



UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Comment se construit la relation soignant- soignée  
durant l'entretien gynécologique en médecine générale ?

Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2019 à 18h  
au Pôle Formation  
**Par Camille Santandreu**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick**

**Monsieur le Docteur BAYEN Sabine**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur MESSAADI Nassir**

---



**UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

***Année : 2019***

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***Comment se construit la relation soignant- soignée  
durant l'entretien gynécologique en médecine générale ?***

***Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2019 à 18 heures  
Au Pôle Formation  
Par Camille Santandreu***

---

**JURY**

***Président :***

***Monsieur le Professeur Christophe Berkhout***

***Assesseurs :***

***Monsieur le Professeur Patrick Lerouge***

***Madame le Docteur Sabine Bayen***

***Directeur de Thèse :***

***Monsieur le Docteur Nassir Messaadi***



*Avertissement*

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

## Liste des abréviations

---

Art. :	Article
ATSEM :	Agent Territorial Spécialisé des Ecoles Maternelles
CDD :	Contrat à durée déterminée
CE :	Conseil d'état
CMP :	Centre médico-psychologique
EMC :	Enseignement moral et civique
HTA :	Hypertension artérielle
IST :	Infection sexuellement transmissible
MG :	Médecin généraliste
MSP :	Maison de santé pluriprofessionnelle
MT :	Médecin traitant
PMA :	Procréation médicalement assistée
ONU :	Organisation des nations unies
SAS:	Syndrome d'apnée du sommeil
WONCA :	Organisation mondiale des médecins généralistes, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## *Table des matières*

Liste des abréviations .....	9
Résumé .....	15
Introduction .....	16
1. Problématique.....	16
2. La dignité.....	17
1. « Sentiment... ».....	17
2. « De la valeur intrinsèque d'une personne... » .....	17
3. « et qui commande le respect. » .....	18
4. Dignité et protection juridique .....	19
5. Dignité et déontologie médicale.....	21
3. La relation soignant - soigné .....	21
1. Organisation d'une relation en psychologie sociale.....	21
2. Typologie des relations .....	23
3. Initiation des relations .....	23
4. Déterminants de la relation .....	24
5. Principe de communication.....	24
6. Modalités d'interaction en médecine générale.....	25
a) Relation soignant-soigné : un cadre social déjà posé .....	25
b) Une relation qui reste singulière.....	26
c) Impact de la temporalité .....	27
d) Contenu de l'information à recueillir .....	27
7. Asymétrie du savoir dans l'échange.....	28
8. Caractéristiques principales de la relation.....	28
a) La confiance : .....	28

b) Acceptation et respect de l'autre : .....	29
c) La capacité d'influence.....	30
4. L'examen gynécologique en médecine générale.....	32
1. Données épidémiologiques .....	32
a) Particularités bio-psycho-sociales de la médecine générale : le suivi global 32	
b) Ressenti des patients sur la nécessité de suivi gynécologique en MG .....	32
2. La consultation gynécologique en médecine générale.....	33
a) L'entretien.....	33
b) L'examen physique .....	34
c) Les actes pratiqués .....	34
3. Notions psycho-sociologiques en gynécologie .....	35
a) L'intimité .....	35
b) La pudeur.....	35
c) Être « à l'aise » .....	36
d) Le prendre soin .....	36
Matériels et méthode .....	37
1. Type d'étude.....	37
2. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	37
3. Méthode de recrutement.....	38
4. Éthique .....	38
RESULTATS .....	39
1. Caractéristiques des participantes .....	39
2. Entretiens.....	40
3. Analyses des cas.....	40
1. Résumé sous forme de marguerite des relations .....	40
2. Soignée 1 : Agathe .....	41

a) Biographie.....	41
b) Analyse du cas .....	42
3. Soignée 2 : Blanche.....	47
a) Biographie.....	47
b) Analyse de cas .....	47
4. Soignée 3 : Christine .....	53
a) Biographie.....	53
b) Analyse du cas .....	53
5. Soignée 4 : Dominique.....	59
a) Biographie.....	59
b) Analyse du cas .....	60
6. Soignée 5 : Elise.....	64
a) Biographie.....	64
b) Analyse du cas .....	65
7. Soignée 6 : Florine .....	70
a) Biographie.....	70
b) Analyse du cas .....	70
8. Soignée 7 : Gaëlle .....	76
a) Biographie.....	76
b) Analyse du cas .....	77
9. Soignée 8 : Hélène.....	83
a) Biographie.....	83
b) Analyse du cas .....	84
10. Soignée 9 : Inès .....	89
a) Biographie.....	89
b) Analyse du cas .....	90
11. Soignée 10 : Justine .....	94

a) Biographie.....	94
b) Analyse du cas .....	95
DISCUSSION.....	99
1. Limites et points forts.....	99
1. Pertinence de la méthode d'étude.....	99
2. Recherche de validité interne et externe .....	100
3. Biais de recrutement.....	100
4. Biais de réalisation .....	100
2. La relation au savoir .....	101
1. La gynécologie : une spécialité taboue rendant problématique la transmission du savoir	101
2. Le recueil du savoir la soignée : à la recherche de l' « orientation intime »	103
3. La relation au corps .....	104
1. Des actes « intrusifs ».....	104
2. Passivité et dépersonnification .....	105
3. Le corps de la femme : un symbole de l'asymétrie de genre ? .....	105
4. Le déshabillage.....	106
5. Une vulnérabilité réduite par la parole .....	107
4. La relation à l'autre .....	108
1. Une relation au carrefour entre interpersonnelle et professionnelle ?.....	108
2. Convictions personnelles et vision monothéiste de la dignité.....	109
3. L'humour comme mise à distance .....	110
Conclusion.....	112
Références bibliographiques .....	114
ANNEXE 1 : Grille d'entretien.....	118
ANNEXE 2 : Feuille d'information donnée aux patientes.....	119
ANNEXE 3 : Campagne d'information .....	120



## Résumé

---

### COMMENT SE CONSTRUIT LA RELATION SOIGNANT-SOIGNEE DANS L'ENTRETIEN GYNECOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE ?

**Contexte :** A l'heure de l'évidence d'une prise en soin centrée patient, les scandales sur les violences durant le suivi gynécologique et obstétrical recentrent un peu plus le débat sur la nécessité d'une médecine à visage humain. La dignité de la soignée se jouerait dans la relation à l'autre. Ses modalités pourraient donc participer au respect de la dignité de la soignée. Mais comment se construit la relation soignant-soignée dans l'entretien gynécologique en médecine générale ?

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de patientes suivies gynécologiquement par un MG, recrutées dans quatre MSP de la région Hauts de France. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés jusqu'à suffisance des données. Une analyse thématique de verbatims a été effectuée par le logiciel NVivo12.

**Résultats :** Dix patientes ont participé à l'étude. La relation soignant-soignée articulent cinq constituants que sont : la transmission du savoir de la soignée, du savoir du soignant, les cognitions sur le corps par la soignée, la connaissance des intervenants en présence et la création d'un lien interpersonnel. C'est la fonction de soin de la relation qui les structure. Au sein de chaque problématique s'agencent différentes réflexions qui matérialisent la diversité de la personne humaine et de son mode de fonctionnement. Certaines réflexions sont quasi systématiques comme le partage de l'intimité, la confiance, la pudeur, l'humour, la compétence, la sollicitude, la vulnérabilité, la régularité, la globalité, le jugement, la familiarité... D'autres témoignent de l'appropriation différente des problématiques et de construits sociaux : l'épilation, les conduites vestimentaires, la position vis-à-vis du groupe familial, la recherche de gentillesse, la gestion des convictions personnelles, le virage de la puberté, ...

**Conclusion :** Le respect de la dignité humaine dans la relation de soin en gynécologie en médecine générale vise à rétablir une symétrie relationnelle rendue caduque par la fonction de soin mais égalitaire par la relation humaine interpersonnelle. Elle mobilise les représentations sociales des soignées, notamment l'asymétrie de genre et la relation au corps. La médecine générale, par ses caractéristiques, permettrait pleinement le rétablissement de cette symétrie relationnelle.

# Introduction

---

## 1. Problématique

Le suivi gynécologique de la femme s'est modifié avec le temps(1). L'intervenant a changé : des shamans en Afrique aux sages-femmes religieuses dans l'Égypte ancienne, puis aux prêtres-guérisseurs du Moyen Age, jusqu'aux médecins conventionnés au sein de cabinet ou d'hôpitaux. La technicité s'est également modifiée, passant par différentes postures pour le toucher vaginal et l'accouchement, à la démocratisation du spéculum.

Mais la problématique du consentement de la femme à l'examen gynécologique n'a pas changé, elle. Hippocrate regrettait déjà (2): *«La pudeur qui empêche [les femmes] de parler, même si elles savent, et elles regardent cela comme honteux par inexpérience et ignorance »*. En 1843, le docteur Colombat de l'Isère tentait d'expliquer : *« Si c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à décider les malades à se soumettre au toucher [vaginal], on comprendra les ménagements qu'il faut apporter pour rendre moins pénible le sacrifice qu'une femme honnête fait à sa pudeur en exposant au regard du médecin des parties qu'elle cache toujours avec le plus grand soin »*. (3)

Si l'examen gynécologique reste problématique pour certaines femmes au cours des âges, c'est peut-être que la question n'est pas strictement médicale mais simplement humaine. Il s'agit d'une personne soignée et d'un soignant, et de la construction d'une relation entre eux deux qui rend possible ou non les conditions humaines pour que l'examen gynécologique ait lieu dans le respect de la dignité de la patiente.

Le rapport de la WONCA en 2002 stipule que la médecine générale constitue un « mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient »(4)

Comme le médecin généraliste est un des intervenants possibles de l'examen gynécologique, on peut se demander alors comment se construit la relation soignant-soignée dans l'examen gynécologique en médecine générale ?

Il s'agira dans un premier temps d'explicitier les notions de dignité et de relation, puis de décrire le déroulement standard d'un examen gynécologique et d'en faire un état des lieux en médecine générale.

## **2. La dignité**

La dignité est un terme polysémique ; sa définition peut sous-tendre des conceptions antinomiques, générant une grande confusion.

Sa définition la plus consensuelle et qui me semble pertinente pour cette thèse est le « sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui » (5). Nous allons expliciter cette définition en nous concentrant sur la dignité humaine et donc d'une personne humaine.

### **1. « Sentiment... »**

La dignité s'inscrit dans un sentiment : il s'agit donc d'un ressenti, d'une perception, d'une sensation, d'une conscience plus ou moins claire. Ce sentiment de dignité est d'emblée subjectif, singulier à chacun, d'où sa polysémie.

### **2. « De la valeur intrinsèque d'une personne... »**

En philosophie, cette valeur intrinsèque d'une personne peut s'appréhender de plusieurs façons (6) :

- La valeur de chaque individu est égalitaire entre tous : la dignité serait synonyme d'humanité. On distingue une conception monothéiste de la dignité : c'est un Dieu, en créant l'Homme, qui lui a donné sa dignité, créant ainsi un système binaire où seul l'Homme croyant est digne. L'autre versant est la conception du philosophe Kant, moins discriminant : les choses ont un prix, l'individu humain a une dignité, laquelle ne comporte ni degré ni partie. Cette conception justifie qu'il faut traiter autrui « *toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen* » (7). Pour Kant, la dignité existe par la présence de la raison et de la loi morale (impliquant des droits et des devoirs), présente a priori dans chaque être humain et non a posteriori de son éducation, ...

- La valeur d'un être humain, la dignité, comporte des degrés et permet de hiérarchiser les êtres humains entre eux. Il peut s'agir de la conception dite « bourgeoise » selon Eric Fiat,

héritée de la philosophie stoïcienne et fixée par les normes sociales : elle est synonyme de grandeur, réserve, pudeur, contenance, maîtrise. La dignité n'est attribuée qu'a posteriori de la naissance, elle est donc « extrinsèque » à l'être humain. C'est sa conduite qui peut être jugée digne ou non, principalement en fonction du rejet en l'Homme de sa part « naturelle » : le corps (excréments, urines, éructations, pilosité) ou les émotions (désir, jalousie, spontanéité). La conception dite « moderne », de la dignité d'après Eric Fiat est plus récente. La dignité se trouverait dans la maîtrise de la nature, rendue possible principalement grâce à la sacralisation de la technique. Une indignité constituerait en toute restriction de maîtrise de son corps ou de son autonomie, de son indépendance ; de la simple attente à la souffrance, à la vulnérabilité. La problématique de ces visions étant que cette part « naturelle » est une composante de l'être humain et qu'elle le « condamne » à une forme de passivité.

Dans la conception Kantienne, il peut également exister des Hommes moins « dignes de leur dignité », mais la hiérarchisation est toujours postérieure à la reconnaissance de sa dignité intrinsèque.

### 3. **« et qui commande le respect. »**

La dignité apparaît comme un sentiment à préserver où autrui joue un rôle primordial, c'est la conception relationnelle de la dignité. Le philosophe Hegel l'explique : « *Chaque conscience de soi n'est pour soi effectivement que par la médiation de l'autre qui la reconnaît* » (8). Il y a donc la dignité de la personne humaine, mais elle s'inscrit dans une relation à autrui qui la reconnaît et la respecte en l'autre. Cette conception est à pondérer : tout n'est pas dans le regard de l'autre, c'est au moins en partie à la personne propre qu'incombe la tâche de réaliser son humanité.

L'ordre des médecins précise : « *La dignité peut être définie comme l'image de soi-même dans le regard des autres ; et toute relation humaine de qualité est fondée sur une estime réciproque* » (9).

En santé, Fiat (6) dresse l'exemple de la mécanisation des soins : « *On peut imaginer nourrir les vieillards à l'aide d'une machine [...] On peut imaginer les laver à l'aide d'une autre : la « prise en charge » d'un corps lourd est chose difficile ! Mais alors, quelque chose manquerait. Car nourrir un homme, ce n'est pas que remplir son ventre, laver une femme ce n'est pas la même chose que laver une chambre : dans les deux cas il s'agit d'honorer une personne* ».

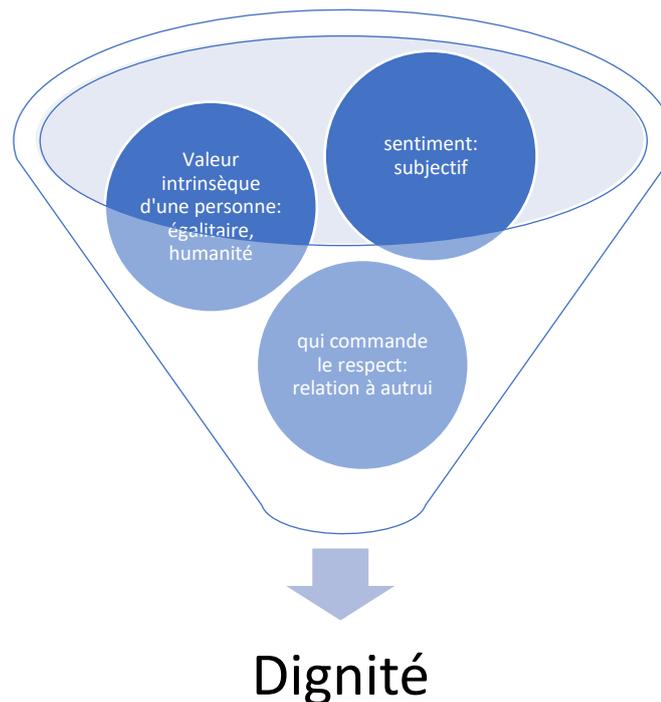


Figure 1 : Définition de la dignité

#### **4. Dignité et protection juridique**

L'individu n'est pas le seul garant du respect de la dignité. Majoritairement apparu après les drames de la seconde guerre mondiale puis en soutien aux progrès génétiques, le terme de « dignité », bien que souvent vague, est présent dans de nombreux textes juridiques (10).

Les instances assurant sa protection sont principalement :

- Le droit constitutionnel français. Il repose sur la jurisprudence constitutionnelle provenant du conseil constitutionnel, cour de cassation, conseils d'État, ... Par exemple, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement ou de dégradation a été élevée au rang de principe à valeur constitutionnelle par le Conseil constitutionnel (Décision n° 94-343/344 DC, 27 juillet 1994, p. 100). De même, un arrêt de 1995 par exemple, considère : « *que le respect de la dignité de la personne humaine devrait être regardé comme une composante de l'ordre public* ».

- Le droit constitutionnel international applicable en France. On distingue notamment la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 et de l'ONU qui reconnaît : « *La dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs droits égaux et inaliénables* ».

*constituent le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde »* ainsi que par l'article 1 : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits* ». Elle précise les conditions de la dignité également par l'article 22 que : « *[la sécurité sociale] est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensable à sa dignité et au libre développement de sa personnalité* » et affirme par l'article 23 que : « *[le] Droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine* ». La Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'Homme de l'UNESCO (2005) y fait également mention par l'article 3 : « *La dignité humaine, les droits de l'homme et les libertés fondamentales doivent être pleinement respectées* ».

A titre d'exemple, en Allemagne, « La loi fondamentale » précise dès son article 1 que « *La dignité de l'être humain est intangible. Tous les pouvoirs publics ont l'obligation de la respecter et de la protéger. En conséquence, le peuple allemand reconnaît à l'être humain des droits inviolables et inaliénables comme fondement de toute communauté humaine, de la paix et de la justice dans le monde* ». Cet article possède de surcroît une clause d'éternité (*Ewigkeitsklausel*) qui interdit toute modification.

- Le droit civil français : par exemple la loi dite de bioéthique du 29/07/1994 sur le « respect du corps humain » : « *art 16 : la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* »

- Le code pénal : il détaille dans son « Livre II : Des crimes et délits contre les personnes » les « atteintes à la dignité de la personne », rassemblées dans le chapitre V, englobant notamment les discriminations, le proxénétisme, les conditions de travail et d'hébergement contraires à la dignité de la personne, les atteintes au respect dû aux morts, ...

- Le code de santé publique, intégrant le code de déontologie élaboré par l'Ordre des médecins et validé par le conseil d'État. Il précise notamment que « *la personne malade a droit au respect de sa dignité* » (Article L.1110-2) ou que « *Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.* » (Article R.4127-2).

## **5. Dignité et déontologie médicale**

Par ailleurs, l'aspect relationnel de la dignité dans le cadre de la relation professionnelle entre le patient et son malade, est décrit dans un communiqué de l'Ordre des médecins (9). La dignité s'applique en santé par un soin réalisé sans discrimination (art. 7), par l'existence « *d'un contrat moral qui le lie au patient, en le considérant, dans toutes ses « prérogatives » d'être humain, c'est-à-dire en évitant de le traiter en inférieur [...]. Ce respect impose l'obligation du secret professionnel* » (art. 4), par la liberté de choisir son médecin (art. 6) ainsi que par le droit à l'information du patient concernant son état de santé, l'évolution de sa maladie, les examens et les traitements qui lui sont proposés (art. 35), par la nécessité d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient (art. 36).

Le communiqué ajoute également que : « *Respecter la dignité d'un patient, c'est reconnaître sa singularité, le soigner avec considération et dévouement, lui apporter le soutien psychologique qui lui est nécessaire ; c'est aussi savoir l'accompagner au terme de sa vie* ». Le communiqué s'attarde en outre sur le comportement du médecin, qui doit être en accord avec le respect de la personne humaine (regard, parole, geste, attitude, familiarité inadaptée...) en y évitant en particulier toute connotation sexuelle.

## **3. La relation soignant - soigné**

Nous venons de voir que la dignité était le sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne et qui impose le respect à autrui. Ce respect est garanti par la loi. Nous avons vu qu'étudier la dignité revenait à étudier ce qui faisait l'humain dans l'humain, via la participation d'autrui. La création d'une relation est ainsi une des caractéristiques de l'humanité et prend part dans la dignité.

### **1. Organisation d'une relation en psychologie sociale**

La définition d'une relation sous-tend différentes notions (11).

Techniquement, une relation n'existe pas : c'est une abstraction pour une séquence d'interactions. En ce sens, la relation est immanente à l'interaction : elle est dynamique et se construit perpétuellement dans l'action, la parole, même si elle a la caractéristique de se

reproduire à sa propre image, donnant l'illusion de stabilité. Pour construire une relation, nous puisons dans un répertoire de relations qu'une société nous propose pour la former : nous entrons donc en relation et ne la créons pas.

La notion de relation définit celle de « lien social », non pas comme une simple mise en liaison d'individus indépendants les uns des autres, mais comme un processus qui modifie en permanence les deux partenaires impliqués. C'est un système où toute action d'un interlocuteur a un effet, une influence, sur les comportements de l'autre et vice versa, avec des boucles de rétroaction. Ce lien conserve donc une part égalitaire aux deux intervenants dans la relation, peu importe les fonctions qui régissent cette relation. Il s'agit d'autre part d'un système ouvert, sensible aux événements extérieurs. Cette notion de lien englobe les différentes caractéristiques de la relation, à savoir à la fois les modalités d'expression et d'interactions (la communication et la manière d'être humain) et le contexte, c'est à dire son insertion dans un « champ social ». Ce champ social rassemble les systèmes symboliques qui jouent dans la relation comme le cadre (physique et situationnel) et les aspects psychosociaux qui ancrent la relation dans un réseau d'échange (Marc et Picard, 1990 (12)).

Pour la psychologie sociale, la capacité d'entrer en relation est la composante principale de l'être humain car les relations définissent un aspect essentiel de son être social. Tout individu est relié de différentes manières à autrui (famille, amis, institutions, groupes) ; il est inséré dans un tissu social complexe qui l'entoure, oriente son action et définit sa sociabilité. En cela, la composante relationnelle est prépondérante dans la dignité humaine.

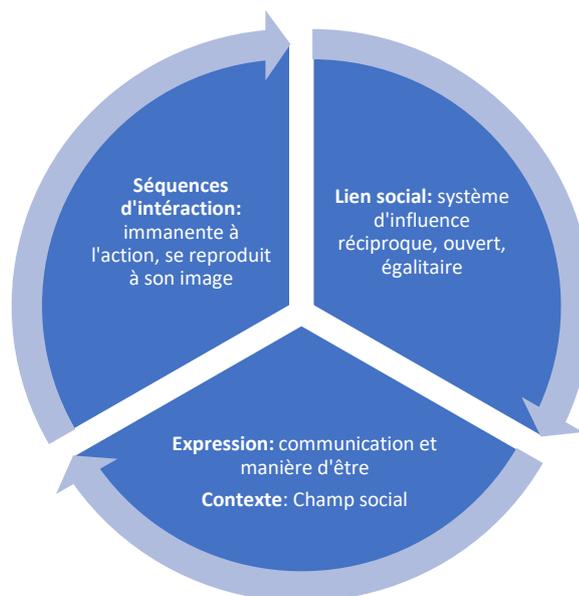


Figure 2 : Définition d'une relation

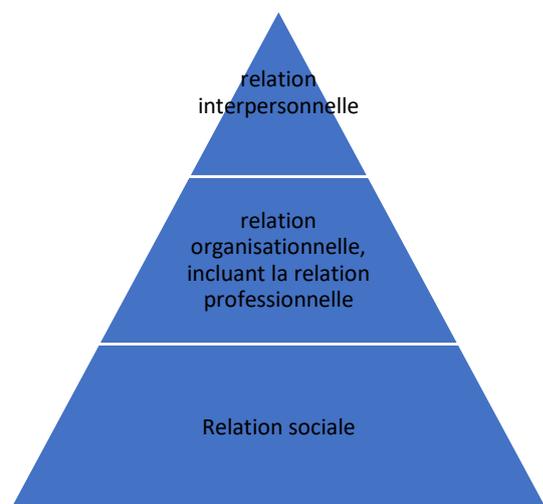
## 2. Typologie des relations

Selon l'importance faite au contexte social, on distingue trois formes de relation :

- La relation interpersonnelle étudie les interactions d'un individu avec un autre individu. C'est l'individu qui est considéré comme une unité et un pôle de consistance. Les clés de son interprétation résident dans les gestes ou les rituels interpersonnels.

- La relation organisationnelle considère que l'individu est obligé de se livrer à un certain « rôle » selon son appartenance à une société ou un groupe social donné. On dira que c'est le champ social, et non plus seulement les aspects interpersonnels, qui structure les relations. L'accent est mis sur le poids relatif des contraintes et des positions sociales occupées par les individus, et non plus sur les seuls sentiments des deux individus.

- La relation sociale, où la relation avec autrui est déterminée par son appartenance à une catégorie sociale définie, à une ethnie, à une classe d'âges, et crée ainsi des distances socio-culturelles entre les individus (langage, style de vie, habillement,).



La relation ne fonctionne donc jamais vraiment dans un univers socialement neutre. Ces facteurs s'imposent avec plus ou moins de poids à toute relation, découvrant des positions et des tensions irréductibles à la bonne volonté de chacun.

Figure 3 : Typologie des relations en fonction du contexte social

## 3. Initiation des relations

On distingue deux moteurs à l'initiation de la relation : l'affiliation et l'attraction.

On appelle « affiliation » la nature fondamentalement sociale de l'être humain, défini comme « être avec les autres ». Le but de l'existence est alors d'établir des liens pour résoudre le besoin fondamental de pouvoir compter sur les autres, en s'appuyant sur eux. Elle intègre la

nécessité de coopérer et d'interdépendance afin de vivre en société : la présence d'autrui est nécessaire à chacun pour poursuivre ses propres buts.

L'attraction, elle, définit à l'intérieur d'une relation la dimension affective à l'égard des autres. Elle se caractérise par l'expression d'attitudes positives (sympathie). Selon Homans (1974) (13), les facteurs affectifs que nous éprouvons pour autrui s'expriment en termes de profit : une relation s'établit quand elle correspond à des gratifications possibles pour soi.

#### **4. Déterminants de la relation**

Les éléments qui déterminent, dans la vie sociale, les relations des individus les uns avec les autres sont :

- La proximité : les relations ont tendance à augmenter à mesure que la distance géographique diminue. Girard en 1964 (14) dégage la notion d'homogamie sociale : par la proximité géographique, l'individu rechercherait une similitude sur les origines sociales, culturelles et religieuses. Deux caractéristiques de la proximité déterminent son influence : la familiarité (basée sur les occasions et les fréquences d'une relation) et la distance physique interpersonnelle (règle culturelle concernant le comportement spatial ou proxémie, le divisant en distance intime, personnelle, sociale ou publique).

- La similitude-complémentarité : les individus ont tendance à rechercher auprès d'autrui ce qui les rassemble (intérêt, opinions, goûts, façon de communiquer) ou au contraire ce qui les sépare si l'accent est mis sur les mécanismes compensatoires (relation domination/soumission ou protégé/être protégé).

- L'attrait physique : il produirait un halo sur le jugement que nous faisons d'autrui, renforcé par l'idée qu'une apparence physique belle et attirante est considérée comme porteur d'une meilleure sociabilité (Dion, 1972),

#### **5. Principe de communication**

La communication constitue un processus par lequel une personne émet un message et le transmet à une autre personne qui le reçoit, avec une part d'erreurs possibles (5). Ces erreurs sont dues, d'une part au codage de la langue (parlée, écrite, gestuelle...) par l'émetteur suivi du

décodage du message par le récepteur, et d'autre par le véhicule ou canal de communication emprunté. Sa définition est donc bien moins large que la relation.

La communication comporte certains principes généraux (15). Il est par exemple impossible de ne pas communiquer, une communication est interpersonnelle et irréversible, rétroactive. La communication aurait un rôle d'autorévélation : plus les individus communiquent entre eux, plus le contenu de l'information va d'un niveau superficiel vers un niveau intime, plus la relation s'approfondie.

Cette communication peut également se faire au travers du corps humain et devenir non verbale : il s'agit des gestes, postures, expressions du corps et du visage. Au-delà du corps humain, la communication non verbale inclut également les tenues vestimentaires, la façon de se maquiller, de se coiffer, l'élocution, le ton de la voix. Marsh (1988(16)) explique que c'est le langage du corps qui jouerait le plus grand rôle dans la communication (55%), suivi par les caractéristiques de la voix et les indices paralinguistiques (38%), puis enfin par les mots (7%). De même, l'expression du visage, le contact visuel, le toucher, le ton de la voix, la posture, la gestuelle et l'apparence physique peuvent également être importants dans toute relation interpersonnelle.

Le style communicationnel peut varier selon différents facteurs des interlocuteurs : l'âge, l'ethnie, le degré d'éducation, le type de maladie du patient, le contexte de l'entrevue. Le genre du médecin peut également faire varier l'échange : selon Roter (2002) (17), les femmes auraient davantage de comportement de partenariat, s'intéresseraient davantage au domaine psychosocial, poseraient plus de questions et donneraient plus de conseils.

## **6. Modalités d'interaction en médecine générale**

### **a) Relation soignant-soigné : un cadre social déjà posé**

Pour cette thèse, la relation étudiée est la relation professionnelle entre un médecin généraliste et sa patiente ; il s'agit donc d'une relation qui se base sur le sens de l'interaction et la fonction et le de chacun. Nous avons décidé d'utiliser le terme « soignant-soigné » car c'est bien le soin qui, pour moi, constitue le sens de cette relation : il y a le soigné, en demande de soin, et le soignant qui a la capacité à lui en fournir.

La majorité des comportements communicationnels dans une relation est régie par des règles sociales générales (règle de politesse, comportement en public, ...). Dans une relation

organisationnelle comme la relation soignant-soigné, ces règles seront complétées par des règles sociales propres à la situation professionnelle, compilées par les codes professionnels (code de déontologie) et dans des lois (code civil, code pénal) comme vu plus haut.

En général, plus le contexte est informel et moins le respect des règles semble important. C'est le maintien de certaines conventions qui aide à maintenir la relation dans le cadre désiré. En santé, et particulièrement en médecine générale, l'accompagnement du soigné induit des similarités avec un cadre informel habituel, comme l'abord de sujets considérés ordinairement comme privés, ainsi qu'une proximité physique durant l'entretien qui n'est pas toléré dans la plupart des autres relations professionnelles. Dans ce contexte, la frontière entre l'acte professionnel et l'acte plus personnel risque davantage de s'estomper.

Il faudrait donc limiter les aspects informels qui pourraient engendrer l'ambiguïté dans la relation professionnelle : « *Le patient doit toujours pouvoir associer la proximité physique à une raison précise d'ordre médical (exemple : faire un examen ou un prélèvement). Le médecin atténue l'inconfort de cette intrusion par des pratiques ritualisées en tenant des propos plus neutres et en évitant le plus possible le regard du patient. Sa tâche terminée, il retourne à la distance habituelle de 1.2mètres* » (15) qui représente la limite entre la « distance personnelle » et la « distance sociale » d'après l'étude de Marsh (1988) (16).

### **b) Une relation qui reste singulière**

Aucun des deux individus n'entre parfaitement neutre dans la relation. Chacun est déterminé selon différentes intensités par ses relations passées, soignantes ou non, et par son champ social, comme vu plus haut.

Chacun possède ainsi ses représentations, ses cognitions (c'est à dire ses perceptions sur la situation et sur l'autre et leurs significations conférées dans la relation), et ses émotions propres (par les sentiments, les réactions affectives qui sont en jeu dans la situation : attente, peur, hésitation). Ils influenceront la relation et peuvent être sources d'incompréhension par l'autre interlocuteur.

La nature de la relation fluctuera selon la volonté des deux intervenants qui décideront constamment dans quelle direction ils désirent voir évoluer cette relation : rien n'est automatique ni nécessaire.

