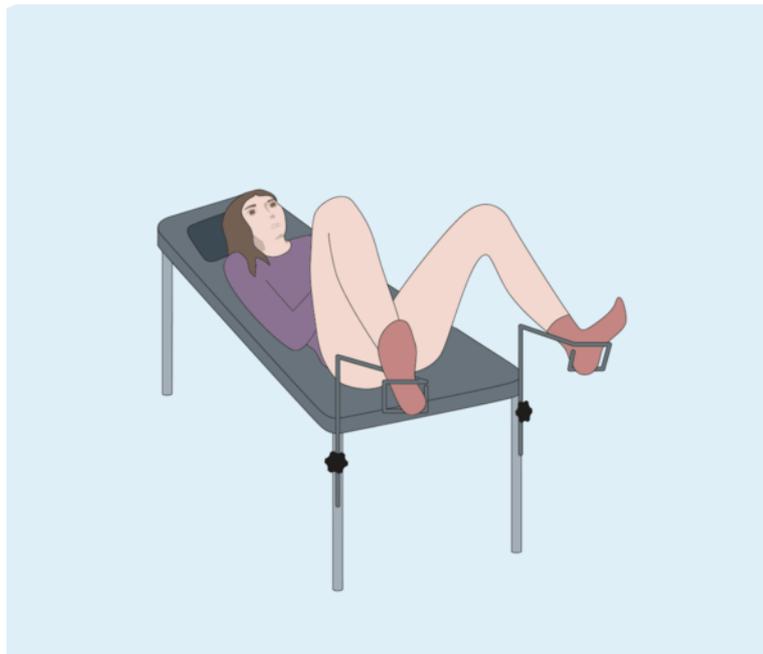


TOUCHER VAGINAL LA FEMME DEBOUT (11)

De nos jours, l'examen gynécologique enseigné dans les facultés de médecine de France est bien codifié et passe par 4 étapes (12):

- L'examen abdominal : inspection puis palpation
- L'examen périnéal : en position gynécologique, d'abord au repos puis éventuellement lors des efforts de poussée.
- L'examen pelvien : il commence par l'examen au spéculum ensuite par le toucher vaginal (encore appelé *la palpation bi-manuelle* : 1 ou 2 doigts en intra-vaginal et l'autre main palpe la paroi abdominale).
- Le toucher rectal n'est pas systématique.

Il faut noter que la position gynécologique enseignée en France est le décubitus dorsal, genoux fléchis, les pieds dans les étriers (12).



POSITION POUR L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ILLUSTRÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE (13)

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), « deux situations vont amener la patiente à « subir » un examen gynécologique :

- *La patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit donc d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique, s'adressant à une patiente présentant une pathologie ;*
- *La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen systématique, il s'agit alors d'une démarche de dépistage, s'adressant à une patiente ne présentant pas, a priori, de pathologie » (12).*

Pour la femme asymptomatique, le CNGOF recommande d'avoir un examen pelvien tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle (12). Son homologue nord-américain American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) propose le même rythme à partir de 21 ans, tout en reconnaissant l'absence de preuve de cette recommandation (14). Lors de l'examen, le médecin s'efforce à dépister une infection à Chlamydia ou Gonocoque, évaluer le tractus génital avant l'initiation de la contraception, dépister un cancer du col et un cancer ovarien (15).

Cependant, le caractère systématique de cet examen est remis en cause ces dernières années notamment aux Etats-Unis (15–18). D'un point de vue biomédicale, cette nouvelle attitude s'explique par de nombreuses raisons :

- Avec l'apparition des tests d'amplification des acides nucléiques (NAATs), l'auto-prélèvement (urinaire ou vaginal) peut remplacer le prélèvement du praticien dans le dépistage du Chlamydiae et du Gonocoque (19,20). De plus, cette méthode serait mieux tolérée par les patientes (21).
- L'examen pelvien n'affecte pas la décision d'initier ou non une contraception hormonale systémique (implant ou pilule contraceptive) (22).
- Les essais cliniques n'ont pas mis en évidence d'amélioration du dépistage précoce du cancer ovarien lors de l'examen gynécologique systématique (23,24).

- Quant aux autres anomalies décelées, le retard diagnostique chez la femme asymptomatique n'entraîne pas de préjudice à long terme (25).

Parallèlement à ces nouvelles données, l'expérience et le vécu des femmes sont l'objet de plus de recherche. Considéré pour la plupart comme nécessaire, l'examen pelvien est souvent redouté, vécu comme inconfortable (26). Il peut alors constituer un obstacle à leur suivi (27,28).

Par conséquent, plusieurs auteurs souhaitent la suppression de l'examen pelvien systématique lors du suivi de la femme (17,29). Cela libérerait du temps et des ressources qui serviront à d'autres tâches plus productives : médecine préventive, conseils aux femmes (29). Imposer l'examen gynécologique dans ce cas augmenterait le coût sans le moindre bénéfice en échange. D'autres proposent une décision partagée avec la femme, en recueillant ses attentes et lui expliquant la balance bénéfique/risque (17).

À l'opposé, lorsque la femme consulte pour une plainte somatique, l'examen gynécologique devient indispensable dans la démarche diagnostique. L'examen pelvien au spéculum garde encore son rôle indéniable lors du dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). En France, le frottis réalisé par des professionnels formés reste pour le moment la seule méthode de dépistage validée (30,31). La Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît tout de même que la recherche de l'ADN des Papilloma Virus (HPV) oncogènes représente une voie d'avenir. La performance de cette technique dans le dépistage est suggérée dans de récentes publications (32,33). Toutefois, son efficacité à long terme sur la prévention et la morbi-mortalité des cancers invasifs reste à démontrer.

L'examen cytologique par FCU a fait sa preuve en terme d'efficacité préventive. On peut lui attribuer, sous réserve d'autres facteurs confondants, une baisse importante de l'incidence du cancer du col et de sa mortalité (34). Pourtant, son taux de couverture en France reste toujours à améliorer. Il serait à 72% sur 3 ans selon les derniers chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (35) (inférieur à l'objectif fixé de 80%). L'enquête par auto-questionnaire comporte également des biais qui contribuent à « *une surestimation du taux de couverture* ». En outre, ce chiffre ne prend pas compte des non-réponses qui touchent « *les personnes les plus précaires et les personnes gravement malades, deux populations qui se font généralement peu dépister* » (35). Selon le CNGOF, ce taux se situerait plutôt aux alentours de 60% de la population des femmes entre 25 et 65 ans (36).

D'autres travaux qualitatifs viennent compléter en profondeur l'analyse des obstacles au suivi gynécologique. Gambiez-Joumard et Vallé ont mené des entretiens individuels durant lesquels elles explorent les difficultés ressenties par les femmes. D'un côté, leur travail identifie les freins habituels liés à la maladie dépistée (cancer) : « *la peur d'un mauvais résultat, la carence d'information, la croyance rassurante basée sur l'absence de symptômes ressentis* » (37). De l'autre, nous trouvons un frein spécifique au dépistage du cancer du col: le vécu négatif de l'examen pelvien. « *Une partie des femmes exprimait une angoisse relative au FCU. Si la douleur était parfois évoquée, c'était surtout la gêne et la pudeur qui semblaient en être responsable : gêne pour aborder le sujet avec le médecin, et aussi suscité par la nudité, le vieillissement du corps, la position pour l'examen et l'idée d'intrusion* » (37). Citons un autre travail qui s'intéresse cette fois-ci à la population des femmes défavorisées : pour celles qui considèrent le frottis comme une contrainte, l'anxiété causée par l'examen est aussi une raison non négligeable (38).

2. Une intrusion de l'intimité.



Fig. 1. The pelvic examination is, in Sweden, performed with the patient in the dorsal position on an examination chair.

IMAGE D'ILLUSTRATION DE LA TABLE GYNÉCOLOGIQUE EN SUÈDE (1)

De nombreuses recherches sur le ressenti des femmes ont été menées dans les pays scandinaves. En 1998, l'équipe de Wijma explore les attitudes et expériences des Suédoises à l'égard de l'examen pelvien. Elle constate en premier lieu une attitude généralement positive envers l'examen chez les interviewées. Le fait que la société suédoise soit sensibilisée à la médecine préventive pourrait avoir influencé les réponses : *« les bonnes manières veulent qu'une femme devrait s'assurer que tout va bien pour sa santé physique »** (1). Mais cette attitude est aussi observée dans d'autres pays, retrouvée dans les couches de condition socio-économique modeste. Selon Joseph et collaborateurs, 80% des femmes bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) ou de l'aide médicale de l'état (AME) adhèrent à la démarche de prévention (38). Ces données encouragent des actions de sensibilisation à la prévention menées en santé publique.

* « Good manners imply that a woman should be eager to confirm that all is well with her bodily health »

Comprendre l'intérêt de l'examen pelvien ne le rend pas moins désagréable pour autant. L'expérience vécue des mêmes femmes se révèle plutôt négative, surtout quand on leur demande de donner un score de confort à chaque étape de l'examen. Sur une échelle de 0 (détestable) à 100 (très bon), les notes obtenues dépassent rarement 50. Oscarsson et Benzein, en interviewant des femmes à la sortie d'une consultation, expliquent ce résultat par « *le sentiment d'être exposée* »[†]. « *Le sentiment d'être exposée* » est avant tout lié à la nudité (2).

Les mêmes qualificatifs sont utilisés par les Norvégiennes dans l'étude de Larsen (3): se sentir « *faible et dénudée* » (*small and naked*) avec une impression de perte de dignité également. À plusieurs reprises, les termes de « *privacy* » ou « *intimacy* » sont évoqués dans les témoignages pour décrire la situation particulière. L'équivalent en français serait la notion d'« *intimité* ».

« *L'intime est au cœur de la consultation gynécologique* » (39), souligne Laurence Guyard. À l'époque (2008), les propos recueillis par cette sociologue en Ile de France concordent avec le discours des femmes de l'Europe du Nord : « *il faut avouer que cela n'a rien d'agréable* », « *si je pouvais me passer de cet examen, ce serait bien* » (40).

Sur cette question, la littérature médicale francophone est en retard. Avant 2008, aucun article étudiant le regard des femmes envers l'examen gynécologique n'a été trouvé. Les premiers travaux sont des thèses d'exercice. La méthode de recherche est le plus souvent qualitative, mieux adaptée à l'exploration des vécus.

[†] « *The experience of being exposed* »

Le travail de Julie Jouenne nous dévoile ce que pensent des femmes françaises de cet examen. La particularité de l'étude réside aussi dans le fait que les participantes font partie de celles qui sont peu dépistées. Même si leurs représentations de la consultation sont différentes, elles partagent toutes les mêmes vécus. À l'instar des Norvégiennes ou Suédoises, le sentiment de gêne, d'inconfort lié à la nudité prédomine. De nouveau, l'intrusion de l'intimité explique les réticences. La position classique (pieds dans les étriers) semble majorer l'inconfort. Elle est vécue comme désagréable voire « *dégradant* » (41).

Il est intéressant de constater que cette intimité peut être un motif qui pousse certaines femmes à préférer d'autres spécialistes (gynécologue, sage femme) à son médecin traitant habituel. Ce dernier est considéré comme le médecin de famille : « *il examine mon mari, il examine mon fils. Le médecin de famille, c'est pas mon médecin* » (41). Ce témoignage révèle la volonté de cloisonner sa propre sphère intime et féminine du reste de la sphère familiale, de garder pour soi cette partie privée que représente la consultation gynécologique. La même raison est avancée quand certaines femmes estiment que la relation de longue date avec son médecin traitant est « *trop familière* » pour aborder des problèmes gynécologiques (41).

Ce constat nous incite à réfléchir sur l'intimité dans le cadre d'une relation médecin/patiente. Dans la consultation gynécologique, cette relation a ses propres spécificités. Elle demande une attention particulière de la part du médecin quand l'intimité de la patiente est exposée. Laurence Guyard appelle alors cette compétence : « *la gestion de l'intime* » (39).

L'attention doit être doublée lors du premier examen. Plusieurs études soulignent l'importance de la première rencontre, la comparant à un rite initiatique (4,5). De plus, l'anxiété est omniprésente avant la première consultation (42). La source de cette tension proviendrait de la particularité de la transition de l'adolescente à la femme adulte. Les jeunes femmes appréhendent les modifications de leur corps et leur sexualisation. Elles rencontrent des difficultés d'éloigner de leur esprit toute connotation sexuelle. « *Le respect de l'intimité et de la pudeur de la jeune femme par le médecin devient un point stratégique dans le vécu de l'examen, permettant de diminuer cet aspect de sexualisation tant redouté* » (5).

Dans une moindre mesure, l'inconfort touche aussi les femmes en pré-ménopause ou ménopause. Selon une enquête auprès des femmes de 50 à 65 ans, avec la peur des résultats et la négligence, la notion de pudeur et le ressenti désagréable sont cités à plusieurs reprises par les interviewées (43).

Parallèlement, d'autres facteurs peuvent influencer le ressenti de l'examen gynécologique (44). Nous pouvons les appeler : les facteurs humains (liés au soignant et à la patiente).

Après l'âge, le mauvais contact relationnel avec le médecin est le deuxième facteur fortement influent. Un antécédent de problème psychologique (anxiété, dépression, insomnie), une insatisfaction sexuelle sont également retenus comme facteur aggravant (44).

L'influence du genre a été souvent suggérée. Pour les femmes interviewées par Kielar et Moreau, une médecin-femme est « *plus apte à l'empathie puisqu'elle est censée vivre et connaître les mêmes événements, les mêmes sensations* » (5). La différence de style de

communication est également en jeu (45). Les praticiennes utilisent davantage la communication « *centrée-patient* »: le contact visuel est privilégié, moins de questions biomédicales pour accorder plus de paroles libres à la patiente.

Enfin, les antécédents d'abus sexuel sont souvent mentionnés notamment lorsque l'examen est vécu de manière particulièrement douloureuse voire impossible (46,47).

Par conséquent, pour tout médecin pouvant être amené à pratiquer la gynécologie, ces particularités de l'examen pelvien doivent être anticipées. En effet, une communication de qualité contribue à établir la relation de confiance que recherchent avant tout les patientes. Une attitude compréhensive atténuerait l'anxiété. Les explications données au fur et à mesure des étapes permettent à la patiente de se préparer mentalement. Accepter les réticences, prendre son temps pour expliquer et rester ouvert aux différentes interrogations améliorent le vécu. À l'inverse, un médecin pressé travaillant à la chaîne, un examen expéditif aggravent le ressenti douloureux.

Cependant, ces facteurs humains semblent dominer la majorité des travaux de recherche.

Qu'en est-il du facteur Environnement lié au cabinet de consultation ?

B. QUEL EST L'IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT DU CABINET MÉDICAL ?

1. Un impact encore peu exploré, probablement sous-estimé

Concernant l'influence du cabinet médical, deux thèses d'exercice de médecine (6,7) nous permettent de faire deux remarques :

- Les témoignages des patients mettent en lumière un paradoxe. D'un côté, la plupart d'entre eux disent ne pas être influencés par l'environnement, du moment que la personnalité du médecin est appréciée et la relation de soins inspire

confiance. Beaucoup ont été hésitants à donner leurs opinions. De l'autre, les entretiens ont été fructueux et les avis utiles, remarque l'auteure (7).

- Les résultats de Trichard-Lavergne complètent un autre travail réalisé 2 ans plus tôt par Sophie Deprez. Cette fois ci, les préférences des praticiens ont été recherchées. La confrontation des attentes nous apprend que l'ordre des priorités est différent selon que l'on est patient ou médecin. L'analyse détaillée note aussi des discordances dans les améliorations à entreprendre pour le cabinet médical (6).

C'est pourquoi, pour améliorer le confort des patients, recueillir leurs avis est essentiel. En tant que soignants, nous sommes limités par notre propre position qui par là même, rend nos suppositions sur le besoin des patients insuffisantes voire erronées.

2. Des besoins spécifiques au cours de la consultation gynécologique

En 2002, Oscarsson et Benzein, à partir des analyses d'entretiens, évoquent l'expérience d'un milieu réconfortant (*comforting environment*) chez les femmes interviewées qui s'accordent toutes sur l'importance de ce facteur. Les auteures font appel au concept de « *homelike* » pour décrire l'expérience (2). Autrement dit, les femmes ont besoin de se sentir « *comme à la maison* », dans un milieu familier car de cette atmosphère découle le sentiment d'avoir la maîtrise de la situation.

Les témoignages et observations recueillis par Laurence Guyard vont dans le même sens. Nous y apprenons par exemple qu'une séparation distincte entre le bureau et la salle d'examen est particulièrement appréciée. De plus, dans certains cabinets où il n'existe pas d'espace réservé au déshabillage, cette étape de transition (entre l'entretien et l'examen proprement dit) entraîne « *très souvent des malentendus ainsi qu'une gêne importante pour les protagonistes* » (40). L'auteure note aussi qu'à l'inverse des autres

vêtements retirés et posés sans difficultés, la culotte pose problème lié à sa place lors du déshabillage : « *certaines femmes, après avoir jeté des regards furtifs alentour à la recherche vaine de l'endroit idéal, hésitent entre la déposer sur la pile de vêtements en s'assurant qu'elle ne pourra pas en tomber, ou la garder à la main* » (39). La position dite gynécologique imposée par la table d'examen munie des étriers est brièvement évoquée en terme de gêne. Du point de vue quantitatif, son confort est noté en dessous de la moyenne sur une échelle allant de 0 (inconfortable) à 100 (confortable) par plus de 50% des Suédoises dans l'étude de Wijma (1). Cette réalité a incité de nombreux praticiens à proposer un examen gynécologique *sans les étriers*. L'équipe de Seehusen publie en 2006 le résultat d'un essai clinique randomisé comparant deux méthodes : *sans et avec les étriers* (48). Alors qu'il démontre une nette réduction de l'inconfort physique et du sentiment de vulnérabilité grâce à la méthode *sans étriers*, son efficacité pour le dépistage du cancer du col est contestée. Certains auteurs nord-américains reprochent à l'étude un design inadapté (nécessité d'un essai de non-infériorité pour étudier la qualité du prélèvement cervical) (49,50). La faible représentativité de l'échantillon (composé exclusivement de militaires américaines) est aussi un frein majeur à la généralisation du résultat.



