



**HAL**  
open science

# Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes

Armelle Grange Cabane

► **To cite this version:**

Armelle Grange Cabane. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01164656

**HAL Id: dumas-01164656**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164656>**

Submitted on 17 Jun 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 40

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Armelle GRANGE CABANE  
Née le 19 décembre 1985 à Paris (75)

Le 16 avril 2015

**LE DECUBITUS LATERAL :  
PERSPECTIVES POUR L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE  
DU POINT DE VUE DES PATIENTES**

Directeur de thèse :  
Monsieur le Docteur Sami HADDAD

Rapporteur :  
Madame le Docteure Sylvie MAURICE

Jury :

Monsieur le Professeur Claude HOCKE	Président
Monsieur le Docteur William DURIEUX	Juge
Monsieur le Docteur Sami HADDAD	Juge
Madame le Docteure Sylvie MAURICE	Juge
Madame le Docteure Corine MISSMAHL	Juge

## Remerciements

Monsieur le Professeur Claude HOCKE,  
Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Service de Gynécologie Chirurgicale  
– Médicale et Médecine de la Reproduction au CHU de Bordeaux

Vous me faites le grand honneur d'accepter de présider ce travail de thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Sami HADDAD,  
Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CH de Périgueux,  
Obstétricien de l'équipe de coordination régionale du Réseau Périnatal Aquitaine

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, et de m'aider à mener à bien ce projet. Je te remercie pour nos échanges riches et passionnants sur les médecins, la médecine et les femmes.

Madame le Docteur Sylvie MAURICE,  
Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier en Santé Publique, Université de  
Bordeaux et CHU de Bordeaux

Tu m'as fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Permets-moi de te remercier pour tout le temps passé, pour ta bienveillance et tes conseils nombreux et précieux. Pour les thés et les bavardages. Sans toi, ce travail ne serait pas ce qu'il est.

Monsieur le Docteur William DURIEUX,  
Docteur en Médecine, Professeur Associé au Département de Médecine Générale de  
Bordeaux

Vous avez accepté d'être membre du jury de cette thèse, vous m'honorez par votre présence et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Vous avez également su me prêter écoute durant mon internat, et pour cela, je tenais à vous exprimer ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Corine MISSMAHL,  
Docteur en Médecine, Médecin Généraliste, Service InterUniversitaire de Médecine  
Préventive et de Santé

Tu me fais l'honneur et la joie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Tu es à l'origine de ce travail, et toi la première a su m'enseigner la douceur et la bienveillance. Permets-moi de te remercier du fond du cœur et de te témoigner mon amitié la plus profonde.

A ma famille,

A ma mère,  
Qui la première m'a donné le goût de la médecine et de l'humain. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour inconditionnels.

A mon père,  
Qui m'a donné le goût de l'exigence et du dépassement, mais aussi celui de l'écriture. Merci pour ta compréhension et ton affection.

A Carine, ma grande sœur & Bertrand, Alizée, Marion et Charlotte,  
Qui me manquent tant, maintenant que nous avons quitté le Sud-Ouest.

A Adrien, mon frère & Laetitia,  
Qui bien qu'exilés ne sont jamais bien loin...

Aux amis,

A Thomas, pour ton amitié et ton amour si précieux depuis vingt-six ans.  
A Anne-Flore, pour ton amitié et ton soutien si importants tout au long de nos études.  
A Elise, pour ton amitié et ta bienveillance depuis tant d'années.

A Bénédicte, pour ta relecture pointilleuse en plus de tout le reste. Pour ton goût de la perfection qui me pousse à me dépasser à mon tour. Pour ton amitié et ta générosité.

A Emilie, pour ton soutien de tous les instants. Pour ton humour et ta fausse naïveté. Pour ton amitié et ta bonté.

A Fabien, pour ton accompagnement sans faille et ton aide logistique ! Pour m'avoir aidée à devenir le médecin que je suis, et pour ta présence indéfectible.

A Christine, pour cette amitié nouvelle et forte. Pour tes conseils et tes coups de pieds aux fesses ;-)

A Caro et Ludo, pour la beauté de vos personnes. Pour votre amitié et votre persévérance. Toutes mes pensées et mon amour vont vers vous au travers de ces lignes.

A Emilie, Liesse, Lori, Marion et Stéphanie pour votre participation à ce travail.

A Elodie, pour ta folie et ton intelligence.

A Claire, Fabien, Sylvestre et Xavier pour votre amitié et la confiance que vous m'avez témoignée en me laissant travailler à votre place ou à vos côtés.

A Hélène, Laurence, Mathieu, Marc, et tous les twittos, si nombreux que j'en oublie...  
#Merci

Aux amis de Bordeaux : Cédric, Pauline et Matthieu, Eléonore et Sébastien.

A Gaëlle-Marie et Danielle, pour m'avoir fait partagé votre regard sur les femmes.

A Borée, pour ton perfectionnisme et pour m'avoir montré que la médecine générale est une spécialité exigeante.

A Martin Winckler et Jaddo, pour m'avoir donné le goût de la médecine générale et surtout pour m'avoir donné les armes de défendre mon choix.

Aux soignants,

Aux médecins et sages-femmes qui ont participé à ce travail de thèse et permis son aboutissement.

Au Docteur Jean-Jacques Laurent, pour m'avoir montré ta médecine. Je te remercie pour ton accompagnement si attentionné, et pour la confiance avec laquelle tu m'as laissé prendre soin de tes patients.

A Marianne et Sylvie, pour la chaleur avec laquelle vous m'avez accueillie et accompagnée dans mes premiers pas de médecin.

Au Docteur Fabien Quédeville, pour la bienveillance de ton accueil à mon retour à Paris, et pour l'exigence que tu développes dans ta pratique.

A Ramsès,

Mon amour et ami. Pour ton cheminement à mes côtés pendant ces sept ans. Pour ce que tu m'as aidée à construire. Pour ta patience et tes encouragements. Pour les années passées et toutes celles à venir...

Aux patientes,

Qui ont bien voulu partager leur vécu et leurs maux, et qui ont fait de moi le médecin que je suis.

Aux femmes.

## Lexique des abréviations

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CIN : Néoplasies Cervicales Intra-Epithéliales

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DL : Décubitus Latéral

DLG : Décubitus Latéral Gauche

DU : Diplôme Universitaire

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INCa : Institut National du Cancer

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MSA : Mutualité Sociale Agricole

PLS : Position Latérale de Sécurité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSI : Régime Social des Indépendants

## Sommaire

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>LEXIQUE DES ABREVIATIONS</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>I. ETAT DES LIEUX : PROBLEMATIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN FRANCE &amp; DECUBITUS LATERAL DANS L'HISTOIRE</b>	<b>10</b>
<b>A. CANCER DU COL DE L'UTERUS</b>	<b>10</b>
1. EPIDEMIOLOGIE	10
2. PHYSIOLOGIE	10
3. PREVENTION DU CANCER DU COL	11
4. LES FREINS AU DEPISTAGE	13
<b>B. LE DECUBITUS LATERAL</b>	<b>14</b>
1. LE DECUBITUS LATERAL DANS L'HISTOIRE	14
2. BENEFICES ET INCONVENIENTS DU DECUBITUS LATERAL	25
<b>II. ETUDE REALISEE : POPULATIONS ET METHODE</b>	<b>28</b>
<b>A. DESCRIPTION DE LA POSITION</b>	<b>28</b>
<b>B. TYPE D'ETUDE</b>	<b>30</b>
<b>C. POPULATIONS</b>	<b>30</b>
1. CRITERES D'INCLUSION ET PERIODE D'ENQUETE	30
2. CRITERES D'EXCLUSION	31
3. RECRUTEMENT DES SOIGNANTS	31
<b>D. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES</b>	<b>32</b>
<b>E. ANALYSE</b>	<b>33</b>
1. CRITERES DE JUGEMENT	33
2. ANALYSE STATISTIQUE	34
<b>III. RESULTATS</b>	<b>35</b>
<b>A. DESCRIPTION DES POPULATIONS</b>	<b>35</b>
1. POPULATION DES SOIGNANTS	35
2. POPULATION DES PATIENTES DECRIVANT L'EXAMEN	36
<b>B. L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL</b>	<b>37</b>
1. DEROULEMENT DE L'EXAMEN	37
2. LES QUATRE DIMENSIONS DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL	38
3. ASPECTS POSITIFS ET NEGATIFS DU DECUBITUS LATERAL	38
4. ANALYSE DES QUATRE DIMENSIONS DU DECUBITUS LATERAL SELON DES VARIABLES EXPLICATIVES POTENTIELLES	39
<b>C. L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL COMPARE A L'EXAMEN « CLASSIQUE »</b>	<b>42</b>
1. DOULEUR	42
2. ANXIETE	42
3. CONFORT	43
4. PUDEUR	43