### **c) Impact de la temporalité**

Les caractéristiques de la relation ne sont pas les mêmes en fonction de sa durée.

On peut considérer la relation au sein d'une rencontre ponctuelle, désignant alors l'ensemble des interactions ayant lieu dans cette rencontre unique. Cette dernière reste dans ce cas très procédurale en médecine : elle est centrée sur les tâches à accomplir (séquence entretien, examen physique, décision thérapeutique) en y intégrant une part réflexive. Elle se situe dans un temps et un espace donné : celui d'une consultation.

Il est également possible de considérer la relation soignant-soigné comme un processus relationnel, marqué par le passage du temps. La relation évolue constamment au grès des épisodes de soins ou d'épisodes extérieurs (retraite...), et selon les souhaits des intervenants eux-mêmes, comme vu plus haut. La relation est cumulative et irréversible : elle se construit de rencontre en rencontre par la communication interpersonnelle. L'orientation se fait vers une personnalisation progressive de la relation.

### **d) Contenu de l'information à recueillir**

La relation soignant - soigné en médecine générale s'articule autour de problèmes de santé, réels ou perçus comme tels. On distingue différentes approches de la santé (15). En fonction de l'adhésion du soignant à l'une ou l'autre des approches, l'information à recueillir dans le cadre du soin sera plus ou moins étendue :

- L'approche biomédicale : issue des découvertes des corrélations clinico-pathologiques du XIXème siècle, ancré dans une conception positiviste de la science. La maladie est conçue comme une dysfonction d'organe. La finalité est le « cure ». C'est une approche rationnelle, le raisonnement clinique est hypothético-déductif.
- L'approche biopsychosociale (Engel 1977) : élargissement de la conception de la maladie par l'intégration des dimensions sociales (surtout familiales) et subjectives au modèle biomédical vu plus haut.
- L'approche centrée sur le patient : le concept de la maladie est encore élargi et devient bipolaire : « disease » qui est l'aspect bio-pathologique et « illness » qui est issue de l'expérience, du subjectif, permettant d'élargir le champ d'études de la relation soignant-soigné et d'adopter une vision plus globale des soins.

## 7. Asymétrie du savoir dans l'échange

Dans la relation soignant-soigné, les deux protagonistes ne partagent pas la même réalité. Cette asymétrie peut être séparée en deux pôles :

- L'engagement émotionnel : le soigné peut être amené à livrer des informations privilégiées sur lui-même et à s'ouvrir au soignant alors qu'il n'y a pas forcément réciprocité dans ce type de relation professionnelle, allant à l'encontre du principe d'autorévélation vu plus haut. Cependant, comme toute relation interpersonnelle, il y a un compromis à trouver entre le confort et l'engagement : en général, plus le soignant s'engage avec le patient, plus il prend de risque émotionnel, mais moins il s'engage, moins il aura accès à des données personnelles de nature intime qui pourraient l'aider dans son travail.

- Le rapport au savoir : le soigné est seul détenteur de son expérience de la maladie et de ses symptômes tandis que le soignant possède ses compétences en santé.

Au fil du temps, la vision de l'asymétrie de la relation soignant-soigné s'est beaucoup adaptée. Il existe une pression constante pour la faire évoluer « *afin d'y rééquilibrer la distribution des savoirs, d'y pourfendre les rapports de pouvoirs et pour enfin lui rendre un caractère socialement plus ordinaire* »(18).

## 8. Caractéristiques principales de la relation

Si l'on se concentre sur la finalité, la relation soignant-soigné est synonyme de « relation thérapeutique » parce qu'il s'agit d'une relation qui vise à guérir, à soulager, à améliorer le bien-être du patient. La prise de décision s'inscrit dans un processus, dans une démarche relationnelle, souvent complexe en raison de l'asymétrie des individus en relation, vue ci-dessus.

Elle se construit généralement sur trois caractéristiques principales que sont : la confiance, l'acceptation et le respect de l'autre ainsi que l'influence(15).

### a) La confiance :

Elle se définit comme la croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompetence (5). Synonyme de sécurité, la confiance peut être capitale

dans l'échange d'information intime, d'autant plus que l'entrée en relation avec un professionnel de santé sous-tend une vulnérabilité.

Dans un premier temps, la confiance s'adresse à une personne détentrice d'une fonction, c'est-à-dire au représentant d'une profession qui est de reconnaissance publique. Si la relation se prolonge, la confiance pourra être de plus en plus associée à la personne. Selon Safran (1998) (19), le sentiment de confiance est significativement associé à la satisfaction du patient, son adhésion au traitement et à l'amélioration réelle de son état de santé.

La confiance se baserait sur :

- La compétence technique : le savoir-faire, le « care », lié purement à l'aspect professionnel via la possession de compétences techniques et de connaissances nécessaires à l'exercice de la médecine. Le patient l'appréhenderait par l'évaluation complète du problème par le soignant et sa proposition de traitement appropriée et efficace.
- La compétence interpersonnelle : le savoir-être, le « cure » qui engloberait l'ensemble des soins que le professionnel donne à son patient : expression d'un intérêt pour l'expérience personnelle de la maladie, pour les préoccupations du patient, expression d'empathie, d'une communication claire et complète, l'établissement d'un partenariat, le partage du pouvoir, l'expression de respect de l'honnêteté. Les lois de bioéthique et le code de déontologie y intègrent également la confidentialité des informations intimes, la bienveillance dans la seule recherche du mieux-être du patient.
- L'organisation de la relation : courtoisie du personnel, accessibilité du médecin, circulation efficace de l'information dans l'organisation.

### **b) Acceptation et respect de l'autre :**

Le respect se définit comme un sentiment qui incite à traiter quelqu'un avec égards, considération, en raison de son âge, de sa position sociale, de sa valeur ou de son mérite (5). Dans la relation professionnelle, ce respect doit être donné au soigné en tant qu'individu. Selon, Wright (2004) (20), chaque patient veut être reconnu comme une personne unique.

Cette acceptation peut passer par un ajustement et une ouverture à l'univers de l'autre et à ses valeurs (ses objectifs, attentes, ressources, contraintes, sa personnalité). Il ne signifie donc pas nécessairement l'approbation.

Pour le soigné, l'acceptation du soignant en tant qu'individu n'est pas nécessaire, bien que toujours souhaitable : comme vu plus haut, le soigné vient consulter un professionnel détenteur d'un savoir et non une personne en tant que telle.

### **c) La capacité d'influence**

L'influence peut se caractériser comme une action, généralement progressive et parfois volontairement subie, qui s'exerce sur les opinions intellectuelles ou autre (5). En médecine, on reconnaît généralement au soignant une compétence en termes de diagnostic et du traitement des maladies qui rend implicite cette influence. L'étendue du domaine d'influence peut être variée, en partie selon la confiance du soigné envers le soignant. Cette influence est réciproque : la décision thérapeutique est une argumentation.

La classification de la relation soignant-soigné selon la répartition du pouvoir décisionnel dans la rencontre se calque sur la classification plus large des différentes relations humaines déjà existantes (Roter 2000 (21), Marcum 2008 (22)). Elles dépendent du contexte clinique et de la demande venant du patient, elles ne sont pas mutuellement exclusives. On retiendra principalement :

- Le paternalisme : actif /passif, situation de dépendance où le patient ne peut pas participer à la décision, le médecin se positionne en « tuteur » qui agit dans « l'intérêt supérieur du patient »

- Le partenariat, collaboration : le patient participe aux décisions. Il y a une interdépendance, le pouvoir est approximativement égal. Ce partage peut se faire par contrat, par négociation ou s'appuyer sur les rôles d'un médecin-expert-consultant et d'un patient bien informé, expert de sa maladie et autonome dans la prise de décision.

- Le consommateurisme : le patient possède la totalité du pouvoir dans la relation soignant-soigné ; la santé et les soins deviennent des objets de consommation parmi d'autres, le médecin coopère et fournit l'information et les services en fonction des préférences du patient, seul décideur.

Durant une consultation, l'asymétrie décisionnelle fluctue. Le soigné est d'abord l'instigateur de la demande de service, puis le soignant accepte de l'aider dans sa demande. Afin de mener à bien son travail. Le soignant met en œuvre des stratégies communicationnelles pour obtenir l'information puis réalise un examen physique, où il domine complètement. La

dominance se rétablit ensuite lorsque le médecin communique son analyse et s'enquiert de l'acceptabilité par le patient via un dialogue.

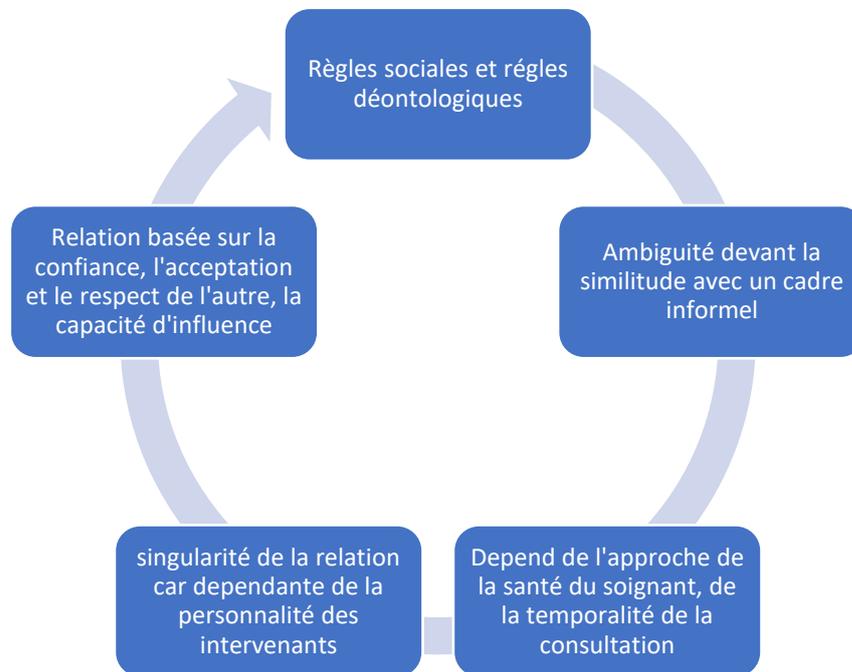


Figure 4 : Eléments structurant la relation de soin en médecine générale

### **En résumé :**

Nous avons donc vu que la dignité constitue le sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne, en tant qu'être humain. Ce sentiment commande le respect à autrui, qui la reconnaît. La relation qui se construit alors comporte des modalités qui lui sont propres en fonction des individus et du cadre relationnel mis en jeu, comme par exemple lors d'une consultation de médecine générale. A l'intérieur de cette relation ayant une fonction de soin et donc porteuse d'une asymétrie de savoir, c'est la confiance, le respect de l'autre et l'influence réciproque qui constituent ses fondements et manifestations principales.

Nous allons maintenant étudier l'examen gynécologique en médecine générale, en étudiant d'abord l'épidémiologie, puis ses constituants, pour enfin étudier les thèmes psychosociologiques qui peuvent être mis en jeu.

## **4. L'examen gynécologique en médecine générale**

### **1. Données épidémiologiques**

#### **a) Particularités bio-psycho-sociales de la médecine générale : le suivi global**

Revendiqué par la WONCA(4), la médecine générale a comme mission de « prendre en compte tous les problèmes de santé ». De même, la nécessité de « l'approche globale » et l'utilisation d'un « modèle holistique » (prise en compte des dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle) au cours de la consultation y sont rappelés. Ces caractéristiques sont également reprises dans le rapport ministériel concernant la place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé.

#### **b) Ressenti des patients sur la nécessité de suivi gynécologique en MG.**

D'après un sondage mené sur 1030 femmes sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique réalisé par la fédération nationale des collèges de gynécologie médicale en 2008 (23), sur le 85% de femmes interrogées bénéficiant d'un suivi gynécologique, seules 15% se font suivre par leur médecin généraliste. Comparativement aux médecins généralistes, les gynécologues sont jugés plus compétents pour le suivi gynécologique pour 91% des femmes dans cette même étude. Les femmes suivies par leur gynécologue auraient un suivi plus régulier. Seulement 41% des femmes suivies par un médecin généraliste déclarent que c'est avant tout un choix personnel, elles sont nombreuses à invoquer des raisons pratiques liées au déficit de gynécologues en France (délai de rendez-vous trop long 27%, absence de gynécologue à proximité 13%). De même, 89% des femmes pensent que le fait de former de moins en moins de médecins spécialistes en gynécologie médicale aura un impact négatif dans les prochaines années sur la santé de leurs filles.

Le suivi gynécologique par le médecin traitant semble évoluer au cours du temps et en fonction du motif de consultation. L'observatoire Thalès (24) retrouvait en 1999 une moyenne de 3.6 consultations pour motifs gynécologiques chez le médecin généraliste par an. Le chiffre

croît progressivement avec l'âge de la patiente passant d'une fréquence de 2.5 consultations annuelles dans la tranche des 15-20ans à 5.5 consultations annuelles dans la tranche des 66ans et plus.

Selon le panel EPPM (étude permanente de la prescription médicale) (24), la grossesse et la stérilité restent du domaine quasi exclusif du gynécologue (respectivement 8% de médecin généraliste consultés contre 92% de gynécologue pour la grossesse, 5% contre 92.2% de gynécologues consultés pour la stérilité). A l'inverse, la contraception et la ménopause sont plus équilibrées (37.9% contre 61.4% de gynécologues concernant la contraception, 52% contre 46% de gynécologues concernant la ménopause). Ces données se retrouvent dans d'autres travaux (12) plus récents, selon les données de la sécurité sociale, 50% des contraceptifs en 2009 seraient prescrits par des médecins généralistes.

Mais en reprenant la WONCA (4), parfois, la gestion des dimensions « physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle » exclut la prise en charge gynécologique. La médecine générale « couvre un vaste champ d'activités déterminé par les besoins et les demandes des patients », le suivi gynécologique peut toutefois ne pas faire partie de ces demandes. Le médecin généraliste permet également « d'assurer que le patient consulte le professionnel de la santé le plus approprié à ses problèmes de santé » et ainsi d'« assurer la continuité des soins selon les besoins du patient ». Quand bien même il n'effectuerait pas lui-même le suivi gynécologique, le médecin généraliste aurait toujours un rôle majeur dans le suivi gynécologique comme médecin coordinateur de soin. Ceci est appuyé par le code de santé publique qui régit les missions du médecin généraliste (article L4130-1) (25).

## **2. La consultation gynécologique en médecine générale**

La consultation gynécologique est standardisée, même si le motif oriente l'examen (26).

### **a) L'entretien**

Le but de l'entretien est de rechercher des facteurs qui influenceront la survenue d'IST, la prescription d'une contraception ou la grossesse.

Durant l'entretien, il est important de recueillir les antécédents familiaux (les maladies héréditaires ou les malformations, les maladies chroniques comme l'HTA, diabète, maladie

thrombo-embolique veineuse et thrombophilie, néoplasies du sein ou pelviennes) et personnels, ainsi que le carnet de santé avec mention des vaccinations (notamment tétanos, coqueluche et rubéole).

On recherchera également les facteurs de risque individuels comme la survenue de complications obstétricales, un-surpoids, la consommation de toxique,...

Les antécédents médicaux et chirurgicaux personnels rechercheront autre autre l'épilepsie, la maladie thromboembolique veineuse ou cardio-vasculaire, une luxation congénitale de hanches.

Les antécédents gynécologiques et obstétricaux sont centraux : caractéristiques de la puberté avec date de la ménarche et de la ménopause, description des cycles, caractéristiques des contraceptifs, pathologies, malformations, mutilations génitales, l'existence de violences, la gestité, la parité, ... Les antécédents et facteurs de risque obstétricaux en rapport avec une grossesse (diabète gestationnel, HTA gravidique, ...) ou un accouchement précédent doivent également être demandés.

Il s'agira de déterminer le motif de consultation et d'en décrire précisément la symptomatologie fonctionnelle.

## **b) L'examen physique**

L'examen physique recherchera le poids, la tension artérielle, vérifiera l'auscultation cardio-pulmonaire. Il vérifiera également l'absence de tuméfaction au niveau mammaire et ganglionnaire par la palpation, l'absence de douleur abdominale par la palpation abdominale.

Si nécessaire, l'examen s'accompagne de l'examen du col de l'utérus au moyen d'un spéculum, de l'absence de douleur au toucher vaginal.

## **c) Les actes pratiqués**

Dans une logique de dépistage des cancers, un frottis cervico-vaginal doit être réalisé de 25 à 65ans, le second un an après le premier puis tous les 3ans.

Le dépistage organisé du cancer du sein nécessite une mammographie tous les 2ans, de 50 à 74ans. Etant organisé, le médecin généraliste n'a pas d'ordonnance à réaliser mais doit vérifier le résultat.

### 3. Notions psycho-sociologiques en gynécologie

#### a) L'intimité

On distingue :

-L'intimité physique : qui renvoie à une partie de son corps qui demeure cachée, notamment les parties génitales,

-L'intimité personnelle : qui renvoie à la dimension interne d'une même personne, sa relation à lui-même : sa vie intérieure, profonde, de sa racine latine intimus : ce qui est le plus à l'intérieur de soi

-L'intimité relationnelle, synonyme de vie privée, de communion profonde. Georg Simmel (27) décrit l'intimité comme une forme pure de socialisation, qui apparaîtrait dès que sa structure affective, son essence « *met l'accent sur ce que chacun ne donne ou ne montre qu'à une seule personne et à personne d'autre : alors on a cette tonalité particulière que l'on nomme intimité* ».

L'intimité, peu importe le volet étudié, mêle toujours la proximité, la confiance et la discrétion, elle sépare ce qui est privé, intérieur de ce qui est extérieur, social, « *ce qui peut se montrer en public [et] ce qui se dérobe au regard* » (Berrebi-Hoffmann, 2009 (28))

Au sein d'un même individu, l'intimité délimite donc l'ouverture à l'environnement externe. Elle peut avoir un aspect statique de « sphère intime » tout en étant dynamique, constamment redéfinie et renégociée au sein de la relation. Porter atteinte à l'« intimité de la vie privée d'autrui », incluant la transmission de paroles ou d'images d'une personne, est sanctionnée par la loi (Article 226-1), en lien avec le droit à la « propriété » privée.

En médecine, l'intimité est une valeur à promouvoir, à protéger, afin d'éviter une « dépossession de soi », c'est-à-dire « la perte progressive des attributs qui font la personne morale dans la société contemporaine » (Weber, 2012 : 329 (29))

#### b) La pudeur

La pudeur vient étymologiquement de pudere qui signifie « avoir honte ». Selon E. Fiat (30), la pudeur tiendrait à la dualité de l'espèce humaine : celle d'être à la fois un esprit et un corps. Comme le souligne le philosophe : « *La honte est donc mauvaise conscience déterminée*

*par une mauvaise action, alors que la pudeur est mauvaise conscience sans mauvaise action : ce serait une sorte de honte sans faute. »*

La pudeur serait liée à la représentation psychique que l'individu se ferait de son propre corps. Husserl (31) distinguait même entre deux types de corps : le « Körper » d'une part, le corps-objet, physique, et le « Leib », le corps-sujet, vécu et investi par l'esprit. N'étant pas simplement la somme des composants du corps, le « Leib » est beaucoup plus complexe à comprendre et à appréhender au cours d'un examen physique.

### **c) Être « à l'aise »**

La définition correspond à « *encourager, empêcher qu'il n'ait de la timidité ou de l'embarras, faire qu'il soit dans un état de liberté et de familiarité* »(5) . Il s'agit d'une sensation de grande liberté, avec l'idée d'absence de gêne soit physique (liberté et souplesse totale des mouvements du corps) soit l'absence de contrainte morale (liberté, facilité). Il définit aussi le sentiment de satisfaction profonde et de joie résultant de cette sensation de liberté et d'absence de gêne.

### **d) Le prendre soin**

Au-delà du savoir-faire, les notions suscitées renvoient à un savoir-être, décrit par Hesbeen (32) comme un prendre soin, « *une attention particulière que l'on porte à une personne vivant une situation en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* ». Ce prendre soin nécessite de prendre en considération les émotions des deux intervenants de la relation et souligne l'importance de la disponibilité, de l'empathie, de la sensibilité, la sollicitude, la délicatesse, la bienveillance et la bienveillance.

# Matériels et méthode

---

## **1. Type d'étude**

Mon objectif de recherche est de comprendre comment la dignité de la soignée peut être respectée dans la relation soignant-soignée lors d'une consultation gynécologique en médecine générale. Une étude qualitative a été menée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs jusqu'à suffisance des données. Le but de l'aspect qualitatif était de laisser aux femmes la possibilité d'aborder les aspects qui paraissaient importants pour elles au fil de leur vie.

Trois entretiens test ont été réalisés au préalable afin de créer la grille d'entretien.

Une grille d'entretien (ANNEXE 1) a été ensuite utilisée pour mener les entretiens. Des questions de relance orientaient ensuite la discussion en fonction des propos tenus par les soignées.

Une question : « Qu'est-ce qui vous a amené à parler de gynécologie avec votre médecin généraliste ? » a été supprimé car redondante avec la question : « Pouvez-vous me parler de votre suivi gynécologique ? » après le deuxième entretien.

Chaque entretien débutait par une information vague sur le sujet étudié : la relation soignée – médecin généraliste. Puis le consentement concernant la méthodologie était recherché (notamment l'usage du dictaphone), ainsi que l'affirmation de la confidentialité des données.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide de l'application dictaphone de mon téléphone sur Android, et seront détruits à la fin de mon étude.

## **2. Critères d'inclusion et de non inclusion**

Les critères d'inclusion étaient des femmes ayant donné leur accord pour cet entretien à leur médecin traitant ou à son remplaçant et suivi sur le plan gynécologique par un médecin généraliste.

Il n'y avait pas de critère d'âge. Le suivi gynécologique était défini par la succession de consultations pour un motif gynécologique, sans forcément la réalisation d'un frotti. Le médecin généraliste opérant ce suivi n'était pas forcément le médecin traitant déclaré de la patiente.

### **3. Méthode de recrutement**

Le recrutement a été réalisé par échantillonnage théorique.

Quatre maisons de santé ont été choisies par la technique de proche en proche, deux en zone urbaine, deux en zone rurale. Les médecins de chaque maison médicale ont été contactés personnellement, par téléphone ou par mail, afin d'expliquer le principe de l'étude.

Le médecin généraliste recueillait d'abord l'accord de la patiente en consultation ou par téléphone et pouvait lui délivrer également une note d'information en support (ANNEXE 2). Les patientes étaient ensuite contactées par SMS ou par téléphone pour réaffirmer leur consentement et définir les modalités d'entrevues. Une relance par SMS était réalisée s'il n'y avait pas de réponse au bout d'une semaine.

### **4. Éthique**

Chaque participante était informée avant l'entretien de l'objet de mon étude (la relation soignée – médecin généraliste) et des modalités de sa réalisation. Son accord était recueilli et enregistré. Les noms des personnes interrogées ont été anonymisés selon les modalités suivantes :

Dans les verbatims, lorsque la patiente parle la ligne commence par « E : » pour « Elle : », lorsqu'il s'agit de moi « M : »

- Personnes interviewées : soignante 1 à 10, un prénom a été ajouté par ordre alphabétique pour faciliter les mentions ultérieures (Agathe, Blanche, Christine, Dominique, Elise, Florine, Gaëlle, Hélène, Inès et Justine)
- Personnes et lieux de vie cités au cours de l'entretien : par ordre croissant des lettres de l'alphabet. Quand cela était nécessaire à une meilleure compréhension, un descriptif plus détaillé était apporté entre crochet.

Exemple : [hôpital], [ville de milieu rural]

# RESULTATS

## 1. Caractéristiques des participantes

10 Soignées ont accepté de participer à l'étude, elles avaient entre 26 et 58ans, issues de 4 MSP différentes, 2 en milieu rural et 2 en milieu urbain.

Tableau 1 : Détail des participants

Participante	Age	Statut conjugal	Nbre d'enfants	Milieu de consultation	Profession	min	suivi par un gynécologue
<b>1 Agathe</b>	53	Divorcée, en couple	3	Urbain, MSP	Retraitée de l'éducation nationale	94	Oui, avant son MT, puis par un MG différent de son MT
<b>2 Brigitte</b>	34	Concubinage	0	Urbain, MSP	Salariée de la fonction publique	49	Oui, avant son MT + PMA
<b>3 Christine</b>	35	Célibataire	0	Urbain, MSP	Dans le social	58	Oui, avant son MT
<b>4 Dominique</b>	33	Mariée	3	Rural, MSP	Sans emploi	42	Pendant ses grossesses
<b>5 Estelle</b>	29	Concubinage	0	Urbain, MSP	Enseignante auxiliaire	63	Aucun
<b>6 Florine</b>	40	Mariée	0	Rural, MSP	Arboriculture	56	PMA
<b>7 Gaëlle</b>	25	Pacsée	0	Rural, MSP	Educatrice spécialisée	72	1 cs pour 2 <sup>nd</sup> avis
<b>8 Hélène</b>	47	Divorcée, remariée	2	Rural, MSP	Institutrice en maternelle	94	Conjoint au MT
<b>9 Inès</b>	26	Concubinage	0	Rural, MSP	Aide-soignante	44	Avant MT
<b>10 Justine</b>	58	Concubinage	0	Rural, MSP	Ressources humaines	78	Exclusif, arrêt suivi par MT

## **2. Entretiens**

Les entretiens ont été réalisés de mars à août 2019. Ils ont duré en moyenne 65 minutes (de 42 à 94 minutes). Ils étaient réalisés au domicile des soignées ou au cabinet de leur médecin traitant habituel selon leur préférence.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en incluant les éléments non-verbaux (rires). Après anonymisation, une relecture a été faite par une aide extérieure.

La rédaction d'une biographie pour chaque soignée a été réalisée à l'aide des informations fournies lors de l'entretien et a permis de contextualiser le verbatim.

Un codage transversal avec triangulation des données a été réalisé pour identifier les concepts communs en rapport avec la question de recherche, puis une analyse de cas en mettant en relief les spécificités de chacun. Un double codage a été réalisé avec l'aide d'une interne en médecine étant familiarisée avec le thème de la dignité afin de trianguler les données de manière optimale et éviter les erreurs d'interprétation. Le codage a été réalisé en utilisant le logiciel NVivo 12 Pro.

## **3. Analyses des cas**

### **1. Résumé sous forme de marguerite des relations**

Afin de faciliter la compréhension et la lecture, un schéma récapitulatif a été réalisé pour chaque cas.

Les feuilles en bas de la tige représentent le cadre relationnel et les représentations de la soignée.

Les 4 pétales représentent les composants de la relation soignant – soignée avec dans l'ordre des aiguilles d'une montre : les cognitions sur les soins du corps, la connaissance des intervenants, le savoir de la soignée, le savoir du soignant et le centre représente le lien interpersonnel.

Les notions abordées par les soignée lors de l'analyse de cas se retrouvent dans chaque compartiment.

La lecture se fait donc du bas en haut puis des pétales vers le centre.

## 2. Soignée 1 : Agathe

### a) Biographie

Agathe est âgée de 53 ans.

Elle se décrit comme quelqu'un de naturel. Elle a toujours utilisé la séduction dans la vie de tous les jours et ne vit pas bien le fait de vieillir.

Sur le plan professionnel, elle était professeur d'économie gestion dans un lycée en campagne. Agathe a été retraitée à 50 ans grâce à ses trois enfants. Elle s'est reconvertie en artiste de rue.

Sur le plan personnel, elle a un frère. Sa mère est morte des suites d'un cancer du sein. Agathe a d'abord vécu à la campagne. Elle a « *bien profité* » pendant son adolescence. Elle s'est mariée, a eu difficilement son premier garçon puis des jumeaux deux ans après. Après 20ans de mariage et au terme d'un divorce de 5 ans, elle déménage en ville. Elle a parallèlement à la procédure de divorce vécue une « *crise* » où elle a eu des partenaires multiples. Agathe s'est intéressée à plusieurs activités artistiques et s'est intégrée dans une communauté de danse brésilienne, le Farro. Cela lui a permis de voyager au grès de différents festivals, où elle a rencontré son nouveau compagnon, brésilien, musicien. Après avoir essayé de vivre en ville en France, ils ont rapidement déménagé au Portugal à Lisbonne puis à Madère. Elle revient une fois par mois pour revoir ses 3 enfants, maintenant étudiants, logeant dans sa maison en ville.

Sur le plan médical, son médecin traitant d'enfance ne venait l'examiner quasi qu'en visite. Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une dyslipidémie.

Sur le plan gynécologique, elle a pris la pilule via le planning familial depuis ses 15ans pour des raisons de confidentialité. Elle s'est faite avorter via le planning familial également à 19ans. Agathe a ensuite été suivie pour une infertilité par un gynécologue – obstétricien, compétent dans les « *grossesses difficiles* ». Son premier accouchement était une césarienne devant un cordon ombilical circulaire, découvert fortuitement à une échographie de contrôle. La deuxième grossesse, gémellaire, a été accouchée par césarienne programmée. Elle a avorté un an après d'une grossesse surprise, par médicament, via le planning familial car son médecin « n'était pas pour ». Elle a ensuite changé de gynécologue une fois retournée en ville, mais elle s'est sentie jugée et a souhaité changer. Elle a choisi de prendre un médecin généraliste « *gynécologue* » en parallèle de son suivi chez son médecin traitant sur les conseils d'amies.

Elle y est restée en partie parce qu'on lui a proposé une technique d'auto-introduction de spéculum qui facilite cet examen toujours difficile chez elle.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Une vision du cadre relationnel**

#### **i. Une relation spontanée**

La relation qui se tisse est rapide et spontanée : « *Dans la vraie vie, y a des gens avec qui on s'entend bien, des gens avec qui on s'entend pas, et on le sent très vite* » Lignes 501-502.

#### **ii. Une relation informelle**

Elle préfère un cadre relationnel informel, même si cela peut avoir des répercussions sur son suivi médical, surtout gynécologique : « *En fait c'est pas un ami mais on a une relation bizarre comme ça que quand même... Comme moi je voyageais beaucoup aussi, on se donne des trucs, je sais pas y a... Alors y a ça... J'ai du mal à m'imaginer maintenant nue avec les jambes ouvertes et lui qui me trifouille là-dedans, je sais pas pourquoi [rires]* » Lignes 302-306. La progression vers une relation informelle se ferait malgré elle : « *Je vais pas chercher des copains, mais en même temps bah ça se passe un peu comme ça* » Lignes 513-514.

#### **iii. Une recherche de compétence spécifique maximale**

En médecine, la patiente recherche d'abord une compétence. Un bon médecin, « *Voilà, c'est un médecin qui soigne déjà, et c'est efficace* » Ligne 492.

Concernant son suivi gynécologique de routine, elle juge le gynécologue « *plus formé* » Ligne 748 que les médecins traitants. Son suivi actuel par 2 médecins généralistes différents, un traitant et un gynécologue, impacte néanmoins la vision globale de son suivi : « *Il y a des choses qui sont liées, et si on prend deux médecins, bah ils peuvent pas tout savoir* » Lignes 290-291.

#### **iv. Suivi obstétrical et initiation d'une habitude de suivi**

C'est son suivi gynécologique par un gynécologue-obstétricien pendant son désir de grossesse puis ses grossesses qui a conditionné son mode de prise en soin : « *J'ai quand même été très habituée depuis plus de vingt ans d'être suivie par un gynéco, obstétricien en plus donc... Oui ça me paraissait un peu une évidence que je devais chercher un gynéco* » Lignes 265-267. L'existence de cette habitude agit comme un frein au changement d'interlocuteur.