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

POSITION SUR LA TABLE D'EXAMEN SANS LES ÉTRIERS (48)

La table d'examen concentre d'autres commentaires dans le travail de Guyard. Elle observe que sa non conformité peut générer un malaise surtout si la femme ignore la

raison de ce changement du « *cadre* ». Ainsi, une patiente a interrompu son suivi au bout de 2 consultations en raison de la couleur « *inhabituelle* » de la table : « *il y a un truc qui m'a choqué chez elle, c'est que la table d'examen était en cuir rouge. C'est bizarre quand même, non ?* » (40). Une autre femme, qui a été examinée « *sur un sofa* », n'a pas voulu renouveler l'expérience chez le même gynécologue. La table d'examen représente donc un repère invariant du « *cadre spatial* » de la consultation. Tout comme le reste du mobilier médical (tabouret à roulette, lampe sur pied, armoire d'instruments), elle revêt une valeur symbolique forte (40) qui doit être prise en compte lors de l'aménagement de l'espace.

Laurence Guyard souligne également la dimension « *intime* » et « *chaleureuse* » souvent prêtée au cabinet libéral de ville. Cette dimension se rapproche probablement de l'expérience d'un « *milieu réconfortant* » ou « *homelike* » qu'évoquent Oscarsson et Benzein. Mais chez Guyard, elle renvoie aussi à la qualité de la relation de soins. Il est effectivement difficile de séparer la part de l'influence de l'environnement de celle des facteurs humains lors de la consultation gynécologique.

Cerner la place de l'environnement dans le ressenti des femmes se révèle donc très complexe, d'autant plus que le risque de la sous-estimer semble présent. Tout comme les patients de Trichard – Lavergne, les femmes disent privilégier la qualité relationnelle aux dépens de la décoration ou du mobilier (40). Pourtant, les exemples concernant la table d'examen démontrent qu'un changement de décor peut aussi entraîner une rupture de suivi.

IV. APPORT DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Cette mise au point du contexte soulève deux interrogations essentielles auxquelles nous tâcherons de répondre :

- Si l'intimité est au cœur de la consultation gynécologique, il convient donc de la définir dans la relation de soins.
- Le questionnement sur l'impact de l'environnement dépasse les connaissances biomédicales et explique en partie la rareté des publications. Elle mobilise un certain nombre de concepts de sciences humaines et sociales que nous définissons ci - dessous.

A. COMMENT DÉFINIR L'INTIMITÉ ?

L'exercice est aussi ardu que nécessaire. Ardu car l'intimité, ou plutôt ses frontières, sont hautement subjectives. Étudiée sous plusieurs angles, elle donne lieu à des interprétations différentes, au point que l'on parle de plusieurs formes d'intimités : intimité sexuelle, affective, corporelle etc. Nécessaire du fait de sa place centrale dans la confiance instaurée par la relation de soins, son respect fait partie des préceptes éthiques et déontologiques évoquées dans le Serment d'Hippocrate : « *Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers...* »

L'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas de Calais reprend une définition de l'intimité de Pelletier en raison de son caractère « *généraliste* » (51) : « *un territoire que chacun de nous tente de garder, afin de préserver son identité propre. Lorsque l'on permet à l'autre de traverser ce territoire, on accepte de baisser les barrières, de se dévoiler à l'autre* » (52).

Plus concrètement, Lemoine propose 3 concepts constituant l'intimité. Ils ont le mérite d'éclairer ses dimensions au cours de la consultation médicale. Ils nous semblent adaptés au sujet de notre étude (53):

- « *L'intimité corporelle* » que l'auteur compare à « un certain « halo » immatériel qui enveloppe le corps et interdit tout contact de toute nature ». «...C'est à chacun qu'il revient souverainement de définir la sphère de son intimité corporelle ». L'intrusion dans cette intimité « se présente donc sous la forme d'un contact, visuel, tactile ou autre, établi de force ou à l'insu de celui qui en est victime ».

- « *L'intimité de la vie privée* regroupe l'ensemble des informations formulées ou énoncées qui définissent cette partie qu'une personne souhaite cacher de son identité, incluant ce qui peut être connu de son corps, de sa vie passée ou présente, de ses relations etc.»

- « *L'intimité partagée* rassemble l'ensemble des contacts et des informations auquel on laisse l'accès à un autre à l'exclusion du tiers. On souhaite ainsi la voir protéger par la confidentialité... » (53)

Si l'intimité « s'est révélée et développée dans la reconnaissance de la vie privée qui est née avec la pensée moderne » (51), les psychologues situent sa genèse dans le schéma familial : de « l'intimité primaire » de la petite enfance à « l'intimité personnelle ou secondaire » correspondant à l'acquisition de l'identité (54). En découlent alors des implications importantes. L'intimité est variable d'un individu à un autre car chacun possède sa propre histoire familiale. Elle « n'est pas la même dans tous les milieux sociaux » (51). Le travail de Schwartz dans le Bassin minier du Nord des années 80 montrait une société « encore très fortement structurée par la famille, la forte fidélité au réseau de parenté telle une intimité élargie, notamment dans la relation élective à la mère » (51).

Pour Jacques Ricot, l'intime renvoie au « *for intérieur* » de chacun, mystérieux et impénétrable (55).

B. L'ENVIRONNEMENT SPATIAL DANS LES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

1. La théorie proxémique de Hall

La place de l'environnement dans notre vie quotidienne est l'objet d'étude de nombreuses disciplines : de la philosophie à l'architecture, en passant par la sociologie, la psychologie et l'anthropologie sociale. Ces deux dernières disciplines possèdent un champ d'analyse qui correspond le plus souvent à la dimension de l'espace entourant la relation de soins. C'est à dire une dimension « humaine », dans les limites que représente le cabinet médical. Cette dimension que l'anthropologue américain Edward T. Hall appelle « *la proxémie* », permet les échanges entre deux personnes ou entre une personne et un groupe. Selon Hall, l'étude menée auprès de la classe moyenne de la côte nord-est américaine définit « *quatre distances proxémiques* » (56) :

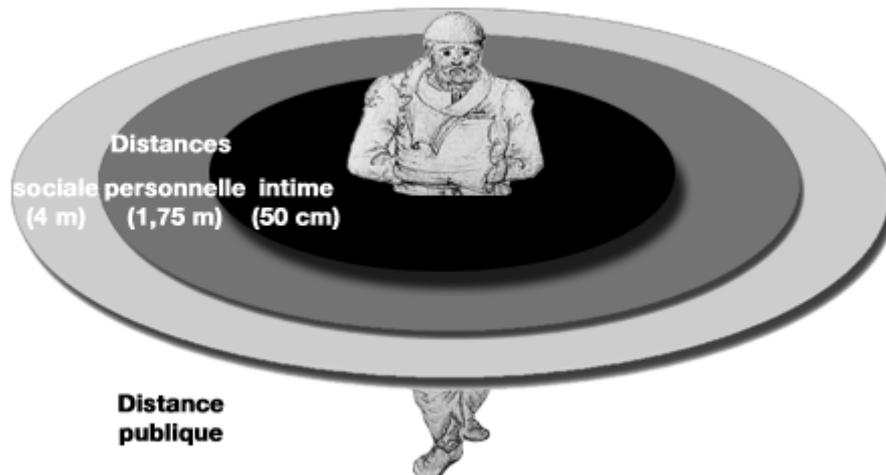


ILLUSTRATION DE LA THÉORIE PROXÉMIQUE DE HALL (57)

- « *Distance intime : À cette distance particulière, la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système perceptif... Cette distance est celle de l'acte sexuel et de la lutte, celle à laquelle on réconforte et on protège... distance : de 15 à 40 centimètres... »*

- « *Distance personnelle :...On peut l'imaginer sous la forme d'une petite sphère protectrice, ou bulle, qu'un organisme créerait autour de lui pour s'isoler des autres* ». Hall distingue alors pour cette distance deux modes : le mode proche de 45 à 75cm et le mode lointain de 75 à 125 cm.
- Distance sociale dont la frontière avec la distance personnelle, « *marque, selon les mots d'un de nos sujets, « la limite du pouvoir sur autrui* » ». Allant de 1,2m à 3,6m, cette distance permet les échanges sociaux entre deux personnes.
- Distance publique est « *située hors du cercle où l'individu est directement concerné* ». C'est à cette distance que les personnalités publiques s'adressent à la foule (au delà de 3,6m).

Rappelons que ces valeurs issues d'un échantillon de la classe moyenne américaine, n'ont pas vocation à être universel. La distance intime varie aussi selon les cultures et civilisations, souligne Hall.

2. La dimension anthropologique de l'espace

L'anthropologie de l'espace est une discipline relativement récente. Ses premières ébauches sont nées de la rencontre des sciences humaines et sociales avec l'architecture dans la seconde moitié du XXème siècle. Son émergence résulte du besoin d'un bon nombre de chercheurs de sortir du concept fonctionnaliste et rationaliste du Modernisme.

« *L'espace habité est évidemment une construction sociale* » (58), affirme Marion Segaud dès la première ligne de son ouvrage. Engagée dans une démarche compréhensive, l'auteure démontre au fil des pages l'idée selon laquelle « *l'espace a une dimension anthropologique* ». Autrement dit, notre façon de penser l'espace et de le concevoir est fortement influencée par « *les facteurs culturels et sociétaux* ». Ainsi, l'anthropologie de l'espace cherche à « *remettre en scène l'utilisateur* » qui est considéré « *non pas comme un*

usager métaphysique mais un habitant concret, présent, actif ». De cette manière, elle facilite le retour vers une « *dimension locale* » de l'espace, à l'opposé de l'ambition internationalisante de l'architecture moderne.

Il paraît alors évident que la considération du « *facteur culturel* » est inévitable. Cela amène les anthropologues à parler de « *type culturel* » qui « *résulte d'une compétence des utilisateurs qui organisent leur espace selon leurs modèles culturels et leurs représentations mentales* » (58). Nous comprenons aisément pourquoi Segaud parle de pratiques « *d'habiter française, japonaise, maghrébine...* ».

« *La dimension anthropologique de l'espace* » nécessite l'analyse d'un autre facteur : *le rapport de l'usager à la société*. Au delà de son statut social, sa façon de s'approprier l'espace nous renseigne aussi sur les tensions existantes entre socialisation et individualisation de la société en question. « *L'espace dit quelque chose sur la société, le groupe ou l'individu qui l'occupe : il indique un état des relations sociales* » (58).

Enfin, l'espace possède *une valeur symbolique*. Cet aspect est facilement perceptible dans les lieux sacrés ou de pouvoir où la symbolique est matérialisée par des « *dispositifs de délimitation et de passages* ». C'est typiquement le cas des statues, des drapeaux dont le rôle est uniquement représentatif des lieux. En dehors de ces lieux, l'espace n'est pas dénué de symbolique mais celle-ci s'incorpore aux objets ordinaires du quotidien, souvent d'une manière insoupçonnée. C'est le cas de la table d'examen citée plus haut, que Laurence Guyard désigne comme un « *repère invariant* » de l'espace gynécologique (40). Notons aussi que l'entrée dans un espace ne demande pas toujours d'être matérialisée. Dans ce cas, « *les dispositifs de délimitation* » sont tout simplement remplacés par des pratiques gestuelles et langagières.

Il nous paraît alors intéressant de nous arrêter sur la table d'examen gynécologique japonaise (naishin-dai). L'analyse qui suit est assez représentative des concepts exposés par Segaud, appliqués à l'espace de soins gynécologiques. Elle nous servira également de point de comparaison pour la discussion de nos résultats.

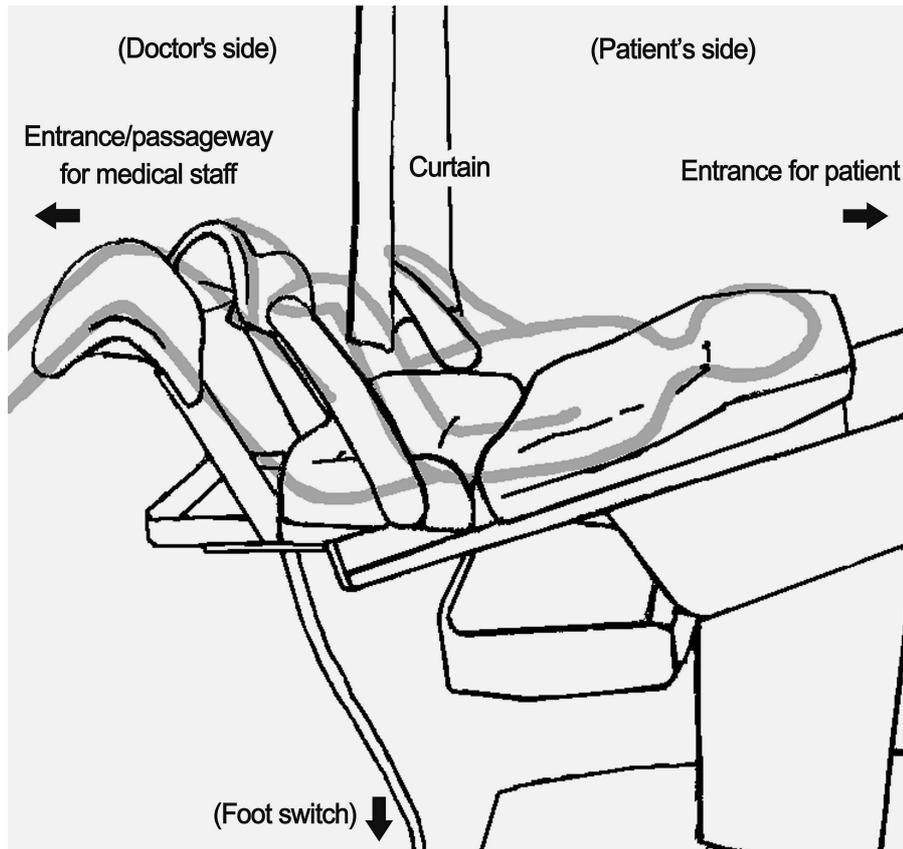


Fig. 1 An example of a typical gynecological examination arrangement in Japan (by Kyoko Mimura)

ILLUSTRATION DE LA TABLE GYÉNCOLOGIQUE JAPONAISE (59)

Au Japon, l'examen gynéco-obstétrique est conduit sur une table d'examen spécifique appelé naishin-dai. Littéralement, Naishin 内診 signifie « Examen interne » et dai 台 « table ». Deux grandes spécificités du naishin-dai différencient la table japonaise de ses homologues occidentales : son équipement en technologie de pointe et la présence d'un rideau suspendu au milieu. En effet, les dernières versions du naishin-dai offrent un large éventail de fonctions automatiques. Elles aident au positionnement de la patiente, une fois celle-ci y est installée : déplacement de la table du lieu de déshabillage vers la position du

médecin, changement de hauteur du siège, inclinaison du dossier, ouverture des jambes...La table contribue donc à accroître le confort de travail. Elle économise les efforts demandés aux patientes lors de l'examen. Le slogan publicitaire est sans équivoque : «*Tout ce que la patiente doit faire est de s'asseoir* »[‡](59). Quant à l'utilisation du rideau, selon la croyance la plus répandue, il réduirait le sentiment d'embarras que peut ressentir la patiente lors du contact visuel avec le médecin (60,61). Mais en réalité, l'origine de ces spécificités s'avère plus complexe.

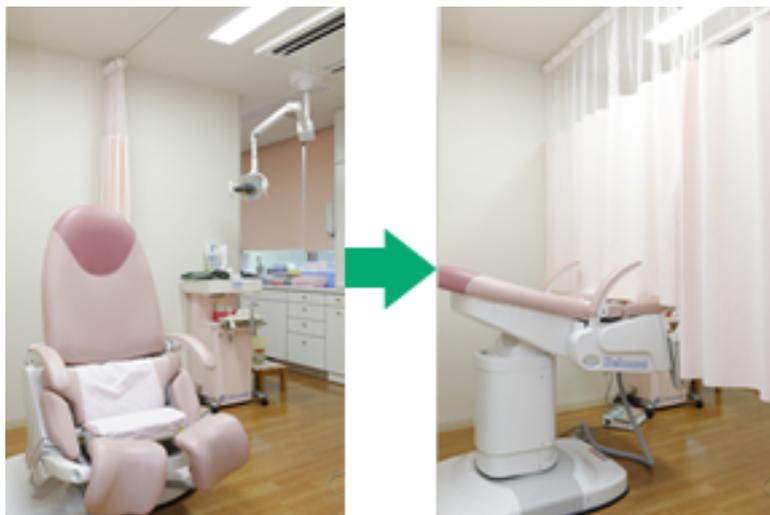
En 2014, une équipe dirigée par Kyoko Mimura s'est penchée sur le contexte socio-culturel du naishin-dai, partant du constat d'échec de son développement en dehors de l'Asie de l'Est. Leur conclusion, basée sur la théorie de genderscript, se décline en 4 points (59) :

- Au Japon, la majorité des médecins ne conçoivent l'examen de la femme qu'en position gynécologique de décubitus dorsal avec jambes écartées. Cette position inévitable est justifiée par des contraintes techniques en terme d'exploration et de traitement. Conjointement, le naishin-dai, en se complexifiant pour faciliter n'importe quelle procédure médicale, ne laisse aucune place aux pratiques alternatives. Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres pays comme l'Angleterre où l'examineur change de tables selon les procédures envisagées, remarquent les auteurs.
- La consultation médicale dont l'attente en début d'examen peut être source d'inconfort. Une fois la patiente installée, l'attente peut dépasser 5 minutes, d'après certaines études locales. La pratique courante veut que la patiente attende l'arrivée du médecin, en position gynécologique jambes écartées, pour commencer l'examen. Le naishin-dai donne alors la possibilité de réduire l'inconfort grâce à une

[‡] « *All patients need to do is sit* »

fonction d'ouverture automatique des jambes. À son arrivé, le médecin n'a qu'à appuyer sur le bouton pour activer cette fonction. Mais il ne réduit pas pour autant l'attente en elle-même. Pour les auteurs, il s'agit là d'une spécificité japonaise de la relation médecin/patiente. Tandis que dans la pratique occidentale, le médecin attend que la patiente se déshabille ou l'aide activement à s'installer sur la table. De ce fait, la relation médecin-patiente en Occident est perçue comme plus « *coopérative* » (59).

- Une telle coopération médecin/patiente dans un espace commun est de toute façon impossible au Japon car l'espace est habituellement divisé en deux parties complètement distinctes dont la séparation est marquée par un grand rideau suspendu au milieu de la table (cf. photo d'illustration). Chaque partie possède sa propre porte d'entrée et de sortie, de sorte que les circulations des patientes et du personnel médical ne se croisent jamais. L'utilité du grand rideau ne se limite donc pas à prévenir des contacts visuels. Il fait partie intégrante de cet aménagement particulier de l'environnement gynécologique.