5. INSTALLATION	43
<b>D. EXAMENS FUTURS ET DIFFUSION</b>	<b>43</b>
<b>E. SYNTHÈSE DES RESULTATS</b>	<b>45</b>
1. L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL	45
2. L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL COMPARE A L'EXAMEN « CLASSIQUE »	45
3. EXAMENS FUTURS ET DIFFUSION	45
<b>IV. DISCUSSION ET PERSPECTIVES</b>	<b>46</b>
<b>A. DISCUSSION</b>	<b>46</b>
1. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	46
2. DISCUSSION D'AUTRES AUTEURS	50
3. DISCUSSION DES RESULTATS	52
<b>B. PERSPECTIVES</b>	<b>55</b>
1. CHANGEMENTS OBSERVES DEPUIS LE DEBUT DE NOTRE TRAVAIL	55
2. PERSPECTIVES D'AVENIR	56
<b>CONCLUSION</b>	<b>59</b>
<b>EXTRAIT DU ROMAN <i>LE CHŒUR DES FEMMES</i>, DE M. WINCKLER (2009)</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>68</b>



## Introduction

En France, les motifs de consultations génito-urinaires (hors grossesse) représentent entre 4% (1) et 17% (2) des consultations en médecine générale. Ainsi, les médecins généralistes sont amenés à réaliser fréquemment des examens gynécologiques. Avec la diminution des effectifs de gynécologues médicaux (3,4), le rôle des médecins généralistes et des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention s'affirme.

Un certain nombre d'examens gynécologiques est pratiqué « par excès » : examen annuel systématique (5), lors du renouvellement de pilule (6), frottis cervico-utérins trop fréquents. La Haute Autorité de Santé (HAS) estime en effet le nombre de femmes de 25 à 65 ans en situation de « sur-dépistage » du cancer du col à 40,6%. Au contraire, 51,6% des femmes sont en situation de « sous-dépistage » et ne réalisent pas de frottis tous les trois ans (7).

Nous nous sommes interrogée sur les freins des patientes à consulter en gynécologie et les réticences de certaines à adhérer au dépistage systématique du cancer du col par le frottis cervico-utérin (FCU). Peut-on améliorer le vécu par les patientes de l'examen gynécologique et ainsi augmenter le taux de dépistage systématique du cancer du col qui dépasse à peine la moitié de la population concernée ?

De nombreuses études (8-12) font état des réticences des femmes à consulter pour un motif gynécologique. Parmi les freins relevés, en dehors de la crainte de la découverte d'une pathologie gynécologique (une femme sur quatre (8)), la plupart concernent la pratique de l'examen clinique en lui-même et son vécu par les patientes. Les femmes évoquent ainsi la crainte de la nudité, le sentiment de vulnérabilité (13), la pudeur (jusqu'à 32% des patientes), l'anxiété, la peur de la douleur, la peur de ne pas pouvoir arrêter l'examen (14), l'absence d'information, la connotation sexuelle (15), l'inconfort et la froideur des instruments, ainsi que la position en elle-même (15).

L'examen gynécologique classique se déroule en décubitus dorsal, les pieds de la patiente calés dans des étriers, et le périnée installé au bord de la table d'examen, le soignant se tenant entre les jambes de la patiente.

Une autre position pour l'examen gynécologique existe : la position en décubitus latéral (ou « position latérale » ou « examen à l'anglaise »).

Contrairement aux autres positions d'examen, le décubitus latéral n'a fait l'objet d'aucune publication – aussi bien anglophone que francophone – sur son utilisation pour l'examen gynécologique ou sur son accueil par les patientes. La seule étude disponible est une étude prospective non publiée, réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études de sage-femme (16). Une thèse de médecine générale (65), intitulée *L'Examen Gynécologique en Décubitus Latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative*, a été soutenue en février 2015.

Cette absence quasi complète de données dans la littérature concernant le décubitus latéral pour l'examen gynécologique nous a poussée à choisir ce sujet pour notre thèse.

Notre étude a pour objet de recueillir le ressenti des patientes à l'égard de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Si cette nouvelle position d'examen améliore le confort des femmes, elle pourrait faire partie des outils susceptibles d'améliorer le suivi des patientes. La diffusion de l'existence d'alternatives à la position « classique » pourrait ainsi aider les femmes à dépasser leurs freins à la consultation gynécologique, et ainsi augmenter l'adhésion au suivi gynécologique de prévention.

# I. Etat des lieux : Problématique du cancer du col de l'utérus en France & Décubitus latéral dans l'histoire

## A. Cancer du col de l'utérus

### 1. Epidémiologie

En France, chez la femme, le cancer du col de l'utérus est le 12<sup>ème</sup> en fréquence, avec près de 3000 nouveaux cas par an. Il se situe au 13<sup>ème</sup> rang des décès par cancer avec plus de 1000 décès annuels entre 2004 et 2008 (17). Depuis de nombreuses années, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus sont en nette diminution dans les pays développés. Mais la décroissance constatée de l'incidence et de la mortalité a tendance à ralentir depuis 2000<sup>1</sup> (7).

L'âge moyen au moment du diagnostic en 2005 était de 53 ans. L'âge moyen au décès sur la période 2004-2008 était de 64 ans. La survie relative (pour les diagnostics portés entre 1989 et 1997) est de 89% à 1 an et de 70% à 5 ans (17).

### 2. Physiologie

La quasi-totalité des cancers du col (néoplasies intra-épithéliales et carcinomes épidermoïdes) sont liés à une infection persistante par un ou plusieurs types de papillomavirus (HPV) oncogènes, bien que d'autres facteurs interviennent sans doute dans la carcinogénèse. Les infections à HPV sont extrêmement fréquentes et sont liées à la vie sexuelle. La plupart de ces infections et des lésions épithéliales qu'elles induisent régressent spontanément.

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (en moyenne une décennie) se déroule selon un continuum de lésions, depuis la primo-infection par un papillomavirus humain oncogène à tropisme génital, en passant par les différentes lésions histologiques précancéreuses (les néoplasies cervicales intraépithéliales ou CIN), accompagnant la persistance de l'infection (7).

La prévention de la transmission du HPV est difficile car les méthodes de contraception dites de barrière (préservatifs) ne sont que partiellement efficaces, le virus pouvant être présent sur toute la zone ano-génitale et pouvant demeurer infectieux pendant plusieurs années (7). Il est estimé que dans le monde, 50 à 75% des femmes de 25 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. Seules 8 à 13% des lésions génitales à HPV aboutiront à des lésions malignes, l'évolution naturelle normale de l'infection étant la guérison en 8 mois en moyenne (7). Sur 96 génotypes de HPV humains à tropisme génital identifiés, certains sont dits à bas risque ou à faible potentiel oncogène (HPV 6 et 11 qui peuvent donner des condylomes), d'autres sont dits à haut risque ou à fort potentiel oncogène (par exemple les HPV 16 et 18), et d'autres à risque intermédiaire (7,18). Les souches 16 et 18 sont impliquées dans 70% des cancers du col (7,18). L'infection par un HPV oncogène est nécessaire mais pas suffisante, et un certain nombre de cofacteurs ont été identifiés, comme la parité, les contraceptifs oraux, l'immunosuppression, le tabagisme, et les autres infections sexuellement transmissibles (IST),

---

<sup>1</sup> Diminution de l'incidence et de la mortalité entre 1980 et 2005 : respectivement -2,9% et -4%. Diminution de l'incidence et de la mortalité depuis 2000 : respectivement -1,8% et -3,2%.

mais leur rôle n'est pas parfaitement connu (18). Les lésions pré-invasives sont le plus souvent asymptomatiques et inapparentes lors de l'examen au spéculum réalisé à l'œil nu.

### 3. Prévention du cancer du col

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur le dépistage des lésions précancéreuses par le frottis cervico-utérin, et plus récemment, sur la vaccination des adolescentes contre le papillomavirus.

#### a) La vaccination contre le HPV

##### (1) Modalités et bénéfices attendus

Deux vaccins à visée prophylactique sont commercialisés depuis respectivement 2006 et 2007 : Gardasil® du laboratoire Sanofi Pasteur MSD (vaccin recombinant quadrivalent contre les génotypes 6, 11, 16 et 18), et Cervarix® du laboratoire Glaxo-Smith-Kline (vaccin recombinant bivalent contre les génotypes 16 et 18).

Jusqu'alors recommandée à partir de 14 ans, la vaccination est, depuis avril 2013 (19), recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans ou, en rattrapage, jusqu'à l'âge de 19 ans révolus.