Elle poursuit son suivi gynécologique par un médecin généraliste différent de son médecin généraliste habituel, ce qui lui fait conserver cette habitude parce que : « *dans ma tête, c'est une gynécologue* » Ligne 795.

#### **v. Les femmes et pression sociale**

Pour Agathe, il existerait un rapport homme-femme asymétrique qui créerait des « *barrières* » Ligne 757 à la relation et la compréhension de certaines situations qu'elle voudrait partager. Certaines « *problématiques féminines* » Ligne 771 à la base de l'asymétrie se porteraient « *Sur l'égalité, sur... Sur tout ce qui peut y avoir entre hommes et femmes, j'allais dire l'asservissement* » Lignes 777-778.

## **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Similarité de genre et compréhension**

Il existerait une asymétrie relationnelle basée sur la pression sociale et due à la différence de genre. Elle nécessiterait une « *entre aide entre [femmes]* » Ligne 781. C'est ce qui a motivé Agathe, après son divorce, à changer de gynécologue : « *Ou peut-être aussi mon changement de vie. Je trouvais ça plus facile d'en parler avec une femme que d'en parler avec un homme* » Lignes 763-764. Cette similarité de genre induirait une similarité de personnalité, permettant que les « *caractères se correspondent* » Ligne 478, facilitant l'accord sur la prise en soin.

### **ii. La peur du jugement du soignant**

Pour assurer son suivi, Agathe choisit des structures de soin identifiées a priori comme sans « *jugement* » Ligne 766 par son entourage ou la société. Dès le début de son suivi gynécologique d'ailleurs, elle souligne qu'au « *[...] planning familial, on avait une écoute plus ouverte [...]* » Ligne 236. C'est ce choix également qui lui a fait choisir une MSP avec : « *un personnel habitué à des personnes qui... à risque, ou qui ont peut-être plus tendance à... qui ont une vie sexuelle un peu moins normalisée* » Lignes 184-185, qui était son cas.

De même, la connaissance du soignant peut lui faire présager plus ou moins de jugement : « *Bah lui je connais sa vie de famille, il est avec sa femme depuis toujours, ça doit...* » Ligne 326.

La communication non verbale est également sujette à interprétation : « *C'est vrai, en fait je suis plus sensible que ce que je ne le dis. La façon dont les gens... M : Au ton du coup ou... ? E : Voilà, au ton* » Lignes 807-810.

### **iii. Des convictions personnelles et désaccord de prise en soin**

La gynécologie, par les sujets de société qu'elle aborde, mobilise les convictions personnelles de la soignée et du soignant. Ces convictions sont moins accessibles à l'influence d'autrui et peuvent engendrer des désaccords dans la prise en soin jusqu'à une rupture totale du lien. Par exemple, lors de son deuxième avortement, l'avis du médecin lui semble « *arriéré* » Ligne 427 en lui racontant le vécu de sa propre mère, et elle préfère alors changer directement de médecin traitant sans avoir « *polémique* » Ligne 428.

### **iv. Humour et détente en consultation**

L'usage de l'humour en consultation permet d'instaurer un cadre informel et donc un climat de détente : « [...] *si la personne en face rit un peu, même un sourire franc ça va me mettre à l'aise [...]* » Lignes 508-509.

### **v. Une asymétrie de savoir acceptée par la soignée**

La transmission du savoir du soignant vers la soignée se fait par une explication « *juste* » Ligne 829 et « *clair[e]* » Ligne 827. Cette transmission ne semble pas capitale pour la patiente : Agathe semble accepter cette asymétrie du savoir liée à la fonction de soin : « *Bah j'ai un truc du respect, les professionnels de la médecine, qui sait, tatata* » Lignes 672-673.

### **vi. Confidentialité et visite à domicile**

Agathe n'a pas envisagé son médecin traitant parce que, dans son enfance, il n'y avait pas la confidentialité nécessaire à cause des visites à domicile : « *J'ai pas beaucoup de souvenirs d'aller dans son cabinet. J'ai plus de souvenirs que lui vienne à la maison entre midi et deux. Et donc du coup bah voilà y a les parents, y a tout ça* » Lignes 243-244. C'est aussi pour cela qu'elle s'est tournée premièrement vers le planning familial.

## **3) Savoir être et soins du corps**

### **i. Déshabillage et asymétrie relationnelle**

Le déshabillage peut représenter un moment particulier de vulnérabilité, constituant un moment d'intimité personnelle, habituellement informel : « *Ça fait pas partie de l'acte médical, ça, de regarder quelqu'un se déshabiller* » Ligne 605. L'asymétrie relationnelle est renforcée par l'obligation unilatérale d'un seul des protagonistes d'exposer son corps au regard de l'autre : « *Oui, se mettre à nu devant une personne, y a quand même un côté hiérarchique. C'est rare que dans la vie, on se retrouve à se mettre nu devant une personne habillée* » Lignes 590-592.

L'existence d'une séparation entre le bureau et la table d'examen peut permettre de restaurer un cadre formel en gommant le déshabillage : « [...] *si vous arrivez, que je suis déjà installée et qu'on est déjà bien dans le cadre de la médecine, de le docteur arrive...* » Lignes 600-601.

## **ii. Jugement du soignant et pratique culturelle sur le corps**

C'est surtout l'examen physique qui pour Agathe peut être source de jugement : « *Parce que je peux parler facilement, après me montrer ça c'est encore autre chose* » Lignes 359-360.

Pour elle en effet, l'épilation du sexe reste une pratique très culturelle et normalisée qui peut donc être plus facilement sujette au jugement d'autrui : « *C'est une petite gêne entre mon âge et peut-être ce que je devrais représenter et ce que je fais* » Lignes 352-353.

## **iii. Une technicité pour une meilleure gestion de la douleur**

Ce qui l'a séduite avant tout chez son médecin généraliste gynécologue, c'est la réalisation d'une nouvelle pratique « *révolutionnaire* », Ligne 849, dans l'examen physique : c'est elle-même qui s'introduit le spéculum. Souffrant de vaginisme, ce mode de fonctionnement l'a beaucoup soulagé : « *Je me contracte, et ça complique tout, et c'est pas bon. Du coup, le fait qu'elle ait fait ça naturellement et qu'elle m'ait dit ... Et alors, je l'avais jamais fait mais je l'ai fait et c'était trop facile quoi, trop évident, trop... Trop tranquille* » Lignes 199-201.

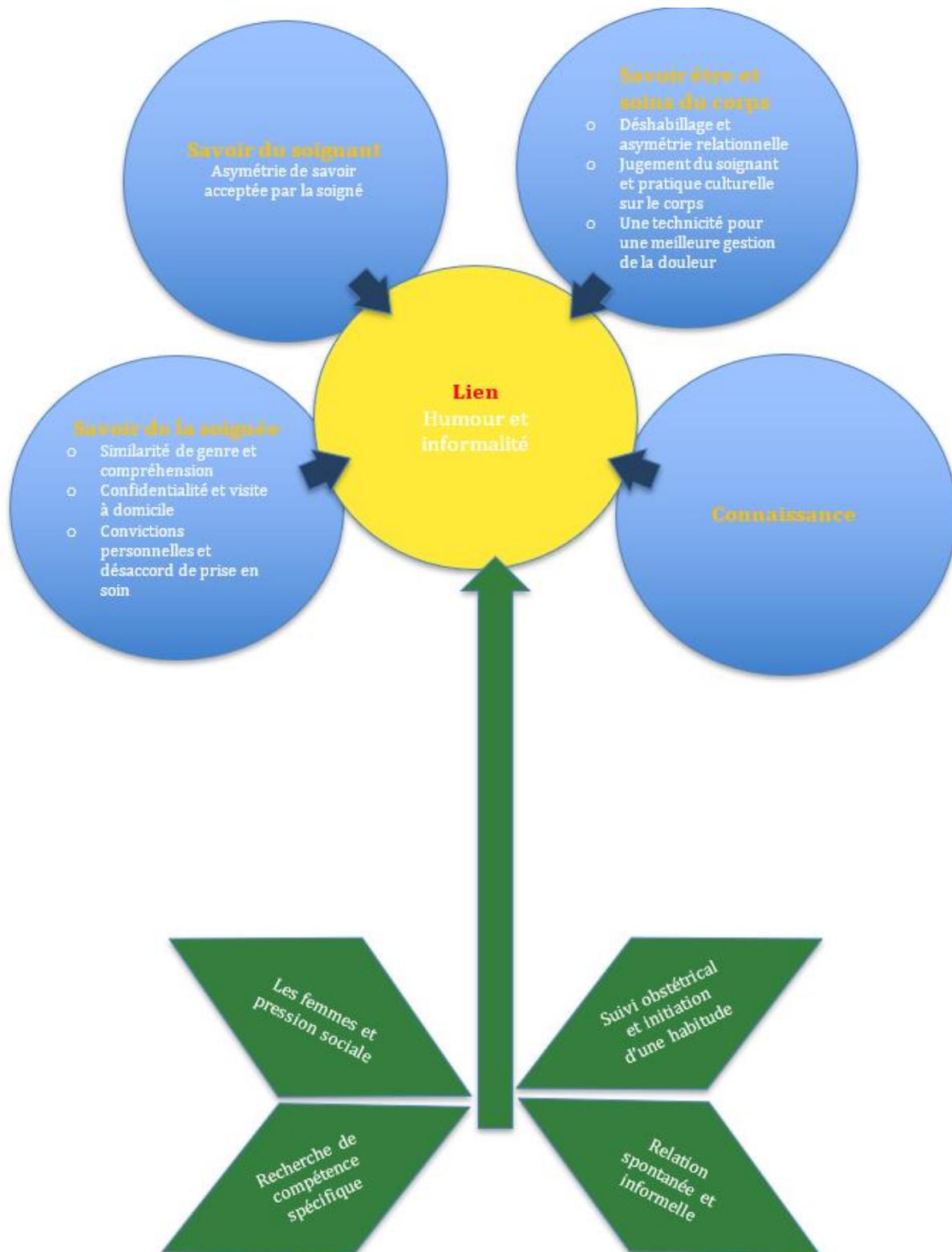


Figure 5 : La marguerite de la relation soignant-soignée d'Agathe

### 3. Soignée 2 : Blanche

#### a) Biographie

Blanche est âgée de de 34 ans.

Durant l'entretien, Blanche décrit son besoin d'écoute et d'explication. Plus jeune, elle n'avait pas le droit de parler en consultation chez son médecin généraliste et ne comprenait donc pas les l'intérêt des traitements, gérés par ses parents. Elle a dû s'autonomiser à ses 18 ans, et s'affirmer progressivement. Elle garde un terrain anxieux lors d'évènements intercurrents difficiles, avec un soutien psychologique nécessaire auprès de son médecin traitant, après échec d'un suivi chez un psychiatre.

Sur le plan personnel, ses parents sont divorcés. Elle n'est pas en bon terme avec son père et sa belle-mère mais fréquente encore sa mère. Elle est en concubinage.

Sur le plan professionnel, elle a fait une année d'étude d'infirmière, poussée par sa mère qui était infirmière elle-même. Malgré sa phobie du sang, ses parents l'ont poussé à poursuivre cette voie malgré la détérioration de son état de santé. Elle a ensuite fait auxiliaire de puériculture puis salariée de la fonction publique.

Sur le plan gynécologique, elle a toujours souhaité des gynécologues en secteur un. La patiente a d'abord été suivi par une gynécologue en milieu urbain, décrite comme rude mais compétente. Le jour où elle a fermé son cabinet brutalement, elle a cherché une autre gynécologue en milieu urbain, qui a pris sa retraite au bout de 2 ans. Elle a été en consulter une troisième mais devant la consultation jugée expéditive, elle n'y est plus retournée. Elle a alors demandé conseil à son médecin traitant qui lui a appris qu'elle pouvait se faire suivre directement au cabinet. Elle y est suivie depuis, contre l'avis de sa mère qui ne comprend pas que cela soit possible. Devant un désir d'enfant depuis un an et des analyses perturbées, sur les conseils de son médecin généraliste, elle débute un suivi en PMA.

#### b) Analyse de cas

##### 1) Une vision du cadre relationnel

###### i. **Le médecin généraliste : un référent par sa globalité**

Blanche place le médecin généraliste comme le premier maillon d'une prise en soin : « [...] *c'est le point de départ pour moi d'un chemin de santé* » Ligne 525, qui correspond bien à la notion de soin primaire. Le médecin traitant constitue pour elle une « *référence* » Ligne

518 : c'est vers lui que converge toutes les informations de santé, lui qui sera l'interlocuteur privilégié concernant sa prise en soin. Ce statut de référent dans la prise en soin nécessite une vision globale du soigné : « *Enfin voilà, tout est au même endroit en fait, toutes les infos sont au même endroit et c'est ça qui moi me rassure [...]* » Lignes 531-532.

## **ii. La gynécologie : une spécialité parfois exclue du suivi globale du médecin généraliste**

Le médecin généraliste peut choisir d'écarter certaine discipline de son suivi global s'il juge qu'un autre spécialiste la prend déjà en charge. Ainsi, avant que Blanche ne pose clairement la question, son médecin généraliste ne lui avait jamais proposé de suivi gynécologique : « *Parce que comme j'avais une gynéco, c'est elle qui me faisait mes ordonnances de contraceptifs. Donc j'avais jamais eu besoin de demander à mon médecin traitant quoi que ce soit* » Lignes 382-384.

## **iii. Une relation initiée dans le but d'un soin compétent**

L'objectif de la relation soignant-soignée reste la mise en place d'un soin médical optimal : « *Je préfère avoir quelqu'un d'antipathique et compétent que quelqu'un de sympathique et d'incompétent* » Lignes 259-260. Un examen minutieux permet d'apprécier le degré de compétence : « *A chaque fois elle auscultait tout, elle regardait tout* » Lignes 272-273.

Elle-même juge son médecin traitant compétent dans un suivi gynécologique de routine : « *Donner un moyen contraceptif, elle le fait déjà. Une auscultation, je crois qu'elle est en capacité de le faire* » Lignes 341-342.

L'orientation si besoin vers un gynécologue fait partie intégrante de la compétence en gynécologie de son médecin généraliste lorsque le problème est jugé hors de son « *champ de compétence* » Ligne 366.

## **iv. Une globalité à l'encontre de la compétence spécifique**

La globalité de la prise en soin du médecin généraliste nécessite une connaissance globale de chaque discipline qui pour Blanche va à l'encontre de la compétence spécifique d'une seule discipline : « *[...] c'est pas que mon médecin traitant n'est pas compétent mais c'est que c'est vrai que je pense que quand on fait une spécialité tous les jours, on doit certainement voir beaucoup plus de chose, peut-être être attentif à certaines choses que du coup un généraliste n'est pas* » Lignes 359-362. Pour Blanche, c'est ce doute dans la

compétence qui freine le suivi en gynécologie de son entourage par leur médecin généraliste : « *C'est la peur que le médecin traitant ne voit pas quelque chose* » Ligne 355.

En plus de la compétence intellectuelle, la compétence pratique via la possession du matériel spécifique à la gynécologie est remise en cause. En parlant de son futur suivi obstétrical, Blanche s'interroge : « *Mais du coup je pense pas, parce qu'elle a pas d'appareil pour faire des échos donc à mon avis ce sera certainement une sage-femme ou...* » Lignes 465-467.

#### **v. Habitude d'un suivi gynécologique par un gynécologue**

Pour Blanche, le suivi gynécologique n'est habituellement pas inclus dans la prise en soin globale du généraliste. Cela oriente le suivi d'emblée chez les patientes plus âgées : « *Bah c'est juste que c'est la vieille génération et que voilà [rires], les yeux c'est l'ophtalmo, la gynécologie c'est le gynécologue, enfin voilà, c'est...* » Lignes 513-515.

#### **vi. Le cabinet comme support d'une fonction de soin : la confidentialité**

Le cabinet doit rendre possible le soin en gynécologie et donc assurer la confidentialité nécessaire. Ainsi, un paravent peut aider à sécuriser le cabinet vis-à-vis des interruptions inopportunes durant la consultation : « *Mais oui, c'est vrai que le médecin traitant, si jamais il y a quelqu'un qui rentre, que je ne me retrouve pas... voilà* » Lignes 420-423.

## **2) Savoir être et acceptation d'autrui**

### **i. Partage de l'intimité de la soignée comme un moyen du soin**

Le partage de l'intime se fait toujours dans une logique de soin et de compétence du soignant : « *Après moi je pars du principe où le médecin il est là pour m'aider donc il faut que je dise tout. Si je dis la moitié des trucs, il pourra pas me soigner correctement donc...* » Lignes 391-393.

### **ii. Connaissance de la soignée et confiance**

Un sentiment de confiance naît de la connaissance de la soignée par le soignant : « *Ouais, je dirais qu'il m'a suivi trois ans, [...] et il connaissait beaucoup de choses sur ma vie et cætera donc, enfin y a eu une relation de confiance qui s'est installée et voilà, enfin c'était...* » Lignes 79-82.

### **iii. Connaissance de la soignée et légitimité de jugement du soignant**

La légitimité de jugement du soignant semble plus forte si la soignée se sent connue de ce soignant : « *Alors que lui comme il me connaît, son jugement, je l'accepte* » Lignes 182-183.

Cette connaissance et la légitimité de jugement qui en découle s'acquiert par un suivi régulier : « *Je l'aurais pas forcément accepter de quelqu'un... D'un médecin que je viens de voir pour la première fois par exemple* » Lignes 196-198.

#### **iv. Recherche du savoir de la soignée et construction d'un lien**

Le lien soignant-soignée semble s'établir sur la recherche du savoir de la soignée de la part du soignant et une prise en soin singulière en découlant : « [...] *là elle a tout de suite été à l'écoute et pourtant ça faisait que la deuxième fois que je la voyais. Mais elle a pas mis en doute ma parole une seule fois, elle m'a écouté, elle m'a aiguillé, elle m'a...* » Lignes 210-212.

#### **v. Confiance et disponibilité du soignant en situation de vulnérabilité**

La maladie, physique ou psychique, peut représenter pour Blanche une situation de vulnérabilité. La disponibilité du soignant lors de ces moments de vulnérabilité majore le sentiment de confiance. En parlant d'un médecin remplaçant, la patiente commente : « [...] *c'est parce que là, il y a eu un évènement dans ma vie assez important et elle a été présente, elle a su répondre à mes besoins et au moment où j'en ai eu besoin quoi, enfin. Pour le coup, elle, c'est court mais j'ai confiance* » Lignes 112-114.

#### **vi. Recommandation et instauration d'un lien a priori**

C'est la confiance en son médecin généraliste qui amorce la prise en soin d'un autre spécialiste : « *En tout cas l'image du médecin traitant pour moi c'est important et c'est... Oui, une personne de confiance et s'il me dit : « Va là-bas » c'est qu'il faut que j'aille là-bas, enfin* » Lignes 100-101.

#### **vii. Transmission du savoir et symétrie relationnelle**

Blanche accepte une asymétrie relationnelle de par la fonction de soin et le rôle de référent du médecin généraliste. Néanmoins, une certaine symétrie doit être recherchée par la transmission du savoir du soignant : « *Bah oui, qu'elle réponde à mes questions, qu'elle me guide... Voilà moi je suis pas médecin, moi je me réfère vraiment à elle, et c'est elle qui me dit...* » Lignes 455-456.

En effet, sans échange du savoir et sans compréhension de l'information médicale par la soignée, l'acceptation de l'influence du soignant ne se fait plus : « [...] *si je comprends pas, je fais pas [...]* » Ligne 650.

### **viii. Connaissance du soignant et communication non verbale.**

En plus de la connaissance de la soignée par le soignant, il existe également inversement une connaissance progressive du soignant par la soignée. Elle s'acquiert au fur et à mesure des interactions et notamment par la communication non verbale. En prenant l'exemple du style vestimentaire des soignant, Blanche précise : « *Après c'est mon ressenti mais je sais qu'à la maison médicale il y a différentes sortes de médecin et effectivement leur style, enfin leur apparence correspond un peu à leur façon de soigner* » Lignes 680-682.

## **3) Savoir être et soins du corps**

### **i. Exposition du corps et vulnérabilité**

L'examen physique gynécologique est vécu comme une contrainte, une vulnérabilité de par la nudité nécessaire. Cette gêne serait plus importante devant un soignant masculin : « *Bah c'est le fait que ce soit un homme. [...] Ouais, mes parties intimes et... Je sais pas. C'est bête parce que c'est un médecin et qu'il fait ça toute la journée et que voilà... Mais... Non, moi je me sentirais pas à l'aise* » Lignes 60-63.

La connaissance du soignant paraît cependant diminuer cette vulnérabilité. En parlant de son ancien médecin généraliste masculin et d'un suivi gynécologique, Blanche raconte : « *Et pourtant je pense que ça m'aurait pas dérangée mais parce que je le connaissais enfin...* » Lignes 72-73.

### **ii. Un déshabillage guidé par le soignant**

Afin de minimiser les zones exposées, le soignant doit transmettre ses souhaits concernant le déshabillage afin de guider la soignée : « *Donc voilà, avoir des indications de ce que souhaite le médecin en fonction de l'examen qu'elle veut faire* » Lignes 431-432.

### **iii. La transmission du savoir du soignant sur le propre corps de la soignée**

L'examen physique gynécologique explore des zones corporelles qui peuvent être inaccessibles au savoir de la soignée, ce qui peut engendrer une vulnérabilité. La transmission du savoir du soignant acquis par l'examen physique a donc pour but de rétablir cette vulnérabilité et par là la symétrie relationnelle : « *Que j'ai un retour de ce qu'il a été fait et puis voilà* » Lignes 406-47.

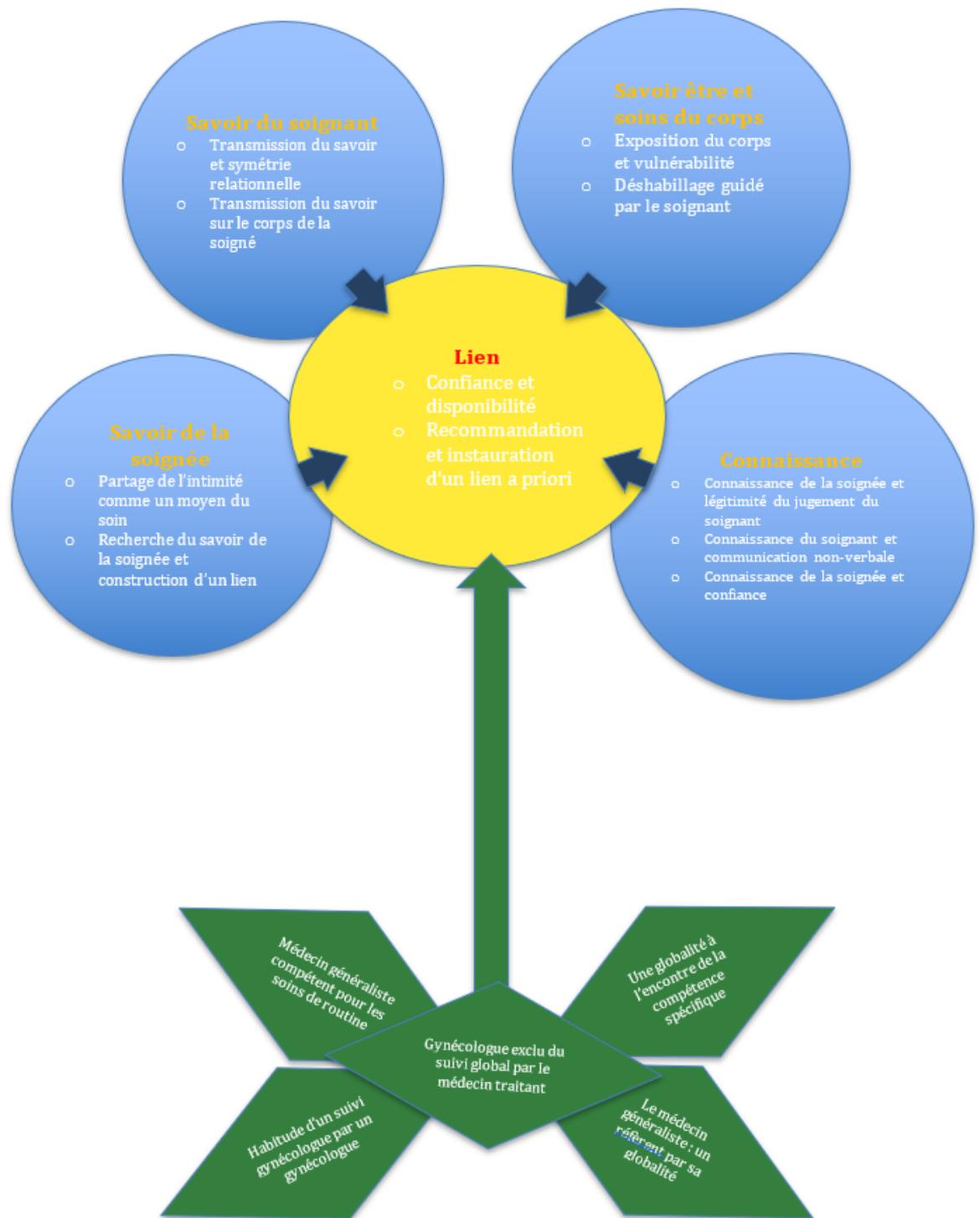


Figure 6 : La marguerite de la relation soignant-soignée de Blanche

## 4. Soignée 3 : Christine

### a) Biographie

Christine est âgée de 35ans.

La patiente n'aime pas parler de sa vie personnelle. Elle « *fréquente* » différents cabinets de médecine générale, en fonction de déterminants pratiques comme la proximité. Elle recherche avant tout un soin compétent, quel que soit le praticien et se montre critique sur leur prise en charge. Son histoire médicale est marquée par une péritonite qui a été hospitalisée en urgence et qui s'est compliquée à plusieurs reprises dans un contexte d'erreur de diagnostic initial. Christine souhaite que les soignants lui expliquent pour qu'elle comprenne bien les tenants et les aboutissants de l'examen physique, notamment le déshabillage, et de la prise en soin.

Sur le plan professionnel, elle travaille dans le social, « pour tout un tas de raison ».

Sur le plan personnel, elle a une sœur. Christine est célibataire, sans enfant et vit en colocation. Ses parents vivent en campagne.

Sur le plan médical, elle décrit son médecin d'enfance comme un médecin de campagne. Proche de la retraite, Christine le trouvait laxiste sur sa prise en soin. Son cabinet communiquait avec sa maison et il y avait des chats qui pouvaient faire irruption durant la consultation, ce qui consistait en un manque de professionnalisme à ses yeux. En grandissant, cette familiarité l'a de plus en plus dérangée, notamment durant l'examen physique.

Sur le plan gynécologique, elle a d'abord été suivie par des gynécologues féminines exclusivement, en ville, jugées expéditives. Elle a ensuite été suivie dans différents cabinets de médecine générale, toujours en suivant les recommandations d'amies. Les médecins généralistes seraient pour Christine plus à l'écoute.

### b) Analyse du cas

#### 4) Vision du cadre relationnel

##### i. Médecine de proximité géographique

Si Christine « *fréquente* », Ligne 38, différents médecins généralistes, c'est parce qu'elle cherche toujours celui qui sera le plus proche d'elle géographiquement, au grès de ses

déménagements : « *C'est une question de... Bah de facilité en fait par rapport à là où j'habite parce qu'à un moment je bougeais pas mal* » Lignes 44-45.

## **ii. Médecine générale et globalité**

La prise en soin primaire, c'est-à-dire de premier recours, apporte à la médecine générale une globalité inhérente. Cette vision permet une meilleure connaissance de la soignée : « *Bah c'est le premier médecin qu'on va rencontrer quand il y a un problème, qui a une vision un peu globale de notre parcours de santé, qui soit physique, mental, enfin normalement, après... [rires]. Et qui connaît le mieux, en fait* » Lignes 439-441.

Cette vision globale, « *un peu plus transversal[e]* », Ligne 92, englobe donc naturellement la gynécologie. Cette transversalité apporterait une certaine efficacité et une plus grande rapidité de la prise en soin : « *ça permet de pas être trimballée à droite à gauche, de praticien en praticien, ça va beaucoup plus vite* » Lignes 740-741. La transversalité du suivi ne signifie pas superposition des compétences avec les autres spécialistes : « *Enfin c'est dans le mot de toute façon : généraliste il faut rester général quoi [rires]. Et après si ça devient trop compliqué il faut réorienter [...]* » Lignes 443-445.

En choisissant son médecin généraliste, Christine choisit aussi un soignant qui aura une sensibilité pour la gynécologie tout au long de son parcours de soin : « *Et celui qui fait de la gynéco pareil, il va aussi avoir son spectre gynéco du coup il verra pas forcément les choses de la même manière qu'un médecin qui fait que de la médecine généraliste* » Lignes 745-747.

## **iii. Recherche de compétence spécifique**

La requête de Christine dans la relation de soin cible un problème spécifique : « *Voilà, généralement je viens chercher un diagnostic auprès du médecin mais voilà j'ai pas forcément besoin d'un accompagnement global* » Lignes 454-455. Par cet objectif précis, les affects arrivent à être mis de côté, notamment le stress : « *Je viens pour un acte médical, l'acte médical se fait, c'est tout* » Ligne 641.

## **5) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Usage de la familiarité lors d'une relation professionnelle**

Pour Christine, le maintien du cadre formel dans la relation soignant-soignée est nécessaire et garant d'un bon suivi : « *[...] d'avoir une certaine familiarité moi j'aime pas trop en fait. Parce que je sais pas, j'aime bien quand la relation elle reste professionnelle [...]* » Lignes 296-298.

Cette relation professionnelle respecte donc des codes. Il ne doit par exemple pas y avoir de tutoiement. Par extension, les locaux doivent également faire ressortir leur fonction professionnelle : « *On est quand même dans un cabinet de médecin et y a des chats qui font des allers retours, ça on évite !* » Lignes 325-326.

La familiarité d'une relation va normalement de pair avec une régularité dans le suivi : « *Enfin à un moment donné, quand on l'a pas vu depuis des années, et puis qu'il croit qu'on le voit toutes les semaines et qu'on est copain, bah non, ça me va pas [rires]* » Lignes 290-291. S'il n'y a pas cette régularité, la familiarité peut être interprétée par la patiente comme une relation paternaliste avec mise en avant de l'asymétrie décisionnelle, lui donnant l'impression d'être prise « *un peu de haut* », Ligne 306, via des propos « *infantilisants* » Ligne 313.

L'existence d'une infantilisation peut être favorisée par le maintien du même intervenant dans le suivi médical, de l'enfance à l'âge adulte : « *[...] je pense que s'il avait eu un patient adulte dès le début, il aurait pas eu ses attitudes-là* » Lignes 310-311.

## **ii. Transmission du savoir soignant-soignée et symétrie relationnelle**

Soignée et soignant sont sur un pied d'égalité dans la relation, chacun possédant son savoir. La prise en soin doit donc être centrée sur les choix de la soignée : « *c'est quand même le corps de la personne qui est en face quoi* » Lignes 373-374.

C'est au soignant de garantir cette symétrie relationnelle. Selon Christine, sa fonction de soin comporte « *une certaine emprise en fait, de par la fonction* », Ligne 263, et de par le savoir qui est censé en découler, freinant l'échange d'information : « *Et on a aussi cette idée que le médecin, il sait. Et il sait ce qu'il fait et donc on lui fait un peu une confiance aveugle [...]* » Lignes 265-266. Pour favoriser l'échange, le médecin recherche le savoir de la soignée dans une démarche de sollicitude : « *[...] on demande si tout va bien, si voilà. Et du coup rien que ça, ça remet un peu un équilibre entre les deux personnes quoi en fait* » Lignes 620-621.