ESPACE GYNÉCOLOGIQUE DE LA CLINIQUE NAGATO (62)



ESPACE GYNÉCOLOGIQUE DE LA CLINIQUE KOMEDA LADIES (63)

- Le système de santé japonais est axé sur l'efficacité du médecin dont le nombre de patients examinés affecte directement la rentabilité de l'établissement. Dès lors, on considère que le déshabillage et la préparation de la patiente ne font pas partie du temps « médical ». L'objectif est de réduire ce temps par des moyens mécaniques offerts par le naishin-dai. À cela s'ajoute, selon des personnes interviewées, la croyance selon laquelle se déshabiller, exposer ses parties intimes représentent un acte particulièrement embarrassant pour les Japonaises et les femmes asiatiques en général. Elles prendraient alors plus de temps pour se préparer. De manière indirecte, l'organisation du système de soins légitime le postulat selon lequel le médecin ne doit pas attendre la patiente.
- Les stéréotypes de la femme-patiente en Asie de l'Est : À travers l'observation du naishin-dai, les auteurs relèvent au fur et à mesure les stéréotypes de la femme-patiente véhiculés dans la société japonaise. Plus pudique que la femme occidentale, elle serait plus facilement embarrassée au cours de l'examen gynécologique. Ces stéréotypes expliquent en partie l'agencement de l'espace gynécologique japonais, la présence du rideau. Le naishin-dai – concentré de

technologies, typiquement coloré en rose, représente la solution de compromis entre les exigences de la culture traditionnelle et la pratique médicale occidentale. Mais comme la division de l'espace et le rideau, il contribue à imposer les stéréotypes sur la femme japonaise et à pérenniser la hiérarchie dans la relation de soins, comme soulignent à juste titre les auteurs de l'article.

L'exemple du naishin-dai est une parfaite démonstration de la dimension anthropologique de l'espace de soins. La séparation spatiale symbolisée par le grand rideau est imprégnée de croyances culturelles. Le naishin-dai nous renseigne non seulement sur la relation de soins mais aussi sur la place dont la société japonaise accorde à chaque acteur de cette relation, médecin ou patiente. Il nous révèle la politique de santé menée par le pouvoir public pour qui l'objectif n'est pas uniquement sanitaire mais aussi économique.

3. L'espace personnel en psychologie

La psychologie de l'espace (encore appelée Psychologie de l'environnement) commence à émerger dans la période d'après-guerre (1950). En France, les travaux de Moles et Rhomer ou plus récents de Fisher et Moser exposent les premières bases théoriques.

« La psychologie environnementale est l'étude des interrelations entre l'individu et son environnement physique et social, dans ses dimensions spatiales et temporelles » (64).

En d'autres termes, l'environnement influence notre humeur, notre comportement, notre santé physique et mentale. À l'inverse, nous agissons sur l'environnement par le biais de nos comportements. C'est ce que l'on appelle *une dynamique relationnelle* de l'espace.

Dans le cadre spatial délimité par les murs du cabinet médical, un concept fondamental nous paraît utile à détailler. Il s'agit de *« l'espace personnel »*. À l'image de la théorie

proxémique, il est aussi évoqué par Ricot pour apporter un autre éclairage sur la notion de l'intimité (55).

« *L'espace personnel* » ne se limite pas au corps mais désigne, selon Fischer « *une sorte d'enveloppe psychique* » (65). Il est formé de relations que peut avoir l'individu avec son environnement immédiat. Moles et Rhomer (66) parlent alors de « *coquilles subjectives* » dont les 2 premières couches « *le corps propre* » et « *le geste immédiat* » forment visiblement « *l'espace personnel* ». « *Le corps propre* » est limité au revêtement cutané. « *Le geste immédiat* » est une sphère d'extension du geste autonome. Il implique les actions ou objets accessibles par le geste sans besoin de déplacement général du corps. L'exemple typique est la zone de travail du dentiste où « *l'arbitraire y joue un rôle faible, la perception cognitive y est inhérente au geste...la main du dentiste saisira l'instrument avant de le voir* » (66).

Cette « *enveloppe psychique* » a une double fonction : Une fonction « *protectrice* » notamment en cas de « *forte densité* » et celle de « *la régulation de l'intimité* ». « *Les coquilles subjectives* » ont des caractères psychologiques propres. *L'emprise* de l'individu sur l'espace est maximale dans la sphère englobant « *le corps propre et le geste immédiat* » (66).

En France, les travaux de psychologie environnementale se concentrent sur le monde hospitalier. Ils accompagnent la construction de grands hôpitaux, accélérée par la réforme hospitalo-universitaire dirigée par Robert Debré en 1957-1958. Il faut toutefois admettre que les médecins n'ont pas attendu cet avènement pour suggérer le lien entre la santé du patient et son lieu de soins, à l'instar de Philippe Pinel, médecin psychiatre du XIX^{ème} siècle. Ce dernier affirmait en réponse à Couthon alors membre de la commune de Paris en visite à Bicêtre, à propos de ses patients : « *j'ai la conviction que ces aliénés ne sont*

intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté ». Le lendemain, Pinel décida de déchaîner une douzaine de ses « *patients aliénés* ». Le résultat fut immédiat : « *les malades furent heureux de recouvrer leur liberté de mouvement...* » (67).

Les constructions prenant en compte le bien être des patients ne sont pas rares. À notre époque, citons l'exemple des « Maggie's Center ». Son concept est né des expériences de l'écrivaine Margaret Keswick Jenks (Maggie) atteinte d'un cancer en phase terminale. De ses deux années de soins, l'écrivaine fut une constat précieux : « *si l'architecture peut démoraliser les patients et contribuer à l'énervement extrême et mental, elle pourrait à l'inverse avoir une vertu réparatrice* » (68). Vertu réparatrice que Charles Jencks, historien-architecte et mari de Maggie, appelle « *l'effet placebo de l'architecture* » (68).

Dans ces Maggie's Centers qui accueillent les malades atteints de cancers, l'idée est « *d'associer un lieu de soins à un lieu de vie* » (68). « *Chacun de ces centres intègre une cuisine ouverte où les patients peuvent se réunir pour une tasse de thé. Des terrasses prolongent des chambres vers l'extérieur. Un travail sur les vues en fonction des caractéristiques du paysage et des aménagements paysagers est aussi pensé à chaque fois* » (68). De cette façon, l'espace des Maggie's Centers fait naître chez chaque patient l'impression d'être à la maison. Il redonne le sentiment de contrôle aux soignés, comme témoigne une patiente du centre d'Edinburgh. « *...ça vous donne les outils pour prendre votre avenir en main, pour prendre le contrôle de votre vie* »[§] (69).

[§] « *...It gives you the tools to take your future forward, to take control of your life* »



CENTRE MAGGIE DE GLASGOW PAR L'ARCHITECTE REM KOOLHAAS (70)

Malheureusement, les travaux de la discipline sur les cabinets de médecine de ville sont quasi-inexistants. Gardons tout de même à l'esprit les facteurs ambiants les plus étudiés en psychologie environnementale. Ce sont : *le bruit, la lumière, la présence de la nature*. L'influence de chacun de ces facteurs sur l'état de santé des patients a été démontrée (71–74). Les caractéristiques architecturales d'un bâtiment jouent probablement un rôle thérapeutique mais elles dépassent le cadre de notre étude.

V. ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRES AUPRÈS DES FEMMES SUIVIES DANS DES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA VILLE DE LILLE.

A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- **L'objectif principal** :

Explorer l'impact de l'agencement du cabinet sur les expériences vécues des femmes au cours de la consultation gynécologique.

- **L'objectif secondaire** : Connaître les besoins des femmes en terme d'agencement du cabinet et de son mobilier lorsqu'elles passent un examen gynécologique en médecine générale.

B. MÉTHODOLOGIE

1. Type d'étude

Enquête d'opinion : étude descriptive, transversale, menée du 1^{er} mai au 30 juin 2017 dans la ville de Lille.

2. Élaboration du questionnaire

De manière schématique, l'élaboration du questionnaire s'est déroulée en 3 étapes. À chaque étape, des améliorations ont été apportées à la fois sur le fond et la forme afin de répondre non seulement aux objectifs fixés mais aussi aux critères exigés pour le questionnaire : clarté et cohérence des questions, formulation neutre, réduction du nombre d'items au strict nécessaire pour faciliter *la compliance* des enquêtées.

Première étape : L'ébauche des questions ainsi que le premier choix des items est née d'une réflexion personnelle du chercheur (à partir de ses propres expériences de remplaçant), complétée par des données de la littérature. Les avis de plusieurs médecins

(notamment de Docteure Marie-Jeanne MARTIN directrice de thèse) ont permis d'enrichir le questionnaire.

Deuxième étape : Il s'agit de tester le questionnaire sur les femmes-patientes en conditions réelles pour vérifier sa clarté, repérer les oublis éventuels et estimer le temps de remplissage. Le test s'est déroulé au centre d'Orthogénie de l'hôpital d'Armentières le 7/12/2016 au cours de la matinée. Sur 9 consultantes, 7 ont accepté de répondre de manière anonyme aux questionnaires distribués par le chercheur (qui se présente comme médecin généraliste). Le temps de remplissage varie de 3 à 7 minutes (en moyenne : 5 minutes). Parmi les répondantes, 5 ont pu donner leurs avis : aucune n'a éprouvé de difficultés de compréhension des questions posées. De plus, 2 items supplémentaires ont été proposés par les participantes : *séparation entre la partie examen et le bureau médical* (cité 2 fois) et *propreté/hygiène général du cabinet* (cité 1 fois). Nous avons repris la première proposition dans le questionnaire final (item 11). La deuxième n'a pas été incluse car nous avons voulu restreindre le champ d'exploration aux spécificités de la consultation gynécologique.

Troisième étape : Le questionnaire a pu bénéficier ensuite d'une relecture par Mme Bendahmane, architecte et doctorante à l'École Nationale d'Architecture et de Paysage (ENSAP) de Lille. Un double avis méthodologique (sollicité auprès du Centre d'Études et de Recherche en Informatique Médicale (CERIM) Lille 2 et de l'équipe de statistiques de l'ENSAP) préconise l'abandon de 3 items relatifs à la position de la patiente sur la table d'examen. En effet, ils ne concernent pas l'objectif principal et rallonge significativement le questionnaire.

Le questionnaire final comporte 23 items divisés en trois grandes parties (cf. ANNEXE) :

- La première recueille les caractéristiques sociodémographiques à des fins statistiques.

- La deuxième partie précise le suivi gynécologique de la femme. La question 6 : « *Avez-vous déjà eu un examen gynécologique dans un cabinet de médecin généraliste ?* » sert aussi à rattraper les éventuelles réponses incluses par erreur. Pour la fréquence du suivi, la période des 5 dernières années permet d'apprécier sa régularité (sur la base du dépistage recommandé du cancer du col : tous les 2 à 3 ans) (Question 8).
- Les items de la troisième partie répondent aux objectifs de l'étude. Au nombre de 14, la plupart sont des questions fermées. Elles « *permettent un recueil de réponses plus faciles et rapides* ». Elles « *simplifient grandement l'analyse des données et donnent un comparateur fiable* » (75). Le choix de l'échelle de Likert est justifié par les caractéristiques des variables à mesurer : qualitatifs, ils relèvent souvent de l'opinion de la répondante. Compte tenu du peu de données disponibles dans la littérature, nous avons laissé aux répondantes la possibilité de formuler d'autres propositions grâce aux cases « *autre commentaire* » ou « *autre suggestion* ».

Les questions ouvertes (10 et 22) apportent des précisions complémentaires. Elles facilitent aussi *l'adhésion* des répondantes à l'étude.

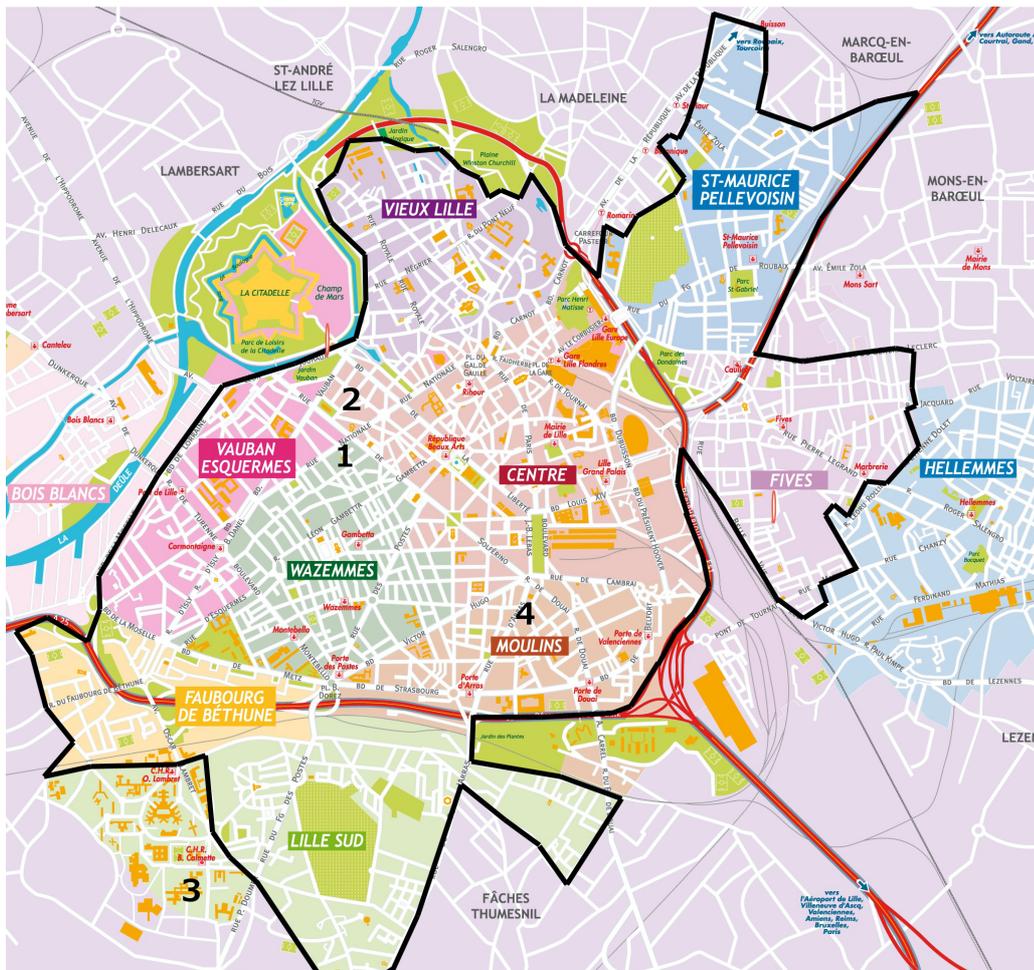
Les photos d'illustration ont été prises à la maison médicale Moulins avec l'autorisation des Docteur Messaadi et Docteure Martin. Ces tables d'examen sont les modèles les plus simples et les plus utilisés dans les cabinets de médecine générale d'après notre expérience.

3. Population étudiée et méthode d'échantillonnage

Population cible : les femmes ayant eu au moins une fois l'expérience de l'examen gynécologique dans un cabinet de médecine générale situé dans la ville de Lille.

Méthode d'échantillonnage :

En raison des moyens financiers et d'aide statistique limités, nous avons optés pour un échantillonnage non probabiliste (ou empirique). Au total, 14 médecins généralistes ont été sollicités pour la distribution des questionnaires à leurs patientes. Ces médecins sont répartis sur 2 maisons médicales, 1 cabinet de groupe et 1 cabinet individuel. Le choix des cabinets s'est fait essentiellement *au jugé* de l'enquêteur. L'idée était de sonder de différents quartiers de la ville pour limiter les biais dus à l'absence de randomisation. Il fallait en plus s'assurer que le médecin pratique l'examen gynécologique dans son exercice quotidien. Dans le cas contraire, l'effectif de l'échantillon obtenu serait fortement réduit.



Plan de la ville de Lille : Répartition géographique des cabinets (Illustration adaptée à partir de (76))

- 1 : Cabinet de Groupe Rue Nationale (4 médecins)
- 2 : Cabinet du Dr Arnaud BONTE (1 médecin)
- 3 : Maison de Santé Lille Sud (2 médecins)
- 4 : Maison Médicale Moulines (7 médecins)

La distribution et la collecte des données se sont déroulées en parallèle sur la même période s'étalant de mai à juin 2017 (2 mois). Le médecin distribue le questionnaire-papier à la fin de la consultation. La patiente le remplit de *manière anonyme* et le dépose dans une urne prévue à cet effet. Au cas où la patiente éprouverait des difficultés à lire le français, il a été demandé aux médecins de remplir avec elle et de cocher la case correspondante.

Les critères d'inclusion et de non inclusion sont :

- Critère d'inclusion : toute femme ayant eu au moins un examen gynécologique en médecine générale, consultant au cabinet quelque soit le motif de la consultation du jour.
- Critère de non inclusion : toute femme dont le suivi gynécologique se fait exclusivement avec un autre professionnel (gynécologue ou sage-femme). Les femmes ne parlant pas le français ne sont pas incluses dans l'étude.

La nature exploratoire de l'étude ne demande pas le calcul du nombre de sujets nécessaire. L'enquêteur s'efforce à recueillir un maximum de réponses pour augmenter la puissance statistique. Par conséquent, à partir d'une vingtaine de questionnaires remis à chaque médecin au départ, nous procédions à des relances régulières et leurs remettons de nouveaux exemplaires quand ceux-ci venaient à manquer. Au total, 329 questionnaires ont été distribués (pour 415 exemplaires remis aux médecins).

L'étude a fait l'objet une déclaration de recherche via la plateforme <https://vrb.sante.gouv.fr/vrb/>.

C. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1. TAUX DE RÉPONSE

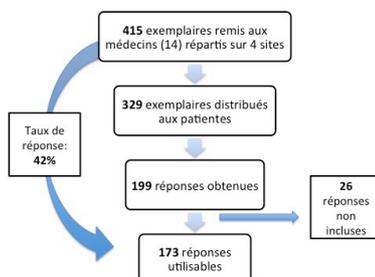
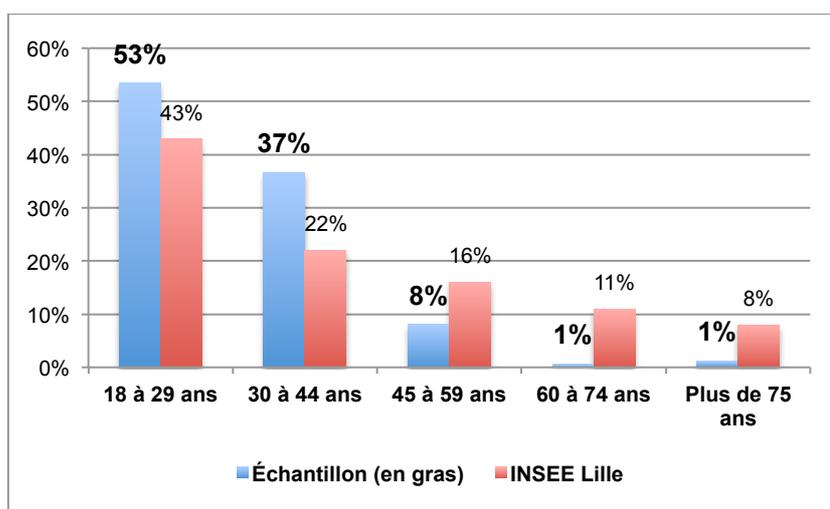


DIAGRAMME DE FLUX

Les 26 réponses non incluses correspondent aux femmes ayant répondu « non » à la question 6.