L'efficacité du vaccin contre le papillomavirus humain est proche de 100 % sur les infections par les HPV dont les génotypes sont visés par le vaccin concerné.

La prévention des cancers du col de l'utérus est attendue, mais ne pourra être étudiée qu'à très long terme, puisque le délai entre l'infection par le papillomavirus humain et la survenue d'un cancer invasif est de 15 à 25 ans, et que l'âge moyen du diagnostic est de 53 ans. La durée de la protection vaccinale n'est pas connue au-delà de 5 ans.

Les conséquences de la vaccination sur le dépistage ne seront pas connues en pratique avant que les premières cohortes de jeunes filles vaccinées atteignent l'âge de bénéficier de ce dépistage, et ce d'autant que les taux de couverture vaccinale dans les tranches d'âge visées restent encore faibles (7).

##### (2) Le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU chez les femmes vaccinées

Étant donné que le vaccin HPV ne protège pas contre tous les génotypes de papillomavirus humain impliqués dans les cancers du col de l'utérus (les vaccins commercialisés en 2012 protègent contre les génotypes impliqués dans 70 % des cas de cancer), une couverture optimale de la population féminine par un dépistage du col de l'utérus reste nécessaire chez les femmes vaccinées (7).

Malgré ces recommandations, une récente étude australienne (20) a mis en évidence une diminution significative de la participation au dépistage du cancer du col par FCU chez les jeunes femmes entre 20 et 29 ans ayant été vaccinées à l'adolescence.

## b) Le dépistage par FCU

Le cancer du col de l'utérus est un bon candidat au dépistage d'après les dix critères nécessaires à la mise en place d'un programme de dépistage définis par Wilson et Jungner en 1968 (21). Il constitue notamment une menace évitable pour la santé publique, son histoire de la maladie est bien connue et passe par plusieurs phases précancéreuses dépistables, il existe des tests de dépistage acceptables par la population et des tests de diagnostic ainsi que différentes stratégies de traitement disponibles.

Le dépistage repose actuellement sur une analyse cytologique – sur lame ou en phase liquide – après frottis cervico-utérin. Celui-ci est recommandé par la HAS « tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, sauf chez les femmes hystérectomisées et les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels » (7). Bien que la sensibilité et la spécificité du frottis conventionnel (*i.e.* sur lame) ne soit respectivement que de 58% et de 69% quelque soit le diagnostic histologique, il reste la méthode de référence en France dans le dépistage du cancer du col, la répétition permettant de compenser une part du manque de sensibilité. Du fait du nombre inférieur de FCU ininterprétables, et de la possibilité d'une part d'automatiser l'analyse et d'autre part d'effectuer une recherche d'HPV avec le même échantillon, le frottis en phase liquide pourrait supplanter le frottis conventionnel dans un futur proche, bien que sa performance ne soit pas supérieure (7).

L'objectif 26 du Plan Cancer vise à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ». L'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 est de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans » (22).

Un dépistage organisé du cancer du col utérin pourrait diminuer l'incidence et la mortalité parmi les femmes dépistées de près de 80% (23).

En France, les gynécologues médicaux effectuent entre 70 et 90 % des FCU selon les régions. Ces derniers peuvent cependant être réalisés par les médecins traitants ou les sages-femmes et au sein de structures de soins (établissements hospitaliers, centres de santé, laboratoires d'analyses avec une prescription médicale...) ou de prévention (centres d'examen de santé dans le cadre du bilan de santé, centres de planification...) (17).

Les frottis sont pratiqués de façon individuelle à la demande des femmes ou sur proposition des médecins. Les données disponibles<sup>2</sup> montrent que ce dépistage couvre moins de 60 % de la population cible. Des inégalités sociales de recours à ce dépistage sont observées. Les femmes disposant d'un faible revenu, bénéficiant de la CMU complémentaire (CMUc), ou ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, sont moins souvent dépistées.

Ces disparités peuvent aussi s'expliquer par les modifications successives des modalités du dépistage, et les divergences selon les pays.

En 1943, Papanicolaou publie *The Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear* qui participera au développement du dépistage du cancer du col par ce qui sera appelé « Pap Smear ».

Jusqu'en 1990, les modalités de dépistage du cancer du col ne font l'objet d'aucun consensus en France.

---

<sup>2</sup> Données de remboursement des actes de l'Assurance maladie, Epib-Cnamts

Depuis la conférence de consensus de Lille en 1990 et les recommandations de l'ANDEM<sup>3</sup> en 1994, puis de l'ANAES<sup>4</sup> en 2002, le dépistage repose sur la pratique d'un frottis cervico-utérin triennal après 2 frottis normaux à un an d'intervalle entre 25 et 65 ans.

En 2003 puis 2008, le Conseil de l'Union européenne émet des recommandations (24) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus : l'examen de dépistage préconisé est le frottis cervico-utérin, renouvelé tous les 3 à 5 ans. Le Conseil de l'Union Européenne recommande de démarrer le dépistage à 30 ans au plus tard (mais pas avant 20 ans) et de le poursuivre jusqu'à 60 ou 65 ans. Il existe donc des différences à l'échelon européen dans l'application de ces recommandations.

Jusqu'en 2009, seuls les médecins sont autorisés à pratiquer le FCU. Depuis, les sages-femmes ont été reconnues comme compétentes pour réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention avec FCU<sup>5</sup>, sous réserve que la patiente soit adressée à un médecin en cas de situation pathologique (7).

L'arrêté du 3 février 2010 relatif à la proposition de réalisation du frottis-cervico-utérin lors du premier examen prénatal<sup>6</sup> précise qu'« à l'occasion du premier examen prénatal, [...] le médecin ou la sage-femme propose [...] un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ».

En 2010 et 2014, l'Institut National du Cancer (INCa) et le ministère des Affaires sociales et de la Santé mettent en place une Campagne Nationale de Mobilisation Contre le Cancer du Col Utérin, à la fois radiophonique et au moyen d'un dépliant d'informations sur le dépistage du cancer du col.

Un certain nombre d'expériences régionales ont été menées depuis le début des années 1990. Cinq départements ont mis en place un dépistage organisé : l'Isère, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, le Doubs et la Martinique. Par ailleurs, d'autres initiatives similaires ont été organisées à l'échelon infra-départemental (trois communes de l'agglomération lyonnaise ou certains arrondissements de Marseille). En 2010, seuls les dépistages organisés de l'Isère, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Martinique étaient encore actifs (25).

Toutefois, il n'existe toujours pas à l'heure actuelle de dépistage national systématique organisé du cancer du col de l'utérus en France.

#### 4. Les freins au dépistage

La moitié des femmes (52 %) ne seraient pas ou trop peu souvent dépistées (intervalle entre deux frottis > 3 ans). Quarante pourcents seraient trop fréquemment dépistées (intervalle entre deux frottis < 3 ans). Seules 8 % des femmes auraient un rythme de suivi adéquat (26).

L'adhésion au dépistage varie en fonction de l'âge et du régime de sécurité sociale des femmes. Le taux de couverture du dépistage est de 60 % chez les 25-34 ans, 67 % chez les femmes de 35 à 44 ans et de 60 % chez les 45-54 ans. Ce taux chute en dessous de 50 % après 55 ans. Le taux de couverture était plus bas pour les femmes affiliées au Régime Social des Indépendants (RSI ; 54%) et pour celles affiliées à la Mutualité Sociale Agricole (MSA ; 51%) sur la période 2007-2009 (26).

---

<sup>3</sup> Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale

<sup>4</sup> Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

<sup>5</sup> Article L. 4151-3 du Code de Santé Publique

<sup>6</sup> Article L.2122-1 du Code de Santé Publique

En juin 2013 (26), la HAS rappelle les freins à l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus et les actions à mettre en œuvre pour favoriser cette adhésion au dépistage.

« Quatre types de freins à la participation au dépistage ont été identifiés : les freins liés à l'accès au soin et aux professionnels de santé, les freins liés à l'organisation du dépistage, les freins liés au mode de communication avec la consultante, et les freins liés à la consultante. » Parmi les « freins liés à la consultante », la HAS mentionne « le caractère intrusif de l'examen gynécologique : l'examen gynécologique est considéré comme gênant, embarrassant (le fait de devoir se déshabiller), angoissant, inconfortable, stressant voire douloureux. »

Parmi les actions à mettre en œuvre, il conviendrait d' « aider les femmes à surmonter leur réticence à subir un examen gynécologique ».