## **iii. Transmission du savoir du soignant et rassurance**

L'échange entre soignant et soignée a pour but également de rassurer sur le déroulement de l'examen physique : « *[...] c'est quand même rassurant, voilà, qu'ils prennent le temps d'expliquer les gestes qui sont faits, d'expliquer ce que ça engendre, et cætera* » Lignes 123-124. Les explications seraient d'autant plus importantes que les soignées sont jeunes : « *Enfin surtout quand on est jeune, c'est important d'avoir toutes les infos, parce qu'on arrive chez le gynéco, on sait pas du tout...* » Lignes 570-571.

La présence d'une routine dans l'examen médical crée également une rassurance par la possibilité d'anticipation : « *Après c'est sûr que les premières consultations, j'étais peut-être un peu plus stressée, mais bon après voilà, je sais comment ça fonctionne* » Lignes 639-641.

#### **iv. Une écoute à la recherche du savoir de la soignée**

Le soignant doit en effet recueillir le savoir de la soignée lors de la consultation : « [...] *prendre en compte le patient qu'il a en face en tant qu'être humain [...] avec des émotions, avec des douleurs parfois, avec...* » Lignes 606-609. Cette écoute serait plus importante chez les soignants plus jeunes : « *J'ai l'impression que quand les médecins sont plus jeunes, il y a plus d'échange qui est possible, ou en tout cas ils sont plus à l'écoute* » Lignes 80-81. Selon Christine néanmoins, cette humanité ne serait pas indispensable : « *Bon après c'est pas forcément ça qu'on demande à un médecin, d'être humain, mais bon c'est un peu mieux quoi* » Lignes 601-604.

L'écoute du soignant peut être influencée par l'intérêt qu'il porte à la soignée. En parlant des gynécologues obstétriciens qui effectuent un suivi gynécologique médical, Christine explique : « *enfin on n'était même pas concernées du coup eux c'était pas non plus ça qu'ils cherchaient, du coup en gros ils font la consultation à la va vite* » Lignes 96-98.

#### **v. Médecine générale et connaissance progressive du soignant**

La médecine générale, par sa globalité, peut permettre une connaissance progressive du soignant au fil des consultations. Cette connaissance permet de tisser un lien rassurant avant une consultation parfois jugée plus intime comme l'examen gynécologique : « *Je l'avais déjà rencontré avant donc... Donc c'est un peu rassurant et puis voilà* » Lignes 147-148.

#### **vi. Recommandation par l'entourage et connaissance du soignant a priori**

Dans les diverses maisons médicales où elle s'est fait suivre sur le plan gynécologique, c'est son entourage qui l'a incité à consulter certains soignants en particulier : « [...] *c'est des amies qui me l'avaient conseillé, d'aller voir là-bas* » Ligne 162.

#### **vii. Connaissance de la soignée et singularité de la prise en soin**

La connaissance de la soignée permet une prise en soin personnalisée : « *Et puis voilà, d'apporter des réponses peut-être plus adaptées en fonction de... Bah de la connaissance de la personne quoi* » Lignes 447-448.

La connaissance du soignée devient d'autant plus importante que le suivi devient régulier et nécessaire à la suite d'un problème de santé : « *mais si j'avais des gros problèmes de santé avec un suivi régulier à avoir, bah je pense que du coup j'irais voir tout le temps le même médecin, ça c'est sûr* » Lignes 457-459.

### **viii. Un partage de l'intimité de la soignée justifié par le soin**

L'abord spontané de son intimité ne dérange pas Christine si elle a une fonction de soin. Certaines questions néanmoins, par leur précision, ne semblent pas avoir cette fonction de soin et peuvent donc être sujettes à interprétation. Elle cite comme exemple : « *Combien de relations sexuelles vous avez ? Combien de partenaires vous avez ? Combien ceci, combien cela ? Bah je vois pas en quoi ça vous regarde mais...* » Lignes 225-227. Il existerait, vis-à-vis de ces questions intimes, une différence entre les gynécologues et les médecins généralistes, majorant des doutes : « *Quand j'ai commencé à aller voir des gynécos médecins généralistes, ils m'ont plus jamais posés ces questions-là quoi* » Lignes 230-231.

## **6) Savoir être et soin du corps**

### **i. Une exposition du corps strictement justifiée par le soin**

L'exposition du corps est un moyen de réaliser un soin et elle doit donc être expliquée rationnellement. D'autre part, la demande de déshabillage semble plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, justifiant son choix de soignante féminine : « *[...] vous pouvez auscultez par en dessous éventuellement mais je suis pas obligée d'enlever tout* » Lignes 256-257.

La pratique de découvrir en deux temps le corps en examinant successivement les seins puis le bas est appréciée de la patiente. La couverture même partielle du corps permettrait à la patiente de « *se sentir un peu protégé* » Ligne 506.

### **ii. Le déshabillage : une intimité non médicale**

L'acte de se déshabiller en tant que tel n'est pas médical et peut donc rester intime. Un lieu dédié est nécessaire, évitant une dimension hiérarchique : « *Et puis du coup de pouvoir se déshabiller tranquille et du coup d'arriver avec une partie en moins pour l'examen. Mais du coup ça fait moins : « Je me déshabille devant vous »* » Lignes 539-541. Au sein du cabinet en effet, le bureau n'a pas la fonction du déshabillage : « *c'est que le bureau devant lequel on va discuter avec le médecin, où on va faire l'ordonnance, voilà, où on va s'asseoir, je sais pas, c'est un peu bizarre* » Lignes 537-539.

### iii. Nudité et distraction

La parole durant l'examen physique permet de ne pas se concentrer sur l'acte en lui-même : « ça permet d'avoir un truc à faire en même temps [rires] » Lignes 188-189.

### iv. Position gynécologique et similarité sexuelle

La position nécessaire à l'examen physique reste chargée culturellement : « [...] c'est une position qu'on n'a pas l'habitude d'avoir. Enfin en tout cas pas avec un médecin et sur une table » Lignes 502-504.

### v. Une zone du corps inaccessible au savoir de la soignée

L'examen gynécologique permet « De voir des choses que moi je peux pas voir quoi » Lignes 478-479, en examinant des zones du corps inaccessibles à la vue de la patiente. S'il ne le partage pas, c'est un savoir concernant son propre corps qui reste détenu par le soignant seul, générant une vulnérabilité et une asymétrie relationnelle.

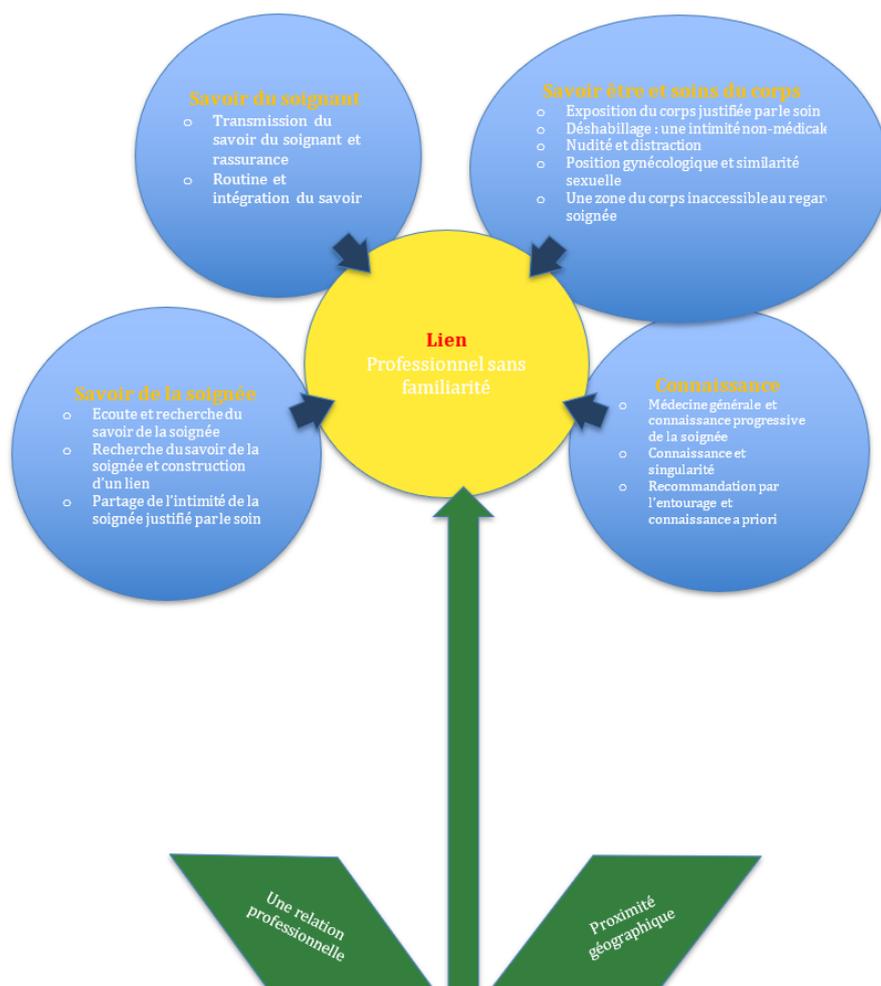


Figure 7 : La marguerite de la relation soignant-soignée de Christine

## 5. Soignée 4 : Dominique

### a) Biographie

Dominique a 33ans.

Elle est introvertie, préfère privilégier les relations médicales longues pour plus de simplicité. Elle apprécie que les soignants apprennent à la connaître. Même après son déménagement et malgré le cabinet médical qui a ouvert juste à côté de chez elle, elle n'a pas hésité à garder le même médecin traitant pour conserver ce lien.

Sur le plan personnel, elle a rencontré son conjoint à l'adolescence. Elle est mariée et a 3 enfants de 14, 12 et 6 ans. Elle a 2 petits frères. Elle aime la moto et le sport qu'elle pratique régulièrement.

Sur le plan professionnel, Dominique a dû arrêter des études de secrétariat suite à sa première grossesse. Elle a fait différents petits boulots alimentaires avant d'être femme au foyer après la naissance de son troisième enfant.

Sur le plan médical, il lui arrive d'avoir quelques crises d'angoisse, pour lesquelles elle ne consulte jamais, arrivant à se rassurer d'elle-même. Elle fume et souhaiterait arrêter. Son médecin traitant, avant qu'il ne prenne sa retraite, était un homme. Il a soigné toute sa famille, y compris ses grands-parents. Dominique a continué avec sa remplaçante, qu'elle apprécie pour son examen « *minutieux* ».

Sur le plan gynécologique, elle a toujours été suivie par son médecin généraliste, comme sa mère et sa grand-mère, et a tenu à être suivi par lui jusqu'au plus tard pour ses grossesses. Elle n'a allaité que la troisième, ne se trouvant pas assez mature pour gérer l'allaitement avant. Dominique oublie souvent de prendre rendez-vous pour son suivi gynécologique et c'est par le biais de consultations pour ses enfants qu'elle a pu réaliser son dernier frottis. Elle a essayé une seule fois un gynécologue pour avoir « *un autre avis* » mais n'y est plus retournée, suite à l'appréhension du contact humain, d'un médecin qui ne la connaissait pas.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Vision du cadre relationnel**

#### **i. Un médecin de famille**

La relation soignant-soignée n'a pas changé d'emplacement géographique durant sa vie. Dominique a continué d'être suivie par le successeur de son ancien médecin, comme avant elle sa grand-mère avait pris le fils de son propre médecin. Il s'agit d'un « *médecin traitant de famille* », Ligne 60, dans le sens où il soigne l'entièreté de sa famille : ses parents, ses frères, son conjoint, ses enfants.

Cette prise en soin global du groupe familial permet à Dominique d'être vue par un médecin alors qu'elle ne consulterait peut-être pas pour elle-même. En parlant de son suivi gynécologique : « *C'était pour ma fille, et du coup elle m'a dit : « Si vous voulez je vous fais votre examen maintenant »* » Lignes 399-400.

#### **ii. Connaissance du groupe familial**

La relation interpersonnelle soignant-soignée semble intégrée dans une relation plus grande au sein du groupe familial : « *Bah il connaissait la famille en fait, donc en fait il nous demandait : « bah ça va ta grand-mère ? », donc on avait une bonne relation* » Lignes 68-69.

Cette connaissance semble rendre moins formel la relation soignant-soignée : « *Il demande de nos nouvelles, si tout se passe bien* » Ligne 72.

#### **iii. Globalité et médecine générale**

C'est la globalité du suivi dans le parcours de santé qui caractérise le médecin traitant : il traite « *n'importe quel soucis ou problème de santé* » Ligne 435.

#### **iv. Une recherche de compétence du soignant**

La compétence dans le soin est la première chose que la patiente recherche chez son médecin traitant : « *Si on est malade qu'il puisse nous soigner quoi* » Ligne 508. Cette compétence est jugée a priori par son diplôme et confirmée au cours de la prise en soin par les épisodes de vie : « *elle a fait des études pour, et puis que voilà, elle est médecin* » Ligne 475. La soignante doit être « *minutieuse* » Ligne 483.

L'orientation vers un autre spécialiste fait partie intégrante de ses compétences : « *Si on aurait des problèmes de santé grave, nous diriger vers le domaine concerné* » Ligne 440.

## **v. Suivi gynécologique et médecine générale**

Le suivi gynécologique s'est fait sur proposition de son médecin généraliste après une demande de contraception : « *J'ai été le voir pour qu'il me prescrive la pilule et puis en fait il m'a tout le temps suivie* » Lignes 110-111. Le médecin généraliste s'arrête au suivi de routine, le suivi de pathologie gynécologique est réalisé par le gynécologue : « *Si j'aurais vraiment des soucis* » Ligne 364.

## **vi. Proximité géographique : une importance relative**

Même si la proximité géographique joue un rôle majeur à l'initiation de la relation, une fois l'établissement de la relation, elle n'apparaît plus comme un critère de décision. En parlant du centre médical à côté de chez elle où elle ne consulte pas : « *si vraiment c'est urgent pour mes enfants ce serait peut-être plus simple mais après tant que là je suis là à un quart d'heure, vingt minutes...* » Lignes 307-308.

## **vii. Le cabinet : un support de la fonction de soin**

Le cabinet a une fonction de soin. Durant l'examen gynécologique, il doit permettre la confidentialité. Dominique déclare préférer un endroit séparé du bureau de consultation afin qu'il n'y ait pas de risque d'interruption : « *Peut-être qu'une personne qui aurait besoin, d'urgence, de voir le docteur peut-être...* » Lignes 157-158.

## **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Connaissance de la soignée et confiance envers le soignant**

Même s'il existait a priori une préférence de genre, elle s'estompe avec la connaissance du soignant qui aboutit à un sentiment de confiance : « *Comme mon médecin avant c'était un monsieur donc... Comme je le connaissais, j'étais plus rassurée* » Lignes 175-176. Cette confiance se renforce au cours du temps : « *Bah c'est aussi plus aussi à force la connaître* » Ligne 478.

Ce qui semble structurer la confiance, au-delà de la compétence, c'est la connaissance de la façon d'être du médecin, le « *contact humain* » Ligne 137. En parlant de changer de médecin traitant pour se rapprocher géographiquement, Dominique résume : « *Oui j'y ai déjà pensé mais en fait je ne sais pas sur quel docteur je vais tomber donc...* » Ligne 303.

### **ii. Connaissance de la soignée, lien et compétence**

La connaissance de la soignée serait le point de départ d'un soin basé sur le lien et non plus sur la compétence seule. Ce lien permettrait de diminuer les contraintes ressenties au sein

de la relation. En parlant de la consultation chez le gynécologue, Dominique raconte : « *C'est juste vraiment le travail quoi, il y a pas de ... On n'est pas forcément plus à l'aise qu'avec un médecin traitant...* » Lignes 317-318. Elle développe ce lien, basé sur la façon d'être : « *Oui peut-être quelqu'un de trop dur ou désagréable même s'il a les compétences, je pense que ça n'irait pas* » Lignes 512-513.

Un soin personnalisé, basé sur le lien, permettrait une gestion spécifique du temps en consultation et donc une meilleure compétence dans le soin : « *C'est différent, comme on connaît pas trop, c'est un peu plus bâclé j'ai l'impression* » Lignes 114-115.

### **iii. Globalité, connaissance et simplicité**

Le suivi gynécologique semble intégré de facto dans le suivi général pour Dominique, permettant de ne pas multiplier les intervenants dans sa prise en soin. En parlant de son suivi de grossesse par son médecin généraliste : « *c'est la simplicité d'aller directement voir mon médecin traitant* », Ligne 625, et de ne pas « *tout redire* », Ligne 621, de son historique médical.

Plus que la compétence strictement médicale, c'est l'établissement d'un lien et la connaissance mutuelle qui semblent long et difficile à obtenir, justifiant de minimiser le nombre d'intervenants : « *Bah je pense que c'est aussi du fait qu'il me connaissait, qu'il connaît un peu mon tempérament, moi je le connais, c'est la simplicité aussi* » Lignes 607-608.

### **iv. La gentillesse**

La gentillesse apparaît comme une qualité appréciée chez le médecin généraliste. Elle se caractérise selon la patiente comme une « *façon d'être* », Ligne 497, un comportement prévenant et « *joyeux* », Ligne 503, et : « *Elle est tout le temps entrain de sourire pratiquement donc... Voilà* » Ligne 498.

### **v. Intimité comme moyen d'accès au soin**

Le partage de son intimité paraît un moyen nécessaire à la bonne prise en soin. Il ne se fait donc que dans un cadre professionnel et médical : « *Ce serait une personne de l'extérieur, que je pourrais rencontrer, je serais braquée, mais là non du coup* » Lignes 571-572.

## **3) Savoir être et soin du corps**

### **i. Distraction et examen physique**

L'examen physique apparaît comme un moment d'embarras, de « *gêne* », Ligne 272, où il est nécessaire d'avoir des distractions pour ne « *pas penser justement à l'examen* » Ligne 268. En général, c'est la parole, sur un sujet différent de l'examen physique, qui joue ce rôle :

« souvent les médecins, les docteurs, les deux, ils font...Ils parlent de la vie de... De ce qui se passe » Lignes 265-266.

En gynécologie, la gêne ressentie peut se traduire physiquement par un examen plus difficile et plus douloureux du fait de la contraction des muscles périnéaux : « *Je pense que je serais un peu plus stressée ou contractée* » Ligne 270.

## ii. Le corps comme un moyen d'accès au soin

Cette gêne peut s'amenuiser si l'examen physique ou la nudité devient un moyen pour accéder au soin. Dominique prend en exemple l'accouchement : « *parce qu'on donne la vie donc en fait on pense pas à nous* » Ligne 283.

## iii. Exposition du corps et vulnérabilité

La nudité augmente le sentiment de vulnérabilité. Comparé à la nudité partielle, c'est-à-dire en découvrant le haut puis le bas lors de l'examen physique, la nudité complète d'emblée pour l'examen physique la fait se sentir plus « faible » Ligne 212.

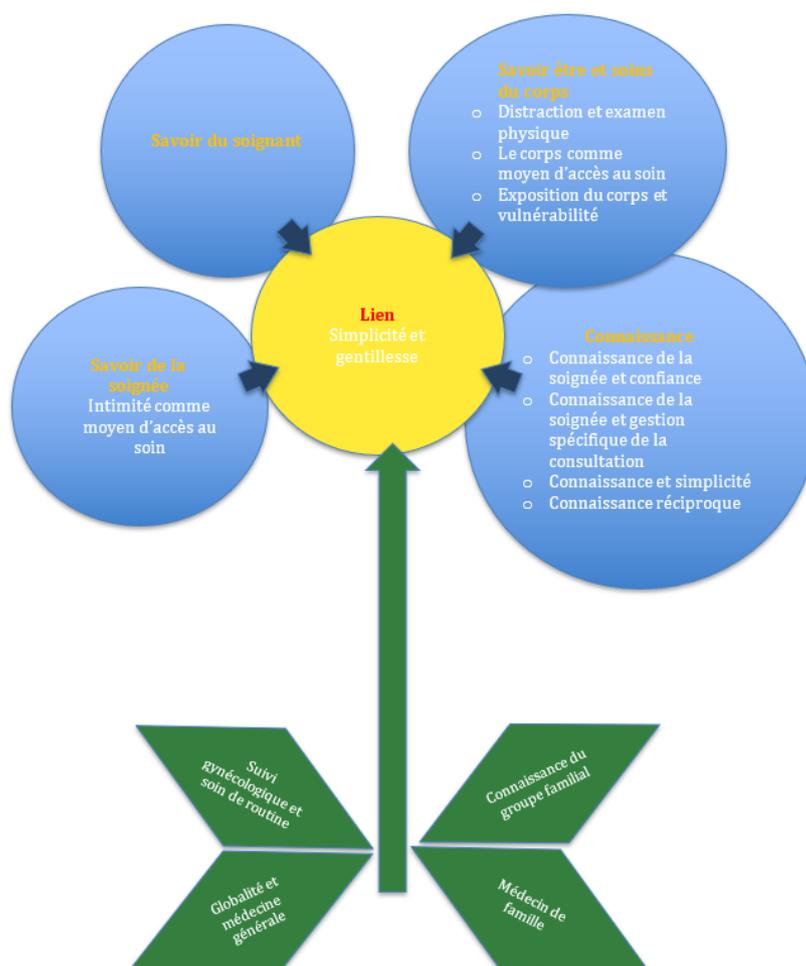


Figure 8 : La marguerite de la relation soignant-soignée de Dominique

## 6. Soignée 5 : Elise

### a) Biographie

Elise a 29ans.

Pour elle, l'usage de l'humour est primordial, tant pour nouer un lien que pour créer un climat de détente.

Sur le plan personnel, elle a deux frères. Son père a fait une dépression et nécessite toujours un soutien psychologique de la part de son médecin généraliste. Sa mère est issue d'une famille de 11 enfants. Elise est partie faire des études au Canada pour suivre son conjoint de l'époque, y est restée un an avant de revenir après sa rupture. Elle vit maintenant en concubinage depuis 8ans, n'a pas d'enfant et n'en souhaite pas pour le moment.

Sur le plan professionnel, elle est enseignante auxiliaire en histoire-géographie en attendant de repasser le concours des écoles. Elise apprécie surtout de transmettre cette matière mais trouve difficile la gestion de la discipline qu'on ne lui avait pas appris jusqu'à présent.

Sur le plan médical, durant son enfance, elle a été suivie conjointement avec un médecin homéopathe lorsque ses parents voulaient une alternative aux antibiotiques. Elise a ensuite poursuivi son suivi avec son médecin de famille, qui avait d'ailleurs la même date d'anniversaire qu'elle et qu'elle considère comme une figure paternelle. Depuis qu'il est parti en retraite, Elise n'a plus de médecin traitant fixe. Elle n'a en effet pas de problème de santé particulier et ne voit pas comment elle pourrait retrouver un lien similaire à celui qu'elle avait avec son ancien médecin traitant.

Sur le plan gynécologique, Elise supporte l'inquiétude de sa mère concernant ses règles et sa vie sexuelle depuis son enfance. En effet, sa mère s'était faite gifler quand sa propre mère avait découvert qu'elle prenait la pilule. Choquée, elle ne voulait pas reproduire ce modèle avec Elise. C'est donc elle qui l'a informée puis conduite chez le médecin pour sa contraception. Pourtant, beaucoup de représentations négatives ont toujours été associées à la gynécologie pour Elise, renforcées par les propos recueillis auprès de ses amies et par les médias. Elise a repoussé durant 14 ans son premier examen gynécologique pour enfin se décider récemment, pour faire une vérification. Elle ne pense pas poursuivre un suivi régulier gynécologique.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Vision du cadre relationnel**

#### **i. Le médecin d'un groupe familial**

Le médecin généraliste pour Elise se caractérise comme le médecin d'un groupe familial : « *Bah c'était le médecin de famille alors il avait ma grand-mère, ma mère depuis qu'elle était toute petite, moi il m'avait à la naissance donc il m'a suivi toute petite* » Lignes 104-105.

#### **ii. Une figure paternelle**

La relation soignant-soignée peut évoluer dans un cadre plus informel, proche de la relation paternelle : « *C'est un peu comme si c'était mon papa* » Ligne 310. Par exemple, le médecin généraliste « *appelait par le prénom* » Ligne 237.

#### **iii. Une dimension sociale**

Le cadre informel est propice à la connaissance de l'histoire de vie de la soignée afin d'appréhender le contexte social environnant. En parlant de ses histoires amoureuses, Elise raconte : « *et après il fait : « Alors t'es toujours avec le même ? », « Ha non là j'ai changé, ça s'est pas bien passé ! » [Rires], donc ça fait un peu psychologue, c'est vrai que... [...] il y a toujours une part sociale* » Lignes 229-233.

#### **iv. Une recherche de compétence épisodique sans suivi nécessaire**

A l'heure actuelle, Elise recherche plutôt dans le médecin généraliste un moyen pour guérir des symptômes : « *On est plus sur la consommation on va dire. Je suis malade, vous me donnez un médicament, et puis voilà* » Lignes 692-693.

#### **v. La proximité comme un atout au soin**

La proximité géographique aiderait Elise à surmonter ses difficultés organisationnelles et motivationnelles à prendre un rendez-vous médical : « *Moi ce qui m'aide c'est vraiment un cabinet à proximité* » Lignes 648-649.

#### **vi. Intérêt rationnel d'un suivi gynécologique**

Malgré les conseils de sa mère et de ses amies, Elise a mis 14 ans avant de faire son premier frottis car elle ne ressentait pas « *le besoin de faire une vérification* » Ligne 174. Pour Elise, son profil ne nécessite pas de suivi gynécologique car elle n'est concernée ni par la recherche d'infections sexuellement transmissibles ni par un suivi obstétrical.

### **vii. Gynécologie et spécificité**

La gynécologie apparaît comme une spécialité « à part », Ligne 411, dans l'esprit d'Elise. Cette spécificité est due à l'intimité liée à la gynécologie, tant par les sujets abordés que par l'examen physique : « *Et c'est quelque chose d'assez intime et c'est pas évident [...]* » Ligne 145-146.

Elle sépare bien son suivi global de son suivi gynécologique mais déclare qu'il serait pratique de faire les « *deux en un* », Lignes 696-697, via le médecin généraliste.

### **viii. La gynécologie : une spécialité taboue ?**

Devant un manque d'information sur la gynécologie, Elise s'est informée auprès de son entourage familial et amical. Le contenu de l'information, toujours subjectif, n'était que rarement positif et cela a renforcé son appréhension à consulter : « *Moi ça me refroidissait un peu. C'était par rapport à leurs remarques [...]* » Lignes 160-161.

Ce manque d'information issue semble d'autant plus important que la patiente est jeune : « [...] *quand on est jeune, on peut poser des questions parce qu'on connaît pas* » Lignes 480-481.

## **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Régularité, lien et intimité**

Pour Elise, la régularité du suivi médical induite par une pathologie favorise l'établissement d'une relation : « *Le fait de le voir régulièrement pour des contrôles ça peut aider aussi à créer des liens* » Lignes 247-248.

La régularité et le lien favorisent également le partage d'une intimité : « *Après si on va vraiment sur le plan psychologique, si ça va pas, enfin là, c'est vraiment il faut avoir créé un lien avec la personne [...]* » Lignes 495-497. Même avec l'existence d'un lien, le partage de son intimité est difficile avec le milieu médical : « *Mais c'est vrai que ce genre de sujet psychologique j'aborderais plus avec des amis ou avec ma mère* » Lignes 504-505.

### **ii. Connaissance du groupe familial et confiance**

La connaissance du groupe familial majore le sentiment de confiance : « *Voilà, il connaît toute la famille : la grand-mère, le père, la mère, ils le voient. Là c'est sûr que, là on est en confiance, là on peut parler tranquillement, s'il y a un problème ou pas* » Lignes 121-123.

### **iii. Ecoute et échange d'information**

Plus que l'écoute passive du soignant, c'est une écoute active, empreinte de prévenance, que la soignée recherche. Le but de cette écoute est un échange de savoir : de son savoir de soignée, construit par son expérience de la consultation, et du savoir du soignant, médical : « *Mais après c'est vrai que quand je posais des questions, le fait qu'on essaie de me répondre, d'expliquer, c'est vrai qu'on voit que c'est plus de l'écoute* » Lignes 462-463.

### **iv. Humour, détente et échange**

Selon la soignée, le médecin doit « *savoir mettre bien, enfin à l'aise quoi* » Ligne 662. Cela peut se faire via l'humour par exemple et permet un échange plus important : « [...] la bonne humeur, le sourire, les blagues, ça, ça détend et comme ça on peut discuter si ça va pas » Lignes 661-662.

L'usage de l'humour reste néanmoins très réglementé. Il nécessite une temporalité précise : « [...] *c'est la première fois, on connaît pas la personne, on sait pas si elle va bien le prendre* » Lignes 550-551. Le sujet également est à bien choisir : « *Enfin pas rapport avec le bas hein !* » Lignes 542-543.

### **v. Routine et rassurance**

Un comportement médical qui se répète rentre dans l'esprit de la soignée comme une habitude systématique et joue un rôle de rassurance. En parlant du bilan sanguin lié au renouvellement de sa contraception et prescrit systématiquement par son précédent médecin traitant, Elise commente : « *Mais il me faut le bilan sanguin parce que ça fait trois ans que j'ai pas fait par rapport à la pilule je... en vrai je m'inquiète* » Lignes 377-379. Par la suite, c'est cette habitude qui la forcera à reconsulter et qui l'amènera en partie à réaliser le frottis.

## **3) Savoir être et soin du corps**

### **i. Recherche du savoir de la soignée et objectivation**

Pour Elise, l'examen physique doit s'accompagner d'une écoute afin que la patiente puisse transmettre son savoir sur l'expérience vécue et rétablir une symétrie relationnelle. C'est cette symétrie qui fait en sorte que le corps ne soit pas dépersonnalisé et déshumanisé. En parlant des gynécologues, elle commente : « [...] *le fait que ce soit pas trop à l'écoute par rapport à cet acte-là, c'est un peu plus compliqué. Ça fait un peu boucherie je veux dire, à la chaine [rires]* » Lignes 435-436.

## **ii. Similarité de genre, compréhension et prévenance**

Choisir un médecin féminin semble favoriser la relation par le transfert d'expérience qu'elle implique, en particulierité pour l'examen physique : « *C'est le fait que... Enfin qu'une femme connaît déjà ça et donc elle peut compatir* » Lignes 394-395. Le savoir acquis par une expérience identique induirait pour la patiente une plus grande prévenance : « *Il me semble qu'elle connaît, qu'elle sait la différence entre les deux spéculums, que c'est pas forcément agréable. Donc l'empathie c'est vrai ça aide dans ce cas de... Dans cette pratique-là* » Lignes 400-402.

## **iii. Exposition du corps et vulnérabilité**

Le changement du corps avec la puberté peut modifier le ressenti de l'exposition du corps au cours de l'examen physique : « *Après j'aurais été très mal à l'aise face à mon médecin qui m'avait vu toute petite* » Lignes 302-303.

Un vêtement couvrant, comme une jupe, peut être utilisé pour couvrir le corps lors de l'examen et ainsi diminuer la sensation de vulnérabilité : « *Voilà, j'étais habillée quand même, donc c'est plus rassurant à ce niveau-là* » Ligne 559.