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION DE L'ÉTUDE

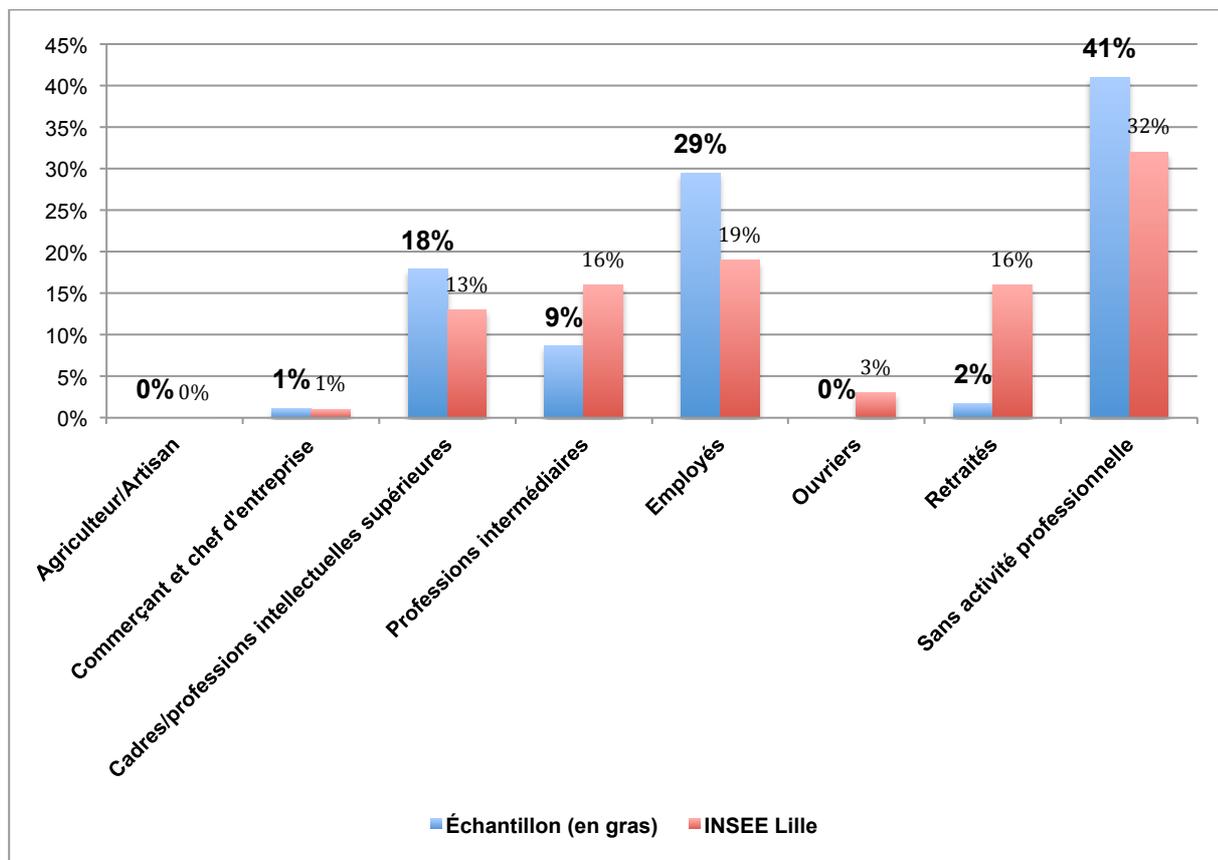
Une population jeune (Question 1)



RÉPARTITION SELON L'ÂGE COMPARÉE AUX DONNÉES DE L'INSEE

La première tranche d'âge de l'INSEE est de 15 à 29 ans. Pour notre étude, l'âge des femmes interrogées commence à 18 ans.

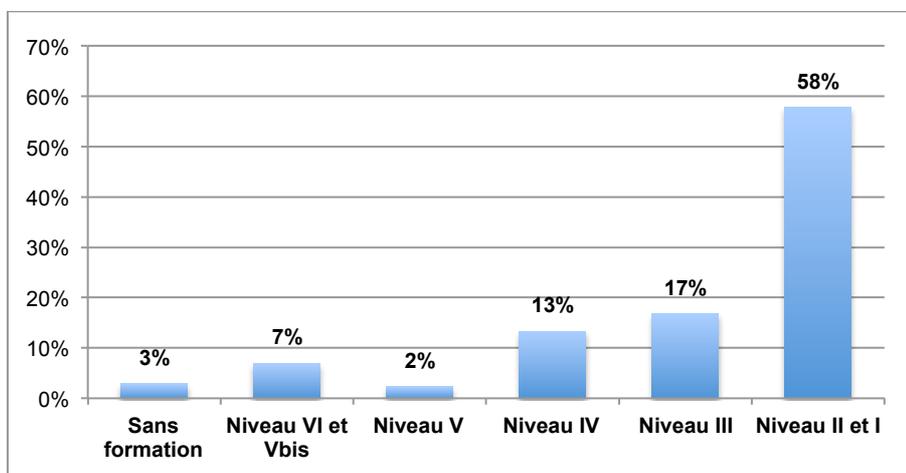
Une population majoritairement active (Question 2)



RÉPARTITION PAR CATÉGORIE PROFESSIONNELLE COMPARÉE AUX DONNÉES DE L'INSEE

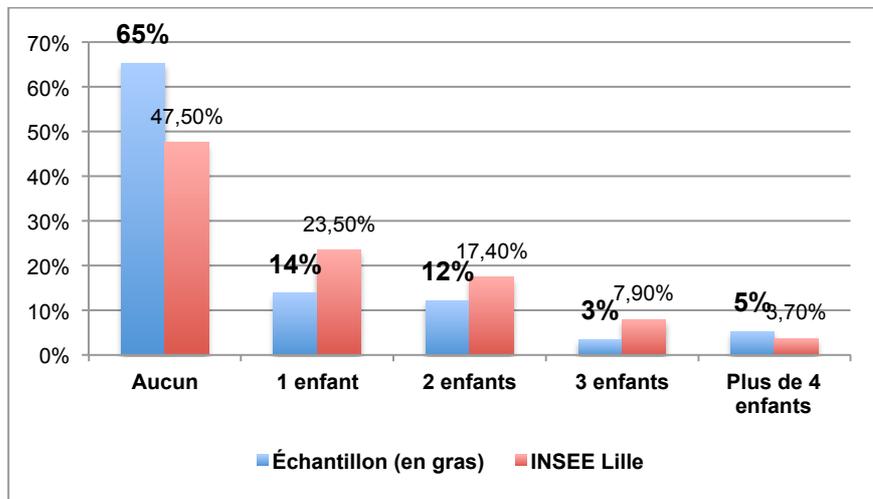
Parmi les inactives, 23% sont en formation (étudiante/élève). Les autres incluent les femmes au foyer ou en recherche d'emploi.

Le niveau de formation est élevé pour la plupart des femmes (Question 3)



RÉPARTITION PAR NIVEAU DE FORMATION

La majorité des participantes n'ont pas d'enfant au moment de l'étude (Question 4)

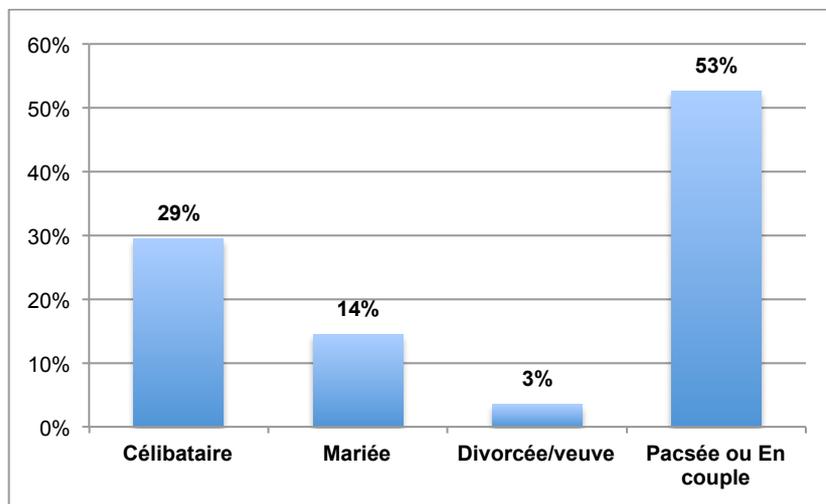


RÉPARTITION PAR NOMBRE D'ENFANTS COMPARÉE AUX DONNÉES DE L'INSEE

Les données de l'INSEE répondent au nombre d'enfant par famille et non par femme.

Plus de la moitié des femmes sont en couple ou pacsées (Pacte civil de solidarité)

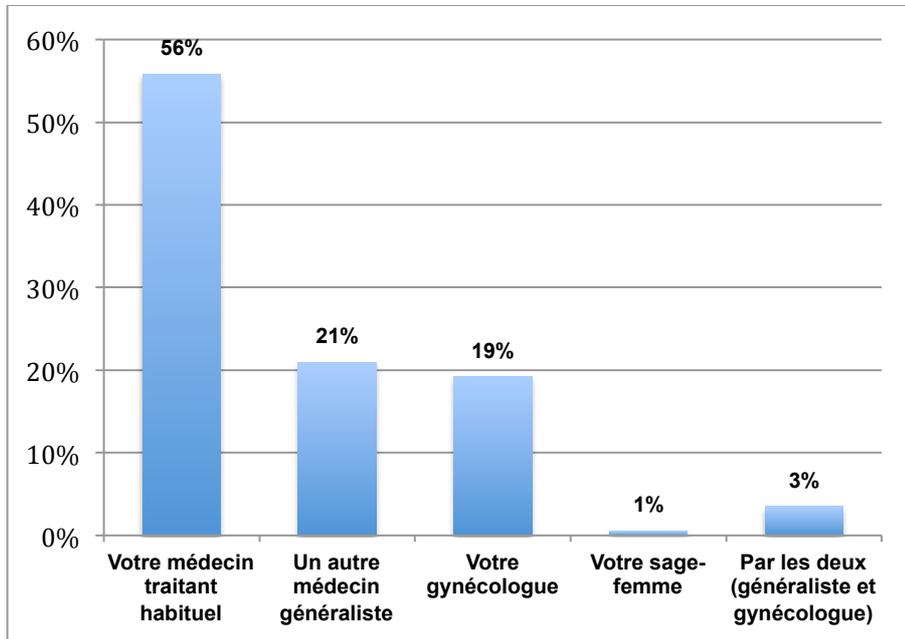
(Question 5)



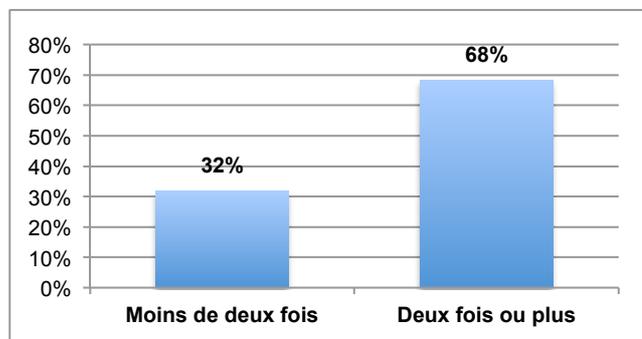
RÉPARTITION SELON SITUATION MATRIMONIALE

Le suivi gynécologique : plus de la moitié est suivie le plus souvent par le médecin traitant

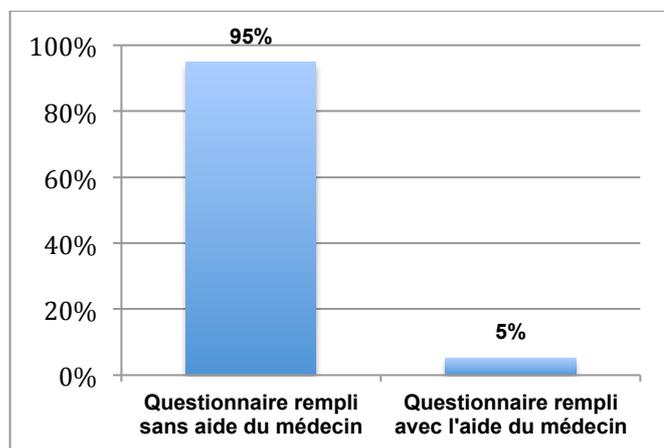
(Question 6,7 et 8)



RÉPARTITION PAR SPÉCIALISTE

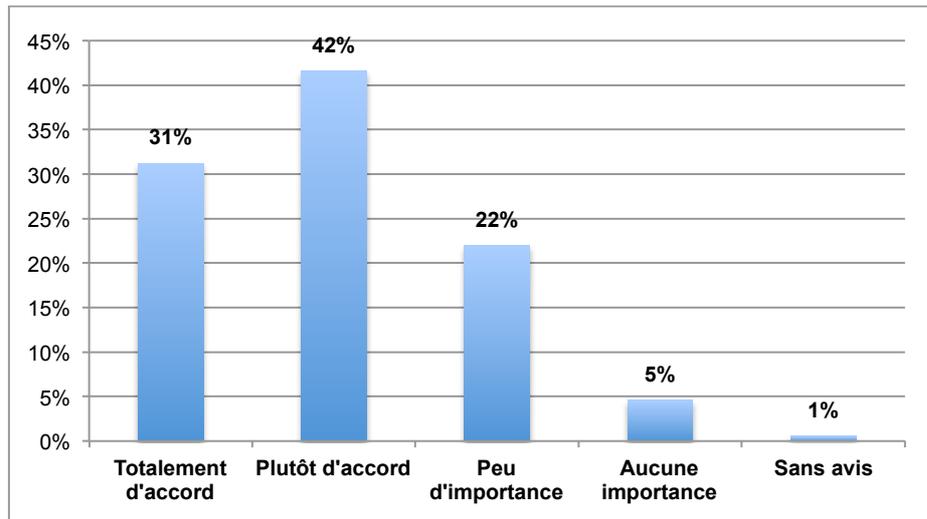


FRÉQUENCE DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE SUR 5 DERNIÈRES ANNÉES



3. RÉSULTATS PRINCIPAUX

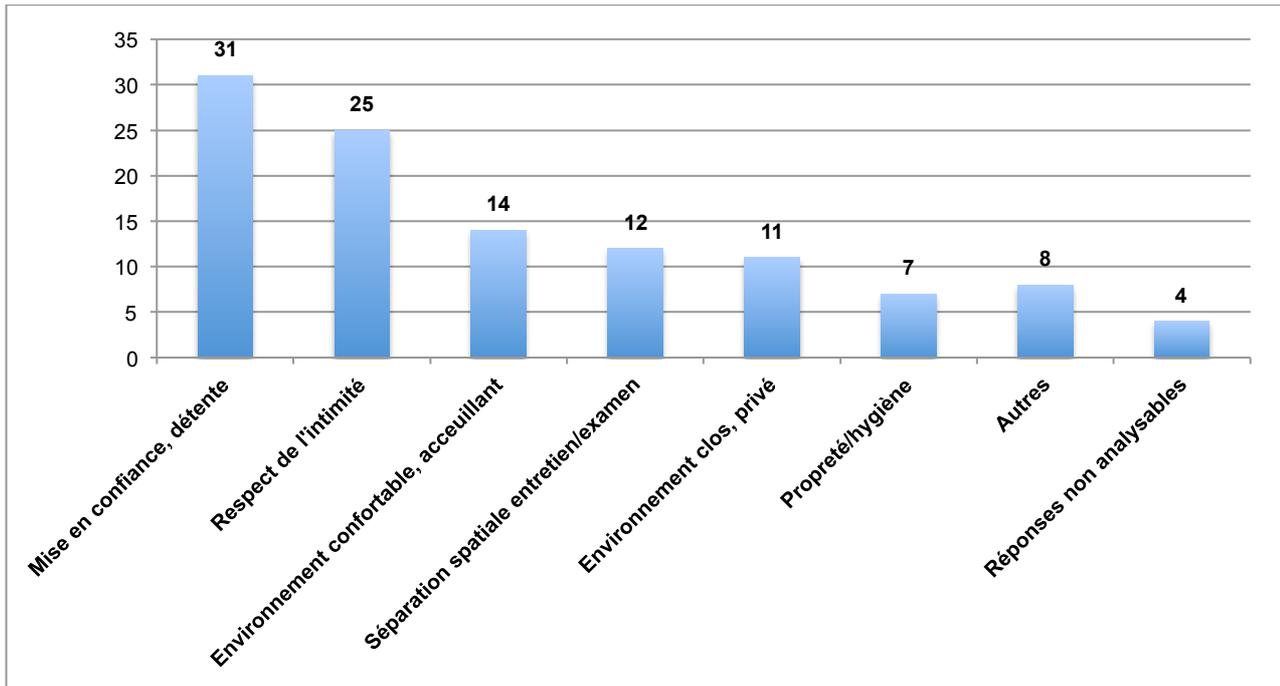
La majorité des participantes déclarent accorder de l'importance à l'agencement du cabinet médical lorsqu'elles consultent pour un examen gynécologique (Question 9)



IMPORTANTANCE DE L'AGENCEMENT DU CABINET

Quatre-vingt six femmes, soit 50% de l'échantillon ont expliqué les raisons d'accorder de l'importance à l'agencement du cabinet médical (Question 10)

Ces raisons sont nombreuses mais l'inventaire permet d'avoir un premier constat : certains thèmes reviennent régulièrement et dominant de loin les réponses données. C'est alors une façon indirecte pour les femmes de souligner « *la particularité de l'examen* », pour reprendre les termes d'une participante. Afin d'avoir une vue d'ensemble des thèmes, nous les avons présentés sous forme de diagramme dont la hauteur de chaque colonne correspond au nombre de citations par thème.