## B. Le décubitus latéral

### 1. Le décubitus latéral dans l'histoire

#### a) *Le décubitus latéral en obstétrique*

(1) Les différentes positions d'accouchement dans le monde et dans l'histoire

Que cela soit dans l'Égypte ancienne, au Mexique, dans les fermes de Californie ou chez les indiens, les femmes ont de tout temps cherché à donner naissance dans la position qui s'imposait à elles comme la plus adaptée (27) : à partir de leurs connaissances approximatives de la configuration de la filière génitale, les peuples archaïques ont développé des positions variées pour faciliter l'accouchement : assises, accroupies, agenouillées, debout, couchées sur le dos, le côté ou le ventre, à quatre pattes ou même suspendues. Il semble que la position verticale ou semi-verticale aient été le plus souvent adoptées pour accoucher dans les communautés archaïques, suivant quelques variantes (27).

Ainsi, un hiéroglyphe égyptien signifie à la fois « être assis sur une pierre » et « donner naissance » (28) (Figures 1 et 2).



Figure 1 : *Hiéroglyphes symbolisant l'accouchement*  
In F. Leroy 'Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé

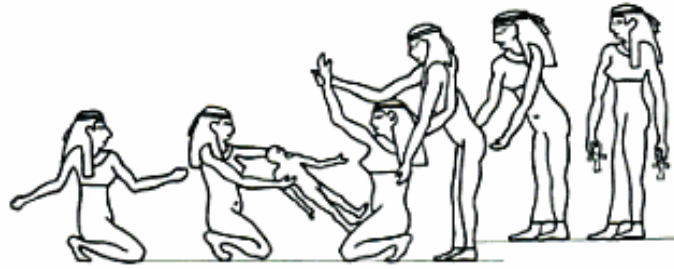


Figure 2 : *Accouchement de Cléopâtre, bas-relief du temple d'Esna*

En Amérique du Nord, des bas-reliefs indiens décrivent des positions agenouillées, accroupies ou suspendues par une corde (Figure 3) ou accrochées au cou du mari (Figure 4) (27,29).



Figure 3 : *Accouchement suspendue à une corde*  
In G. Witkowski 'Histoire des Accouchements chez tous les Peuples'



Figure 4 : *Accouchement accrochée au cou du mari*  
In G. Witkowski 'Histoire des Accouchements chez tous les Peuples'

En Afrique, des missionnaires décrivent au XIX<sup>ème</sup> siècle que les femmes se suspendaient à une perche placée horizontalement entre deux arbres (29) (Figure 5). Dans d'autres peuples, comme chez les Cafres en Afrique Australe, les femmes accouchaient accroupies (Figure 6).





Figure 5 : *Accouchement suspendue à une branche*  
In M.-L. Vautier 'Historique des Positions Obstétricales'



Figure 6 : *Accouchement accroupie*  
In G. Witkowski 'Histoire des Accouchements chez tous les Peuples'

En Europe, l'enfantement en giron consistait à remplacer la chaise par l'assistante de la sage-femme, la parturiente étant assise sur ses genoux (29) (Figure 7).



Figure 7 : *Accouchement en giron*  
In F. Leroy 'Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé'

Dans les campagnes françaises, du XVI<sup>ème</sup> au XIX<sup>ème</sup> siècle, les femmes ont recours à différentes méthodes pour se suspendre : appuis de cheminée, échelles, poutres, écheveaux de chanvre (Figure 8) ou encore entre deux chaises.



Figure 8 : *Accouchement suspendue à un écheveau*  
In G. Witkowski 'Histoire des Accouchements chez tous les Peuples'

L'accouchement en position gynécologique est une pratique récente, au regard de l'histoire de l'humanité.

Pendant plusieurs siècles, c'est la matrone, le plus souvent incompétente et illettrée, qui est le personnage essentiel de l'accouchement. Connue de tous et connaissant tout le monde, elle exerce gratuitement ses fonctions et utilise son savoir (acquis sommairement en assistant la matrone qui l'a précédée) pour rassurer et encourager les parturientes. Avant le XVII<sup>ème</sup> siècle, à la campagne, tout concourt à multiplier les risques de l'accouchement : l'isolement du village, le froid vif ou la forte chaleur, la grande fréquence du rachitisme responsable de l'enclavement de la tête du fœtus dans un bassin trop étroit, avec mort programmée de la mère et de l'enfant. A cause de l'impuissance de la médecine et de l'incompétence des matrones, on estime à 1 ou 2% la mortalité des femmes en couches dans la France du XVII<sup>ème</sup> siècle. La matrone est sous la coupe du curé et il s'agit avant tout de mettre en place la possibilité d'un baptême le plus précocement possible en cas d'accouchement dystocique et de mort néonatale (27).

En 1560, les sages-femmes sont rattachées au Collège de chirurgie. Mais jusqu'au XVI<sup>ème</sup> siècle, aucun texte ne permet de dater une quelconque organisation embryonnaire de la profession de sage-femme dans les provinces françaises. Les facultés de Médecine ne s'intéressent guère à leur formation et on sait que l'enseignement de l'art de l'accouchement reste très limité jusqu'au milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle (27) où une sage-femme, Angélique-Marguerite Le Boursier Du Coudray, est nommée par le roi Louis XV pour enseigner l'art de l'accouchement dans toute l'étendue du royaume. Essor qui se poursuivra à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle avec la création de l'Ecole des Sages-Femmes de l'hospice de maternité de Port-Royal en 1795, qui deviendra par la suite la Maternité Baudeloque.

En 1692, par un décret de Louis XIV, on essaye de remplacer la matrone incompétente par une sage-femme formée à la faculté de médecine. A la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle, les maîtres-chirurgiens commencent à s'intéresser à l'art des accouchements. Seules les populations aisées ont accès à leurs soins. Au début, les femmes acceptent de manière exceptionnelle pour les accouchements difficiles la présence d'un homme, et c'est souvent à la faveur d'un accouchement « contre nature » réussi qu'un chirurgien parvient à gagner la confiance des familles (27).

C'est enfin Louis XIV lui-même qui participera au changement des mentalités en faisant appel à un chirurgien, contrairement à l'usage, pour assister une de ses maîtresses, Mademoiselle de la Vallière, en couches. La pudeur n'est plus un obstacle. Toutes les activités de la famille royale, même les plus intimes, sont publiques. Ces patientes sédentaires, suralimentées, trop vêtues et vivant dans un grand confort sont incapables physiquement d'accoucher autrement qu'allongées (27,28).

À l'époque, la Cour de France est le modèle à suivre pour toutes les Cours d'Europe. La mode des accoucheurs gagne alors l'aristocratie et la haute bourgeoisie européenne. Les honoraires perçus étant nettement supérieurs à ceux d'une sage-femme, le recours à l'accoucheur devient rapidement pour la bourgeoisie le reflet d'une certaine aisance financière et d'un statut social supérieur. C'est, enfin, une promotion de l'état de chirurgien, jusqu'alors subalterne à celui du médecin (27).

Avec la « mode » des accoucheurs, s'impose la « mode » de l'accouchement sur le dos en position d'examen gynécologique, position adaptée à ces patientes particulières que l'on considèrerait aujourd'hui comme atteintes d'obésité. François Mauriceau (1637-1709), considéré comme le père de l'obstétrique moderne, recommande pour la première fois l'accouchement en position couchée (27). Cette position permet la surveillance du périnée, la pratique de l'épisiotomie qui apparaît à la même époque, l'utilisation de forceps, ainsi qu'un meilleur confort pour l'accoucheur. De plus, certains praticiens considérant humiliant pour un homme d'être au pied d'une femme debout, préfèrent voir la parturiente couchée (28).

Fernand Leroy (27) souligne que, « dans l'obstétrique du XVIII<sup>ème</sup> siècle, seule la position allongée devient convenable et les autres positions sont condamnées au nom de la décence. » (Figure 9)



Figure 9 : Table d'accouchement au XVIII<sup>ème</sup> siècle

In F. Leroy *Histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé*

Toutefois, plusieurs auteurs rapportent que nombre de femmes refusent d'être ainsi placées. Elles « sont dans l'habitude d'accoucher debout, les coudes accostés sur une table, les autres dans une chaise, d'autres à genoux » relate, en 1718, Pierre Dionis, chirurgien et anatomiste français, et « si l'accoucheur voulait entreprendre de leur faire changer leur manière, il aurait de la peine à y réussir ».

## (2) Le décubitus latéral

Mais la position gynécologique n'est pas adoptée par toutes les nations. À la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'accoucheur anglais Thomas Denman signale que « [en Angleterre], généralement les [parturientes] se couchent sur un lit sur le côté gauche, les genoux pliés et relevés vers l'abdomen » (Figures 10 et 11). En 1876, William Playfair indique dans son *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements* que les femmes anglaises qui accouchent ont « l'habitude » de prendre cette position, « les fesses parallèles au bord du lit, et le corps en travers », ajoutant qu'« il serait inutile d'insister pour [leur] en faire prendre une autre ».