Certains vêtements peuvent faire partie intégrante de l'intimité de la soignée, notamment à cause des sécrétions corporelles. Ils doivent donc être cachés au même titre que les parties du corps qu'elle couvre. En parlant de la culotte qu'elle a mise dans sa poche, Elise raconte : « *J'ai pas envie de voir ma petite culotte trainer, j'ai pas envie de voir ce qu'il y a à l'intérieur avec les pertes blanches, ce genre de chose. C'est un peu bizarre* » Lignes 579-580.

## **iv. Distraction et examen physique**

Pour que le vécu de l'examen physique soit optimal, il faudrait ne « *pas y penser* » Lignes 536-537. Pour cela, la patiente aurait souhaité se créer une bulle de dissociation en écoutant de la musique : « *Mais moi j'étais plutôt en mode : « Bon alors, faites ce que vous avez à faire, moi j'écoute » »* Lignes 613-614.

## **v. Habillage et déshabillage**

Afin de faciliter le déshabillage, certains vêtements peuvent être portés par anticipation : « *Mettre une jupe où on met pas de collant, déjà comme ça, ça fait moins de chose à enlever* » Lignes 570-571.

## vi. Technicité durant l'examen physique

Même s'il permet un examen physique optimal, le speculum reste un instrument qui pénètre dans le corps humain et dont le vécu peut être difficile : « [...] c'est vrai que c'est surtout le fait de voir... D'avoir un objet, ça me disait pas trop » Lignes 177-178.

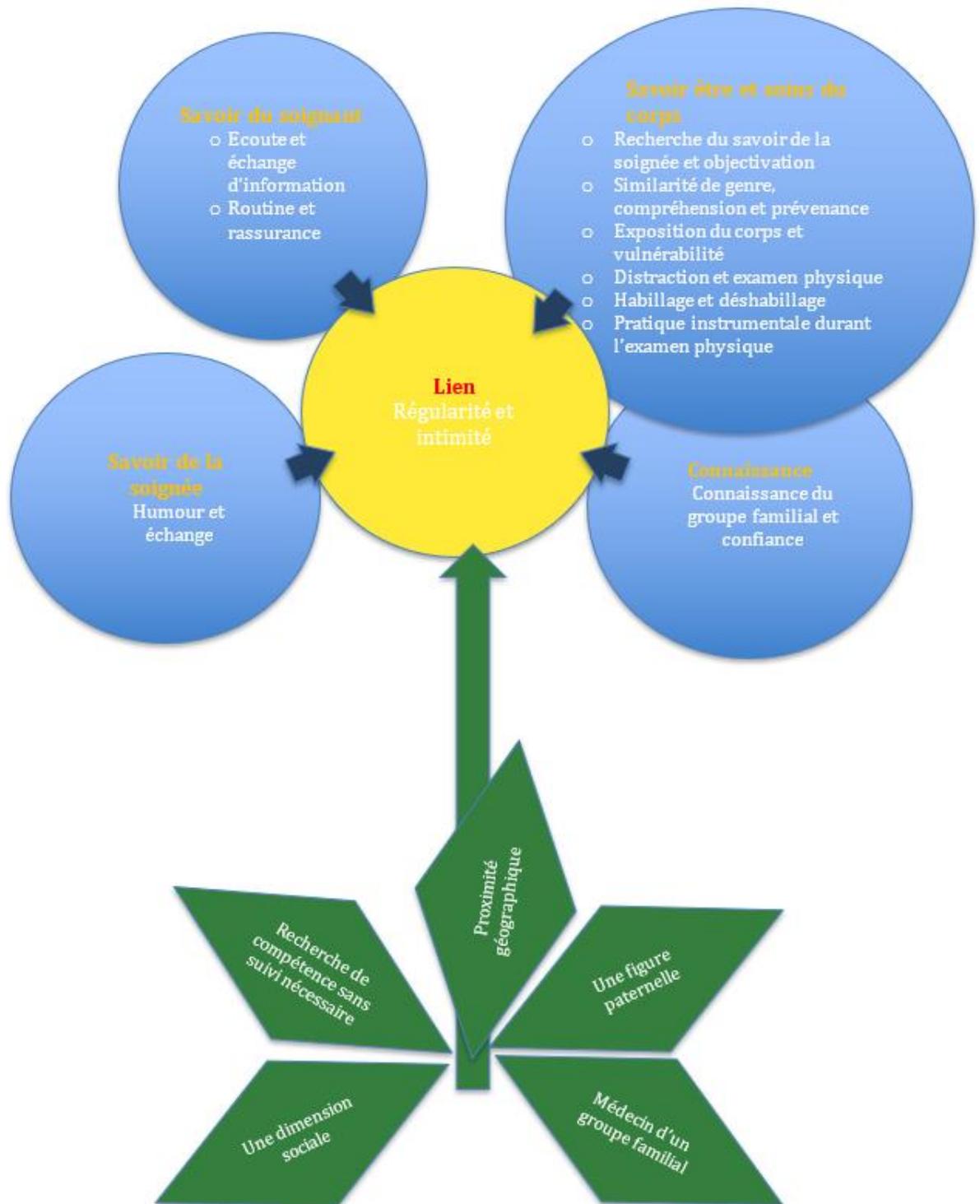


Figure 9 : La marguerite de la relation soignant-soignée d'Elise

## 7. Soignée 6 : Florine

### a) Biographie

Florine a 40ans.

Elle se définit comme quelqu'un de stressée de nature, surtout vis-à-vis des résultats médicaux. Florine n'est pas « *casse-pied* » et s'adapte à la prise en soin du soignant pour peu qu'on lui explique. Elle n'est pas pudique et la nudité ne la dérange pas si elle a une fonction de soin. Elle se décrit comme « *pipelette* ».

Sur le plan personnel, elle s'est mariée en 2018 et vient d'emménager dans une nouvelle maison avec son conjoint qui a déjà 2 enfants de 17 et 14 ans.

Sur le plan professionnel, elle se définit comme manuelle. Florine a d'abord travaillé 13 ans dans la restauration. Elle a ensuite travaillé en horticulture mais devant la faible rémunération et le volume horaire, elle travaille maintenant comme saisonnière en arboriculture, permettant une meilleure vie de famille.

Sur le plan médical, Florine a eu un premier médecin traitant, le médecin de famille de ses parents encore aujourd'hui. Comme elle ne se sentait pas à l'aise en grandissant, elle a préféré en changer à ses 17 ans. Elle a alors pris le père de sa meilleure amie, médecin, qu'elle connaissait déjà bien et qu'elle prenait pour « *un petit papa* ». Lorsqu'il a pris sa retraite, elle a eu d'abord peur de ne pas retrouver une relation identique avec sa remplaçante mais un lien s'est créé au fil du temps et de son parcours de santé.

Sur le plan gynécologique, c'est son médecin traitant qui lui a proposé d'assurer son suivi gynécologique dès le début. Florine a accepté car elle était « bien avec lui ». Par chance, sa remplaçante réalise également les suivis gynécologiques, elle a donc naturellement poursuivi avec elle. Elle initie un parcours de procréation médicalement assistée.

### b) Analyse du cas

#### 1) Vision du cadre relationnel

##### i. Une figure informelle du soignant

Florine identifie son médecin traitant qu'elle a eu depuis l'adolescence comme un membre du groupe familial, au sein d'une relation informelle : « *Enfin je veux dire c'était comme quelqu'un de la famille bientôt* » Lignes 148-149. Ce parallèle est lié à la profondeur de

la connaissance de la soignée par le soignant : « [...] *il te connaît par cœur, il sait très bien* » Ligne 147. Florine a d'ailleurs choisi comme médecin traitant une personne avec qui elle entretenait déjà précédemment une relation informelle et qui la connaissait déjà et inversement : « *Vu que j'étais très amie avec sa fille. Donc moi c'est vrai que j'allais même chez eux ou quoi, donc je le connaissais bien* » Lignes 143-145.

## **ii. Un savoir du soignant à réactualiser**

Pour la soignée, le métier de médecin évolue et un médecin compétant nécessite « *qu'il ait fait des formations* » Ligne 734.

## **iii. Gynécologie et appréhension**

Cette appréhension est surtout centrée sur l'examen physique : « *Parce que j'aime pas en fait. Ouai, c'est ça, c'est l'examen gynécologique... Pourtant y a pas de douleur, y a rien du tout [...]* » Lignes 516-517

## **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Connaissance globale de la soignée et singularité du lien**

Pour Florine, la connaissance de la soignée est renforcée par la globalité du suivi liée à la médecine générale. En parlant du suivi par son médecin traitant par rapport au gynécologue, elle commente : « *Mais bon, c'est différent, c'est parce que lui il connaît tous mes antécédents, même... Il me connaît mieux quoi* » Lignes 588-589.

La connaissance progressive de la soignée par le soignant crée une personnalisation du lien, plus informelle : « [...] *voilà il te reconnaît. T'es plus son simple monsieur ou madame quoi, c'est ça. C'est ça qui est bien* » Lignes 730-731.

### **ii. Connaissance et sollicitude**

La connaissance paraît s'accompagner d'une certaine sollicitude : « *Parce qu'on voit qu'elle se rappelle, elle fait attention à toi quand même* » Lignes 597-598.

### **iii. Connaissance du soignant : vers une acceptation et une confiance de l'autre**

La connaissance réciproque évolue vers une acceptation globale de l'autre en tant que personne, diminuant notamment les problèmes d'interprétation de la communication non verbale. En parlant de son nouveau médecin traitant et de son comportement « *carré* », Ligne

646, plus formel : « *Elle est pas comme ça, je veux dire. C'est juste... Comme on est tous...* »  
Lignes 391-392.

Comme une relation a une tendance à se reproduire à l'identique, la routine relationnelle due à la connaissance du soignant apporte une réassurance et de la confiance : « *Quand c'est mon médecin traitant, bah j'ai même pas de stress ou quoi parce que je sais ce qui va être fait ou quoi* » Lignes 203-205.

#### **iv. Recherche de similarité dans les liens avec les soignants**

Les relations antérieures de la soignée semblent jouer le rôle de référence vis-à-vis de ses prochaines relations de soin. C'est le temps qui permet une nouvelle habitude : « *C'est vrai qu'au tout début, le premier contact, et puis l'habitude de mon médecin, c'est ça... [...] j'ai dit, « c'est un peu plus froid », j'ai dit. Et puis en fait non* » Lignes 661-663.

#### **v. Relation informelle et symétrie relationnelle**

L'usage de l'humour permet de désacraliser la relation soignant-soignée afin de détendre et de mettre « *à l'aise* » Ligne 330. En parlant de la différence entre deux soignants : « *[...] ça se passe plus facilement, elle va plus rigoler, un petit sourire ou quoi. C'est vrai que Dr B. bah c'est... [...] on reste vraiment dans le cadre médecin-patient quoi, je veux dire* » Lignes 387-390. L'établissement de cette relation informelle ne modifie pas en profondeur le lien soignant-soignée : « *Elle est très gentille, je suis bien avec, tout ça mais si je dois choisir je vais préférer être avec mon médecin traitant* » Lignes 671-673.

#### **vi. Facteur d'échange sur l'intimité**

L'information, même portant sur l'intimité, est considérée comme un moyen d'accéder à un soin optimal. La sympathie envers le soignant n'influe pas sur l'échange intime : « *Qu'il soit cool ou moins cool je vais dire la même chose* » Ligne 409. Florine avoue néanmoins « *parler plus facilement* », Ligne 399, de sujet anodin.

L'échange sur l'intimité n'était pas freiné par l'existence d'une relation informelle. En parlant de son suivi gynécologique chez son ancien médecin traitant : « *C'est vrai qu'il y en a qui vont dire quand tu connais bien la personne, ça peut être plus délicat. Mais nan, lui ça allait, tout passait toujours bien, ouai, ouai, c'était nickel* » Lignes 240-242.

L'échange est d'autant plus facile que la connaissance réciproque est grande : « *Et que bah après, bah du coup, ça s'installe et puis quand tu as quelque chose tu vas lui dire plus facilement ou quoi, c'est ça, oui* » Lignes 695-696.

### **vii. Compétence du soignant et confiance**

La confiance se base sur une efficacité du soin, la soignée attend du médecin : « *Qu'il fasse son métier comme il faut quoi. Pas aller pour quelque chose et puis une semaine après que ça va toujours pas mieux, [...] T'as plus confiance en ton médecin quoi [...]* » Lignes 635-638. En cas d'inefficacité du soin, il doit y avoir une explication : « *[...] ça peut toujours être autre chose ou quoi, mais dans ce cas-là il explique ou quoi [...]* » Lignes 641-642.

### **viii. Vulnérabilité et transmission de savoir au soigné**

Une asymétrie du pouvoir décisionnel est plus facilement acceptée par Florine en cas de vulnérabilité : « *Elle voit que bah toi t'es pas bien du tout, tout ça, et c'est vrai qu'elle a pris le dessus et elle s'est occupé des choses, et ça c'est bien. Ça ça donne confiance en ton médecin, ça c'est sûr* » Lignes 647-649.

La vulnérabilité de Florine nécessite aussi parfois d'« enjoliver », Ligne 621, le savoir transmis par le soignant à des fins de rassurance : « *je préfère le monde des bisounours un petit peu que la réalité directe* » Lignes 616-617.

## **3) Savoir être et soin du corps**

### **i. Similarité de genre et soins du corps**

La préférence de genre est notable uniquement lors de l'exposition du corps : « *Je pense que c'est juste le fait de se déshabiller devant une femme c'est plus facile [...]* » Lignes 245-246.

La connaissance du soignant peut permettre d'estomper cette préférence de genre, comme pour son médecin traitant à partir de l'adolescence: « *Avant monsieur E. c'était différent, c'est parce que je le connaissais tellement bien que...* » Lignes 239-240.

### **ii. Puberté et aisance**

L'exposition du corps, malgré son ancrage dans le soin et dans une relation professionnelle, peine parfois à se différencier de l'exposition du corps lors d'une vie personnelle et sexuelle, notamment par l'interprétation de la communication non verbale du soignant. Avec son médecin généraliste d'enfance, Florine raconte : « *J'étais pas à l'aise, quand les examens, des fois, fallait se déshabiller [...]* Le regard, les mots qui sont pas toujours appropriés je trouve [...]

» Lignes 92-94. Cette interprétation se serait modifiée avec l'âge : « *C'est juste vraiment tant que j'étais plus jeune enfant ou quoi, bon, c'est différent. En grandissant, j'étais pas à l'aise* » Lignes 434-435.

### **iii. Transmission du savoir sur le corps et symétrie relationnelle**

L'examen physique peut représenter un moment de vulnérabilité, notamment en lien avec un savoir sur son corps que la patiente ne détient pas et qu'elle redoute : « *C'est pas l'examen en soit, ou quoi, c'est de savoir s'il y a un problème derrière, c'est plutôt ça* » Lignes 524-525.

Cette vulnérabilité peut s'estomper en informant la patiente du déroulement de l'examen physique : « *[...] il a toujours expliqué tout ce qu'il a fait aussi donc honnêtement, non. Moi j'ai pas de gêne, non, non* » Lignes 812-813. Cette explication peut signifier une recherche de consentement : « *Il y a une personne que je connais, c'est vrai, au moment de faire l'examen, il la prévient même pas, il lui met deux doigts dans les fesses ou quoi, ça se fait pas quoi on va dire, on doit prévenir la personne* » Lignes 268-270.

De l'autre côté, la transmission du savoir de la soignée vers le soignant est également nécessaire en s'enquérant de son expérience au fil de l'examen : « *Enfin souvent ils demandent d'abord s'ils nous ont pas fait mal, si ça s'est bien passé* » Lignes 831-832.

### **iv. Douceur et respect du corps**

La délicatesse dans l'examen peut être un témoignage de respect : « *[...] aller doucement, pas d'aller franco quoi. Je sais bien que ça doit être fait l'examen mais y a une façon de le faire je pense* » Lignes 260-261.

L'absence de douleur doit être recherchée : « *C'est du moment qu'on me fait pas mal [...]* » Lignes 175-176.

### **v. Exposition du corps et vulnérabilité**

La nudité engendre une certaine vulnérabilité : « *Je saurais pas dire, t'es plus fragile, tu te sens moins à l'aise quoi* » Lignes 454-455. L'examen gynécologique nécessite le dénudement des parties du corps qui sont maintenues cachées habituellement : « *Ça a beau être ton médecin, il a beau te connaître, c'est pas... T'es dans l'intimité avec quelqu'un je veux dire donc... Autant, t'es sur la plage, t'es en maillot de bain, d'accord, t'as quand même quelque chose sur toi [...]* » Lignes 455-458.

### **vi. Corps et transpiration**

La soignée anticipe son habillage afin qu'il n'y ait pas de transpiration : « *Ha si, quelque chose que je vais être à l'aise, ah ouai si, si. Quelque chose que je vais pas transpirer avant [...]* » Lignes 499-500.

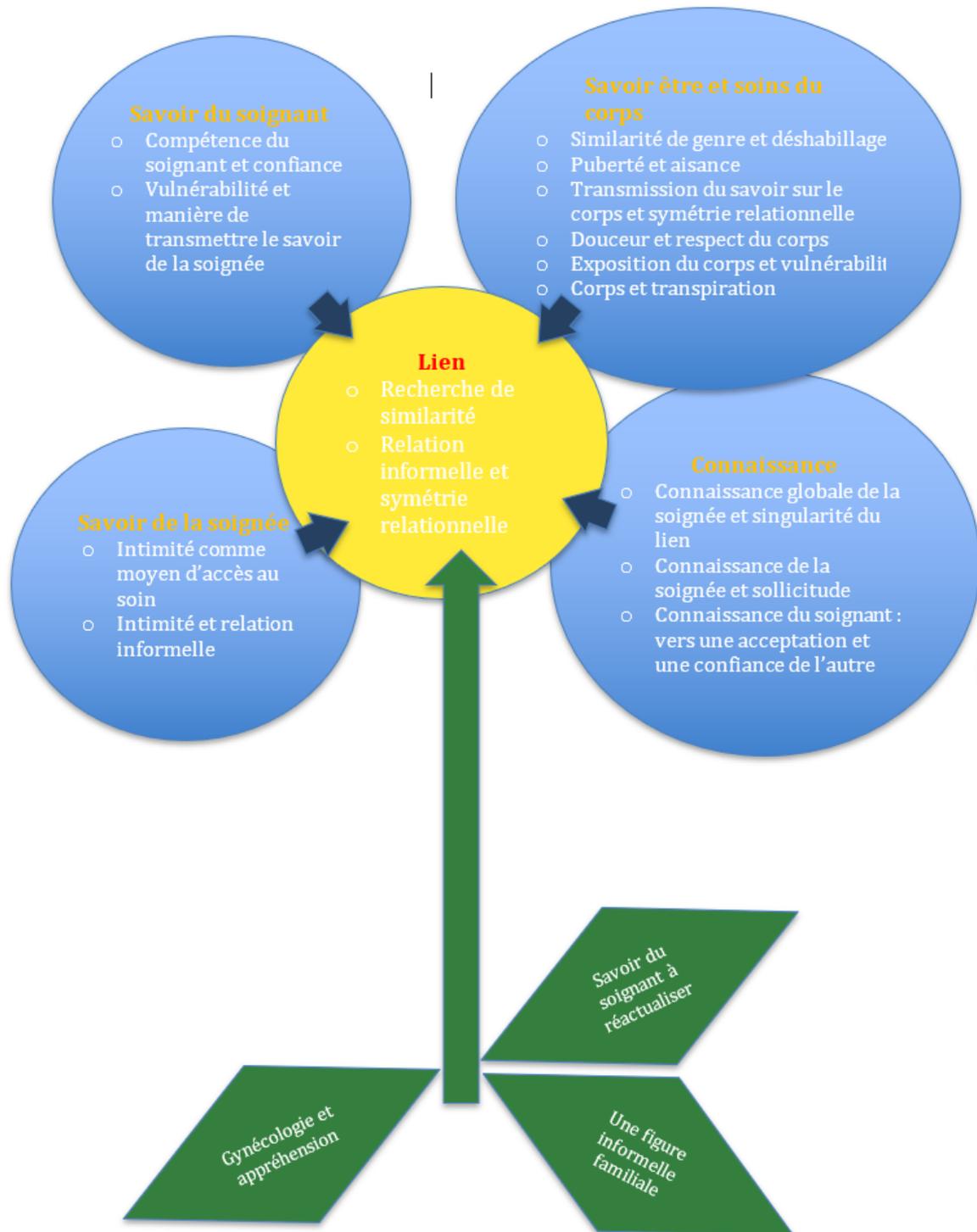


Figure 10 : La marguerite de la relation soignant-soignée de Florine

## 8. Soignée 7 : Gaëlle

### a) Biographie

Gaëlle est âgée de 25ans.

Elle se décrit comme stressée, surtout à cause de sa dysthyroïdie qui l'a obligé à un suivi médical à partir de ses 12-13ans. Cela la stresse d'autant plus que sa dysthyroïdie reste difficile à équilibrer et lui cause des problèmes de poids en maintenant d'abord une minceur importante puis en l'ayant fait grossir. Gaëlle perçoit une importante pression sociale en tant que femme sur son corps, son habillement, sa sexualité qu'elle trouve d'autant plus injuste qu'elle existerait moins chez les hommes. Cette pression a exacerbé sa mauvaise estime d'elle-même : très mince durant l'adolescence, elle a beaucoup souffert du regard des autres, d'autant plus que sa puberté a été tardive et qu'elle n'était pas « *formée* » comme ses autres amies. Depuis, le toucher ou la nudité restent problématiques pour elle.

Sur le plan professionnel, elle est éducatrice spécialisée remplaçante. C'est par hasard lors d'un service civique qu'elle a découvert cette voie. Elle y aime la logique d'aide et la construction de projets d'avenir pour des personnes en situation de handicap.

Sur le plan personnel, elle a une sœur, avec qui elle ne s'est jamais entendue. Sous l'impulsion de ses parents, une psychothérapie avait été initiée mais sans succès pour régler la jalousie de sa sœur sur sa minceur. Elle a d'abord eu une première relation homosexuelle, qui reste tabou dans la famille. Gaëlle partage sa vie depuis 6 ans avec son conjoint actuel, avec qui elle a un désir d'enfant. Son conjoint est actuellement en burn-out. Sa belle-sœur est médecin et lui donne régulièrement des conseils.

Sur le plan médical, elle a longtemps eu le même médecin de famille, identique à celui de ses parents et de ses grands-parents. Il a d'ailleurs été comme un membre de la famille pour elle. Elle n'en n'a changé que quand elle a déménagé de chez ses parents vers 17 ans. En déménageant de nouveau il y a 2 ans, elle a pris un médecin au hasard dans le cabinet médical le plus proche de chez elle. Elle est par ailleurs suivie régulièrement chez l'ostéopathe pour des problèmes rachidiens dus au stress.

Sur le plan gynécologique, elle a refusé de prendre le gynécologue familial car elle souhaitait un suivi singulier, libre de toute « *case* ». Comme son médecin traitant lui a proposé, elle a accepté de réaliser son suivi gynécologique avec elle, même si sa pudeur la faisait appréhender énormément l'examen physique. Elle a consulté une seule fois une gynécologue

mais ne s'est pas sentie à l'aise devant un manque d'échange. Elle regrette fortement ne jamais avoir été informée sur le fonctionnement de son corps, notamment gynécologique.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Une vision du cadre**

#### **i. Un suivi au sein du groupe familial évoluant vers l'individualisation**

Son médecin traitant d'enfance était un médecin de famille dans le sens où il soignait l'ensemble de sa famille. Pour Gaëlle, malgré sa fonction de soin, il était intégré à ce groupe familial : « *Donc c'était plus quelqu'un de la famille que, qu'autre chose* » Lignes 116-117. Le suivi du groupe familial instaurait une confiance a priori : « *Ça me rassurait même à ce moment-là de me dire : « Bah toute ma famille y va donc c'est quelqu'un de bien », enfin* » Lignes 964-965. Sa prise en soin personnelle s'intégrait d'ailleurs dans cette prise en soin de groupe familial, elle a par exemple eu la même contraception que sa mère et sa sœur : « *Mais ça a été fait comme ça, c'est parce que comme ma sœur, ma mère avait eu la Minidril étant jeune. Ils ont prescrit ça en premier* » Lignes 258-259.

Progressivement en grandissant, Gaëlle a eu besoin de s'individualiser du groupe familial : « *Je veux pas qu'on me mette dans la même case, enfin parce qu'on est dans la même famille* » Lignes 500-501. Le soignant devrait même être exclu du groupe familial afin de faciliter une prise en soin singulière, sans jugement. Son compagnon a donc un médecin traitant différent d'elle : « *C'est-à-dire que lui il va voir son médecin, il parle de ce qu'il a envie, moi je vais chez le mien, et comme ça il y a pas de lien non plus qui est fait directement* » Lignes 917-919.

#### **ii. Le cabinet : un support de la relation**

Le cabinet semble être un marqueur de professionnalisme dans la relation soignant-soignée : « *Bah déjà l'endroit était assez vétuste, c'était pas terrible, ça mettait pas trop en confiance* » Lignes 176-177. Il doit permettre de garantir une intimité où chacun évolue sans proximité physique indésirable : « *Je trouve que déjà la proximité, ça fait aussi beaucoup de se dire : « Bon bah j'ai mon espace aussi » » Lignes 1149-1150.*

#### **iii. Gynécologie : une spécialité taboue ?**

Pour la patiente, la faiblesse de son savoir en gynécologie tient d'une absence d'information pour le grand public : « *Enfin même la question des mycoses, enfin je veux dire, on n'est pas, je trouve qu'on n'est pas assez informé non plus sur ça. On voit les pubs passer*

[...] » Lignes 460-461. C'est aussi l'absence d'information sur un examen physique standard qui génère des vulnérabilités : « *Enfin je veux dire on est informé sur la contraception et tout ça mais on n'est pas informé sur comment se passe un rendez-vous gynécologique donc on peut se faire n'importe quel film dans notre tête...* » Lignes 447-449. Ce manque de savoir et la vulnérabilité qu'il engendre peut être responsable d'un retard de suivi : « *Oui, le frottis j'avais mis du temps parce que bah ... Bah je savais pas à quoi ça ressemblait, je savais pas à quoi m'attendre* » Lignes 684-685.

Afin de recueillir les informations médicales qu'elle ne possède pas, la soignée se tourne alors vers son entourage qui lui délivre une information subjective et source d'inquiétude : « [...] *tout le monde dit quelque chose et puis à ce moment-là on se retrouve avec un cancer dès le lendemain...* » Lignes 576-577.

#### **iv. Vulnérabilité et diagnostic**

La maladie paraît génératrice d'une anxiété et d'une vulnérabilité a priori : « *C'est stressant parce que, avec maintenant toutes les maladies qu'on peut découvrir et tout ça, on pense au pire à chaque fois* » Lignes 217-218.

#### **v. Les femmes et pression sociale**

La patiente apparaît tributaire du jugement de la société qui approuve comme normal ou non certains comportements, notamment au niveau de son corps, avec une asymétrie homme – femme : « *Donc un homme qui se balade torse nu, ça pose pas de problème mais une femme qui [...] met pas de soutien-gorge, on sent qu'on nous regarde, que c'est pas normal, on nous dévisage quand même sur la plage* » Lignes 769-771. Selon la soignée, les diverses contraintes ressenties au cours de l'examen physique émaneraient de ce jugement potentiel : « *Moi je pense que si on nous laissait un peu tranquille avec ça, bah il y a pas de problème, on se mettrait nue facilement, enfin [rires]* » Lignes 789-791.

Ce jugement se répercute sur son propre jugement sur son corps et sa pudeur : « *Mais quand on ne s'accepte pas forcément, c'est aussi très compliqué de se déshabiller* ».

Ce sont ces normes sociétales intériorisées qui créent les contours de l'intimité de la soignée. En parlant de sa réticence à évoquer sa relation lesbienne avec la gynécologue : « *Enfin toutes ces questions de, bah oui mais avec un mec c'est beaucoup plus facile finalement d'en parler parce que c'est moins gênant, enfin ...* » Lignes 1111-1112.

## 2) Savoir être et acceptation de l'autre

### **i. Globalité de la prise en soin au service de la connaissance de la soignée**

Pour Gaëlle, la globalité du suivi en médecine générale, par la multiplication des interactions, majore la connaissance de la soignée et donc la compétence dans le soin : « *Elle nous connaît, elle a... A chaque fois qu'on est venue, qu'on était malade aussi enfin je veux dire du coup elle sait que bah que ça peut être lié, enfin qu'il y a des choses ...* » Lignes 702-704.

### **ii. Connaissance de la soignée et confiance**

La connaissance semble amener par ailleurs un sentiment de confiance : « *Enfin voilà, je trouve que du coup on est plus en confiance, on sait qu'on se connaît* » Lignes 705-706.

### **iii. Symétrie relationnelle par la recherche du savoir de la soignée**

Le transfert du savoir est réciproque de la soignée vers le soignant : « *C'est-à-dire que j'y vais quand il y a un problème, on peut discuter de tout et puis sans gêne et puis qu'il nous réponde à nos questions quoi enfin, oui* » Lignes 1168-1169. Cet échange réciproque témoigne d'une considération pour le savoir de la soignée : « *Bah voilà, on est pris en compte, on peut discuter* » Ligne 937.

### **iv. Echange ouvert sur le savoir de la soignée et confiance**

C'est l'écoute ouverte du savoir de la soignée, sans mention d'opinion du soignant, qui permet l'échange : « *Je suis beaucoup plus rassurée, je sais que je peux y aller, et lui parler plus facilement des choses qui me stressent, sans avoir entre guillemets avoir honte [...]* » Lignes 344-345. Une relation de confiance participe donc à cette écoute ouverte : « *Là de me dire : on est en confiance, on peut discuter [...]* » Ligne 922. Cet échange semble moteur dans l'établissement du lien : « *Donc, je pense aussi que ça joue beaucoup sur la manière dont on l'inclue dans nos vies* » Lignes 926-927.

### **v. Similarité de genre et compréhension**

La similarité de genre induirait le partage d'un certain savoir personnel commun, propre à la condition de femme. Cette similarité induirait une meilleure compréhension de certains événements « *privé[s]* », Ligne 354, : « *Parce que jusque-là tous mes médecins étaient des hommes donc là c'est mieux, je me sens plus comprise, enfin j'arrive plus facilement à parler de choses que je ne saurais pas parler forcément* » Lignes 136-138. Gaëlle revient sur cette intimité partagée en prenant l'exemple des mycoses : « *Alors qu'une femme, bon bah voilà elle*

*sait, elle est forcément déjà passé par là une fois, elle comprend et puis c'est beaucoup plus simple* » Lignes 354-356.

#### **vi. Lien et sollicitude**

L'établissement d'un lien amène une sollicitude de la part du soignant pour la soignée, témoignant de la réciprocité du lien : « *Comme moi, elle me dit : « Bah revenez la semaine prochaine ». Bon bah voilà, on sait que déjà elle fait aussi attention* » Lignes 943-944.