Les patientes insistent sur « *le respect de l'intimité* » qui doit être pris en compte dans l'agencement du cabinet. Cette demande devient encore plus prégnante quand la patiente est accompagnée. Pour plusieurs d'entre elles, cela est synonyme de l'isolement spatial de la partie « Examen » du contact extérieur éventuel. Ce contact extérieur peut venir des ouvertures physiques (porte, fenêtre) ou de l'accompagnant : « *Un examen gynécologique nécessite, à mon sens, un minimum d'intimité, que la table d'examen soit à l'écart est appréciable* ». L'idée rejoint alors un thème plus large de « *l'environnement clos et privé* » que nous aborderons un peu plus loin.

Beaucoup de femmes évoquent un environnement qui les met en confiance et facilite la détente. Le besoin de « *se sentir à l'aise* », « *d'être rassurée* » dans le cabinet médical semble être leur première préoccupation. Il est justifié par le stress engendré par l'examen gynécologique : « *car l'espace peut rapidement influencer le stress, l'augmenter ou le diminuer selon qu'il est aseptisé ou personnalisé* », « *pour se sentir à l'aise pour un examen que je ne fais pas forcément de gaieté de cœur.....certain agencement atténue la relation de pouvoir médecin/patient* ». Ces témoignages renvoient à une dimension plus

générale du cabinet médical. Elle touche non seulement à l'agencement mais aussi aux éléments décoratifs (« *aseptisé ou personnalisé* ») et à la luminosité (mentionnée par une participante).

Une ambiance « *confortable et accueillante* » est aussi appréciée. Ces qualificatifs correspondent probablement à la fonctionnalité du cabinet. Comme l'explique une patiente : « *espace propre, pas trop étroit...car semble plus propice à bien soigner* ». Il faut que ça « *donne envie de consulter* », écrit une autre. La température en est un exemple : le cabinet devrait être réchauffé en hiver. Aussi, « *l'hygiène et la propreté* » du cabinet paraissent indissociables de la notion de « *confort* ». L'attention doit porter également sur l'hygiène du corps dans le cadre de l'examen gynécologique, souligne une femme. Selon elle, il est important de rendre cet examen « *plus pratique en terme d'hygiène* » notamment « *pour les personnes qui n'ont pas le temps de passer chez elles avant l'examen* ».

Les femmes se montrent très précises dans les explications. Elles n'hésitent pas à donner des exemples concrets, parfois en avançant les questions suivantes du questionnaire. C'est notamment le cas pour les thèmes : « *séparation spatiale entretien/examen* » et « *environnement clos, privé* ».

Le besoin d'un « *environnement clos, privé* » ne s'arrête pas à l'isolement de la partie Examen des regards extérieurs. Il renvoie peut-être à la « *confidentialité* » du cabinet même si ce mot n'a été mentionné qu'une fois dans les réponses. Par exemple, les femmes évoquent à plusieurs reprises la nécessité d'être à l'écart de la porte d'entrée, que ce soit à l'étape de l'entretien ou de l'examen physique. La peur d'être vue depuis la porte surtout « *en cas d'interruption* » mais aussi celle d'être entendue de l'extérieur du

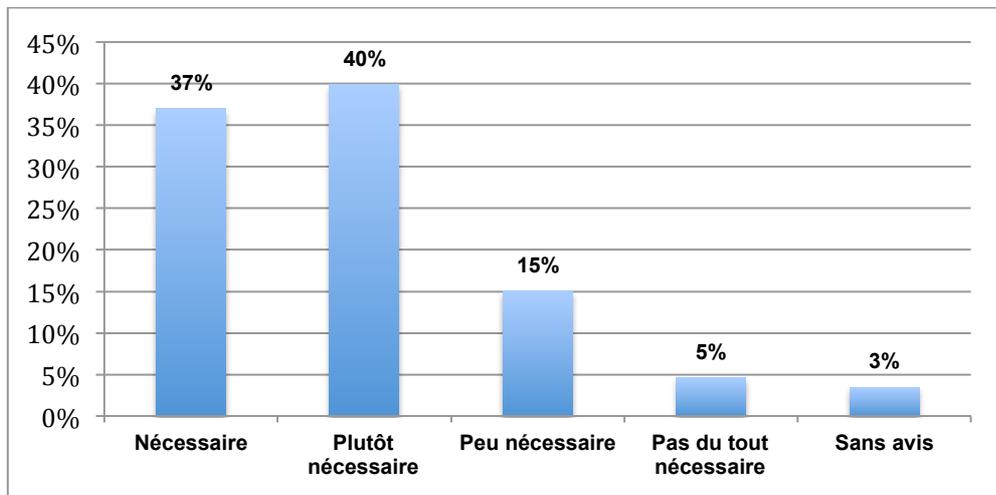
cabinet sont abordées de manière implicite : « *trop près de la porte pour la consultation, cela met mal à l'aise, un endroit privé et bien agencé est plus agréable* ».

La séparation entre la partie « Entretien » et la partie « Examen » constitue un thème à part. Fréquemment associée à « *l'impression d'intimité* » dans les propos recueillis, d'autres réponses laissent supposer que les raisons sont plus complexes. Participe-t-elle aussi à marquer les étapes dans le déroulement de la consultation ? Comme une sorte de repère temporo-spatial dont les femmes ont l'habitude : « *La séparation des espaces de consultation et visite est essentielle pour réaliser un suivi en deux temps* ». Ce repère semble contribuer également à mettre les patientes en confiance : « *C'est agréable d'avoir un espace pour la discussion et un espace pour examen* ». Son importance sera de nouveau confirmée quantitativement par le résultat de la question 11.

Les autres thèmes restent minoritaires mais méritent notre attention :

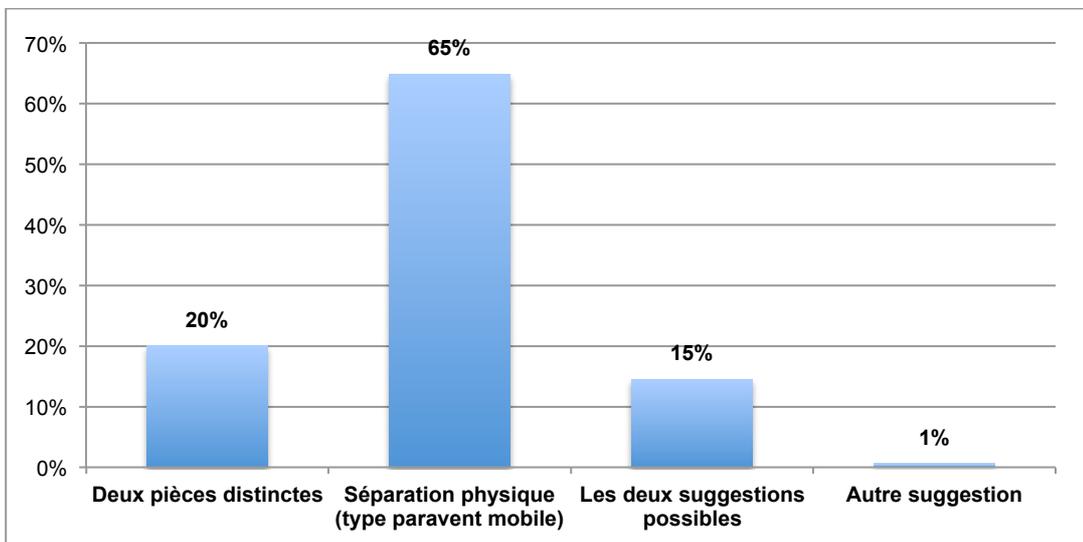
- Priorité à la relation médecin/patiente : « *Le plus important pour moi c'est le contact avec le/la médecin* ».
- L'agencement est un marqueur de compétence : « *cela prouve le professionnalisme du médecin* ».
- L'importance d'un espace de déshabillage ou pour déposer les vêtements est aussi évoquée : « *Pouvoir se déshabiller seule, sans regard. Temps de préparation psychologique* ».

La séparation entre le bureau et la salle d'examen est jugée nécessaire ou plutôt nécessaire dans 77% des cas (Question 11)



SÉPARATION SALLE D'EXAMEN/BUREAU Figure 1

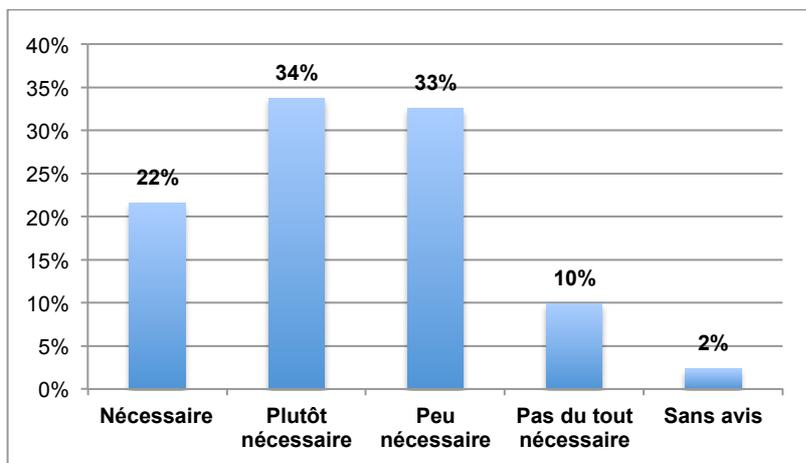
Plus de la moitié des femmes (107 femmes soit 65%) préfèrent une séparation physique de type paravent mobile (Question 12)



SÉPARATION SALLE D'EXAMEN/BUREAU Figure 2

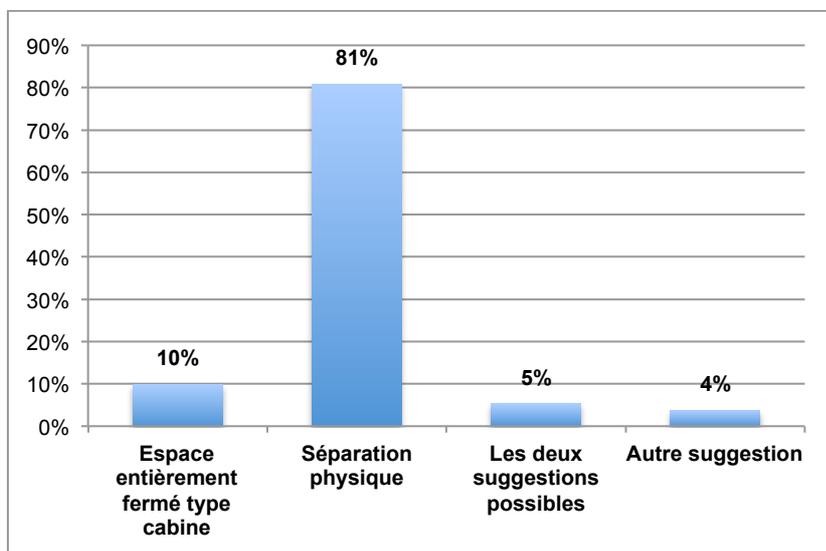
Au total, elles sont 165 femmes à avoir répondu à cette question.

En revanche, concernant la nécessité d'avoir un espace de déshabillage/rhabillage, les avis sont moins tranchés (Question 13)



PRÉSENCE D'UN ESPACE DE DÉSHABILLAGE 1

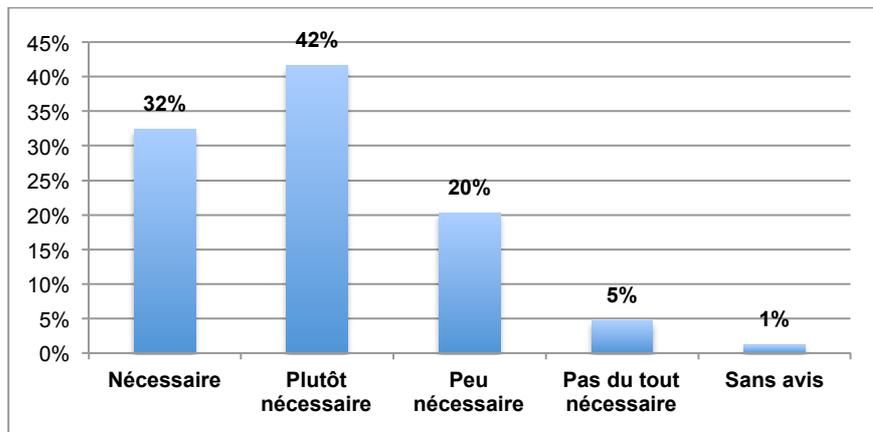
Comme pour la question 12, la plupart des patientes préfèrent une séparation physique type paravent pour délimiter l'espace de déshabillage (Question 14)



PRÉSENCE D'UN ESPACE DE DÉSHABILLAGE 2

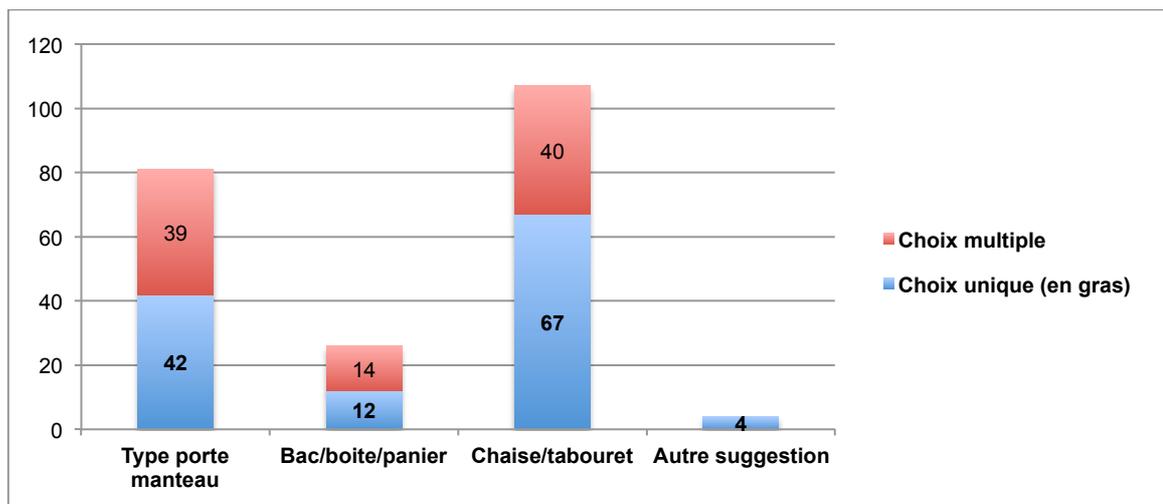
Au total, 131 participantes ont répondu à cette question.

La majorité des participantes jugent l'espace pour déposer les vêtements et sous-vêtements nécessaire ou plutôt nécessaire (74%) (Question 15)



Espace pour déposer les vêtements/sous-vêtements 1

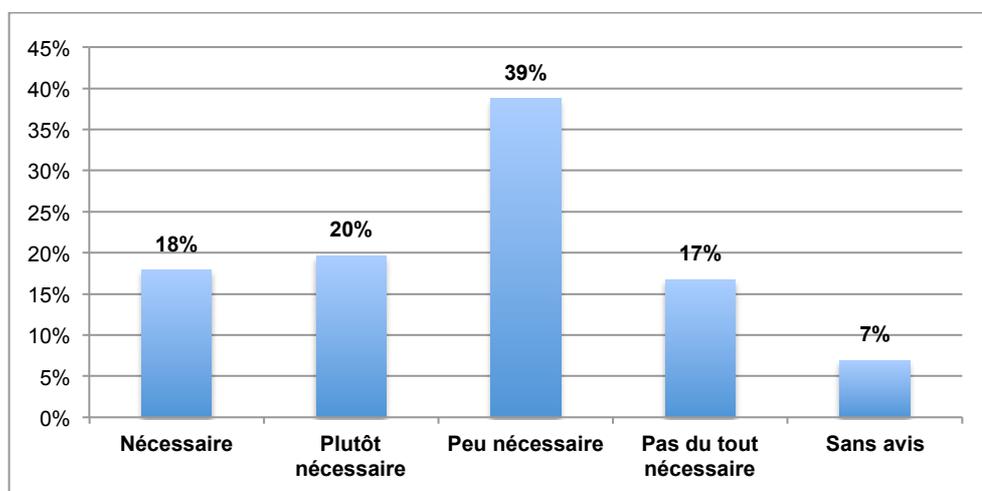
La chaise ou le tabouret sont les plus souvent choisis par les répondantes pour déposer leurs habits lors de l'examen gynécologique (Question 16)



Espace pour déposer les vêtements/sous-vêtements 2

Les autres suggestions sont : les pochettes pour les sous-vêtements si la patiente est en période menstruelle. Une autre répondante a précisé que la combinaison de 2 solutions : porte-manteau ET chaise/tabouret est préférable. Au total, 163 femmes ont répondu à cette question.

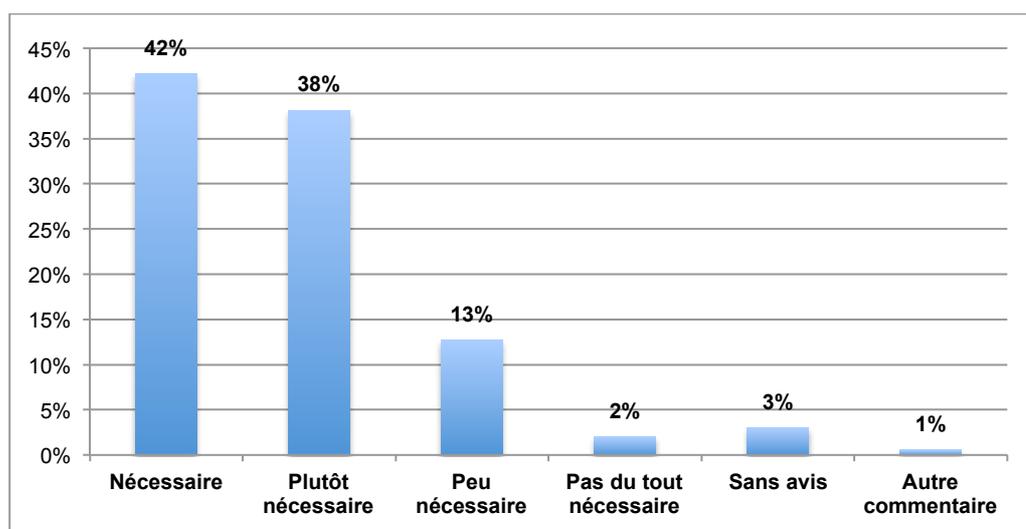
Plus de la moitié des femmes jugent un accès direct aux toilettes depuis le bureau médical peu voire pas du tout nécessaire (Question 17)



Accès direct aux toilettes depuis le bureau

Deux femmes ont expliqué leur choix dans la partie « autre commentaire ». Pour elles, un accès direct aux toilettes depuis le bureau est une configuration « difficile à mettre en place ». Pour l'une, « l'essentiel c'est qu'elles soient à proximité ». Pour l'autre, l'accès aux toilettes dans le couloir est « plus simple et plus accessible à tous ».