Figures 10 : *Accouchement « à l'anglaise »*



Figure 11 : *Accouchement « à l'anglaise »*  
In *Treatise on the Science and Practice of Midwifery*, William Playfair

En 1886, G. J. Witkowski écrit dans son *Histoire des accouchements de tous les peuples* : « En 1751, Jean Burton, d'York, veut que la femme se couche sur le côté et tourne le dos à l'accoucheur; cette méthode en rapport avec la pruderie britannique, fût universellement adoptée dans le Royaume-Uni et est encore en usage de nos jours (1886). L'anglaise en mal d'enfant se couche sur le côté gauche, près du bord du lit, les jambes et les cuisses maintenues par un oreiller placé entre les genoux. "J'avoue", dit Depaul, "que je ne comprends pas au point de vue de l'accouchement, les avantages d'une pareille posture; elle m'a toujours paru incommode et moins propre à favoriser les efforts. Je suppose qu'elle est la conséquence de certaines habitudes anglaises et l'exagération du sentiment de pudeur que les femmes de ce pays portent si loin en toutes choses". Cependant il faut reconnaître que cette attitude facilite la surveillance du périnée et réduit aussi considérablement les chances des déchirures; aussi est-elle employée de nos jours dans la plupart des maternités d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse, surtout pour les primipares et au moment du passage de la tête ; les multipares dans ces pays, accouchent comme en France, [en] décubitus dorsal» (30).

En 1968, l'écrivain et médecin québécois Jacques Ferron publie une nouvelle intitulée *Le Petit William*. Il y décrit l'accouchement dans les années 1940 d'une femme britannique en décubitus latéral, et l'étonnement du médecin appelé à son chevet.

En 2002, Betty Bednarski et Vivian McAlister publient *Literature and Obstetrics : Reading Maternal Posture in Jacques Ferron's "Little William"* (31), une analyse de la nouvelle de Ferron, et plus spécifiquement de la position latérale qui y est décrite. Selon eux, le décubitus latéral est décrit dans le roman comme « une coutume "dite britannique" car perçue au travers du regard amusé d'un Français. » Le jeune médecin du roman est mis en échec par la parturiente, lui qui est « habitué à tout contrôler » lorsqu'il dit : « A l'hôpital nous n'avions pas ces sortes de complications : les femmes sont attachées et à notre entière disposition. » Ils

rappellent que la position en décubitus latéral était déjà utilisée en obstétrique en Grande-Bretagne plus d'un siècle avant Sims et qu'elle est restée la position usuelle jusqu'au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle. En 1752, William Smellie distingue « the London position » et « the Parisian position » : en effet, le décubitus latéral est peu évoqué dans les manuels français, sauf de façon anecdotique dans le *Précis d'Obstétrique* des canadiens Maygrier et Schwab (1909) : « La position latérale est utilisée en Angleterre et dans certains autres pays comme l'Autriche et l'Allemagne ». Dans le roman de Ferron, la position latérale est décrite à la fois comme un challenge pour le médecin, et comme une affirmation de la prise de contrôle par la patiente. Enfin, « au-delà du fait que la position latérale permet une plus grande pudeur, elle est également plus confortable et familière puisque de nombreuses femmes dorment déjà dans cette position. »

En France, c'est le Docteur Bernadette De Gasquet qui popularise le décubitus latéral, notamment dans son livre *Accouchement, la méthode De Gasquet* (32) et au sein de son institut (33).

Dès 1993, elle aborde dans sa thèse *L'incontinence urinaire d'effort chez les multigestes. Constat, propositions de prévention en pré, per et post-partum* la question du positionnement de la parturiente durant l'accouchement. Elle propose, pour l'accouchement, de laisser aux femmes une plus grande liberté de positions au cours du travail et un aménagement de la position gynécologique, afin de réduire le risque d'incontinence (34).

Depuis 2002, elle propose des formations sur l'accouchement en décubitus latéral, et de façon plus générale sur les postures à adopter pendant le travail, à l'accouchement et pendant les suites de couches. Cette méthode fait l'objet d'une marque déposée *APPROCHE POSTURO RESPIRATOIRE B de GASQUET®*.

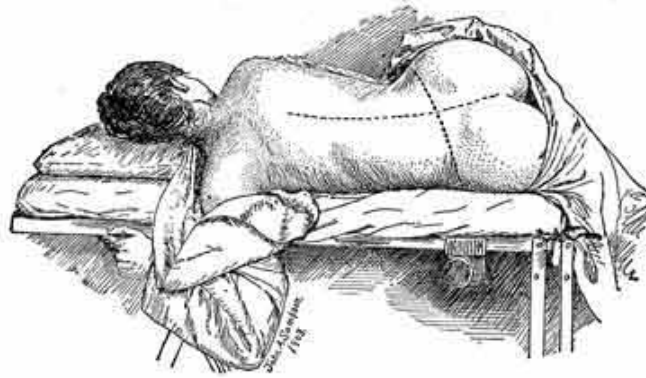
Les études qu'elle a menées sur les positions d'accouchement ont permis d'une part de répondre à une demande croissante de retour à l'accouchement physiologique. D'autre part, elles ont permis aux patientes de se réapproprier leur accouchement en leur donnant accès à l'information par le biais d'ouvrages grand public (32). Enfin, elles ont abouti à la modification de certaines pratiques médicales concernant le déroulement de l'accouchement (35).

### **b) Le décubitus latéral en chirurgie : James Marion Sims**

Si le décubitus latéral est donc bien connu des obstétriciens britanniques, il l'est dans une moindre mesure des chirurgiens.

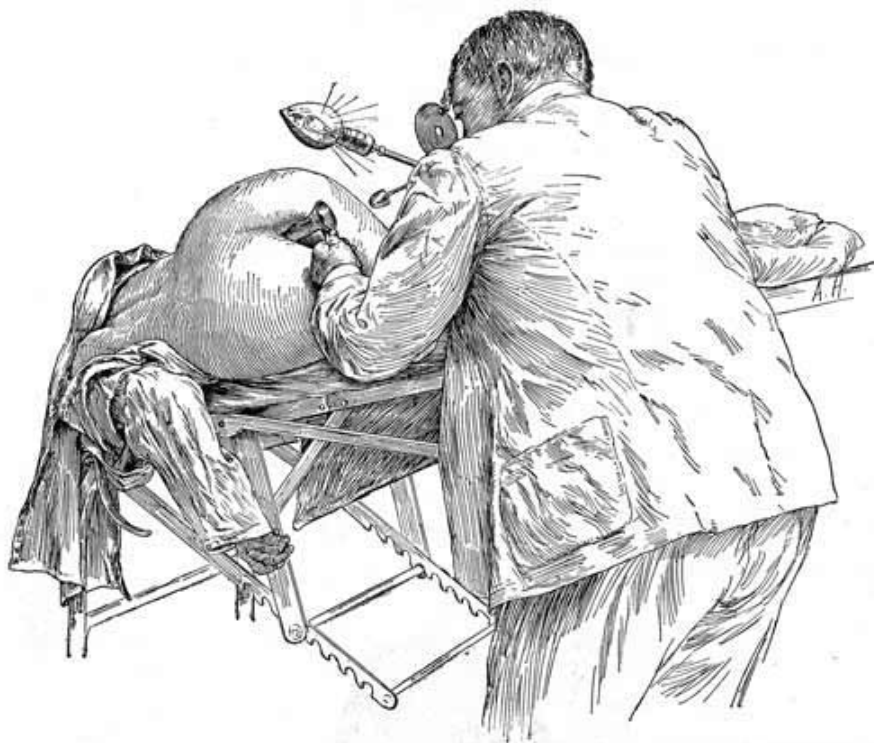
En effet, cette position est également appelée « position de Sims », du nom du médecin l'ayant diffusée (sinon inventée), James Marion Sims.

James Marion Sims (1813-1883) est un chirurgien américain considéré par certains comme le pionnier de la gynécologie (36). C'est sa contribution à la réparation des fistules recto-vaginales – jusqu'alors mal prises en charge – qui lui fera acquérir sa renommée. En 1845, il découvre que de l'air entre dans le vagin lorsque la femme est examinée en position genu pectorale. Il va alors améliorer cette position (Figures 12 et 13) et perfectionner sa technique chirurgicale, notamment en utilisant du fil de suture en argent et en inventant le speculum qui porte son nom. (37)



Showing position of legs, chest, and pelvis, especially inclination of pelvis by which viscera are poured into abdomen.

Figure 12 : Dessin tiré du "Gynecology" du Dr Howard Kelly (1928) montrant la position de Sims



—INTRODUCING CYLINDRICAL METAL SPECULUM WITH STOUT HANDLE FOR EXAMINATION AND TREATMENTS IN SIMS POSTURE.