#### **vii. Intimité de la soignée comme moyen du soin**

Gaëlle ne semble partager son intimité avec le soignant que dans le but d'optimiser un soin. Lors de sa première demande de contraception par exemple, elle n'a pas mentionné l'existence de relations sexuelles : « *Non c'est que j'en voyais pas la nécessité, je savais juste qu'il fallait que je prenne la pilule [...]* » Ligne 274. Le partage de l'intimité sur la sexualité semble également problématique car il inclue d'office le partage de l'intimité du conjoint : « *C'est encore même pas qu'à moi parce que ça appartient à deux personnes .... [...]* » Lignes 1070-1071. L'intimité semble d'autant plus facile à partager que l'interlocuteur est connu par la soignée : « *[...] là je la connaissais depuis très longtemps, ça ne me gênait pas d'en discuter* » Ligne 281.

Les limites de l'intimité, notamment en matière de santé, ne sont pas les mêmes avec un soignant qu'avec son entourage. Cela rend d'autant plus important le « *secret professionnel* » Ligne 977, concernant les informations délivrées par Gaëlle : « *Il y a des choses que je lui dis, que je dis pas forcément à mon copain parce que voilà ça me concerne. Des questions que j'ai parce que je veux pas l'inquiéter non plus* » Lignes 970-971.

#### **viii. Proximité, disponibilité et vulnérabilité**

Pour Gaëlle, la proximité géographique et la disponibilité du médecin généraliste renforce la confiance : « *[...] le fait aussi que ce soit pas très loin, enfin que je puisse prendre des rendez-vous aussi très rapidement, c'est beaucoup plus rassurant* » Lignes 708-710.

#### **ix. Humour et informalité**

L'humour en consultation permet de créer un cadre plus informel, de détente propice aux échanges : « *N'importe quel sujet tabou, si on en parle en rigolant, bah on va en rigoler et puis on en rediscute. Alors que si c'est trop sérieux, c'est gênant parce qu'on sait pas trop où se mettre quoi* » Lignes 1047-1048.

L'humour peut également jouer un rôle de distraction lors de l'examen : « *Enfin, déjà on pense pas à ce qui est en train de se passer [...]* » Ligne 1062.

### **3) Savoir être et soin du corps**

#### **i. Echange et réappropriation du corps**

L'examen gynécologique explore des régions anatomiques invisibles par Gaëlle, générateur d'anxiété : « *Ça met un stress parce que bah nous c'est quelque chose, en plus je veux dire, que nous les femmes on voit pas [...]* » Lignes 178-179. Ce savoir est transmis par le soignant via l'échange d'information et participe à la réappropriation de son corps : « *[...] enfin je veux dire c'est notre corps, donc on y est aussi, enfin, on a le droit de savoir, je pense, ce qui se passe aussi [rires]* » Lignes 184-186.

La transmission du savoir de la soignée vers le soignant, de son vécu de l'examen physique, semble également capital pour de ne pas objectiver le corps comme un simple moyen du soin : « *J'avais l'impression d'être un veau [rires]. [...] Enfin aucune prise en compte, on va dire, de la personne que je suis en fait. C'est-à-dire j'avais juste l'impression que moi je suis là pour un examen, on le fait et puis point barre en fait* » Lignes 205-208.

#### **ii. Un cadre formel qui majore la pudeur**

Pour Gaëlle, un suivi régulier est perçu comme obligatoire pour rester en bonne santé, majorant la gêne : « *C'est une obligation quelque part donc c'est pas très agréable* » Lignes 531-532. La formalité de l'examen physique tient à l'attention soutenue portée sur le corps de la soignée dans un but médical : « *Enfin, là c'est vraiment... C'est un acte médical donc on sait que la personne va regarder, que ça va prendre du temps* » Lignes 529-530.

#### **iii. Routine et aisance : une incorporation du savoir ?**

La répétition d'un comportement semble diminuer la gêne, notamment en cas de nudité. La régularité du suivi en médecine générale lui donnerait cet avantage : « *[...] si j'y vais, elle me voit souvent nue, enfin... Donc en soit, bon, on a passé cette étape-là* » Lignes 201-202.

La connaissance jouerait un rôle dans cette routine : « *Vu qu'il me connaît depuis tout le temps, ça m'a moins dérangé de me déshabiller* » Lignes 898-899.

#### **iv. Des vêtements contre la vulnérabilité**

Les vêtements ont un rôle de protection contre la nudité et la pudeur. Ils sont donc choisis avec précautions pour cette caractéristique avant la consultation : « *C'est vraiment plus*

le bas où je fais plus attention que ça prenne toute la cuisse. Comme ça au moins...[...] On voit rien du tout ! » Lignes 853-856.

## v. Déterminants du jugement du soignant concernant le corps de la soignée

La similarité de genre diminuerait le jugement : « Je trouve ça plus difficile de se déshabiller devant un homme que devant une femme parce qu'on, au pire on est formé pareil donc c'est pas très grave » Lignes 350-351.

Cette peur du jugement est apparue une fois la puberté terminée : « c'est surtout depuis que j'ai changé physiquement aussi où c'est très compliqué [...] » Lignes 666-667.

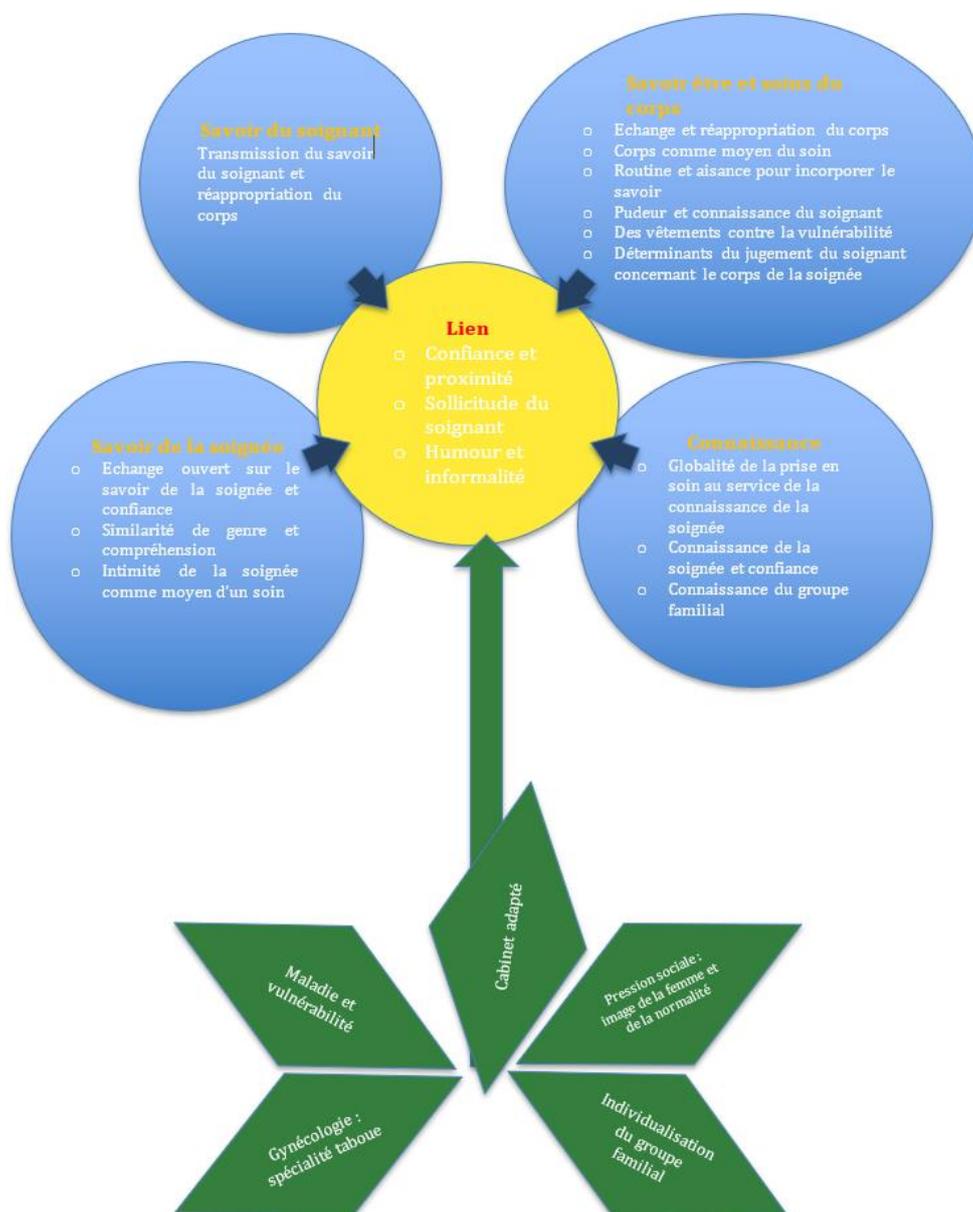


Figure 11 : La marguerite de la relation soignant-soignée de Gaëlle

## 9. Soignée 8 : Hélène

### a) Biographie

Hélène a 47 ans.

Elle se décrit comme diplomate grâce à ses qualités de communication. Avec le temps, elle a progressivement gagné en assurance, notamment au boulot. Les épreuves de la vie l'ont poussées à accepter ses faiblesses et à prendre soin d'elle-même.

Sur le plan personnel, elle a une sœur. Hélène a 2 enfants, une fille de 20 ans et un garçon de 18 ans. Elle est divorcée. Elle est avec son actuel mari depuis 13 ans, qui a également des enfants de son côté. Il a été traité pour un cancer des os l'année dernière, pour lequel elle a été présente et l'a soutenu. A la suite du décès de sa mère il y a 3 ans d'un cancer, Hélène a découvert les troubles cognitifs de son père. Après avoir essayé de le maintenir au domicile avec l'aide sa sœur, elles ont décidé de le placer en maison de retraite devant l'aggravation de son état cognitif. Il est décédé 8 mois plus tard, 3 mois avant l'entretien.

Sur le plan professionnel, après une maîtrise de philosophie et sans idée sur sa carrière professionnelle, elle a passé le concours de professeur des écoles. Elle est maintenant institutrice en maternel, c'est un métier qui lui plaît. Elle déplore néanmoins le manque de reconnaissance dans son travail et une communication parfois difficile avec certains parents. Au cours de l'entretien, Hélène démontre le milieu éducatif et le milieu de la santé nécessitent les mêmes qualités humaines de la part des intervenants.

Sur le plan médical, elle est suivie pour un SAS et par une nutritionniste pour son surpoids. Les deuils successifs de ses parents l'ont beaucoup affecté ainsi que la gestion du cancer de son conjoint. Sous l'impulsion de ses collègues et de son médecin traitant, elle a accepté de se mettre en arrêt de travail deux mois et a été suivi sur le plan psychologique.

Sur le plan gynécologique, elle a débuté son suivi lors de sa première grossesse, par un gynécologue-obstétricien. Elle a poursuivi son suivi avec lui ensuite. Pour sa seconde grossesse elle a dû prendre sa collaboratrice, avec qui cela s'est mal passé. Elle a donc choisi de se tourner vers son médecin généraliste pour ses examens de dépistage. Soucieuse de l'éducation sexuelle de ses deux enfants, elle a toujours cherché à les informer. Elle a décidé de reprendre son suivi avec un gynécologue à l'hôpital afin de trouver un « gentil » gynécologue à conseiller à sa fille pour son suivi. En effet, souffrant de vaginisme, l'examen gynécologique a toujours été très douloureux pour elle, et elle ne voudrait pas que sa fille ait le même vécu.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Vision du cadre**

#### **i. Le soignant d'un groupe familial**

Pour Hélène, un médecin de famille se caractérise par une prise en soin simultanée des membres du groupe familial. Cela permet l'accès au soin de certains membres de la famille qui ne consulteraient pas, notamment pour son conjoint : « *Parce que, bon elle sait qu'elle va, qu'il va peut-être aller moins facilement la voir [...]* » Ligne 857.

#### **ii. Une compétence globale du médecin généraliste**

La compétence du médecin traitant se base sur une prise en soin globale : « *Parfois c'est [...] pas uniquement physiologique, parfois c'est aussi psychologique et parfois les enfants ont du stress, on sait pas trop comment réagir, parfois bah c'est les premiers amours...* » Lignes 174-176. La médecine préventive paraît centrale dans la prise en soin en médecine générale. En ce sens, le médecin généraliste ne réalise pas un réel suivi gynécologique pour Hélène mais des dépistages ponctuels : « *Alors j'ai longtemps pas eu de suivi gynécologique. Juste par le médecin traitant [...]* » Ligne 459.

#### **iii. Mais une compétence sélective du médecin généraliste**

La globalité empêche une compétence exhaustive, remettant en question le suivi gynécologique par ses soins : « *[...] le gynécologue, est vraiment spécialisée dans cette branche-là et ils voient peut-être, ils ont, enfin... Je veux dire, c'est plus affûté sur les problèmes gynécologiques* » Lignes 659-660.

Ce défaut d'hyperspécialisation possède néanmoins ses avantages. En effet, n'ayant pas des compétences aussi « *pointues* », Ligne 1029, que le gynécologue, la consultation gynécologique semble plus courte et donc plus adaptée à son vaginisme : « *Déjà c'est moins long [rires]. Il n'y a pas d'échographie [rires]. Et j'ai pas souvenir d'avoir eu super super mal quoi. [...] on est moins longtemps avec le spéculum et cætera* » Lignes 274-276.

#### **iv. La patiente actrice de sa prise en soin**

Le médecin n'apparaît pas forcément pour Hélène comme un référent infaillible du savoir : « *L'erreur médicale n'est pas, voilà, hein. Vous n'êtes pas des surhommes ou des surfemmes* » Lignes 130-131. En cas de désaccord, elle préfère donc se référer à un autre soignant : « *Après, j'avoue que j'aurais quelque chose de grave, je n'hésiterais pas à avoir un contre avis médical avant de prendre une décision, quoi* » Lignes 108-109.

La patiente désire donc être actrice de sa prise en soin. Pour son suivi psychologique, elle a également acquis une compétence d'auto-soin : « [...] bah il y a des jours ça va pas, bah pleurer un bon coup et lendemain ça va mieux et puis essayer d'aller de l'avant, quoi. Après je pense aussi qu'il faut s'écouter, prendre soin de soi » Lignes 290-292.

La soignée n'attend parfois du soignant qu'un rôle de consultant dans la prise en soin : « Bon bah il y a le vaccin pour le cancer du col : « Qu'est-ce que vous en pensez ? [...] ? » » Ligne 178. Le soignant doit également la soutenir dans ses décisions : « Le docteur est derrière, il dit : « Bah si vous avez besoin d'un congé... » » Lignes 193-194.

## **v. Rôle parental dans l'éducation sexuelle**

Redoutant l'apparition d'une sexualité chez leurs enfants, les parents peuvent rencontrer des difficultés à aborder l'éducation sexuelle : « [...] parce que parfois c'est intimidant aussi d'aller au-devant de ses enfants [...] » Lignes 410-411. Au-delà d'un savoir objectif, une mère semble transmettre son vécu, subjectif, qui teinte a priori le futur suivi gynécologique de son enfant. Hélène souffrant de vaginisme, elle explique : « [...] je me sens pas lui dire : « Va chez le gynécologue ». Je sais qu'elle me dira : « Oh, punaise j'ai eu super mal ... ». Enfin je pense! » Lignes 467-468. Si cette difficulté est trop importante, le médecin peut relayer cette éducation sexuelle : « [...] c'était : « Maman, papa je peux avoir la pilule ? ». Gros vide ! « Oui. » Donc je suis allée voir le docteur et le docteur m'a tout réexpliqué quoi » Lignes 430-431.

Parfois, la sexualité ne fait pas partie de l'intimité partagée dans le lien mère-enfant, même si la limite peut évoluer au cours du temps : « Elle me l'a dit, mais une année après, elle dit : « Bah, en fin de compte, bah mon petit copain, il avait plus d'érection une fois qu'on mettait le préservatif donc c'était pas possible. » [...] » Lignes 449-451.

## **2) Savoir être et acceptation de la soignée**

### **i. L'obligation d'un échange de savoir entre soignant-soignée**

Le soignant a pour rôle de transmettre son savoir à la soignée afin qu'elle puisse mieux appréhender sa prise en soin : « Déjà qu'on comprenne le pourquoi des examens, ce qu'on peut risquer, c'est important quoi... » Lignes 107-108. Aucun savoir médical concernant sa propre santé ne doit lui être caché : « Je préfère qu'on me dise les choses [...] » Ligne 256.

### **ii. Ambivalence de la similarité de genre lors du suivi gynécologique**

Hélène déclare préférer un suivi gynécologique par une femme : « Au niveau de tout le reste, d'accord, mais gynécologiquement, non, pas un homme, voilà... [...] » Lignes 461-462.

Au fil de ses expériences néanmoins, elle a préféré les soignants masculins, plus compréhensifs sur son vécu : « *On se dit hein : « C'est mieux d'être suivi par une femme, elle connaît les douleurs de la grossesse, de l'accouchement machin ». Et bah non ! Le monsieur était beaucoup plus, plus doux et attentif aux problèmes que ... »* Lignes 466-468.

### **iii. Compétente, confiance et lien**

D'après Hélène, la confiance se baserait sur les compétences du soignant : « *Moi, un médecin qui me dit ça, je suis pas médecin, on fait confiance* » Lignes 322-323. La confiance serait la clé de voute de la relation soignant-soignée : « *Et puis si on a, enfin on n'a pas confiance en son médecin ça peut pas aller quoi [...]* » Lignes 241-242.

### **iv. Communication non verbale réciproque : vers plus d'humanité ?**

Une communication non verbale optimale du soignant permettrait une bonne relation soignant-soignée : « *[...] ça commence simplement par un sourire [...]* Même dans la façon de formuler, entre : « *Bonjour. Asseyez-vous !* » et « *Bonjour, qu'est-ce qui vous amène ? Je vous prie de vous asseoir* », *c'est pas la même chose, quoi* » Lignes 992-994. La communication non verbale de la soignée est également importante pour que le soignant puisse adapter son soin : « *[...] à mon avis dans chaque métier où c'est du relationnel, on est obligé de savoir déceler, à la façon, la personne, bah avance, s'assoie, se comporte* » Lignes 1000-1003.

Ce lien, propre à la relation interpersonnelle, humaine, serait spontané : « *Parce que parfois c'est même pas une question de, du geste. C'est la question de relation et ça passe ou ça ne passe pas. C'est les relations humaines quoi, je dirais* » Lignes 986-987.

## **3) Savoir être et soin du corps**

### **i. L'échange : un préliminaire indispensable à l'examen physique**

L'examen physique doit être précédé d'un échange verbal afin de recueillir le savoir de la soignée. Cette recherche paraît une condition nécessaire au partage de l'intimité physique de la patiente : « *Ça me semble plus cohérent, quoi. C'est quand même intime donc ... Même si l'heure elle passe, on est pas obligé de sauter sur la personne* » Lignes 724-725.

### **ii. Routine de l'examen physique et banalisation de la nudité**

La répétition de l'examen physique créerait une normalité de la nudité et une meilleure acceptation par la soignée. En parlant de sa grossesse, Hélène raconte : « *[...] on est tellement habitué par les examens gynécologiques et d'être vue régulièrement qu'on en finit par être*

*banalisé. C'est seulement, je dirais, allez, deux mois après avoir accouché qu'on se, qu'on se réappropriait, qu'on se réapproprie le terme pudique, « c'est ma pudeur » » Lignes 935-940.*

### **iii. Le corps comme un moyen d'accéder au soin**

L'exposition du corps est vue par la soignée comme un moyen d'accéder au soin. Cette nécessité effacerait la pudeur de la soignée : *« Bon, du coup, si je pense être quand même pudique mais par rapport au médecin ... Un médecin, c'est un médecin, c'est son, c'est son rôle quelque part, et puis je vois pas très bien comment il va réussir à votre, à vous traiter si vous lui montrez pas »* Lignes 965-968.

### **iv. Douleur et considération du soignant**

L'écoute notamment du ressenti douloureux de la soignée est primordial selon Hélène, même en l'absence de possibilités thérapeutiques pour soulager. Cette écoute signifie une compréhension et la considération envers le savoir de la soignée : *« [...] quand on dit à son docteur : « J'ai mal, j'ai un inconfort. » et qu'on a l'impression, enfin si, il l'entend mais qu'on est pas prise en considération. [...] j'ai été ... Comment je vais dire, pas dire choquée mais ... Voilà ... Bah on se sent pas à l'aise dans ces cas-là »* Lignes 609-614.

La non prise en compte de la douleur peut induire une rupture du lien et un changement de médecin traitant, comme après un examen ORL pour sa fille : *« Non, je vais plus chez ce docteur-là, il fait mal »* Lignes 166-167.

Le vaginisme d'Hélène ayant débuté suite à son divorce, cela a renforcé chez elle l'existence d'un lien corps-esprit, plus palpable durant l'examen gynécologique, accentuant l'importance de la douleur : *« Comme quoi je suis persuadée que ce qui se passe là [en montrant sa tempe], ça a des répercussions sur le corps »* Lignes 579-580.

### **v. La gentillesse du soignant**

Au-delà de la compétence, ce sont des qualités humaines de prévenance et de délicatesse qui permettrait un bon vécu de l'examen gynécologique : *« Bon je vais me trouver un gentil gynécologue, parce que ma fille devra y aller, et donc il faut que j'en trouve un qui est gentil pour qu'elle, elle appréhende pas et que ça se passe bien »* Lignes 535-537.

### **vi. Connaissance et vulnérabilité durant l'examen physique**

La régularité et la globalité du suivi en médecine générale induisent une connaissance du soignant avant de réaliser l'examen physique gynécologique qui réduit la sensation de vulnérabilité : *« Après, à choisir, par rapport à mon vécu, je pense que c'est moins stressant*

avec le médecin de famille qu'avec un gynécologue ou alors faut le connaître déjà et ... Bon en général, on le connaît une fois que bah on a été ausculté » Lignes 646-649.

### vii. L'examen physique : un moment singulier

L'examen physique gynécologique est perçu comme désagréable par la soignée, notamment par la douleur et l'exposition de son corps. Il doit donc être le plus rapide possible et ne tolère aucune interruption. En parlant d'une interruption téléphonique lors d'un examen gynécologique, elle raconte : « Mais là non, je crois pas que j'aurais accepté qu'elle réponde pendant dix minutes au téléphone, pendant que j'étais sur le fauteuil avec le, le spéculum et cætera, non » Lignes 549-551.

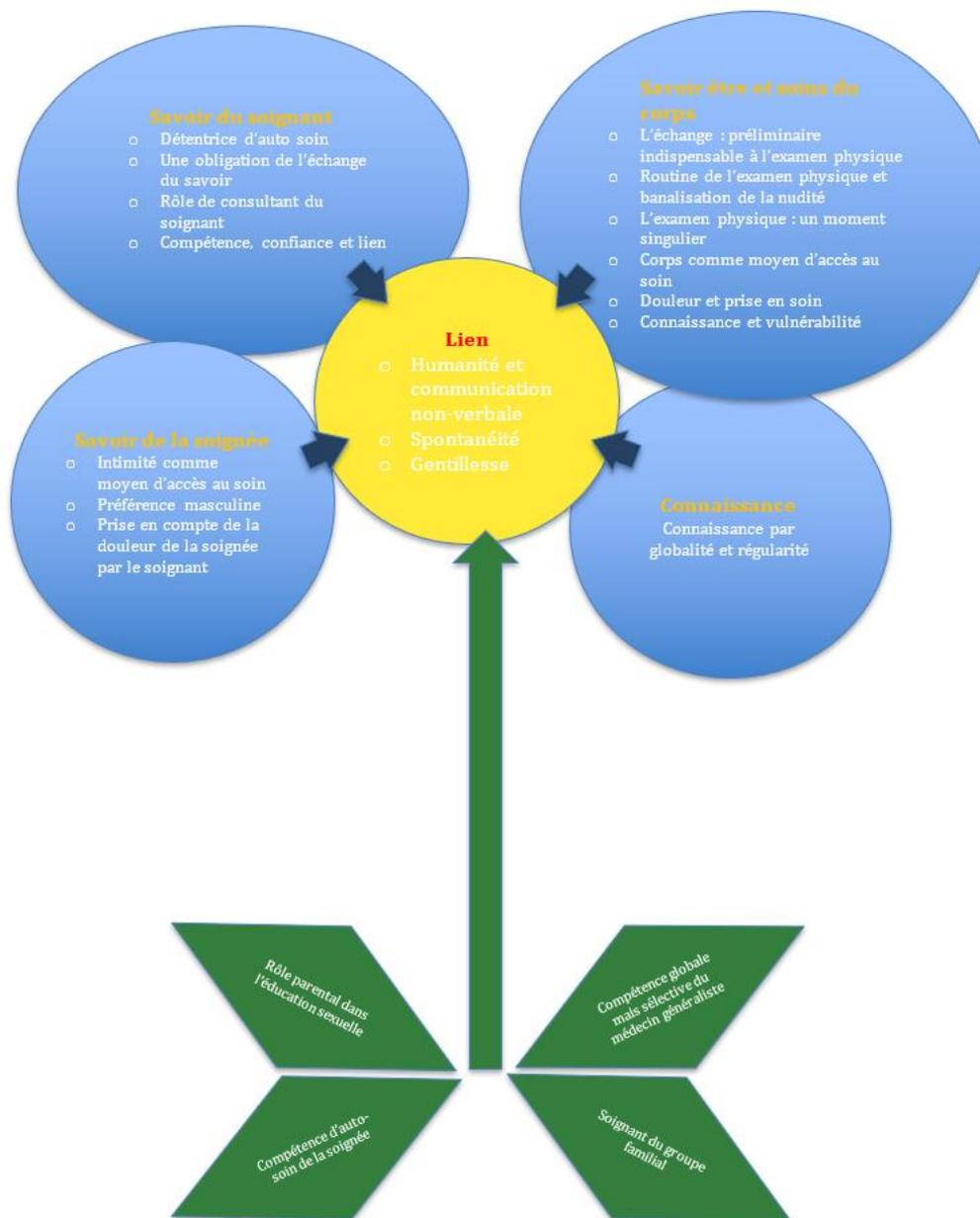


Figure 12 : La marguerite de la relation soignant-soignée d'Hélène

## 10. Soignée 9 : Inès

### a) Biographie

Inès est âgée de 26 ans.

Elle aime prendre soin des autres. Inès apprécie gérer elle-même sa prise en soin en ayant le maximum d'information afin de pouvoir l'anticiper. Elle parle difficilement d'elle-même mais trouve l'écoute très importante lorsqu'elle la souhaite. Ce n'est pas une personne pudique et l'examen physique ne la stresse pas.

Sur le plan personnel elle a deux petits frères. Sa mère est handicapée depuis toujours et nécessite des soins à domicile. Elle a déménagé à 45 minutes de chez elle et ne peut donc plus venir la soigner régulièrement. Elle est en couple depuis quelques années et ils essaient actuellement d'avoir un enfant depuis un an et demi. Son conjoint est « *anti-médecin* ».

Sur le plan professionnel, Inès est aide-soignante en maison de retraite mais change régulièrement de service. N'étant pas scolaire, elle a choisi cette profession devant l'existence de débouchés, dans un domaine qu'elle avait déjà expérimenté avec sa mère handicapée. C'est en psychiatrie qu'elle préfère travailler car elle trouve intéressant notamment l'accompagnement et la prise en soin des troubles du comportement.

Sur le plan médical, elle a été suivie par son médecin traitant de famille jusqu'à ses 11ans. Afin de faire le diagnostic d'appendicite, son médecin traitant a pratiqué un toucher rectal. Cette pratique « *intrusive* » venant d'un homme l'a « *choqué* » et elle a préféré changer de médecin traitant avec l'aide de sa mère. Lorsqu'elle a déménagé, sur les conseils d'une amie, elle a pris spécifiquement un médecin généraliste qu'elle savait spécialisée en gynécologie.

Sur le plan gynécologique, Inès a été réglé à 11ans. Depuis ses 14-15ans, elle était suivi par le planning familial dans un souci de confidentialité vis-à-vis de sa mère. Elle y voyait une gynécologue dans le cadre de sa contraception et de ses pratiques à risque. Inès a ensuite consulté pendant 7 ans en libéral la même gynécologue qui la suivait au planning familial. Elle a décidé d'opter pour son médecin traitant pour son suivi gynécologique lorsqu'elle a eu besoin de plus d'écoute et d'explication pour son projet de grossesse. Elle a depuis fait deux fausses couches. Elle a particulièrement mal vécu la première mais son médecin traitant a su être disponible et l'encourager. Elle a déjà réalisé des examens comme l'IRM qui se sont révélés normaux.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Vision du cadre**

#### **i. Evolution du suivi au cours du temps**

Inès a eu des suivis médicaux « *complètement différents* », Ligne 550, au cours de sa vie. Elle a su les modifier en fonction de ses attentes en matière de prise en soin. La prise en soins de pathologie spécifique dans l'enfance a progressivement laissé la place à un suivi nécessitant des compétences plus humaines : « *Là maintenant je suis adulte, je veux procréer, enfin j'ai des projets et j'ai besoin d'assistance de mon médecin. Alors qu'avant j'y allais pour de la bobologie [...]* » Lignes 550-551.

Pour son suivi gynécologique également, ses attentes concernant sa prise en soin se sont modifiées. C'est le besoin de confidentialité vis-à-vis de sa mère qui l'a fait consulter au planning familial. Quand cette confidentialité n'a plus été plus nécessaire, elle s'est réorientée vers un cabinet de ville.

#### **ii. Une compétence globale au service de la compétence spécifique**

Inès a choisi spécifiquement son actuel médecin traitant pour sa compétence en gynécologie. Médecin généraliste et gynécologue auraient globalement les mêmes compétences : « *Bah, je pense qu'il n'y a pas trop de différences au niveau du...* » Ligne 450.

Par le passé, son suivi gynécologique n'avait jamais été abordé par son médecin traitant. Etant déjà suivi par son gynécologue, Inès n'en ressentait pas le besoin : « *Elle en avait pas discuté non plus, elle m'avait jamais demandé quoi que ce soit sur ça. Après j'avais un implant donc au niveau de la pilule, j'avais pas besoin de lui demander* » Lignes 293-295.

Malgré cette compétence spécifique en gynécologie, le médecin généraliste conserve sa compétence dans le suivi global : « *[...] le médecin j'y vais pour mes problèmes gynéco mais derrière, je sais qu'il y a un autre suivi* » Lignes 453-454. Cette globalité permet d'avoir une prise en soin complète et d'évoquer le domaine spécifique de la gynécologie au gré des consultations. Par exemple, alors qu'elle venait pour un accident de travail, mais venant de faire une fausse couche, le sujet a été abordé : « *Enfin on en a discuté vaguement du coup, alors qu'elle était pas obligée, c'était pas pour ça que je venais quoi* » Lignes 383-384.

#### **iii. Le cabinet médical : une fonction de confidentialité**

Le cabinet doit être un lieu permettant d'exercer une fonction de soin en gynécologie en toute confidentialité, permettant le respect de la pudeur : « *Après chez Dr B., il y a déjà des*

*vitres partout [Rires]. On est déjà un peu plus gênée [...] » Lignes 156-157. De même, la porte doit être bien sécurisée : « [...] elle ferme la porte quand elle est en consultation gynéco. Enfin, c'est bien respecté, la pudeur, elle est respectée » Lignes 168-169.*

## **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

### **i. Transmission du savoir du soignant au soignée**

La transmission de savoir du soignant permet de rétablir une symétrie relationnelle. En effet, l'incorporation du savoir du soignant par la soignée la rend actrice de sa démarche de soin, diminuant la vulnérabilité : « *C'est toujours aller dans l'inconnu, et pas savoir ce qu'on va faire. On est là, on est stressé* » Lignes 421-422.