Une majorité des femmes souhaitent avoir à proximité des fournitures d'hygiène intime (Question 18)

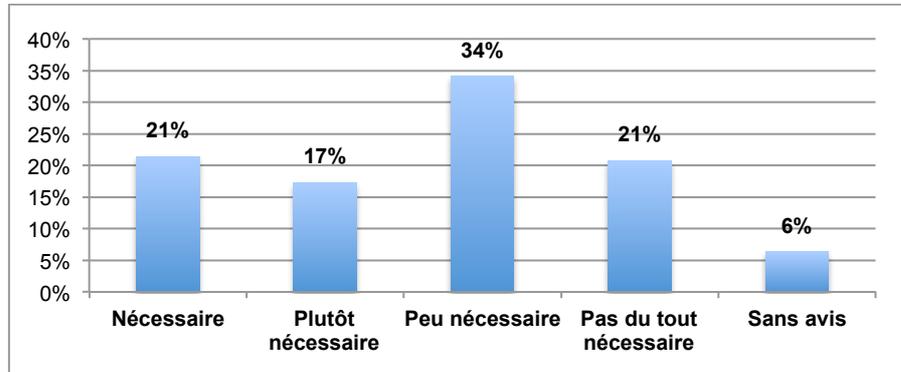


Disponibilité des fournitures pour l'hygiène intime

Une femme a suggéré que « *chacune est censée en avoir sur soi* » (lingettes, serviettes) pour expliquer son choix.

La nécessité de couvrir le bas du corps lors de l'examen pelvien divise les répondantes

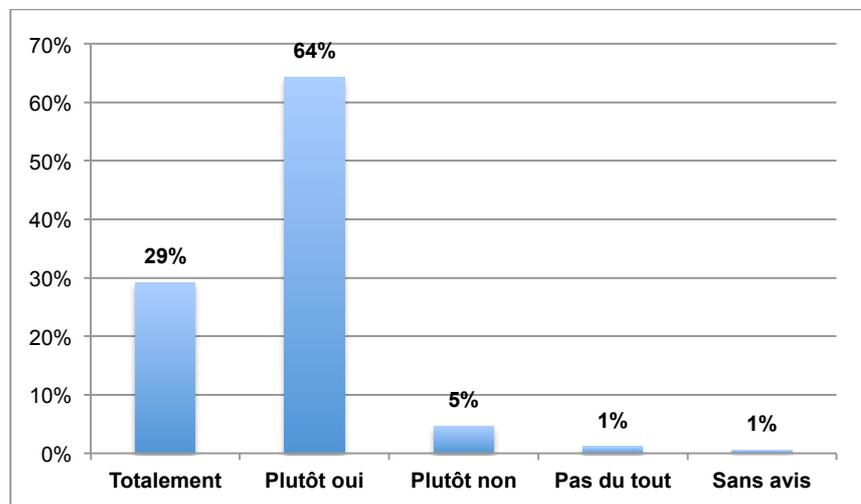
(Question 19)



Nécessité de couvrir le bas du corps

Le confort de la table d'examen est jugé satisfaisant par 93% des répondantes (Question

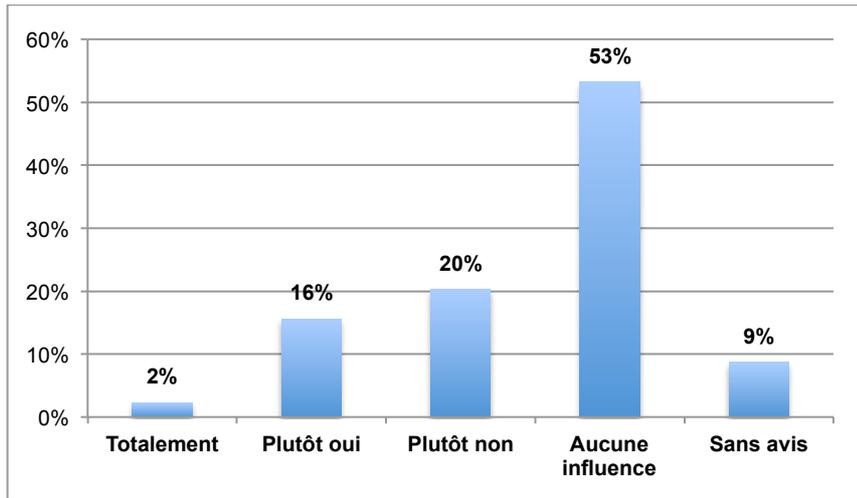
20)



Confort de la table d'examen : niveau de satisfaction

Environ la moitié des femmes déclarent que leur confort n'est pas influencé par la couleur

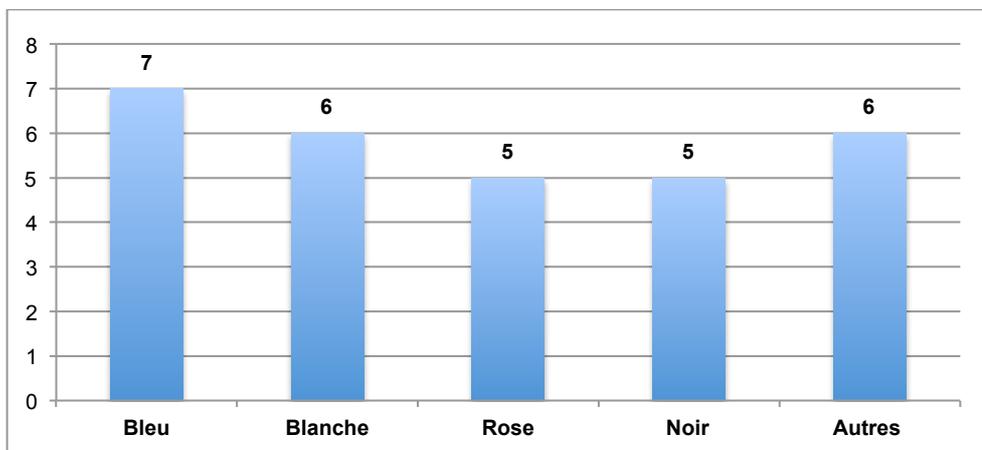
de la table d'examen (Question 21)



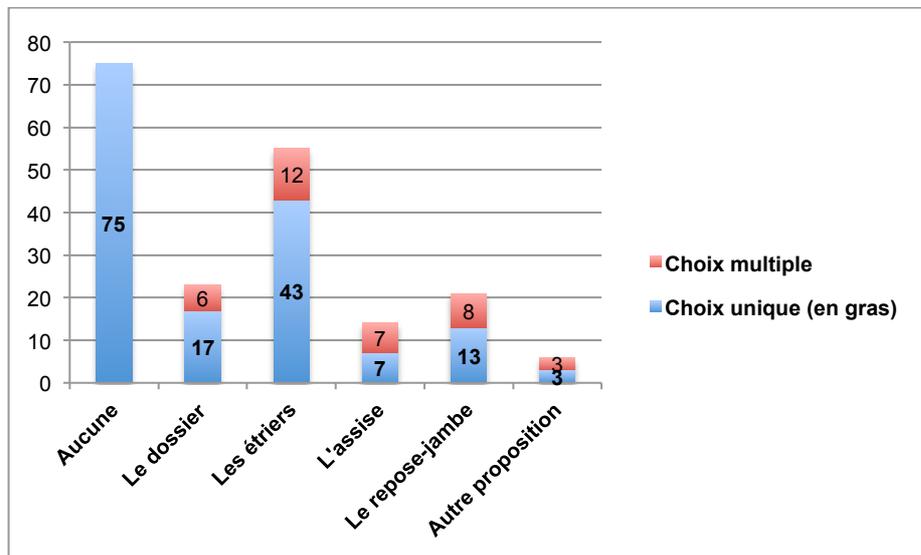
Influence de la couleur de la table d'examen sur le confort

Un quart des participantes ont donné leurs préférences de couleur pour la table d'examen (35 femmes) (Question 22)

Nous pouvons constater que le bleu arrive en tête des préférences, suivi du blanc et du rose. Les « autres » couleurs citées sont le violet (2), le gris (1) et le vert (1). Au lieu de nommer une couleur précise, certaines femmes ont plutôt donné un qualificatif à leurs préférences. Les termes « *calme* », « *apaisant* », « *couleur douce et claire* » sont souvent utilisés. Elles expriment aussi l'envie que « *ça change de l'hôpital* » et d'avoir des couleurs « *non-médicales* ».



Presque la moitié des répondantes affirment qu'aucune partie de la table d'examen n'est à améliorer. Pour les autres, les étriers arrivent en tête (Question 23)



Partie de la table à améliorer

Les autres propositions sont : « *les accoudoirs* » ou la présence d'un coussin ou un repose-tête qui pourrait améliorer le confort.

D. DISCUSSION

1. Population de l'étude

Il s'agit d'une population de type urbain dont les habitudes de suivi ne sont pas les mêmes qu'une population rurale (accès plus facile aux gynécologues de ville). Il est difficile de connaître le nombre de femmes qui ont déjà passé un examen gynécologique en médecine générale. Le taux de couverture par FCU dans le Nord, un des plus bas de France, est en dessous de 50% (35). Souvent utilisé comme marqueur de suivi, il nous donne un ordre d'idée mais ce pourcentage présente 2 défauts dans le cadre de notre étude :

- Seuls 9% des frottis sont réalisés par les généralistes (77).

- Il ne prend pas en compte d'autres motifs rencontrés en médecine générale pour lesquels un examen pelvien est souvent nécessaire : leucorrhées pathologiques, méno-métrorragie, douleur pelvienne...

En l'absence de données officielles, la proportion des différents professionnels impliqués dans le suivi varie selon les échantillons étudiés. Dans le Nord, une étude déclarative trouve un taux relativement satisfaisant : entre 82% à 90% des femmes disent avoir un suivi gynécologique. Le médecin généraliste assure seul le suivi dans 10 à 11% des cas ou en collaboration avec les gynécologues dans 5 à 6% des cas (78). Toutefois, le profil socio-professionnel des femmes pour lesquelles le généraliste participe au suivi gynécologique n'a pas été précisé.

L'absence de randomisation est la première limite de notre étude. Combinée à la difficulté d'identifier la population cible, elle rend toute conclusion sur la représentativité de l'échantillon périlleuse. La comparaison des données sociodémographiques montre que nos participantes sont majoritairement plus jeunes que la moyenne lilloise. Leur niveau de formation est aussi plus élevé. Mais faut-il rappeler que ce résultat n'est qu'une surestimation d'une tendance déjà confirmée par L'INSEE (79). Et de la même façon, la prédominance des non mariées et sans enfant s'inscrit dans un phénomène national : « *L'âge moyen à la maternité en France s'établit en 2016 à 30,4 ans* » (80).

La surreprésentation des moins de 45 ans serait-elle aussi liée à leur préférence pour le médecin généraliste ? En effet, 77% des participantes sont suivies par un généraliste. Bien que le système de soins permette le même accès direct aux gynécologues et généralistes, les femmes les consultent pour des raisons différentes. Celles qui se font suivre par les gynécologues mettent en avance leur compétence technique tandis que les généralistes sont choisis avant tout pour leur disponibilité. Or, l'accessibilité du médecin

est plus recherchée par les jeunes femmes, remarque Champeaux. De plus, la grossesse est la première cause de changement de spécialiste chez les femmes initialement suivies en médecine générale (81). Ce sont là autant d'arguments qui soutiennent le résultat de notre étude. Faute de données plus probantes dans la littérature, cette hypothèse reste à être confirmée.

Concernant le suivi, la comparaison des chiffres paraît moins pertinente. En effet, la plupart des travaux se basent sur la régularité du FCU pour juger le suivi d'une patiente. Alors que notre étude s'intéresse plus généralement à l'examen gynécologique. De plus, la question 8 porte sur une période de 5 ans, plus longue que l'étude de Flavigny et de l'InVS (3 ans) (35,78). En tout cas, la prédominance des patientes ayant eu plus de 2 examens atténue le biais de mémorisation qui peut affecter le résultat principal.

La distribution par l'intermédiaire des médecins est source de biais de sélection. Car les médecins pourraient proposer le questionnaire plus facilement aux femmes qu'ils pensent être les plus aptes à répondre. Ce biais explique probablement en partie le niveau d'étude élevé des participantes.

L'anonymat du questionnaire libère la patiente d'une éventuelle crainte de « heurter » le médecin. En revanche, lorsqu'elle est aidée par le médecin, l'influence de ce dernier sur les réponses est tout à fait possible.

Enfin, comme dans toute étude déclarative, les réponses sont exposées au biais de conformisme social. C'est à dire la tendance à vouloir répondre selon les normes dominantes de la société. Dans notre étude, ce biais est probablement minime puisque le sujet exploré relève purement de l'opinion personnelle de chaque participante.

2. Résultats

a) *Quel est l'impact de l'environnement ?*

À condition de tenir compte de ces limites méthodologiques, notre étude semble confirmer l'importance de l'environnement lors de la consultation gynécologique. Rappelons le résultat principal : pour plus de deux tiers des femmes (73%), l'agencement du cabinet peut influencer leurs ressentis. En dehors du travail d'Oscarsson et Benzein et d'une thèse d'exercice (2,5) qui s'appuient sur des analyses qualitatives, nous n'avons pas trouvé d'autres études traitant spécifiquement ce sujet.

L'attention que portent les femmes à l'agencement spatial est aussi démontrée par un bon taux de réponse à la question 10 (50% de l'échantillon). Ce d'autant plus que c'est une question ouverte qui demande plus de réflexion de la part des répondantes. Par ailleurs, la question s'est révélée pertinente comme le prouvent les réponses riches en renseignements.

Plusieurs femmes ont quand même exprimées leurs préférences alors qu'elles disaient accorder peu d'importance à l'agencement en début du questionnaire (Question 9). Ce décalage explique, par exemple, la forte participation à la question portant sur la séparation de la partie Examen. À 95% et même en tenant compte des doubles choix, la participation est plus forte que ne laisse supposer le résultat de la question 9. Cela soulève encore une fois l'hypothèse déjà évoquée par Guyard ou Trichard – Lavergne : le rôle de l'environnement est sous-estimé, peut - être de manière inconsciente.

A contrario, il est évident que ce résultat ne permet pas d'élever l'impact de l'environnement au dessus de la relation de confiance médecin/patiente. Ce n'est pas non

plus le but de notre étude. À juste titre, une patiente a tenu à le rappeler à la question 10 : « *le plus important pour moi, c'est le contact avec le (la) médecin* ». Ce commentaire recoupe parfaitement les témoignages des patientes interviewées par Guyard (40). Il est sans doute la principale raison des 44 femmes pour qui l'agencement n'a pas ou peu d'importance. Pour celles - ci, nous regrettons que la formulation de la question ouverte se soit révélée sélective et réduise la possibilité d'expliquer leur choix.

b) Un milieu réconfortant où le respect de l'intimité constitue le repère central

Un milieu réconfortant

Le besoin de « *se sentir à l'aise, d'être mise en confiance* » est particulièrement palpable dans les réponses. Pour cette raison, notre résultat diffère quelque peu de l'étude de Trichard – Lavergne dans laquelle les patients recherchent avant tout une ambiance « *chaleureuse et conviviale* » (7). En effet, ces deux thèmes ne sont pas totalement superposables. Il s'agit donc d'un besoin spécifique, propre à la consultation gynécologique. *L'ambiance réconfortante* représente une façon d'apaiser l'anxiété et de diminuer l'inconfort. Elle peut aider les femmes à regagner le contrôle de leur corps, expliquent Oscarsson et Benzein dont le travail a obtenu des résultats similaires.

Mais en quoi consiste *un environnement réconfortant* ? Ici, la comparaison avec les Maggie's Centers est assez éclairante : l'idée est « *d'associer un lieu de soins à un lieu de vie* » (68). Oscarsson et Benzein évoquent la notion de « *homelike* » pour parler du caractère « *familier* » du cabinet médical (2). Littéralement traduit en français par « *comme à la maison* », ce concept anglo-saxon est surtout utilisé dans les nouveaux modèles de structure résidentielle pour personnes âgées (équivalente à nos EHPAD (Établissement pour personnes âgées dépendantes)) (82,83). Néanmoins, une récente

revue de la littérature signale la difficulté de définir ce concept qui apparaît alors éminemment complexe et subjectif (84). Même si le consensus est de promouvoir le bien être des patients, les approches divergent sur les critères. Ainsi, en France, Serfaty – Garzon fait la distinction entre la notion de « *home* » et celle de « *chez-soi* ». Le « *chez-soi* » est « *plus que le « home »* » dans la mesure où il « *abrite l'intimité de l'habitant avec ses forces et ses faiblesses* » (85). Fanny Razes préfère, quant à elle, décrire « *le modèle domestique* » qui « *reposerait sur quatre dimensions* » (86):

- L'échelle domestique : « *à l'échelle du corps* », « *de l'ordre du mètre* ».
- L'ambiance domestique qui « *nous donne l'impression que nous sommes chez nous ou chez quelqu'un* ».
- L'image domestique d'un lieu lorsqu'il est reconnu ou connu « *faisant partie de la maison* ». Critère également applicable au mobilier.
- L'usage domestique se réfère aux « *gestes de la vie quotidienne* » (86).

Par ailleurs, les modèles « *homelike* » donnent un impact plutôt mitigé sur les paramètres physiques et psychosociaux des résidents âgés (82). Ce résultat est probablement dû aussi à la diversité des approches et la complexité des mesures sur une population ayant des troubles cognitifs. Il est de toute façon impossible à transposer au cabinet de médecine générale de ville où l'environnement diffère de celui des EHPAD en tout point.

De notre point de vue, l'objectif final est de rendre l'environnement du cabinet *familier* aux femmes qui consultent. Pour ce faire, il semble nécessaire d'atténuer la hiérarchie médecin/patiente à travers l'agencement, la décoration et l'ambiance générale. Cette approche s'accorde, par exemple, avec la préférence pour les couleurs « *non-médicales* » pour la table d'examen chez nos participantes. Elle s'inspire d'un commentaire cité précédemment : « *pour se sentir à l'aise pour un examen que je ne fais pas forcément de gaieté de cœur.....certain agencement atténue la relation de pouvoir médecin/patient* ».

Le respect de l'intimité

Véritable préoccupation pour les femmes, la récurrence de ce thème à la question ouverte concorde avec les expériences décrites dans la littérature (26). Le sentiment d'intrusion entraîne naturellement en retour le besoin de préserver son intimité. Il s'exprime dans les préférences envers l'agencement spatial.