Figure 13 : Dessin tiré du "Gynecology" du Dr Howard Kelly (1928) montrant la position de Sims

### c) Le décubitus latéral en proctologie

L'examen proctologique peut s'effectuer dans plusieurs positions : décubitus dorsal avec pieds dans les étriers, position genu pectorale, position de Sims. Une seule étude (38) s'intéresse au point de vue des patient-e-s sur la position utilisée pour l'examen proctologique. Dans cette étude, les patients interrogés sont plus nombreux à préférer la position de Sims, même s'ils laissent au médecin le choix de la posture pour obtenir le diagnostic le plus fiable. Bien qu'une seule étude ait été publiée sur le ressenti et les

préférences des patients, la position de Sims est depuis longtemps (39) mentionnée dans les études et manuels (40) de proctologie.

#### d) *Le décubitus latéral en gynécologie : l'Angleterre*

L'examen gynécologique existe depuis l'Antiquité. Pour des raisons de pudeur, il est à cette époque confié à des femmes (41).

Dans leur *Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours*, Sylvie Arnaud-Lesot et Bernard Hoerni reviennent sur la pratique de l'examen gynécologique. « Il est ensuite presque complètement abandonné par le corps médical [et] seuls les chirurgiens s'y livrent, notamment les accoucheurs, à partir du XVII<sup>e</sup> siècle. »

Par la suite, et « malgré la diffusion de ces connaissances, dont témoigne la publication de plusieurs traités “des maladies des femmes”, nombreux sont encore les médecins français qui, au moins jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle, continuent à prescrire pour les affections des organes génitaux féminins d'après le récit des malades, sans les examiner.

Plusieurs raisons à cette négligence, dont certaines énoncées de façon détournée, en 1847, par François-Louis Pichard, lorsqu'il expose pourquoi les femmes accordent ordinairement leur préférence aux accoucheurs pour le traitement des maladies propres à leur sexe : ils ont “plus présents à la mémoire les détails anatomiques appropriés à la connaissance de ces maladies, et [sont] plus familiarisés que tous les autres avec les habitudes des femmes, non seulement ils connaissent mieux le langage qui peut les convaincre de la nécessité de faire le sacrifice de pudeur que requiert [l'examen de leurs parties génitales]; mais encore ils savent parfaitement, dans leur conduite en cette occurrence, tenir le juste milieu entre un excès de timidité qui pourrait laisser craindre de l'inexpérience et des formes brusques qui s'écarteraient évidemment du respect que commandent si impérieusement les convenances et l'humanité dans une pareille [circonstance].”

Ainsi, l'incompétence du médecin, son inhabileté, sa timidité, son manque d'égards compromettent la réalisation de l'examen tout autant que les résistances des femmes à s'y prêter, si souvent dénoncées à cette époque. Le dégoût enfin, peut retenir certains de pratiquer un toucher vaginal. La malpropreté est alors certaine, notamment celle de “l'entrecuisse”, et ce dans toutes les classes de la société. L'usage de doigts ou de gants en caoutchouc ne se répandra qu'à partir du siècle suivant.

Les conditions matérielles de cet examen ont également beaucoup évolué. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle et dans la pratique civile, la femme est souvent examinée debout, sous ses jupes (Figure 14). L'application plus systématique du spéculum réclamera qu'elle s'allonge sur des fauteuils-lits à dossier inclinable ou sur des tables munies d'étriers, mais elle gardera longtemps chemise, chaussures et même chapeau. »



Figure 14 : *Toucher vaginal de la femme debout.*  
In Maygrier JP. *Nouvelles démonstrations d'accouchements* (41)

De nos jours, l'examen gynécologique est le plus souvent pratiqué en décubitus dorsal (examen gynécologique « classique ») : les pieds de la patiente calés dans des étriers, et le périnée installé au bord de la table d'examen, le soignant se tenant entre les jambes de la patiente (Figure 15).



Figure 15 : *Position gynécologique « classique »*

Mais des alternatives à cette position existent : décubitus dorsal sans étrier (Figure 16), position du lotus ou « frog-legs position » (Figure 17).





Figure 16 : *Décubitus dorsal sans étrier*



Figure 17 : *Position « du lotus »*

Des études sur le ressenti des femmes lors de la réalisation d'examens gynécologiques dans des positions alternatives à la position « classique » (décubitus dorsal sans étrier, position « du lotus ») concluent à une diminution de l'embarras et la gêne des femmes, du sentiment de vulnérabilité, de l'inconfort. Ainsi, d'après M. Greiver (42), « lors de l'examen en décubitus dorsal sans étrier, les patientes n'ont plus à descendre jusqu'au bout de la table, ce qui aide à diminuer le sentiment d'intrusion de l'examen ». Une étude randomisée menée sur 197 patientes (12) consultant pour un examen gynécologique de routine a analysé l'influence des étriers sur l'inconfort et la sensation de vulnérabilité des femmes chez lesquelles on pratique des frottis vaginaux : « leur abandon au profit d'un prolongement de la table d'examen diminue significativement leur stress et réduit par là même leurs réticences à [accepter] l'examen » (41).

Une autre position d'examen gynécologique existe : la position en décubitus latéral (ou « position latérale » ou « examen à l'anglaise ») (Figure 18).



Figure 18 : *Position en décubitus latéral gauche*

Le décubitus latéral est surtout utilisé en Angleterre en obstétrique. Mais il est également décrit pour l'examen au spéculum.

En 1988 paraît dans le *British Medical Journal* un article du Docteur James Owen Drife intitulé *Lateral Thinking in Gynaecology* (43). Il y rappelle que le décubitus latéral était présent dans les manuels britanniques de gynécologie du début du XX<sup>ème</sup> siècle : « Il y a 50 ans, les manuels anglais déclaraient que “dans ce pays, il est habituel de pratiquer l’examen vaginal chez une patiente installée en position latérale gauche.” ». Toutefois, il rappelle également que « de nos jours [1988], 45% des gynécologues britanniques n’utilisent jamais la position latérale [...], 29% l’utilisent dans des circonstances spécifiques – en particulier pour l’examen de prolapsus vaginaux – leur premier choix allant malgré tout au décubitus dorsal. Parmi les 26% qui préfèrent la position latérale, la moitié l’utilisent à la fois pour la palpation bimanuelle et l’examen au spéculum, tandis que l’autre moitié l’utilise uniquement pour l’examen au spéculum. (44) ». D’après lui, « ces variations ne semblent pas liées à une ouverture d’esprit dans les pratiques, mais plutôt à la géographie et à l’âge des gynécologues. En effet, en Ecosse, la position latérale n’est quasiment jamais utilisée, “et la position latérale est généralement préférée dans les manuels anglais. En Angleterre, la position latérale tend à être préférée par les praticiens les plus âgés et ceux exerçant dans la région de Liverpool et le Sud.” Bien que cette répartition puisse être le fait du hasard, Amias suggère qu’elle est plus probablement le reflet des disparités entre les différentes universités. A l’heure actuelle, les manuels anglais décrivent plusieurs positions pour pratiquer un examen gynécologique, soulignant que “chacune a ses avantages et ses inconvénients” et que “le fait de se cantonner strictement à l’une ou l’autre est réducteur” ».

Dans son roman *Le Chœur des Femmes* (55), l’écrivain et médecin Martin Winckler décrit la position en décubitus latéral et la compare à la position classique, notamment en ce qui concerne la pudeur. La narratrice est une interne, majeure de sa promotion et souhaitant se destiner à la chirurgie gynécologique. Pour valider son internat, elle est contrainte à aller travailler dans un service appelé : « Médecine des femmes ». Ce livre raconte, au fil des semaines, le face à face puis le dialogue, entre cette interne et son chef de service, plus âgé, et ayant une conception du soin envers les femmes radicalement opposée à la sienne. C’est la rencontre formative entre ces deux personnages et un troisième : les patientes du service. L’idée fondamentale est que ce ne sont pas les aînés qui enseignent aux plus jeunes, mais que ceux-ci, *avec les patientes*, apprennent et enseignent tous en même temps.

Il y aborde notamment la question de la position de l’examen gynécologique, et la place du décubitus latéral.

Enfin, le médecin et blogueur Borée, après s’être formé à l’examen gynécologique en décubitus latéral, raconte sur son blog sa première expérience (45) de frottis réalisé dans cette position et en propose des schémas descriptifs (46)<sup>7</sup>.