Pour une meilleure compréhension du savoir du soignant vers la soignée, le soignant doit utiliser un vocabulaire compréhensible et informel : « *Peut-être sa façon de parler qui est moins protocolaire, enfin moins médical qui met déjà... Il n'y a pas de barrière genre : « Je suis un médecin, je suis hyper cultivé, je connais plein de mots savants » » Lignes 569-571.*

### **ii. Régularité, connaissance du soignée et proximité**

La régularité des interactions au cours de son suivi global majore les connaissances du soignant sur la soignée. Ces connaissances accumulées permettent une appréciation plus globale de sa personnalité et instaurent un lien humain : « *Je cherchais ce côté plus humain, justement ce côté où elle ne me connaît, pas que sur un plan gynéco [...]. Enfin je cherchais cette proximité avec le médecin que je ne retrouve pas avec la gynéco* » Lignes 283-285.

### **iii. Humanité du soignant et sollicitude**

L'humanité du soignant s'appréhende par sa sollicitude lors de la prise en soin, avec une attention aux émotions de la soignée : « *Je la trouve plus humaine aussi sans doute. [...] Bah elle prend des nouvelles, comme là elle me demande comment je vais, elle va demander l'avancement, comment je ressens les choses...* » Lignes 91-95.

La carte vitale peut symboliser une objectivation de la relation, dénuée d'humanité, centrée sur l'utilité financière : « *Ça fait genre bah tu es une carte. « Donne ta carte, hop, voilà, comme ça je vais me faire rembourser par la sécu » [Rires]* » Lignes 590-591.

### **iv. Ecoute de la soignée et émission d'un jugement**

Selon Inès, une écoute « *ouverte* », Ligne 348, de la part du soignant est nécessaire à une meilleure compréhension de l'information qu'elle délivre. Cette écoute de la part du soignant présagerait de l'absence de jugement du soignant et l'inciterait à se livrer d'avantage,

sans contrainte : « [...] je ne me sentais pas assez à l'aise pour en discuter quoi. [...] Enfin après avec aucun médecin il y a du jugement, j'en ai jamais vu pour l'instant, mais je vois bien que bah ça ne l'embête pas que j'en discute avec elle quoi » Lignes 600-603.

#### **v. Soutien dans le soin**

Pour une prise en soin optimale, le soignant doit également savoir mobiliser les ressources psychologiques de la soignée afin de persévérer dans sa démarche de soin : « [...] avec les problèmes que je rencontre pour avoir un bébé, bah j'ai forcément besoin d'en discuter un peu plus et j'ai besoin bah qu'on m'épaule un peu, un petit soutien que je retrouve ici avec Dr B. » Lignes 352-354.

#### **vi. Le partage de l'intimité dans le soin**

Inès attend surtout une confidentialité avec un respect du secret médical pour le suivi de son intimité, conditionnant l'attitude « professionnelle », Ligne 609, de son soignant.

Les frontières de l'intimité de la soignée vis-à-vis du soignant dépendent de ses fonctions de soin. Ainsi, l'intimité partagée avec le conjoint sera différente de l'intimité partagée avec le soignant. En parlant de sa fausse couche par exemple, elle explique souhaiter se rendre en consultation seule : « J'essaye d'être forte et du coup je lâche plus prise quand je vois mon médecin et... » Lignes 523-524.

### **3) Savoir être et soin du corps**

#### **i. Un déshabillage justifié par le soin**

La nudité est acceptée si elle est nécessaire au soin : « Si j'ai quelque chose qui me dérange, elle fait... Elle consulte, elle regarde mais si ça va, s'il y a rien qui me dérange, on discute et on parle » Lignes 373-374. Cette logique exclue donc une nudité complète : « Quand elle fait, quand elle doit s'occuper que du bas, que le bas, sinon le haut... Non, non, je ne me suis jamais retrouvée complètement nue. Non, soit le haut, soit le bas » Lignes 150-152.

#### **ii. Exposition du corps et préférence de genre**

Selon Inès, le cadre formel de la relation soignant-soignée et sa fonction de soin ne sont pas des conditions suffisantes pour tolérer l'exposition de son corps à un homme. La nudité devant un homme est rattachée à la vie conjugale : « Je trouve que la femme, elle, elle doit montrer... Enfin que son corps, il doit être vu que par son homme à elle et voilà quoi, et pas d'autres » Lignes 186-188.

C'est également l'usage d'instruments médicaux jugés « intrusifs », Ligne 228, à l'intérieur du corps qui crée la gêne et la préférence pour une soignante femme durant un examen physique : « A partir du moment où il faut commencer à, bah comme lui, à faire un toucher rectal, ou alors si c'est un gynéco, un homme, qu'il doit venir mettre ses outils, enfin ses outils... [Rires] Dans l'utérus ou quoi je pense que je serais bien gênée » Lignes 230-232.

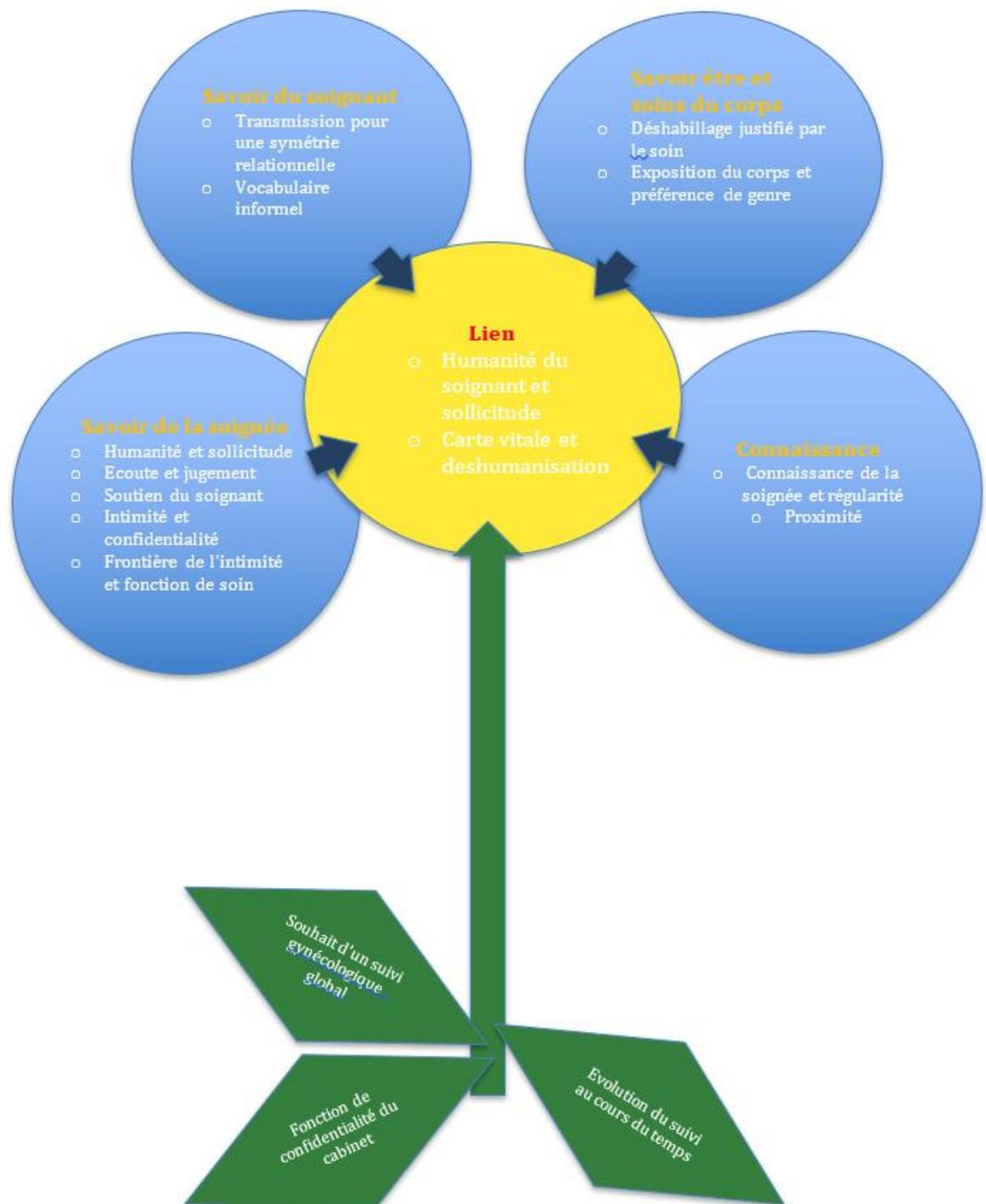


Figure 13 : La marguerite de la relation soignant-soignée d'Inès

## 11. Soignée 10 : Justine

### a) Biographie

Justine a 58 ans.

Elle se décrit d'abord comme quelqu'un de très actif et simple dans la vie de tous les jours. Elle se considère fidèle dans son suivi médical et paramédical

Sur le plan personnel, elle vit avec son conjoint, n'a pas d'enfant. Après avoir vécu en ville, elle a choisi de retourner vivre près de sa ville d'origine, en campagne. Elle est d'ailleurs la seule de la famille à en être partie : son frère, sa sœur et ses parents, agriculteurs, y vivent toujours. Justine y habite depuis maintenant 20 ans et y a ouvert un gîte.

Sur le plan professionnel, elle a fait des études de psychologie. Afin de financer ses études, elle a été secrétaire médicale. Elle s'est orientée dans la psycho-pédagogie en milieu carcéral car la méthodologie scientifique et le social l'attiraient. Sa profession adapte les nouvelles technologies éducatives afin de réconcilier les détenus avec l'apprentissage. Elle a choisi de travailler au contact de « *publics difficiles* », « *éloignés de la socialisation* ». Elle s'est ensuite dirigée vers le recrutement et la formation des personnels pour l'administration pénitentiaire, qui ont également une grande richesse humaine. Il s'agit d'un poste à responsabilité puisqu'elle dirige 25 personnes. C'est par son travail que Justine a rencontré son conjoint, même s'il est originaire d'une ville voisine de la sienne. Il est conseiller d'insertion et de probation, et a donc ce même « *rôle* » de lutte contre les récidives. Justine juge son propre métier très « *prenant* » mais « *passionnant* » grâce aux relations humaines qu'elles tissent.

Sur le plan médical, elle a choisi son médecin traitant selon sa réputation : elle souhaitait avant tout quelqu'un de dynamique, comme elle. Son éducation lui a appris qu'il ne fallait pas aller « *comme ça* » chez le médecin. Justine est inquiète pour sa dentition et ses déchaussements dentaires. Cette inquiétude est d'autant plus forte depuis le départ précipité en retraite de sa dentiste : elle ne retrouve plus la même sollicitude chez les praticiens. Justine a toujours préféré les relations informelles lors des relations de soin. Durant l'entretien d'ailleurs, elle ponctue régulièrement son récit d'anecdote sur la vie personnelle de chaque médecin qui l'ont suivie.

Sur le plan gynécologique, elle a toujours été suivie par ses différents médecins généralistes. Lorsqu'un frottis de dépistage a détecté une pathologie, son médecin traitant l'a orienté vers un gynécologue qui assure depuis l'entièreté de son suivi. Il s'agissait par ailleurs du nouveau compagnon d'une de ses meilleures amies d'enfance et du gynécologue-obstétricien de son entourage familial et amical.

## **b) Analyse du cas**

### **1) Vision du cadre**

#### **i. Un médecin du groupe familial**

Pour Justine, un médecin traitant a pour rôle de soigner son groupe familial. Dans cette logique, son conjoint est suivi par le même médecin qu'elle : « *Enfin un médecin de famille quoi. Donc oui, on a le même. C'est normal pour moi, enfin* » Lignes 219-220. De même, son médecin de famille, âgé maintenant de 70ans, est toujours celui du reste de sa famille.

C'est cette même prise en soin du groupe familial qu'elle a également appréciée dans son suivi par le gynécologue : « *[...] c'est lui qui avait accouché ma sœur, enfin... Tout ça ça fait des liens donc...* » Lignes 790-791.

#### **ii. Complémentarité du suivi gynécologique**

Le médecin généraliste est compétent pour le suivi gynécologique : « *Enfin je veux dire ça fait partie de vos compétences* » Lignes 487-488. Son suivi gynécologique avec ses différents médecins traitants s'est donc fait « *automatiquement* » Ligne 631. Dès l'existence de particularités dans le suivi, le médecin généraliste oriente vers le gynécologue. Une fois cette orientation faite, c'est au gynécologue d'assurer le suivi de Justine, excluant le médecin généraliste : « *Tant que le gynéco-obstétricien... Enfin pour moi c'est lui, maintenant, le spécialiste. Enfin, je veux dire, le relais a été passé, c'est tout oui* » Lignes 592-594.

Pour Justine, les suivis gynécologiques par le généraliste et par le gynécologue sont « *complémentaires* », Ligne 616. C'est la multiplicité des actes et la technicité, notamment via les instruments et la caméra, qui changent la « *dimension* », Ligne 734, du suivi gynécologique.

### **2) Savoir être et acceptation de l'autre**

#### **i. Connaissance du soignée et singularité de la prise en soin**

La connaissance globale la soignée permet une prise en soin personnalisée, notamment en recommandant un interlocuteur adapté : « *[...] elle a su, parce qu'elle me connaît je pense assez bien, me conseiller ce qu'il y avait de mieux à me conseiller* » Lignes 241-242.

#### **ii. Une prise en soin centrée soignée via une similarité de caractère**

Cette connaissance de la soignée peut également se faire a priori en se basant sur une similitude de caractère. Cette même « *longueur d'onde* », Ligne 258, induirait d'office une prise en soin adaptée à la soignée : « *Et j'aime bien les médecins, genre Dr B., c'est pas du genre à*

*faire des arrêts facilement. Donc une fois c'est même... Et puis moi je m'arrête pas facilement non plus [rires]* » Lignes 838-840.

### **iii. Au-delà du caractère, une certaine vision de sa prise en soin**

Pour une prise en soin plus adaptée, la soignée doit établir a priori ses choix en matière de santé afin de choisir le professionnel compatible : « *Donc je voudrais trouver quelqu'un qui soit dans cette optique-là, d'essayer de conserver mes dents le plus longtemps possible* » Lignes 340-341. Le soignant a alors un rôle de guide dans sa prise en soin : « *Pour faire ce que, pour m'aider dans ce que je prends pas forcément le temps de regarder de près* » Lignes 135-136.

Afin de faciliter sa prise en soin, elle-même s'adapte au soignant lorsqu'elle le juge nécessaire, par exemple au niveau du stress : « *Et après donc j'ai travaillé quand même pas mal sur moi, mine de rien, avec la méditation, bon* » Lignes 453-454.

### **iv. Transmission du savoir et vulnérabilité**

La maladie symbolise pour Justine une grande vulnérabilité : « *Je suis pas à l'aise avec la maladie, avec tout ça* » Lignes 355-356. Cette vulnérabilité due à la maladie peut la « *heurt[er]* », Ligne 547, et la bloquer dans sa prise en soin.

Renforcer le rôle de Justine comme actrice de son propre soin en lui transmettant le savoir de façon « *plus posé* », Ligne 549, semble lui permettre de mieux gérer cette vulnérabilité, en rétablissant la symétrie relationnelle : « *Elle me connaît, elle sait que je... : « Vous affolez pas ! ». Voilà, elle m'a bien expliqué et tout ça [...]* » Lignes 128-129. De même, la soignée peut choisir la temporalité du soin. Un deuxième avis peut ainsi être demandé : « *J'ai préféré avoir un autre avis et avec une prise de recul quoi* » Lignes 571-572.

### **v. Confiance et fidélité**

Pour Justine, la confiance s'inscrit comme un attachement à un médecin donné, dans le temps : « *[...] en plus je suis quelqu'un de fidèle entre guillemets. Fidèle dans le sens, confiance* » Ligne 132. Cette confiance permettrait l'acceptation de l'influence du soignant par le soigné sur sa prise en soin : « *Ça veut dire que je l'écoute, et à partir du moment où je lui fais confiance* » Lignes 248-249.

Cette influence serait réciproque dans la prise en soin, induisant un climat de sécurité. Ainsi, Justine définit la confiance comme : « *avoir l'impression que la personne en face vous écoute bien, qu'elle vous entend bien. Voilà, que vous y allez quand même rassuré* » Lignes 826-828.

## **vi. Bienveillance et prise en soin**

La bienveillance a pour but est de prévenir les situations inconfortables pour la soignée : « *Et j'avais mes petites boules antistress et après ça allait ! Mais ça voulait dire qu'elle était bienveillante, elle comprenait que...* » Lignes 447-448.

En cas de retraite, un arrêt net du lien peut consister en une situation inconfortable. Le soignant doit alors orienter la soignée vers un nouveau soignant afin de tisser un lien. Son ancienne dentiste par exemple ne l'a pas fait : « *J'aurais bien aimé qu'elle prenne soin de, après tout, pour des clients comme moi. Enfin j'étais quand même assez exceptionnelle. [...] Je sais pas moi, je trouve qu'elle a manqué de bienveillance* » Lignes 321-323.

## **vii. Recommandation et initiation du lien a priori**

Grâce à la recommandation d'un soignant par son entourage, c'est un nouveau lien qui se crée, permettant une connaissance du soignant a priori et ainsi de se « *sentir plus à l'aise* » Ligne 502. L'entourage connaissant déjà les 2 intervenants, la recommandation est davantage personnalisée en fonction de la compatibilité de caractère présumée. En prenant l'exemple de ce qu'elle fait elle-même au travail, Justine explique : « *Par contre j'ai mon petit réseau ! Et je sais aussi voir en fonction qui je vais pouvoir conseiller* » Lignes 496-497.

## **viii. Une symétrie relationnelle par la relation interpersonnelle**

Même si la relation soignant-soignée est initialement une relation professionnelle, pour se consolider, elle doit devenir une relation interpersonnelle : « *Donc c'est aussi lié, j'aime bien l'affect qui va avec aussi quelques fois peut-être. Une relation qui dépasse la relation très... [...] Qui dépassent le cadre professionnel, quoi* » Lignes 402-405.

En passant d'une relation professionnelle à interpersonnelle, les intervenants reprennent également une « *dimension naturelle* », Lignes 797-798, qui n'est plus centrée sur le savoir scientifique. Le fait de « *démystifier* », Ligne 809, permet de rétablir l'équilibre relationnel : « *Ça permet de faire passer mieux les messages je trouve, en s'adaptant à l'autre en face, et pas être... Être au même niveau. Savoir se mettre au même niveau* » Lignes 418-419.

## **3) Savoir être et soin du corps**

### **i. Le corps comme moyen**

L'examen physique est accepté par la soignée car il paraît nécessaire au soin : « *Si on pouvait s'en passer quand même... [...] C'est à faire, voilà* » Lignes 647-649.

## ii. La technique au service de la transmission du savoir

La technique peut être un moyen de transmettre le savoir. Par exemple, son gynécologue utilise une caméra pour l'examen gynécologique, l'image est retransmise sur un écran visible par Justine : « *Oui, bah c'est rassurant aussi. [...] c'est pas le mot qui convient mais c'est une façon de voir un truc qu'on voit pas autrement* » Lignes 748-749.

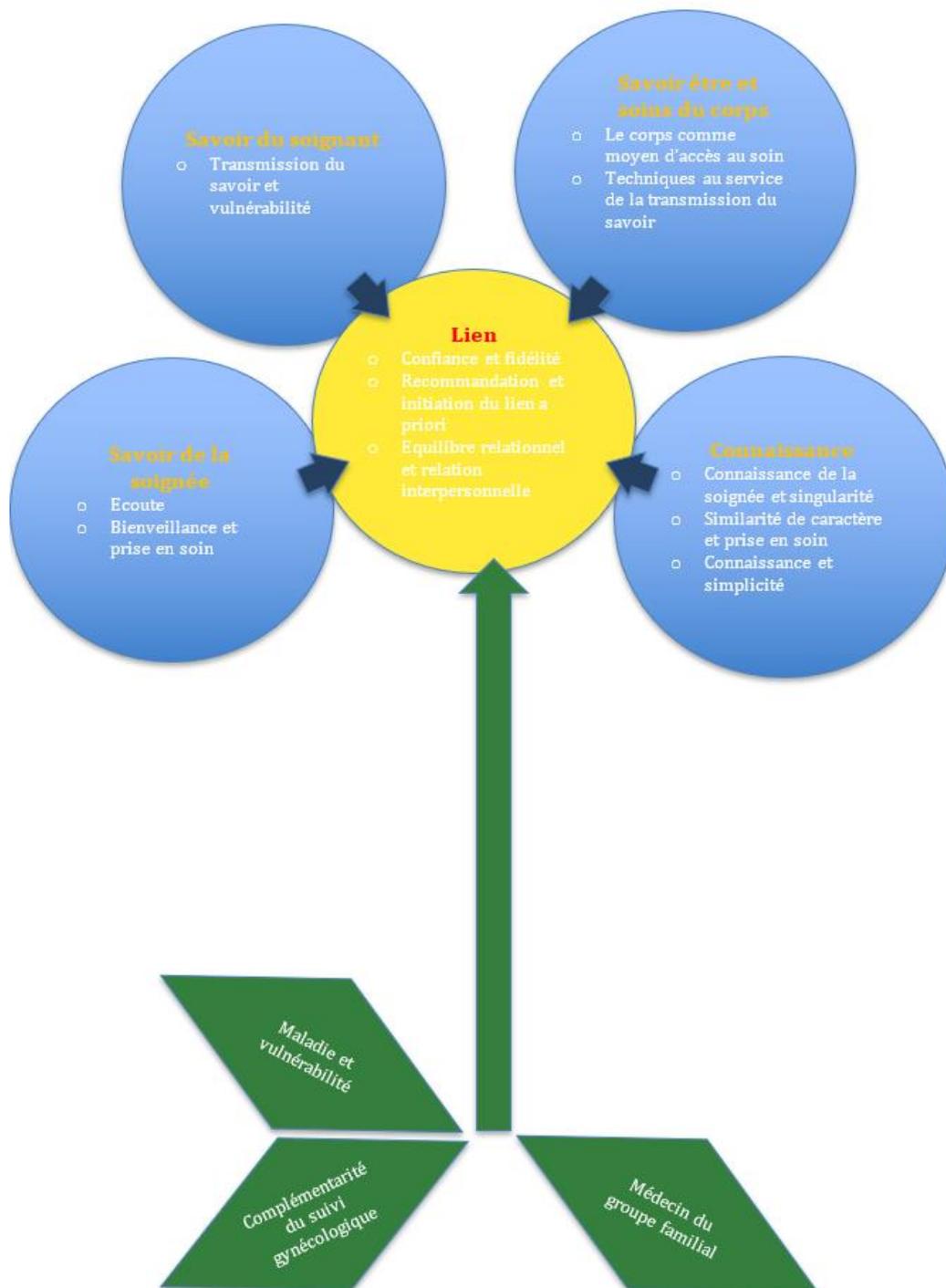


Figure 14 : La marguerite de la relation soignant-soignée d'Inès

## DISCUSSION

---

Ce travail de recherche a mis à jour une certaine cohérence des expériences intimes des soignées malgré leur diversification. La construction de la relation soignant-soignée lors d'un entretien gynécologique en médecine générale articule différents tenants de la relation que sont la transmission du savoir du soignant, du savoir de la soignée, la gestion des soins sur le corps par la soignée, la connaissance réciproque des intervenants en présence et la création d'un lien interpersonnel. Ces cinq problématiques participent à la construction d'une relation humaine dans un cadre qui reste structuré par sa fonction de soin.

Au sein de chaque problématique s'agencent différentes réflexions qui matérialisent la diversité de chaque personne humaine et son mode de fonctionnement. Certaines réflexions sont quasi systématiques comme le partage de l'intimité, la confiance, la pudeur, l'humour, la compétence, la sollicitude, la vulnérabilité, l'habitude, le jugement, le cadre informel ... D'autres témoignent de l'appropriation différente des problématiques et de construits sociaux : l'épilation, les conduites vestimentaires, la familiarité, la position vis-à-vis du groupe familial, la gentillesse, la bienveillance, l'influence, la gestion des convictions personnelles, le virage de la puberté, ...

### **1. Limites et points forts**

#### **1. Pertinence de la méthode d'étude**

La méthode d'étude qualitative était la plus adaptée pour recueillir des données subjectives, leurs explications, les enchainements de pensées permettant d'éclaircir le processus de construction d'une relation.

Néanmoins, la question de recherche était vaste et les entretiens longs ce qui a pu créer une lassitude chez les soignées et un comportement d'évitement, rendant l'exploitation des résultats plus complexe.

## 2. **Recherche de validité interne et externe**

Le second codage, effectué par une chercheuse déjà familiarisée avec le thème principal, a permis de renforcer la validité interne de l'étude en évitant l'interprétation des résultats.

La diversité des âges, des lieux, des suivis et des situations familiales a permis l'obtention d'un échantillon varié de soignées ayant chacune leur représentation de la relation soignant-soignée.

## 3. **Biais de recrutement**

Les patientes recrutées pour l'étude étaient motivées pour participer à l'étude avant la réalisation des entretiens et avaient probablement un intérêt pour l'étude.

Elles devaient également se sentir prêtes à participer à un entretien et donc se sentir assez à l'aise à l'oral, ce qui expliquerait peut-être que 4 des soignées fassent partie de l'éducation nationale.

De même, le recrutement ayant été fait lors de consultation de suivi, le recrutement était plus probable chez les soignées consultant fréquemment, ce qui explique peut-être que 3 des patientes soient en cours de PMA.

## 4. **Biais de réalisation**

J'étais novice dans la réalisation d'entretiens. Malgré la réalisation d'entretiens test avant le début des premiers entretiens, mon absence d'expérience a pu entraîner un biais de réalisation.

La similarité de genre avec les patientes a pu influencer leur discours. En me considérant comme faisant partie du même groupe social des femmes et en présageant d'une similarité d'expérience, le discours intime a paru plus aisé à plusieurs occasions.

Même s'il a été fait en sorte que de ne pas avoir rencontré les soignées avant l'entretien, j'avais déjà reçu une seule fois et 6 mois auparavant Gaëlle en consultation pour une mycose vaginale. Cette rencontre précédente n'a cependant pas paru freiner l'échange, et l'a peut-être même facilité.

Je suis remplaçante dans la MSP des soignées 6 à 10. La peur du manque de confidentialité ou de mon jugement vis-à-vis d'une réflexion non confraternelle ont pu freiner la critique à propos de leur médecin généraliste. Néanmoins, lors de la demande de consentement, les médecins généralistes devaient me désigner comme « interne de médecine générale » sans autre information.

## **2. La relation au savoir**

### **1. La gynécologie : une spécialité taboue rendant problématique la transmission du savoir**

En tant que personne humaine, chaque personne est douée de capacité de réflexion, son respect s'intégrant dans le respect de la dignité. Néanmoins, en gynécologie, le manque de savoir complique cette réflexion. Un rapport au Haut Conseil à l'Égalité (HCE) sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique rapporte en 2018(33) que « *le tabou persistant sur la sexualité des femmes les empêche parfois d'avoir des espaces de discussion et d'information sur le sujet* ». Cet « *interdit d'ordre culturel* » (5) majore d'emblée le déséquilibre du savoir, car ce sont bien les deux intervenants qui sont soumis au tabou : la soignée ne souhaite pas en parler, et le soignant non plus. Ceci explique parfois que la gynécologie soit exclue du suivi global en médecine générale, comme initialement chez Blanche ou Inès.

Pourtant l'information est importante à transmettre car elle concerne le support même de la vie de la soignée : son corps, et par le savoir sa réappropriation par la soignée. Elise souligne l'absence d'une éducation sexuelle complète dans le lycée où elle enseigne. Gaëlle remarque l'absence d'information optimale au cours de sa vie et les discours marketing des pubs, véhiculant des représentations sans savoir concret notamment sur les mycoses. Le rapport du HCE en 2016 sur l'éducation sexuelle (34) rapportait notamment que 84% des filles de 13 ans ne savent pas comment représenter leur sexe alors qu'elles sont 53% à savoir représenter un sexe masculin.

L'éducation sexuelle a longtemps été le domaine exclusif de la religion et a participé aux représentations sociales de pénitence et de purification (Foucault, 1976 (35)). L'éducation nationale s'en est ensuite progressivement emparé et incrémente régulièrement son programme

sur l'éducation sexuelle. Dernièrement la circulaire Shiappa en 2018, renforçant la loi du 04/07/2001 (art. L312-16 du code de l'éducation) (25), majore notamment les heures d'enseignement d'éducation sexuelle. En effet, la loi n'était pas appliquée dans une école sur 4 (34).

Même si la scolarité reste une méthode efficace et égalitaire pour l'éducation sexuelle, l'interdit autour des thèmes gynécologiques rend parfois l'échange difficile dans le cadre d'une classe. Les missions locales et les associations comme le planning familial, mentionné par Agathe et Inès, peuvent également constituer un moyen de transmettre le savoir.

Le groupe familial semble être également un des acteurs de l'éducation sexuelle, car comme le souligne Philippe Brenot, psychiatre et anthropologue, : « *Dès leur naissance les enfants vivent le bain culturel familial et les parents sont tout naturellement les premiers informateurs et les éducateurs naturels* » (36). Au-delà du savoir objectif, l'éducation sexuelle parentale, nécessaire mais redoutée, est alors teintée de subjectivité, comme l'explique Hélène pour ses enfants. Il en est de même pour l'entourage amical, Gaëlle décrit bien la gêne à parler de sexualité avec des amis. Michel Bozon, anthropologue et sociologue, rapporte : « *Les confidents savent qu'ils s'impliquent personnellement, voire se mettent en danger à travers la confiance. C'est en partie pour cette raison qu'il y a entre eux une forme d'auto-restriction dans l'évocation de la vie sexuelle personnelle [...]* » (p.6 (37)).

Le médecin a donc bien son rôle à jouer dans cette éducation, entre les différents intervenants. L'éducation sexuelle pourtant dépasse le simple cadre biologique et s'étend sur des dimensions également « *affective, culturelle, éthique, sociale, juridique* » comme le précise le ministère de l'éducation nationale (38). Il semble persister chez les soignées une représentation du cadre plus rigoureuse chez le médecin généraliste, notamment sur l'obligation d'être majeure pour consulter seule, comme le soulève Inès. Légalement, la mineure pourtant peut venir seule en consultation et ne nécessite ni le consentement ni la présence parentale si elle est en vue d'une IVG ou d'une contraception (art. L.5134-1 du code de la santé publique). De même, si la consultation est nécessaire pour « *sauvegarder sa santé* », le secret médical est opposable aux parents (article L.1111-5 du code de santé publique). Une cotation relative à la première consultation de contraception et de prévention (CCP) des IST pour les jeunes filles de 15 à 18 ans existe depuis 2017 afin de faciliter l'éducation sexuelle, à 46€. Elle est remboursable à 100% pour en permettre l'accès à tous.

Afin de rendre la soignée actrice de sa prise en soin gynécologique, il est donc premièrement nécessaire de l'informer afin de lui donner les moyens de construire sa propre

réflexion en toute dignité. Comme le précise Hélène Romano, psychothérapeute et chercheuse associée à l'Inserm, l'éducation sexuelle nécessite donc la « *culture d'une co-construction des savoirs* » où chacun serait « *respecté dans ses connaissances et dans ses attentes* » (39).