Le besoin d'un environnement « *clos et privé* » renvoie à la notion « *d'intimité partagée* » de Lemoine (53). « *La confidentialité* » du cabinet a été soulevée par Trichard – Lavergne (7) mais elle attire plus d'attention chez nos participantes. Dans le cadre d'une consultation gynécologique, la femme n'est pas seulement invitée à dévoiler son corps. Elle peut aussi confier aux médecins des plaintes d'ordre intime voire sexuel. Pour beaucoup de patientes, la verbalisation de ces plaintes ne se conçoit que dans un environnement propice aux confidences. Cela implique notamment une bonne insonorisation du cabinet.

« *L'intimité corporelle* » concerne tout contact « *tactile, visuel ou autre* » (53). Pour la préserver, l'isolement de la partie Examen représente la solution pour plusieurs participantes. De plus, cet espace est souvent assimilé à la table gynécologique. Kielar et Moreau ont observé le même besoin en terme d'agencement (5).

- Ces données reflètent assez bien la notion de « *l'espace personnel* » de Fischer (65) ou « *la distance intime* » de Hall (56). Si les limites de « *l'espace personnel* » sont définies par « *le geste immédiat* », Hall donne à la « *distance intime* » une valeur plus précise (50 cm). Mais quelque soit la définition, anthropologues et

psychologues partagent la même conclusion : c'est seulement à cette distance qu'intervient « *la régulation de l'intimité* ». La notion de présence d'autrui n'apparaît qu'à la frontière entre « *le geste immédiat et la pièce d'appartement* ». Nous comprenons aisément que la grande proximité avec le médecin peut être vécue comme une intrusion. Ce sentiment s'accroît en raison de la nature même de l'examen, mettant en scène le corps dénudé. L'isolement de la partie Examen apparaît alors pour les femmes comme une façon de protéger ou de « *réguler* » ce moment intime.

- Déjà suggérée par quelques travaux (5,40,42), *la séparation des parties Examen/Entretien* découle du besoin d'isoler l'examen gynécologique. Mais son utilité ne peut se réduire au respect de l'intimité. La séparation joue aussi le rôle de repère temporo-spatial. Ce repère s'avère indispensable pour le bon déroulement de la consultation, selon « *un ordre précis* » : « *...le respect de l'articulation des différentes séquences...banalisent la consultation en l'inscrivant dans une habitude et rassurent, sécurisent la patiente en réduisant l'aléatoire* » (39). Cette analyse de Guyard permet de comprendre le témoignage d'une patiente citée plus haut : « *C'est agréable d'avoir un espace pour la discussion et un espace pour examen* ».
- Mais comment expliquer alors la nette préférence pour le dispositif mobile (type paravent) tandis que la configuration de deux pièces distinctes assurerait mieux la division de l'espace ? Supposons que les femmes soient conscientes des contraintes immobilières sur leurs médecins, cette raison paraît insuffisante. En fait, le paravent peut être considéré comme « *un dispositif de délimitation* » (58). Il possède avant tout une valeur symbolique. Ce concept nous permet de mieux expliquer une autre réalité : certains cabinets ne disposent d'aucune séparation

matérialisée. Et 20% des participantes la jugent peu voire pas du tout nécessaire. Dans ce cas, *seule l'invitation verbale et gestuelle* du médecin signifie à la patiente le début de l'examen gynécologique.

- Ainsi, à l'opposé du rideau japonais, ici le paravent ne sépare pas les deux personnes de manière permanente. L'absence de barrière témoigne une relation de soins fondée sur la coopération, avait noté Mimura (59). Nous pouvons ajouter que cette coopération est avant tout le fruit d'une confiance mutuelle. La comparaison dévoile alors la dimension culturelle de l'intimité que Hall souligne à travers « *la distance intime* » : Elle varie d'une culture/civilisation à une autre.
- L'espace de déshabillage véhicule aussi un message symbolique. Il « *ne cache pas la nudité de la patiente puisqu'elle sera exposée pendant l'examen, mais cache la mise à nu* ». Il « *permet au praticien de montrer symboliquement à la patiente que son attitude se veut respectueuse* » (5). Sans dispositif de délimitation, le praticien peut toujours respecter « *la mise à nu* » en s'attelant à des tâches qui détournent son regard de la patiente. En outre, dans certains cabinets, le paravent a un double usage : il sépare la consultation en deux parties tout en délimitant un espace de déshabillage. Ces arguments expliqueraient que 43% de nos participantes jugent l'espace de déshabillage « *peu voire pas du tout nécessaire* ».
- Suggérée par le Collège Européen de Gynéco-Obstétrique (EBCOG) (87), proposée au Japon (cf. image), la couverture ne fait pas l'unanimité parmi nos participantes. De notre point de vue, elle questionne directement le rapport que chaque femme entretient avec son corps. Plus que la séparation spatiale, elle touche l'intimité dans sa dimension la plus subjective. Les chiffres obtenus relatent

probablement cette particularité. Kielar et Moreau mentionnent chez certaines jeunes femmes la fonction protectrice des vêtements/tuniques (5). De notre côté, nous pensons que proposer à la patiente cette possibilité est un signe de respect du corps et de son intimité.

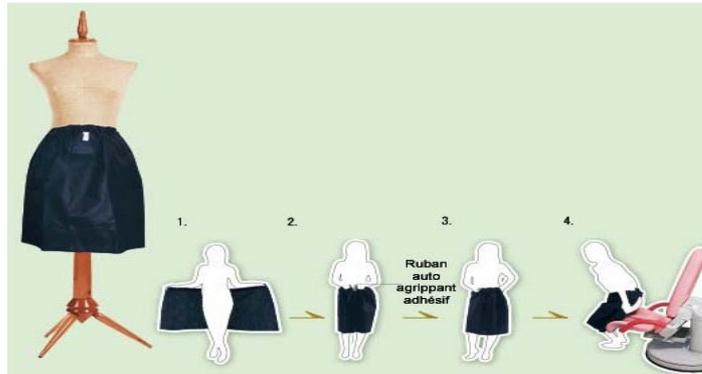


ILLUSTRATION ADAPTÉE À PARTIR DU MODÈLE DE JUPE JAPONAISE (88)

Un territoire secondaire ?

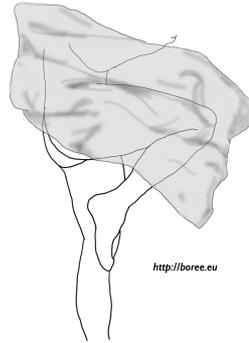
À ce stade de la discussion, nous pouvons décrire l'environnement de la consultation gynécologique. Il s'agit en réalité d'assurer un équilibre délicat entre le besoin de rendre le cabinet *familier* aux patientes et la nécessité de maintenir un cadre symbolique (séparation Examen/Bureau, table gynécologique). En effet, l'excès de « *familiarité* » entraînera le risque de transgresser les frontières de l'intimité. Le cadre spatial est là pour le rappeler. À l'inverse, des règles trop rigides ne feront qu'exacerber le sentiment de perte de contrôle de la femme face au « pouvoir » du médecin.

Pour cette raison, l'environnement gynécologique semble correspondre au « *territoire secondaire* » (89) défini par Altman : « *un lieu semi-public ou semi-privé, régi par des règles plus ou moins clairement définies concernant son accès et l'usage du territoire* ». Il se situe entre le « *territoire primaire* » qui « *assure une fonction d'intimité* », « *défendu contre toute intrusion* » et le « *territoire public* » où « *les comportements sont régis en grande partie par des institutions, les normes, les coutumes ainsi que l'aménagement de l'espace* » (90).

c) *La table d'examen :*

Son niveau de satisfaction semble contredire les résultats de Wijma (1). Cependant, deux obstacles méthodologiques empêchent une bonne comparaison des deux études. D'un côté les échelles de mesure ne sont pas les mêmes : l'EVA pour l'étude suédoise et l'échelle de Likert pour la notre. De l'autre, les tables d'examens sont différentes. L'équipe de Wijma utilise une table munie de repose-jambes en métal tandis que nos tables sont pour la plupart munies d'étriers. Il faut aussi noter qu'en milieu hospitalier, la table de Wijma est plus équipée que la table de médecine générale. Cet aspect est justifié par l'exigence technique des gynécologues mais il augmenterait le stress chez les patientes. *«La vue des instruments me stresse un peu, j'ai essayé d'en faire abstraction durant l'entretien »*, nous a confié ainsi une patiente au centre d'Orthogénie d'Armentières.

Les étriers sont désignés sans surprise comme la première partie à améliorer. En revanche, notre étude révèle que les repose-jambes peuvent aussi rendre la position moins confortable. Ce résultat semble conforter la pratique de plus en plus répandue qui consiste à libérer les genoux de la patiente de ces contraintes (48). C'est le cas par exemple de la position dite *« à l'anglaise »* qui a été le sujet d'étude de deux thèses récentes (91,92). Selon Grange – Cabane, cette position améliore le confort par rapport à la position classique chez presque 4 patientes sur 5. Son installation paraît plus simple et naturelle car *« on ne retrouve pas l'aspect matériel et instrumental de la position classique qui nécessite tout un protocole voire un véritable « cérémonial » »* (91). Un autre exemple est celle du lotus ou *« frog-leg position »* évoquée par Greiver (93).



Position à l'anglaise : Illustration par Dr Borée (94)



Figure 16 : *Décubitus dorsal sans étrier*



Figure 17 : *Position « du lotus »*

Position « du lotus » et « Frog-leg position » (91)

Persiste alors la question de la qualité des frottis obtenus avec ces alternatives. Pourtant elles font déjà partie de la pratique quotidienne des médecins dans d'autres pays anglo-saxons (Australie, Angleterre et Nouvelle-Zélande notamment). Une étude comparative avec ces pays réglerait la question de l'efficacité. Et même si la position avec les étriers fournissait des frottis de meilleure qualité, le risque que son inconfort entraîne chez les femmes doit être mis sur la balance (95).

En terme de couleurs, le bleu arrive en tête des choix exprimés. Il est réputé pour son effet apaisant et relaxant en psychologie. Il invite à la détente, adoucit l'atmosphère et crée une impression de grands espaces. « *Le bleu attire l'homme vers l'infini* » remarque Wassily Kandinsky (96). Elle répond par ailleurs aux propriétés attendues par d'autres patientes : « *calme* » et « *douce* ». Le choix de la couleur de la table contribuerait donc à la « *mise en confiance* » des femmes. Le blanc, deuxième couleur citée, exprime

probablement un autre besoin déjà présent à la question 10 : l'importance de l'hygiène. Souvent associé à la pureté et la propreté, le blanc traduit aussi une tendance perfectionniste dans la personnalité de ceux qui le choisissent. Le rose qui combat le stress, l'inquiétude représente la féminité. De même, les autres couleurs reflètent la diversité de personnalités des répondantes. Elles illustrent le souhait de trancher avec une ambiance hospitalière «*moins chaleureuse* ».

VI. CONCLUSION

Cette étude explore un sujet encore peu connu dans la littérature médicale. Elle souligne l'importance du facteur environnemental souvent sous estimée jusqu'à présent par les acteurs de soins. À l'heure où le vécu négatif de l'examen gynécologique est davantage documenté, certains auteurs questionnent notre pratique en proposant des alternatives moins intrusives, plus respectueuses de l'intimité. Notre travail s'inscrit alors dans cette même démarche d'améliorer le ressenti des femmes.

D'un point de vue très pragmatique, nous espérons proposer un certain nombre de pistes qui seraient utiles aux médecins généralistes dans l'aménagement de leurs cabinets médicaux. Finalement, les préférences de ces femmes *majoritairement jeunes et diplômées* ne nécessitent pas un investissement matériel et financier très important. Pour le praticien de médecine générale, ce constat est plutôt encourageant compte tenu des contraintes de sa spécialité. Reprenons ici les principaux repères tirés des résultats de l'étude :

- Un environnement réconfortant (et familier : concept « *homelike* » ou « *modèle domestique* »)
- Le respect de l'intimité repose sur la confidentialité du cabinet et l'isolement de l'examen gynécologique de tout contact extérieur.

- La séparation de l'espace en deux parties fixe un ordre temporo-spatial facilitant le déroulement de la consultation. Un simple dispositif mobile type paravent paraît suffisant la plupart du temps.
- Un espace spécifique de déshabillage semble peu nécessaire, tout comme l'accès direct aux toilettes depuis la pièce de consultation.
- Les fournitures d'hygiène intime sont nécessaires. La combinaison chaise/tabouret et porte-manteau est suffisante pour déposer les vêtements/sous-vêtements.
- Une couleur douce et apaisante de la table d'examen (le bleu par exemple) est souvent appréciée.

Au delà de ces préconisations matérielles, notre travail a été surtout l'occasion de mener une réflexion sur la notion de l'intimité dans la relation de soins. La comparaison avec l'exemple japonais (naishin-dai) nous renvoie à notre propre vision de ce qui est l'intimité. De cette vision découle notre habitude *culturelle* de concevoir l'espace gynécologique qui n'est pas dénué de symbolique. La confiance mutuelle y joue également un rôle capital, en permettant aux protagonistes, médecin et patiente, de partager le même espace. Elle constitue donc notre base du respect de l'intimité.

Mais la confiance n'est pas la garantie du respect de l'intimité. Tout comme le droit qui échoue à l'encadrer en se heurtant à la « *variabilité subjective* » selon Mael Lemoine. En effet, comment interpréter la divergence des participantes sur la couverture du corps ? Seule une approche humaine centrée sur la patiente semble possible. Elle doit accorder à l'histoire familiale et personnelle de la patiente la place centrale. De la même manière, il nous apparaît important de ne pas ériger nos résultats en recommandations rigoristes. Cette approche répond aussi à la dimension psychosociale qui, entre autres, caractérise notre spécialité.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998 Apr;77(4):422–8.
2. Oscarsson M, Benzein E. Women's experiences of pelvic examination: an interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002 Mar;23(1):17–25.
3. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract*. 1997 Apr;14(2):148–52.
4. Grundström H, Wallin K, Berterö C. "You expose yourself in so many ways": young women's experiences of pelvic examination. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2011 Jun;32(2):59–64.
5. Kielar A, Moreau E. Enjeux et complexité du premier examen gynécologique de l'adolescente et la femme jeune: une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de femmes âgées de 18 à 30 ans [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université du Droit et de la Santé Lille; 2012.
6. Deprez S. Agencement du cabinet médical: à propos d'une étude auprès de médecins généralistes [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Paul Sabatier (Toulouse); 2009.
7. Trichard-Lavergne A. L'agencement du cabinet médical: enquête qualitative réalisée auprès de patients dans trois cabinets de médecine générale [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Paul Sabatier (Toulouse); 2011.
8. Lugo S. Le Bureau: Élément de la personnalité du médecin et outil de communication avec ses patients. Étude qualitative et iconographique. [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
9. Hutin J. L'examen clinique à travers l'histoire. Paris: Editions Glyphe; 2006.
10. Arnaud-Lesot S, Hoerni B. Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours. *La Revue du Praticien*. 2008;58:1154–7.
11. Maygrier J. Nouvelles démonstrations d'accouchement. 2ème édition. Paris: Bechet et Labé; 1840.
12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Examen gynécologique [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010 [cited 2017 Oct 1]. Available from: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
13. Position pour examen gynécologique [Internet]. Available from: <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/gynecologie/deroulement-frottis-col-uterin>
14. Committee Opinion No. 534: Well-Woman Visit. *Obstet Gynecol*. 2012 Aug;120(2, Part 1):421–4.
15. Westhoff CL, Jones HE, Guiahi M. Do New Guidelines and Technology Make the Routine Pelvic Examination Obsolete? *J Womens Health*. 2011 Jan;20(1):5–10.
16. Kauffman RP, Griffin SJ, Lund JD, Tullar PE. Current Recommendations for Cervical Cancer Screening: Do They Render the Annual Pelvic Examination Obsolete? *Med Princ Pract*. 2013;22(4):313–22.
17. MacLaughlin KL, Faubion SS, Long ME, Pruthi S, Casey PM. Should the Annual Pelvic Examination Go the Way of Annual Cervical Cytology? *Womens Health*. 2014 Jul;10(4):373–84.
18. Bloomfield HE, Olson A, Cantor A, Greer N, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic Average Risk Adult Women [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2013 [cited 2017 Oct 1]. (VA Evidence-based Synthesis Program Reports). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224893/>
19. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae—2014. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep*. 2014 Mar 14;63(RR-02):1–19.
20. Schachter J, Chernesky MA, Willis DE, Fine PM, Martin DH, Fuller D, et al. Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. *Sex Transm Dis*. 2005 Dec;32(12):725–8.
21. Chernesky MA, Hook EW, Martin DH, Lane J, Johnson R, Jordan JA, et al. Women find it easy and prefer to collect their own vaginal swabs to diagnose Chlamydia trachomatis or Neisseria gonorrhoeae infections. *Sex Transm*

Dis. 2005 Dec;32(12):729–33.

22. World Health Organization. Dept. of Reproductive Health and Research. Improving access to quality care in family planning : medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd ed [Internet]. Geneva : World Health Organization; 2000 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/61086>
23. Padilla LA, Radosevich DM, Milad MP. Accuracy of the pelvic examination in detecting adnexal masses. *Obstet Gynecol.* 2000 Oct;96(4):593–8.
24. Ebell MH, Culp M, Lastinger K, Dasigi T. A Systematic Review of the Bimanual Examination as a Test for Ovarian Cancer. *Am J Prev Med.* 2015 Mar;48(3):350–6.
25. Lee DM, Chen MY, Bradshaw CS, Fairley CK. Is routine vaginal examination necessary for asymptomatic women attending sexual health services? *Int J STD AIDS.* 2006 Sep;17(9):631–2.
26. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. Université de Montpellier; 2017. Available from: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/biumImpossible/anonyme2/index2.jsp>
27. Knops-Dullens T, de Vries N, de Vries H. Reasons for non-attendance in cervical cancer screening programmes: an application of the Integrated Model for Behavioural Change: *Eur J Cancer Prev.* 2007 Oct;16(5):436–45.
28. Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendees in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2008 Jan;29(1):23–31.
29. T.Nguyen G, F.Cronholm P. The Annual Pelvic Examination: Preventive Time Not Well Spent. *American Family Physician.* 2013;87(1):9.
30. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). [Internet]. HAS; 2013 [cited 2017 Jan 10]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
31. International Agency for Research on Cancer. Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Vol. 10. Lyon: IARC Press; 2005.
32. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJF, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *The Lancet.* 2014 Feb;383(9916):524–32.
33. Haguenoer K, Giraudeau B, Gaudy-Graffin C, de Pinieux I, Dubois F, Trignol-Viguié N, et al. Accuracy of dry vaginal self-sampling for detecting high-risk human papillomavirus infection in cervical cancer screening: A cross-sectional study. *Gynecol Oncol.* 2014 Aug;134(2):302–8.
34. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case–control study. *Br J Cancer.* 2016 Oct 25;115(9):1140–6.
35. Guthman J, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012 [Internet]. Institut de veille sanitaire; 2016 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>
36. Boulanger J, Lanta S, Gondry J. Dépistage et cancer du col: l'état des lieux en France. In: CNGOF Mises à jour en gynécologie médicale. Paris: Vigot; 2010. p. 657–76.
37. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer.* 2011;22(98):122–8.
38. Joseph J, Kinouani S, Magot L, Demeaux J-L, Quintard B, Turlin X. Dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Attitudes et représentation des patientes et de leur médecin généraliste. *Médecine.* 2014;10(10):472.
39. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psy.* 2002;27(3):81.
40. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Université Paris 10; 2008.
41. Jouenne J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: UPEC; 2014.