## 2. Bénéfices et inconvénients du décubitus latéral

### a) Bénéfices du décubitus latéral

Les bénéfices anatomiques du décubitus latéral ont été assez largement décrits en obstétrique lors des accouchements : relâchement des muscles, agrandissement du diamètre bi-épineux, réduction de la durée des efforts expulsifs, diminution des lésions périnéales sévères, diminution du recours à l’épisiotomie, diminution des besoins en analgésiques

---

<sup>7</sup> Ces schémas sont repris dans le chapitre « Etude réalisée : Populations et Méthode »

(28,29,47), diminution de la compression de la veine cave, possibilité pour la parturiente de se « verticaliser » plus facilement en passant en position « à quatre pattes ».

A l'inverse, peu de textes font état des bénéfices anatomiques de l'usage du décubitus latéral pour l'examen gynécologique.

Dans le courrier des lecteurs du *American Family Physician*, le médecin américain Walter Schnur (48), alors étudiant en médecine, raconte son expérience du décubitus latéral en Australie, au début des années 1950. Selon lui, « les avantages de cette position sont [...] une meilleure visualisation de la totalité du vagin [et] du col pour les frottis et les biopsies, des glandes facilement palpables, la visualisation et quantification de cystocèles, rectocèles, prolapsus utérins ».

James Owen Drife (43) évoque l'intérêt du décubitus latéral pour « l'examen des prolapsus et des patientes ayant une abduction de hanche limitée ou souffrant de pathologie cardiaque ou respiratoire ».

A notre connaissance, il n'existe pas d'autre référence bibliographique sur les bénéfices anatomiques du décubitus latéral pour l'examen gynécologique.

Concernant les bénéfices du décubitus latéral sur le vécu de l'examen gynécologique par les patientes, nous n'avons trouvé aucune étude.

Dans son *Lateral Thinking in Gynaecology* (43), James Owen Drife évoque brièvement le fait que « les gynécologues britanniques se sont toujours accordés à dire que les patientes sont embarrassées par la position en décubitus dorsal, qui est classiquement utilisée pour l'examen des patientes non anesthésiées en Europe et aux Etats-Unis. Cependant, aussi bien les 'dorsalistes' que les 'latéralistes' revendiquent le fait que 'leur' position est moins bouleversante pour la patiente ». Il rappelle que « le décubitus dorsal permet de maintenir un contact visuel entre médecin et patient, et que la plupart des gynécologues pensent que cela rassure les femmes plutôt que cela n'augmente leur gêne ». Mais que « le décubitus latéral pourrait être plus indiqué pour les patientes timides ou anxieuses, les jeunes filles, les femmes âgées n'ayant jamais été mariées, et les femmes issues de minorités ethniques. »

## **b) Inconvénients du décubitus latéral**

Les inconvénients du décubitus latéral ont été assez largement décrits en obstétrique. L'inconvénient majeur semblerait être l'augmentation des pertes sanguines lors des hémorragies de la délivrance. Cette augmentation pourrait être due soit à l'inconfort relatif de la position de la parturiente pour le praticien (par exemple : difficulté à atteindre le cathéter veineux) (47), soit à une difficulté de quantification des pertes sanguines en décubitus latéral (29), soit à un retard de prise en charge en raison de la nécessité de réinstaller la patiente en décubitus dorsal (29).

En gynécologie, peu de textes font état des inconvénients du décubitus latéral. Dans le courrier des lecteurs du *American Family Physician* (49), le médecin américain Gloria Bachmann en réponse au docteur Walter Schnur (48) revient sur l'importance, en décubitus latéral comme dans les autres positions, que l'examineur soit à l'aise avec la position d'examen qu'il utilise.

D'un point de vue anatomique, le décubitus latéral favorise l'orientation antérieure du spéculum, ce qui pourrait rendre plus difficile le repérage d'un col postérieur.

En dépit de ces inconvénients, le décubitus latéral pour l'examen gynécologique de dépistage apparaît comme une alternative à considérer pour certaines femmes. L'objectif de notre étude est de recueillir le ressenti des patientes à l'égard de cette position.

## II. Etude réalisée : Populations et Méthode

Avant de détailler les populations de soignants et de patientes de notre étude, nous décrirons la position utilisée pour les examens gynécologiques en décubitus latéral dans notre étude.

### A. Description de la position

La position en décubitus latéral pratiquée pour les examens gynécologiques qui font l'objet de notre étude est une variante de la position de Sims et de la position en décubitus latéral obstétricale.

La position de Sims classique est un décubitus latéral en position fœtale : les deux jambes sont collées l'une contre l'autre, et les genoux remontés vers le tronc.

Dans la position en décubitus latéral en obstétrique, la jambe du dessus est pliée et surélevée au moyen d'un oreiller.

La position en décubitus latéral telle que nous l'entendons est une position en chien-de-fusil, plutôt latéro-ventrale que latérale. Elle ressemble à la position adoptée en secourisme pour la position latérale de sécurité (PLS). Pour un examinateur droitier, la patiente s'installe en décubitus latéral gauche : la jambe gauche de la patiente est tendue, la jambe droite est fléchie et le genou posé sur la table d'examen.

Les figures 19 à 23 (in <http://boree.eu>) illustrent la position en décubitus latéral, ainsi que la réalisation d'un examen au spéculum dans cette position.