## **2. Le recueil du savoir la soignée : à la recherche de l'« orientation intime »**

Si l'éducation sexuelle inclut notamment les dimensions affectives et culturelles, c'est qu'elle s'ancre dans l'expérience propre du sujet. Celle-ci est à prendre en compte en premier lieu, au-delà d'une sexualité standardisée. Michel Bozon résume : « *Ce qui se trouve mis en cause, c'est une vision unitaire du développement psycho-sexuel, de même que l'idée d'une imposition pure et simple du comportement sexuel par la culture* » (40).

En effet, au travers des entretiens, chaque soignée semble se construire et donner un sens singulier à sa sexualité en fonction de son vécu mêlant notamment histoire, représentations familiales, expériences en santé, vie affective et notamment conjugale. Cet entre-deux cristallisé par la sexualité est défini par Michel Bozon comme une « orientation intime » qu'il définit : « *Éminemment sociaux, ces processus biographiques ne peuvent pas être considérés comme des choix personnels libres, mais ce ne sont pas non plus de simples déterminations transmises. Les orientations intimes constituent un niveau social intermédiaire qui, simultanément, subit l'influence de fonctionnements macro-sociaux et joue un rôle original dans les processus de mise en cohérence du sujet* ».

Dès lors, il paraît réducteur et inefficace de réaliser par le soignant une prise en soin de la soignée dans sa sexualité sans chercher au préalable son savoir personnel sur notamment son corps, ses expériences de la sexualité, ses représentations familiales et sa biographie. Par exemple, c'est notamment son divorce qui a participé à la survenue du vaginisme d'Hélène, c'est respectivement la libéralisation de sa vie sexuelle et le désir de grossesse qui ont poussé Agathe et Inès à changer d'intervenant pour leur suivi gynécologique, c'est son conflit avec sa sœur et sa dysthyroïdie qui ont participé à la construction de l'image du corps de Gaëlle.

Cette conception fait la part belle à la médecine générale. Car quel autre intervenant peut connaître en même temps l'enfance, la vie conjugale et les épisodes de santé d'une même personne ? Cette globalité de prise en soin en médecine générale revient en effet presque

systématiquement lors des entretiens réalisés, de même que la régularité du suivi qui permet au soignant de mettre à jour les outils de construction de la soignée, toujours en mouvement.

Si l'on souhaite respecter la dignité de la personne humaine, il faut donc respecter la soignée dans sa globalité, dans sa singularité. Cette évidence équivaut pour le soignant à rechercher au fil des consultations ce savoir et ces orientations intimes que la soignée mobilise pour sa construction d'elle-même.

### **3. La relation au corps**

#### **1. Des actes « intrusifs »**

Afin d'examiner le col de l'utérus, le soignant utilise un spéculum ou pratique un toucher vaginal. Ces actes de pénétration peuvent être redoutés, comme pour Elise et Inès, et vécus comme des moments de gêne.

L'acte de pénétration, même à but médical, crée une certaine comparaison sexuelle. Pour mettre à distance cette comparaison, tout est fait lors de la consultation pour établir un cadre professionnel. Les vêtements sont précautionneusement choisis pour leur côté fonctionnel et sobre, comme décrit par Laurence Guyard (41) et comme retrouvé dans notamment l'entretien d'Elise et Gaëlle.

La réalisation d'une pénétration au cours de l'examen physique, en cas de violence ou d'absence de consentement, peut être caractérisé comme un viol. En effet, un viol est défini par le Code Pénal comme « *Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol (art. 222-23)* »(10). Lors d'une consultation, il s'agirait d'un viol avec circonstance aggravante dans la relation de soin du fait de la « *vulnérabilité* » et de l'abus « *de l'autorité que lui confère ses fonctions* » (art. 222-24), comme l'avait précisé notamment Christine.

## **2. Passivité et dépersonnification**

Les soignées dans leur quasi totalités relatent elles-mêmes la nécessité de l'examen physique dans leur logique de santé, les amenant à intégrer leur corps comme un moyen du soin. Cet aspect du corps-objet est accentué par le déroulement de l'examen : c'est en effet le corps qui est examiné attentivement par le soignant, laissant la soignée allongée en position passive.

La réappropriation du corps passerait par une recherche de consentement systématique à chaque étape de l'examen physique et une information précise sur son déroulement. L'information porterait à la fois comme une description des actes réalisés et par la transmission du savoir acquis par l'examen du corps à des fins de rassurance. En rétablissement l'équilibre relationnel, cela renforcerait la posture de sujet de la soignée, actrice de son soin.

Devant la nécessité de l'examen physique dans une logique de santé, c'est l'acte en lui-même qui doit être mûrement réfléchi. Les actes ne devraient être réalisés par le soignant uniquement lorsqu'il apporte une fonction de soin et non dans le cadre d'une habitude professionnelle. L'examen physique doit donc être réalisé lorsqu'il existe une justification médicale, au rythme recommandé par les données de la science. Le code de déontologie médicale précise : « *[Le médecin] doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins* » (art. 8).

## **3. Le corps de la femme : un symbole de l'asymétrie de genre ?**

Une grande étude menée sur la sexualité en France en 2008 retrouve une asymétrie entre femmes et hommes sur la sexualité : « *Celle-ci est une des expressions des inégalités entre sexes qui prévalent dans le monde social (travail, famille, vie publique)* » (42), comme l'explique également Agathe et Gaëlle.

La gynécologie, par son rapport au corps, semble en effet cristalliser cette asymétrie (33). Comme vu dans lors de l'étayage théorique, la prise en soin gynécologique s'est progressivement médicalisée, d'abord pour des besoins d'hygiène et de dépistage des IST, puis dans un objectif de diminution de la mortalité materno-infantile. Cette médicalisation a justifié

que les accouchements soient l'apanage des médecins, intégralement masculins à l'époque. Le spéculum a même été identifié comme un « symbole d'un nouveau pouvoir masculin » pour l'historienne Yvonne Knibielher (43).

Dans un contexte de guerre et « *en fonction des besoins démographiques relatifs à l'exploitation de la force de travail et aux forces militaires* », les naissances ont été fortement encouragées (44). Les femmes ont pu être vues comme un simple moyen d'accroître la population, ne considérant pas ou peu leurs projets de grossesse comme une fin en soi, et mettant ainsi en péril leur dignité.

Les questions de société comme l'accès à l'IVG sous-tendent également pour certaines femmes la libre disposition de leur propre corps. Les convictions personnelles du soignant peuvent alors paraître « choquantes » pour les soignées lorsqu'elles n'y adhèrent pas, comme l'ont vécu Agathe et Hélène. Le suivi gynécologique annuel habituellement recommandé serait l'occasion d'après Lucile Ruault, sociologue, de rappeler annuellement cette pression sociale quant à la reproduction des femmes : « *Les usagères ne sauraient oublier ni leurs devoirs sexuels et procréatifs ni leur avancée en âge, retraduite sous la forme d'un curseur de féminité, tant leur nécessité est martelée* » (45).

Par le rapport au corps, la consultation gynécologique semble également propice à véhiculer les normes esthétiques de beauté pour les femmes. Bruno Remaury explique que « *l'image de la femme dans la culture se superpose avec celle de la beauté* » (46). Ainsi la gynécologie, en faisant le lien santé-beauté comme l'explique Laurence Guyard (47) semble plus propice à des remarques sur le poids par exemple sans forcément avoir toujours une fonction de soin.

Les représentations sociales tendent donc à désapproprier le corps de la femme, lui donnant au mieux une fonction de soin, au pire une fonction de conformisme social, en lien avec la dignité extrinsèque bourgeoise. En se cantonnant à des remarques strictement limitées à des fonctions de soins, la soignée se sentira libre d'échanger avec le soignant sur sa santé, sans peur du jugement du soignant.

#### **4. Le déshabillage**

Au cours des entretiens, le déshabillage semble constituer un « *moment critique* » comme le souligne Laurence Guyard (47). Même si la nudité, au moins partielle, a fonction de

soin en permettant l'examen physique, le déshabillage lui n'est pas médical comme l'explique Agathe et Blanche. Dans son enquête sur la pratique des seins nus sur la plage, Kaufmann dira même que « les gestes de déshabillage et d'habillage sont pleins d'ambiguïté » (48).

En effet le déshabillage constitue un moment d'intimité au sein de l'examen gynécologique. Le soignant ne doit donc pas regarder le déshabillage afin de respecter cette mise à nu du corps, et doit utiliser une séparation même symbolique des lieux. Car comme le stipule Blanche, le bureau comporte déjà la fonction d'écoute et de prescription mais pas celle du déshabillage.

L'absence de lieu pour se déshabiller pose aussi la question du lieu pour entreposer ses vêtements, surtout la culotte comme c'est le cas pour Elise. Laurence Guyard explique : « *Cette culotte, ordinairement cachée sous le vêtement, doit rester le moins visible possible. Retirée en dernier, elle représente aussi le dernier rempart à la nudité auquel se raccroche la patiente en la gardant à la main* » (47).

La relation soignant-soignée s'inscrivant dans une fonction de soin, le déshabillage ne fait pas partie de l'intimité partagée nécessaire au soin. Respecter la dignité de la soignée correspond donc à mettre en œuvre des moyens afin que son intimité soit respectée.

## **5. Une vulnérabilité réduite par la parole**

L'examen physique, comme vu plus haut, occasionne une vulnérabilité de la soignée. Celle-ci apparaît notamment par l'attention prolongée du soignant portée à une zone intime chargée culturellement. Elle apparaît également par l'objectivation du corps de la soignée, la contraignant à un rôle passif alors que le soignant s'emploie activement à acquérir un savoir sur son propre corps. La considération de cette vulnérabilité induite par le corps et son exposition renverrait à respecter la dignité extrinsèque selon la conception bourgeoise d'Eric Fiat (6). Cette vulnérabilité renvoie en effet à une conduite dictée par des normes sociales, rejetant la part naturelle de l'Homme que constitue son corps et ses sécrétions.

Selon Hall, la vulnérabilité liée à la promiscuité obligatoire à l'examen physique tiendrait à la notion de proxémie qui correspond à la signification culturelle de l'usage de l'espace par l'homme. Habituellement réservée à la relation sexuelle, la distance intime « *ne peut être pénétrée dans un espace public ou social sans générer la gêne ou du stress tant la présence de l'autre s'impose et peut même devenir envahissante par son impact sur le système*

*perceptif* » (49). L'exemple de la consultation médicale crée un paradoxe : alors que les 2 intervenants ne sont pas intimes, ils partagent entre eux une distance courte qui est de l'ordre de l'intime, faisant naître une gêne.

Comme l'explique Gaëlle, cette position d'attente passive ne fait qu'augmenter la gêne ressentie lors de l'examen. Afin de rétablir la symétrie relationnelle, dans les entretiens, les soignées font souvent référence à l'usage de la parole par le soignant comme distracteur. Ce dialogue porterait sur des thèmes diamétralement opposés à la problématique de l'examen physique : des thèmes « *très éloignés du corps* » d'après Laurence Guyard (47) et qui n'appartiennent pas à la sphère intime. Selon Hall, l'utilisation de la parole agit alors comme une « *arme défensive qui permet de retirer toute vraie intimité à l'espace intime* » (49).

Le respect de la soignée passerait donc dans la considération de cette vulnérabilité corporelle et une gestion de l'espace particulière durant l'entretien. L'usage de distracteur comme la parole peut réduire ces vulnérabilités.

## **4. La relation à l'autre**

### **1. Une relation au carrefour entre interpersonnelle et professionnelle ?**

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, le « prendre soin » englobe les notions incluant le lien comme la bienveillance, l'empathie, la sollicitude, la gentillesse.

La bienveillance est un terme large qui désigne la « *qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui* » (5). Il s'agit d'un des principes de bioéthique, guidant la pratique médicale.

L'empathie est un terme valise, il n'a pas de définition précise. La définition historique de Carl Rogers qui l'a popularisé est : « *percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si »* » (50).

La sollicitude n'est pas utilisée explicitement lors des entretiens mais transparait dans les descriptions. Il s'agit d'une « *préoccupation, soin inquiet, souci* » (5).

La gentillesse s'emploie dans le langage courant. Sa définition sociale et morale est néanmoins très précise : il s'agit d'une « *qualité, comportement habituel, fait de délicatesse, de prévenance* » (5) La prévenance signifiant « *une disposition de celui qui va au-devant des besoins, des désirs d'autrui* » (5).

La relation soignant-soignée en gynécologie a bien une fonction de soin. C'est ce soin qui justifie le partage d'une intimité tant physique que psychique. Paradoxalement, un partage aussi important ne rentre habituellement pas dans le cadre d'une relation professionnelle, normée. Le soignant peut alors être en difficulté face à la gestion des affects de la soignée.

Cette considération du soignant pour les affects de la soignée est difficilement descriptible dans la pratique, et notamment lors des entretiens par les soignées elles-mêmes. Elle a trait au lien interpersonnel qui s'établit dans une relation. Selon Marco Vannotti, l'empathie se fait en 2 temps avec une phase de reconnaissance de l'émotion chez le soigné suivi d'une phase de légitimation de cet affect : « *La légitimation du vécu du patient est le point central de la relation empathique. Elle donne au patient la confirmation que le médecin peut le comprendre, peut reconnaître le bien-fondé de ses pensées et de ses émotions. C'est aussi par cette voie que le médecin et le patient peuvent expérimenter, l'espace d'un bref moment, un vécu partagé et, par là, participer à l'humanité de l'autre* » (51).

Ce lien et la reconnaissance de la singularité de la soignée qu'il symbolise matérialisent le respect de la dignité du soigné.

## **2. Convictions personnelles et vision monothéiste de la dignité**

Comme vu lors de l'introduction, la valeur intrinsèque d'une personne peut être appréhendée laïquement, comme Kant (7), ou religieusement, comme dans le cadre des religions monothéistes (6). Dans cette deuxième vision, c'est un dieu qui, en créant l'homme, lui donne sa dignité et impose donc le respect de la vie.

Certains thèmes de la gynécologie comme l'avortement peuvent alors être appréhender de différentes façons au regard d'une religion, comme cela a été le cas pour Agathe et Hélène

par exemple. Les opinions ainsi formulées par le soignant ou par la soignée sont peu accessibles à l'influence de l'intervenant car découlant d'une certaine façon de voir l'humanité et le monde.

La laïcité est une notion qui apparaît dès le premier article de la constitution française (25). Dans un rapport « Soins et laïcité au quotidien » de 2005, Dr Jean Thévenot , président du conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Garonne, constate que la laïcité est au centre de « *trois piliers juridiques : la liberté de conscience, l'égalité des citoyens et la neutralité de l'Etat à l'égard des religions* »(52).

Cette laïcité dans le soin est inscrite dans la loi au sein du code de santé publique, notamment par le principe d'égalité de traitement entre les patients et par le principe de la non-discrimination ou encore par l'obligation d'assurer la continuité et la qualité des soins. Par la clause de conscience, le soignant peut refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi s'il estime qu'il est contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques, en dehors des cas d'urgence (art 47 du code de déontologie).

De même, au cours des entretiens, nous avons pu voir qu'il existait une nette préférence pour un examen gynécologique par une femme, qui peut exister également pour des motifs religieux. Le code de la santé publique (art. L. 1110-8) atteste « *le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé* ». Le rapport annuel de l'observatoire de la laïcité précise en 2018 qu'en dehors des cas d'urgence, sans perturbation ni de la dispense des soins, ni des exigences sanitaires, la soignée est en mesure de choisir son soignant. Néanmoins, en cas d'urgence ou de perturbations du soin, le refus par la soignée qu'un soignant procède à des soins pour des motifs tirés de la religion est considéré comme un cas grave de discrimination (53) .

Respecter la dignité de la personne revient donc à respecter sa vision de sa propre humanité. Le rôle du soignant est alors de favoriser une compréhension mutuelle de la situation. Dans un second temps, le soignant pourra fournir une information adaptée au soigné afin qu'il puisse faire un choix éclairé, dans le respect du cadre légal.

### **3. L'humour comme mise à distance**

L'humour est régulièrement mentionné dans les entretiens comme un facteur de détente, notamment pour Elise et Gaëlle.

Selon une étude hospitalière de Michèle Grosjean de 2001 (54), l'humour fait partie d'un des 3 types de mécanismes de régulation interactionnelle des émotions dans le travail. Les 2 autres régulateurs sont l'empathie (on participe à l'émotion de l'autre en affichant les mêmes expressions, voire en les amplifiant) et la régulation par réassurance (dans un contexte d'erreur et de culpabilité). L'humour permettrait une mise à distance des affects tout en affichant une apparente maîtrise affective. Le rire qu'il peut provoquer chez la soignée peut également avoir valeur d'empathie et participer à la résolution de la gêne.

Comme le souligne Annick Madec, rire a également vocation à rétablir la symétrie relationnelle, garante de la dignité : « *Le rire avec est le rire partagé dans les espaces privés, là où les rapports entre les individus affectent d'être égaux* » (55).

## Conclusion

---

Les soignées interrogées pour cette étude construisent la relation soignant-soignée durant l'examen gynécologique en articulant la transmission de leur savoir de soignée, du savoir du soignant, la gestion des soins de leur corps, la connaissance réciproque des intervenants et l'élaboration d'un lien interpersonnel. Nous avons pu voir qu'au sein de chaque constituant s'agencent différentes réflexions qui reflètent la diversité de chaque personne humaine. Certaines réflexions sont quasi systématiques mais d'autres témoignent de l'appropriation différente des problématiques. Cette répartition est propre à chacun et varie en fonction des processus biographiques et des déterminismes sociaux, rappelant les orientations intimes de Michel Bozon.

D'un point de vue professionnel, il serait intéressant d'axer sa pratique de la gynécologie en médecine générale sur le concept d'orientations intimes. Elles rappellent en effet parfaitement les constituants de la dignité qui ressortent dans ce travail de recherche. On distingue en effet le respect de la dignité extrinsèque, bourgeoise et moderne. Son respect induit une approche ambiguë avec certes le respect des respects de règles sociales souhaitées par les soignées mais tout en essayant de s'en affranchir par une pratique soignante ouverte. En cas d'irrespect, elles pourraient en effet être source de jugement sur la soignée émis par la soignée même ou par autrui. Il y a d'autre part également le respect de la dignité intrinsèque comme personne humaine, faite d'esprit et de corps. Celui-ci est rendu également complexe par l'asymétrie de savoir due à la fonction de soin dans la relation. Elle reste néanmoins possible par la considération du soignant envers le savoir de la soignée et par la transmission du savoir du soignant. Le respect de la dignité intrinsèque se fait également par la valorisation d'un lien interpersonnel lorsqu'il est souhaité par la soignée. Ce lien est plus informel et empreint des notions liées au « prendre soin ».

D'un point de vue pédagogique, il serait intéressant de créer une campagne d'affichage afin d'informer les soignées sur le droit au respect de leur dignité, qu'elle qu'en soit leur définition personnelle. Ces affiches pourraient, avec humour, reprendre les réflexions mis à jour lors de ce travail. Une campagne similaire a par exemple menée dans les hôpitaux de Lyon (ANNEXE 3).

Ce travail de recherche, par son étendue, appelle l'abord spécifique et plus précise de plusieurs thèmes qui n'ont été qu'esquissés par les soignées et qui semblent peu connus : la

SANTANDREU Camille

gestion du lien dans l'orientation vers d'autres professionnels, la nécessité de travailler dans une structure « étiquetée » avec une fonction spécifique, l'importance du groupe familial dans la prise en soin, la gestion vestimentaire en consultation, l'usage de l'humour en consultation, l'importance de la part informelle dans une relation professionnelle, ...

## Références bibliographiques

---

1. Histoire de naïtre De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé - cartonné - Fernand Leroy - Achat Livre | fnac [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a1223659/Fernand-Leroy-Histoire-de-naître>
2. Jouanna J. Hippocrate. Fayard; 2014. 370 p.
3. Colombat de l'Isere 1797-1851, Royal College of Physicians of Edinburgh. Traite complet des maladies des femmes : et de l'hygiene de leur sexe [Internet]. Paris : Labé; 1843 [cité 29 avr 2019]. 438 p. Disponible sur: [http://archive.org/details/b21983732\\_0001](http://archive.org/details/b21983732_0001)
4. Allen DJ, Heyrman PJ. Wonca europe, description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. :52.
5. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/>
6. Fiat É. Petit traité de dignité grandeurs et misères des hommes. Paris: Larousse; 2012.
7. Kant E, Delbos V. Fondements de la métaphysique des moeurs. Paris: Le Livre de Poche; 1993. 252 p.
8. Hegel GWF, Bourgeois B. Phénoménologie de l'esprit. Librairie Philosophique Vrin; 2006. 701 p.
9. Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-2-respect-de-la-vie-et-de-la-dignite-de-la-personne-226>
10. Code pénal | Legifrance [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719>
11. Gustave-Nicolas Fischer. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale [Internet]. 2015 [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/concepts-fondamentaux-psychologie-sociale>
12. Oberlé D. Edmond Marc, Dominique Picard L'interaction sociale. Commun Lang. 1990;83(1):122-122.
13. Homans GC. Social behavior: Its elementary forms, Revised ed. Oxford, England: Harcourt Brace Jovanovich; 1974. xi, 386. (Social behavior: Its elementary forms, Revised ed).
14. Agron M. Alain Girard, Le Choix du conjoint. Une enquête psycho-sociologique en France. Lectures [Internet]. 26 mars 2013 [cité 6 sept 2019]; Disponible sur: <http://journals.openedition.org/lectures/11057>
15. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé 2e édition. PEARSON; 2016. 828 p.

16. Marsh P. Eye to Eye: How People Interact [Internet]. 1988 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.abebooks.com/9780283996917/Eye-People-Interact-P-Marsh-0283996919/plp>
17. 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*. nov 2012;89(2):221-6.
18. Belmas É. Les relations médecin-malade des temps modernes à l'époque contemporaine. Presses Universitaires du Septentrion; 2018. 226 p.
19. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. sept 1998;47(3):213-20.
20. Wright WE et. Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. - PubMed - NCBI [Internet]. 2002 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15054034>
21. Roter D. The medical visit context of treatment decision-making and the therapeutic relationship. *Health Expect*. 2000;3(1):17-25.
22. Marcum. Humanizing Modern Medicine [Internet]. 2008 [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.beck-shop.de/marcum-philosophy-medicine-humanizing-modern-medicine/product/9209888>
23. fédération nationale des collèges gynécologie médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. 2008;
24. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. L'offre de soins 6. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 29 avr 2018]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)
25. Recherche simple dans les codes en vigueur | Legifrance [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/initRechCodeArticle.do>
26. Français CN des G et O. Gynécologie-Obstétrique. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010. 536 p.
27. Simmel G. Sociologie et Epistémologie. 2e éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 1991. 240 p.
28. Politiques de l'intime [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/politiques-de-l-intime--9782707157812.htm>
29. Weber F. Être pris en charge sans dépossession de soi ? *Alter*. 1 oct 2012;6(4):326-39.
30. Fiat É. Pudeur et intimité. *Gérontologie Société*. 2007;30 / n° 122(3):23.
31. Husserl E, Ricœur P. Idées directrices pour une phénoménologie. Paris: Gallimard; 1985. 624 p.

32. Hesbeen. Soins, éthique et vieillissement - Du souci de la personne âgée aux enjeux pour la pratique. SELI ARSLAN; 2017. 160 p.
33. Rapport du HCE : les actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical. 2018.
34. Rapport HCE 2016 éducation sexuelle.
35. Histoire de la sexualité, I : La volonté de savoir Tome 1 La volonté du savoir - broché - Michel Foucault - Achat Livre ou ebook | fnac [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a962355/Michel-Foucault-Histoire-de-la-sexualite-I-La-volonte-de-savoir>
36. Brenot P. L'éducation à la sexualité: « Que sais-je ? » n° 3079. Presses Universitaires de France; 2007. 81 p.
37. Bozon M. Les significations sociales des actes sexuels. Actes Rech En Sci Soc. 1999;128(1):3-23.
38. Éducation à la sexualité [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html>
39. Education sexuelle : «Les parents ne sont pas informés» - Libération [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/societe/2014/01/30/education-sexuelle-il-n-y-a-pas-d-informations-qui-sont-donnees-aux-parents\\_976597](https://www.liberation.fr/societe/2014/01/30/education-sexuelle-il-n-y-a-pas-d-informations-qui-sont-donnees-aux-parents_976597)
40. Bozon M. Orientations intimes et constructions de soi. Pluralité et divergences dans les expressions de la sexualité. Soc Contemp. 2001;no 41-42(1):11-40.
41. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom. 2002;no 27(3):81-92.
42. Enquête sur la sexualité en France [Internet]. [cité 1 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
43. Histoire des mères et de la maternité en Occident [Internet]. [cité 6 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-des-meres-et-de-la-maternite-en-occident--9782130798422.htm>
44. DECHALOTTE M. Le livre noir de la gynécologie. edi8; 2017. 411 p.
45. Ruault L. La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouv Quest Fem. 17 juin 2015;Vol. 34(1):35-50.
46. Remaury B. Le beau sexe faible. Grasset; 2000. 137 p.
47. Guyard L. Chez la gynécologue. Ethnol Francaise. 1 janv 2010;Vol. 40(1):67-74.
48. Kaufmann J-C. Corps de femmes, regards d'hommes : sociologie des seins nus. Pocket; 1998. 294 p.
49. Edward T. Hall. La dimension cachée. Rev Géographique Est. 1972;12(1):144-5.

50. Rogers CR, Kinget MG. Psychothérapie et relations humaines : Théorie et pratique de la thérapie non-directive, par Carl Rogers,... et G. Marian Kinget. Béatrice-Nauwelaerts; 1962.
51. Vannotti M. L 'empathie dans la relation médecin – patient. Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux. 2002;no 29(2):213-37.
52. Conseil départemental de l'ordre des médecin du 31. Soins et laïcité au quotidien. 2015;
53. Rapport annuel de l'Observatoire de la laïcité. 2018.
54. Grosjean M. La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. Rev Int Psychosociologie. 2001;Vol. VII(16):339-55.
55. Madec A. Rires et relations d'enquête. Ethnol Francaise. 2002;Vol. 32(1):89-94.

## ANNEXE 1 : Grille d'entretien

---

- 1) Pouvez-vous vous présenter ?
- 2) Comment avez-vous choisi votre médecin généraliste ?
- 3) Pouvez-vous me parler de votre suivi gynécologique ?
- 4) Selon vous, comment se passe une consultation gynécologique idéale pour vous ?
- 5) Pouvez-vous me décrire une consultation gynécologique habituelle avec votre médecin généraliste ?
- 6) Pour vous, qu'est-ce qu'un médecin généraliste ?
- 7) Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste qui fait de la gynécologie ?

## ANNEXE 2 : Feuille d'information donnée aux patientes

---

Camille Santandreu, 0610411629,

[Camille.santandreu@gmail.com](mailto:Camille.santandreu@gmail.com)

Madame,

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine à l'Université de Lille 2, j'effectue un travail de recherche sur la relation qui se construit entre un patient et son médecin généraliste, avec lequel il y a déjà eu une consultation gynécologique.

Votre aide me sera d'une grande utilité pour la conduite de ce travail de recherche. C'est pour cela que votre médecin vous a remis ce courrier et c'est la raison pour laquelle je m'adresse à vous, par son intermédiaire, pour vous rencontrer en entretien.

La durée de ce genre d'entretien est généralement d'une petite heure. Nous discuterons ensemble des modalités de conduite de l'entretien et comme c'est la pratique courante dans les recherches académiques, je vous demanderai l'autorisation pour l'enregistrement de cet entretien. Je m'engagerai, bien sûr, avec vous pour le respect de la confidentialité et de l'anonymat de vos propos. La retranscription de l'entretien me permettra par la suite d'analyser et de comparer, sans les déformer ou les oublier, les informations que j'aurai recueillies auprès de toutes les personnes que j'aurai interviewées.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, ce que j'espère vivement, nous conviendrons du lieu de notre rencontre, le plus pratique pour vous. Pour cela vous pouvez me contacter au numéro suivant : 06 10 41 16 29 ou laisser votre numéro à la personne qui vous propose cette recherche.

Vous remerciant par avance de votre participation et votre aide précieuse, je vous prie, madame, d'accepter mes sincères salutations.

Camille Santandreu



## ANNEXE 3 : Campagne d'information

Hôpitaux de Lyon

### CONSIDÉRATION

...ALORS, TU VOIS, JE LES PRENDS, JE LES VIDE, ENSUITE JE LES PARCIS DE THYM ET DE FINES HERBES, ET ENSUITE JE LES METS AU BARBECUE !

AH, BEN MOI, JE LES AIME AUTANT À LA BROCHE, TU VOIS...

Sur une idée originale de Mme DEPLACE

**“ Et si c'était VOUS ? ”**

Respectons l'intimité et la dignité des patients

Hospices Civils de Lyon

© M.C.L. - Groupe de travail G.H. Est / Illustration : F. Larrie - Sur une idée originale de M. Rodes et de C. Depireux / Direction de la Communication - BAO - C. Terreaux - 11/08

**AUTEUR : Nom : SANTANDREU**

**Prénom : Camille**

**Date de Soutenance : 26 septembre 2019**

**Titre de la Thèse : Comment se construit la relation soignant- soignée durant l'entretien gynécologique en médecine générale ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2019**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : dignité-respect-soin-relation-gynécologie-corps-savoir-intimité-gêne**

**Résumé :**

**Contexte :** A l'heure de l'évidence d'une prise en soin centrée patient, les scandales sur les violences durant le suivi gynécologique et obstétrical recentrent un peu plus le débat sur la nécessité d'une médecine à visage humain. La dignité de la soignée se jouerait dans la relation à l'autre. Ses modalités pourraient donc participer au respect de la dignité de la soignée. Mais comment se construit la relation soignant-soignée dans l'entretien gynécologique en médecine générale ?

**Méthode :** Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de patientes suivies gynécologiquement par un médecin généraliste, recrutées dans quatre maisons de santé de la région Hauts de France. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés jusqu'à suffisance des données. Une analyse thématique de verbatims a été effectuée par le logiciel NVivo12.

**Résultats :** Dix patientes ont participé à l'étude. La relation soignant-soignée articulent cinq constituants que sont : la transmission du savoir de la soignée, du savoir du soignant, les cognitions sur le corps par la soignée, la connaissance des intervenants en présence et la création d'un lien interpersonnel. C'est la fonction de soin de la relation qui les structure. Au sein de chaque problématique s'agencent différentes réflexions qui reflètent la diversité de la personne humaine et de son mode de fonctionnement. Certaines réflexions sont quasi systématiques comme le partage de l'intimité, la confiance, la pudeur, l'humour, la compétence, la sollicitude, la vulnérabilité, la régularité, la globalité, le jugement, la familiarité, la position vis-à-vis du groupe familial ... D'autres témoignent de l'appropriation différente des problématiques et de construits sociaux : l'épilation, les conduites vestimentaires, la recherche de gentillesse, de bienveillance, la gestion des convictions personnelles, le virage de la puberté, ...

**Conclusion :** Le respect de la dignité humaine dans la relation de soin en gynécologie en médecine générale vise à rétablir une symétrie relationnelle rendue caduque par la fonction de soin mais égalitaire par la relation humaine interpersonnelle. Elle mobilise les représentations sociales des soignées, notamment l'asymétrie de genre et la relation au corps. La médecine générale, par ses caractéristiques, permettrait pleinement le rétablissement de cette symétrie relationnelle.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr BERKHOUT Christophe**

**Asseseurs : Pr LEROUGE Patrick et Dr BAYEN Sabine**

**Directeur de thèse : Dr MESSAADI Nassir**