Available from: <http://doxa.u-pec.fr/theses/th000643435.pdf>

42. Gautier C. Le premier examen gynécologique: une épreuve pour les femmes ? : enquête d'opinion auprès de 90 femmes [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université de Nantes; 2010 [cited 2017 Jan 10]. Available from: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=72c9c2fb-7b79-4c0d-badd-6bf99581b935>
43. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Nice-Sophia Antipolis; 2013. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00932139>
44. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Nov;82(11):1030–6.
45. Janssen SM, Lagro-Janssen ALM. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012 Nov;89(2):221–6.
46. Huber JD, Pukall CF, Boyer SC, Reissing ED, Chamberlain SM. "Just Relax": Physicians' Experiences with Women Who Are Difficult or Impossible to Examine Gynecologically. *J Sex Med*. 2009 Mar;6(3):791–9.
47. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thrailkill A, Jones S, et al. Distress and Pain During Pelvic Examinations: Effect of Sexual Violence. *Obstet Gynecol*. 2008 Dec;112(6):1343–50.
48. Seehusen DA. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006 Jul 22;333(7560):171–0.
49. Brooks Barr W. Vaginal speculum examinations without stirrups: US clinicians wonder if it will work. *BMJ*. 2006;333:158–9.
50. Sparr A, A Puhan M. Stirrups or no stirrups for routine speculum examinations? *BMJ*. 2006;333:304–5.
51. Intimité, sexualité [Internet]. ORS Nord-Pas-de-Calais; 2009 [cited 2017 Dec 6]. Available from: http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/02/195687_1intimite.pdf
52. Pelletier D. *Ces îles en nous: propos sur l'intimité*. Montréal: Québec-Amérique; 1987.
53. Lemoine M. Intimité et secret médical. *Médecine Droit*. 2007 May;2007(84):73–9.
54. Darchis E. Aux sources de l'intimité. *Divan Fam*. 2003;11(2):87.
55. Ricot J. De l'intimité à l'intime. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2010 Jun;9(3):133–6.
56. Hall ET, Petita A, Choay F. *La dimension cachée*. Paris: Éd. du Seuil; 1978. 254 p. (Collection Points Essais).
57. Théorie proxémique de Hall [Internet]. Available from: <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0ahUKEwjuxqO949nWAhUMKFAKHbIBuIQFghVMAC&url=https%3A%2F%2Feducnet.enpc.fr%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D4633&usg=AOvVaw0mIjC8bn3JjNCIN5SXCp6A>
58. Segaud M. *Anthropologie de l'espace: habiter, fonder, distribuer, transformer*. Paris: A. Colin; 2008.
59. Mimura K, Kokado M, Hong H, Chang C, Tsuge A. Patient-Centered Development? Comparing Japanese and Other Gynecological Examination Tables and Practices. *East Asian Sci Technol Soc*. 2014 Sep;8(3):323–45.
60. Yoshida K. A device for watching a patient on the gynecological table when she is hidden with a curtain and the result of the questionnaire concerning gynecologic internal examination. [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 8]. Available from: http://s.webry.info/sp/ja6noa2006.at.webry.info/201002/article_1.html
61. Fetters MD, Masuda Y, Sano K. Japanese women's perspectives on pelvic examinations in the United States. Looking behind a cultural curtain. *J Reprod Med*. 2003 Mar;48(3):194–200.
62. Espace Gynécologique de la clinique Nagato (Tokyo) [Internet]. Available from: https://www.nagato-clinic.or.jp/guide/post_17.php
63. Espace gynécologique de la clinique Komeda Ladies (Osaka) [Internet]. Available from: <http://www.komedaclinic.com/faci/index.html>
64. Moser G. *Psychologie environnementale: les relations homme-environnement*. Bruxelles: De Boeck; 2009.

65. Fischer GN. Psychologie sociale de l'environnement. 2e éd., mise à jour. Paris: Dunod; 2011. 246 p. (Psycho sup. Psychologie sociale).
66. Moles AA, Rohmer E, Schwach V. Psychosociologie de l'espace. Paris: Harmattan; 1998. 158 p. (Collection "Villes et entreprises").
67. BRU P. In: HISTOIRE DE BICETRE (HOSPICE, PRISON, ASILE): d 'apres des documents historiques, dessins, fac. -simile, plans dans le texte, pieces justificative. S.I.: FORGOTTEN BOOKS; 2017. p. 454–5.
68. Penloup E. L'architecture des lieux de santé et la prise en compte des besoins des usagers. Observation du service de Soins de Suite et de Réadaptation de l'hôpital Rothschild à Paris. Mémoire. [Internet]. École Nationale Supérieure D'Architecture de Normandie; 2014 [cited 2017 Oct 3]. Available from: <https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/613/files/2014/06/memoire-Emmanuel-Penloup.pdf>
69. Home-Maggie's Centres. [cited 2017 Oct 3]. Available from: <https://www.maggiescentres.org/>
70. CENTRE MAGGIE de GLASGOW PAR REM KOOLHAAS [Internet]. Available from: <https://www.maggiescentres.org/our-centres/maggies-glasgow/architecture-and-design/>
71. Ulrich RS. Health Benefits of Gardens in Hospital. Paper for conference, Plants for People; 2002.
72. Ulrich R, Zimring C, Quan X, Joseph A, Choudhary R. The role of the physical environment in the hospital of the 21st century. Report to The Center Health Design for the Designing the 21st Century Hospital Project; 2004.
73. Beauchemin KM, Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. J R Soc Med. 1998 Jul;91(7):352–4.
74. Walch JM, Rabin BS, Day R, Williams JN, Choi K, Kang JD. The Effect of Sunlight on Postoperative Analgesic Medication Use: A Prospective Study of Patients Undergoing Spinal Surgery: Psychosom Med. 2005 Jan;67(1):156–63.
75. Maisonneuve H, Fournier J. Construire une enquête et un questionnaire. e-respect. 2012;Octobre-Novembre 2012(2):15–21.
76. Plan de la ville de Lille [Internet]. Available from: <http://dolanca.free.fr/Marketing/plan-lille-et-quartiers.jpg>
77. Auzanneau N. OpinionWay pour MGEN. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
78. Flavigny D. Etat des lieux de la santé des femmes dans le Nord: liaison entre la santé et la précarité [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université du Droit et de la Santé Lille; 2014.
79. Dossier complet Commune de Lille (59350) [Internet]. INSEE; 2017 août [cited 2017 Oct 3]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-59350>
80. Dupont G. Démographie : la baisse de la natalité se poursuit en France. LE MONDE [Internet]. 2017 Jan 17 [cited 2017 Oct 3]; Available from: http://www.lemonde.fr/famille-vie-privee/article/2017/01/17/demographie-la-baisse-de-la-natalite-se-poursuit-en-france_5064027_1654468.html
81. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes: enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Internet] [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université de Poitiers; 2013. Available from: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
82. Ausserhofer D, Deschodt M, De Geest S, van Achterberg T, Meyer G, Verbeek H, et al. "There's No Place Like Home": A Scoping Review on the Impact of Homelike Residential Care Models on Resident-, Family-, and Staff-Related Outcomes. J Am Med Dir Assoc. 2016 Aug;17(8):685–93.
83. Kok JS, van Heuvelen MJG, Berg IJ, Scherder EJA. Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study. BMC Geriatr [Internet]. 2016 Dec [cited 2018 Jan 11];16(1). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/16/47>
84. Fleming A, Kydd A, Stewart S. Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. Maturitas. 2017 May;99:92–7.
85. Serfaty-Garzon P. Le Chez - soi: habitat et intimité. In: Dictionnaire critique de l'habitat et du logement [Internet]. Paris: Armand Colin; 2003. p. 65–9. Available from: <http://www.perlaserfaty.net/texte7.htm>
86. Razes F. Environnement architectural, santé et domesticité: étude des effets d'un aménagement architectural domestique sur la qualité de vie, l'usage et la perception de l'espace dans les lieux de vie institutionnels pour personnes

- âgées [Internet] [Thèse de Doctorat en Architecture]. Université Paul Valéry - Montpellier III; 2015. Available from: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01431531/document>
87. EBCOG. Standards of Care for Women's Health in Europe [Internet]. 2014. Available from: https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0020/8750/Item-5.3.8-EBCOG-Standards-of-Care-for-Gynaecology-PDF-FEB-11-2014-FINAL-DRAFT.pdf
88. Modèle de jupe japonaise [Internet]. Available from: <http://www.takarabelmont.co.jp/medical/medical/sanfujin02.html>
89. Altman I. The environment and social behavior: privacy, personal space, territory, crowding. Monterey, Calif: Brooks/Cole Pub. Co; 1975. 256 p.
90. Chanlat J-F, editor. L'Individu dans l'organisation: les dimensions oubliées. Québec]: [Paris: Presses de l'Université Laval; Editions Eska; 1990. 842 p. (Sciences de l'administration).
91. Grange Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Université de Bordeaux; 2015.
92. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral. Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. [Thèse d'exercice de Médecine]. [France]: Claude Bernard Lyon 1; 2015.
93. Greiver M. Practice tips. No stirrups? Can Fam Physician Med Fam Can. 2001 Oct;47:1979.
94. Position à l'anglaise - Illustration par Dr Borée [Internet]. Available from: <http://boree.eu/?p=1349>
95. Dickinson J. Stirrups or no stirrups for routine speculum examinations ? BMJ. 206AD;333:305.
96. Kandinsky W, Sers P. Du spirituel dans l'art et dans la peinture en particulier. Paris: Gallimard; 2006. 214 p. (Folio Essais).

VIII. ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Madame,

Médecin généraliste remplaçant, je réalise un travail pour connaître *vos besoins et attentes en tant que patiente* lors de votre suivi gynécologique.

Je souhaite recueillir votre avis sur *l'environnement du cabinet du médecin généraliste (son agencement, son mobilier)* dans le but d'améliorer votre confort durant l'examen gynécologique.

Votre réponse sera bien évidemment analysée de *manière anonyme*.

Pour faciliter la compréhension de ce questionnaire, je vous remercie de trouver ci-dessous l'explication de la notion de **l'agencement du cabinet** :

Agencement du cabinet médical : la façon dont un cabinet médical est organisé dans l'espace, la disposition de son mobilier, sa décoration... (*ex : la table d'examen est placée au milieu du cabinet ou au contraire adossée au mur, la porte donne directement sur le bureau...*)

Une fois rempli, merci de déposer ce questionnaire dans la boîte de collecte qui se trouve dans la salle d'attente ou au secrétariat.

Merci par avance de votre participation

Vous concernant :

1. Votre âge :

2. Votre profession :

- Étudiant/Élève
- Agriculteurs Exploitants/Artisans
- Commerçants et chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle.

3. Votre niveau d'étude :

- Sans formation
- Niveau VI et V bis : sorties en cours de 1^{er} cycle de l'enseignement secondaire (6^{ème} à 3^{ème}) ou abandons en cours de CAP ou BEP avant l'année terminale
- Niveau V : sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale (seconde ou première)
- Niveau IV : sorties des classes de terminales de l'enseignement secondaire (avec ou sans le baccalauréat). Abandon des études supérieures sans diplôme.
- Niveau III : sorties avec un diplôme Bac + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles des formations sanitaires ou sociales, etc.).
- Niveau II et I : sorties avec un diplôme de niveau supérieur à bac + 2 (licence, maîtrise, master, dea, dess, doctorat, diplôme de grande école)

4. Nombre d'enfants :

5. Votre situation matrimoniale actuelle :

- Célibataire
- Mariée
- Divorcée/Veuve
- Pacsée ou En couple (concubinage, union libre)

Concernant votre suivi gynécologique:

6. Avez - vous déjà eu un examen gynécologique dans un cabinet de médecin généraliste ? :

- **Oui**
- **Non**

7. Qui consultez-vous le plus souvent pour votre suivi gynécologique ? :

- Votre médecin traitant habituel (généraliste)
- Un autre médecin généraliste
- Votre gynécologue
- Votre sage-femme

8. Combien de fois avez vous consulté pour un examen gynécologique ces 5 dernières années ?

- Moins de deux fois.
- Deux fois ou plus.

Pour un cabinet de MÉDECINE GÉNÉRALE où l'examen gynécologique est pratiqué

9. Lors de votre (vos) consultation(s) gynécologique(s), l'agencement du cabinet médical a-t-il une importance ?

- Totalemment d'accord
- Plutôt d'accord
- Peu d'importance
- Aucune importance
- Sans avis

10. Si c'est le cas, pour quelles raisons l'agencement du cabinet vous semble important durant cette consultation ? (Réponse libre).

11. Est-il nécessaire que la salle d'examen soit séparée du bureau ? :

- Nécessaire
- Plutôt nécessaire
- Peu nécessaire
- Pas du tout nécessaire
- Sans avis

12. Quel type de séparation préférez-vous (plusieurs choix possibles) ?

- Le bureau et la salle d'examen sont deux pièces complètement séparées
- Séparation physique (type paravent mobile ou autre)
- Autre suggestion (merci de préciser) :

13. Est-il nécessaire d'avoir un espace spécifique pour le déshabillage/rhabillage ?

- Nécessaire
- Plutôt nécessaire
- Peu nécessaire
- Pas du tout nécessaire
- Sans avis

14. Si oui, comment le préférez-vous (plusieurs choix possibles) ?

- Par un espace entièrement fermé et exclusivement réservé à cet effet ? (type cabine)
- Par une séparation physique (type paravent mobile ou autre)
- Autre suggestion (merci de préciser) :

15. Un espace spécifique pour déposer les vêtements et sous-vêtements est-il nécessaire ?

- Nécessaire
- Plutôt nécessaire
- Peu nécessaire
- Pas du tout nécessaire
- Sans avis

16. Comment le préférez-vous (plusieurs choix possibles) ?

- Type porte-manteau
- Ou Bac/Boite/panier
- Ou chaise/Tabouret
- Autre suggestion :

17. Est-il nécessaire que les toilettes soient accessibles directement depuis le bureau du médecin?

- Nécessaire
 - Plutôt nécessaire
 - Peu nécessaire
 - Pas du tout nécessaire
 - Sans avis
- Autre commentaire :

18. Est-il nécessaire que les fournitures pour l'hygiène intime (poubelle, lingettes, serviettes hygiéniques etc.) soient disponibles à proximité ?

- Nécessaire
 - Plutôt nécessaire
 - Peu nécessaire
 - Pas du tout nécessaire
 - Sans avis
- Autre commentaire :

19. Durant l'examen gynécologique, est-il nécessaire de couvrir le bas du corps (un drap/une couverture)

- Nécessaire
- Plutôt nécessaire
- Peu nécessaire
- Pas du tout nécessaire
- Sans avis

Concernant la table d'examen (voir l'image) :



20. Êtes-vous satisfaite de son confort ?

- Totalement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Pas du tout
- Sans avis

21. La couleur de la table d'examen influence-t-elle votre confort ?

- Totalement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Aucune influence
- Sans avis

22. Quelle couleur préféreriez-vous ? (Réponse libre) :

23. Selon vous, quelle partie de la table d'examen est à améliorer pour plus de confort ?

- Aucune
- Le dossier
- Les étriers
- L'assise
- Le repose-jambes
- Autre proposition :

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Cochez la case si le questionnaire est rempli avec l'aide du médecin

AUTEUR : Nom : NGUYEN

Prénom : Ngoc-Khanh

Date de Soutenance : 19/04/2018

Titre de la Thèse : Environnement réconfortant et respect de l'intimité : à propos de la consultation gynécologique

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Examen gynécologique, Consultation Gynécologique, Environnement, Agencement, Table d'examen, Étriers, Intimité.

Résumé :

Contexte : L'environnement de l'examen gynécologique est peu étudié dans la littérature médicale. Les notions de *la distance intime* (Hall) et de *l'espace personnel* (Fischer) font suggérer l'impact éventuel de ce facteur sur le ressenti des patientes, surtout lorsque leur intimité est dévoilée.

Méthode : Il s'agit d'une enquête d'opinion, exploratoire, non randomisée. Les questionnaires sont distribués aux femmes par 14 médecins généralistes répartis sur 2 maisons médicales, 1 cabinet de groupe et 1 cabinet individuel à Lille en 2017.

Résultats : Les participantes sont majoritairement jeunes (53% entre 18 et 29 ans) et diplômées (75% ayant au moins Bac + 2). Parmi 173 réponses obtenues, 73% accordent de l'importance à l'agencement du cabinet durant la consultation gynécologique. Les besoins d'*un environnement réconfortant* et de *l'isolement de la partie Examen* sont les plus exprimés. Sont considérés comme nécessaires ou plutôt nécessaires : la séparation Entretien/Examen (par 77% des participantes), les fournitures d'hygiène intime (80%), l'espace pour déposer les vêtements/sous-vêtements (74%), l'espace de déshabillage (56%). Un dispositif mobile type paravent suffit le plus souvent pour délimiter l'espace (pour 65% à 81% des femmes). 55% des participantes jugent la couverture du bas du corps peu voire pas du tout nécessaire. Pour la table d'examen : son confort est jugé satisfaisant (par 93% des femmes), les couleurs « *calmes et apaisantes* » sont appréciées. Les étriers sont la première partie à améliorer.

Conclusion : L'environnement de l'examen gynécologique est caractérisé par un délicat équilibre entre son caractère familial réconfortant (concept de *homelike*) et son cadre symbolique respectant l'intimité de la femme. L'analyse des résultats souligne également la dimension culturelle et subjective de l'intimité. Elle mobilise la compétence psycho-sociale du médecin, dans une approche centrée sur la patiente.

Composition du Jury :

Présidente : Madame la Professeure Sophie CATTEAU-JONARD

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Madame la Docteure Marie-Jeanne MARTIN