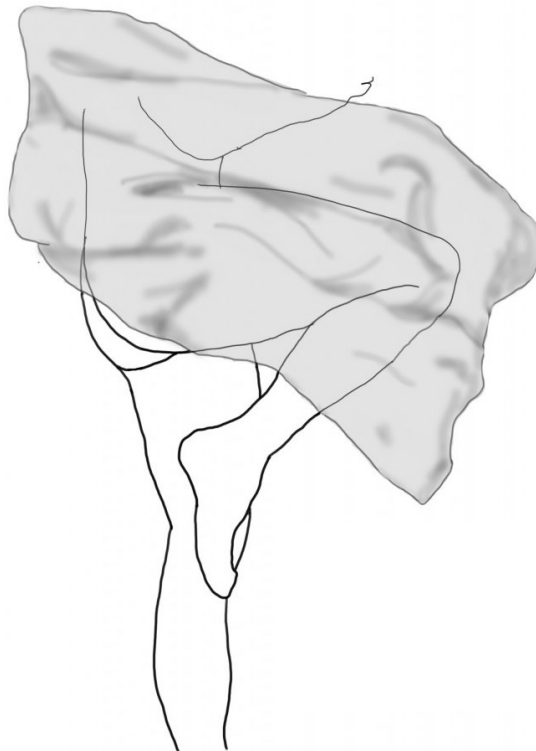


Figure 19 : Examen gynécologique en décubitus latéral – vue de dessus

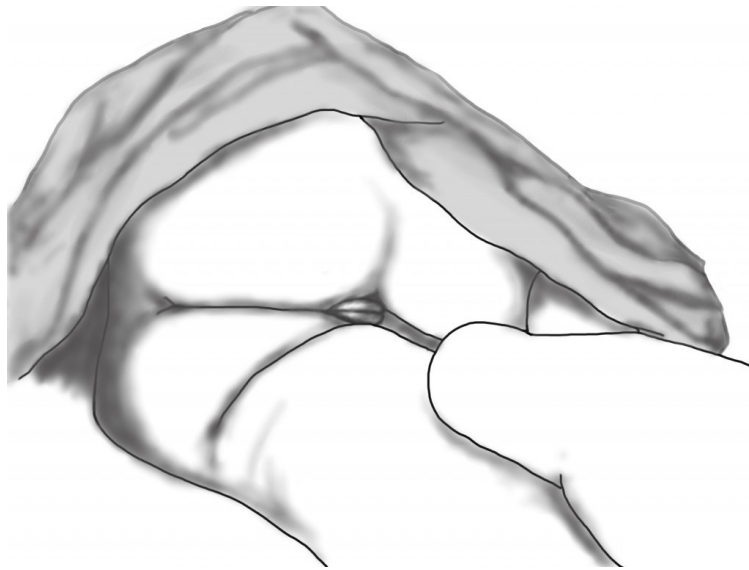


Figure 20 : *Examen gynécologique en décubitus latéral – vue depuis la table*

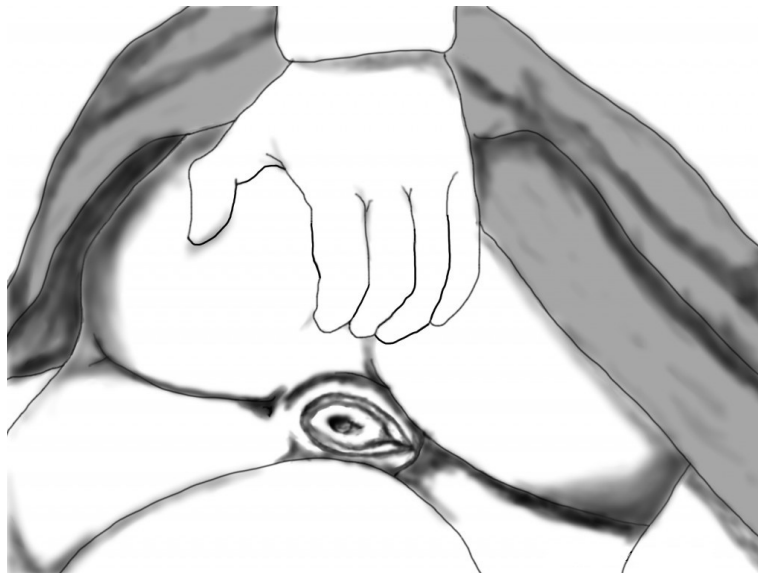


Figure 21 : *Examen gynécologique en décubitus latéral – placement du soignant*

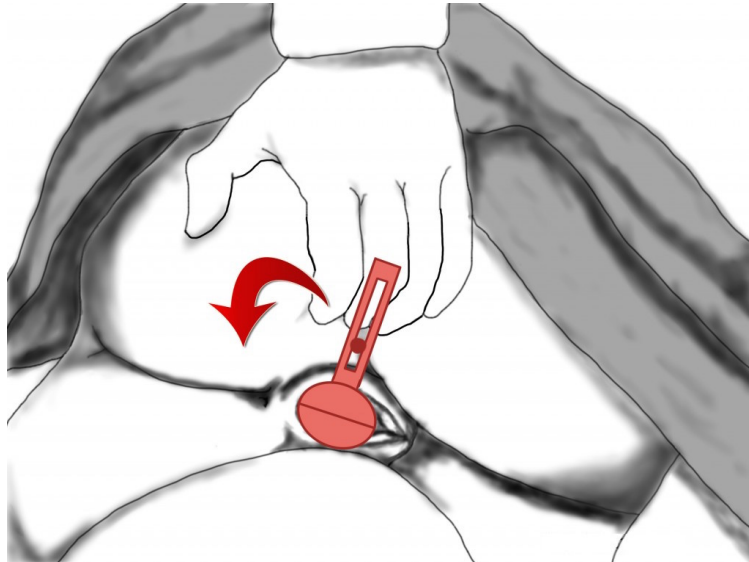


Figure 22 : Examen gynécologique en décubitus latéral – mise en place du spéculum

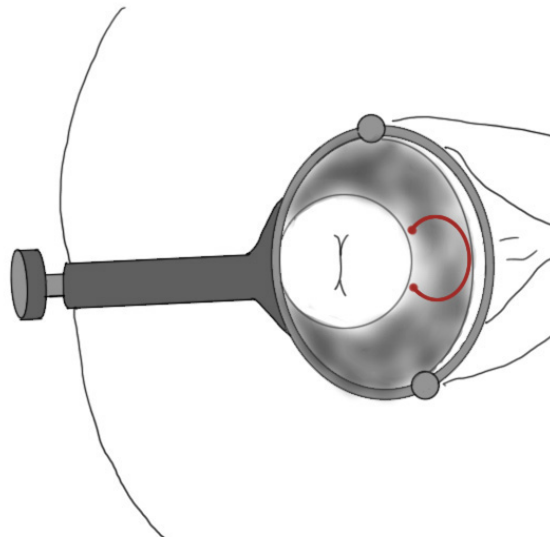


Figure 23 : Examen gynécologique en décubitus latéral – visualisation du col (lèvre supérieure du col à droite)

## B. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive non interventionnelle effectuée à partir de questionnaires visant à évaluer le ressenti des femmes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

## C. Populations

### 1. Critères d'inclusion et période d'enquête

Les critères d'inclusion des patientes sont le fait d'avoir bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral – que cet examen ait été mené jusqu'à son terme en

décubitus latéral ou bien qu'il ait nécessité un passage en décubitus dorsal – pendant la période d'enquête auprès d'un des soignants participant à l'étude.

Le questionnaire a été élaboré à partir du questionnaire de M. Marmier (16), puis a été relu en août 2013 par des patientes-test et des relecteurs n'appartenant pas au milieu médical. Le questionnaire a été distribué à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013. L'inclusion des questionnaires reçus a eu lieu jusqu'au 31 août 2014, soit un an après le début de l'étude. Cette durée a été choisie de façon à recueillir un nombre important de questionnaires, tout en permettant de consacrer le temps nécessaire à l'analyse statistique des données. La totalité des questionnaires reçus a été analysée, y compris les questionnaires incomplets.

## **2. Critères d'exclusion**

Sont exclues de l'étude les femmes ne sachant pas lire et/ou écrire le français, ainsi que les femmes ayant eu avant l'étude un examen en décubitus latéral, mais n'ayant pas été examinées en décubitus latéral au moment de la remise du questionnaire. Les femmes ne souhaitant pas répondre au questionnaire ne sont pas incluses.

## **3. Recrutement des soignants**

Les questionnaires à destination des patientes ont été remis à des soignants (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) pratiquant l'examen gynécologique en décubitus latéral. Ces soignants ont été recrutés sur la base du volontariat, à partir d'une liste de soignants ayant reçu une formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral par un gynécologue<sup>8</sup>. Dans un deuxième temps, par le bouche à oreille entre ces soignants et les confrères qu'ils savaient pratiquer l'examen gynécologique en décubitus latéral, ainsi que sur les réseaux sociaux, d'autres soignants ont été recrutés.

Sur les 57 soignants contactés, 22 ont accepté de participer à l'étude et les patientes de huit d'entre eux nous ont renvoyé leur questionnaire. Le diagramme des flux des soignants et questionnaires est récapitulé dans la figure 24.

---

<sup>8</sup> Dr Haddad, gynécologue-obstétricien, Centre Hospitalier de Périgueux, Obstétricien de l'Equipe de Coordination du Réseau PériNat Aquitaine (réseau de santé en périnatalité à Bordeaux), Enseignant au DU *Régulation des Naissances* du Pr Claude Hocke à Bordeaux



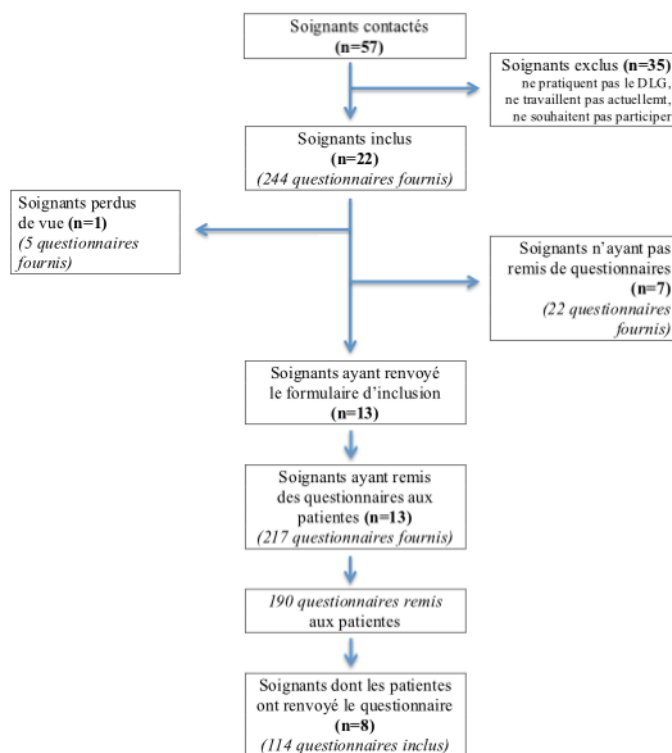


Figure 24 : Flux des soignants et questionnaires dans l'étude

#### D. Méthode de recueil des données

Dans un premier temps, les soignants ont été inclus dans l'étude en remplissant le questionnaire « soignant » (Annexe 1) recueillant des données démographiques (âge, sexe, nombre d'années d'exercice, profession, lieu d'exercice, mode d'exercice, fréquence de réalisation d'examens gynécologiques) et des données concernant leur connaissance et leur utilisation du décubitus latéral.

Dans un deuxième temps, ils ont remis un questionnaire « patientes » (Annexe 2) à toute patiente examinée en décubitus latéral. Ce questionnaire est composé de deux parties.

La première est remplie par le soignant en fin d'examen et porte sur l'examen effectué (objet de l'examen, difficultés rencontrées, type de spéculum et de lubrification utilisés).

La seconde partie est destinée à être complétée par les patientes. Elle recueille en premier lieu des données démographiques et physiques (âge, poids) et de l'histoire médicale de la patiente (âge du premier examen, nombre d'examens antérieurs). Puis les patientes sont questionnées sur l'examen gynécologique qu'elles viennent d'avoir en décubitus latéral (déroulement, vécu). Le vécu de l'examen en décubitus latéral est exploré de façon chiffrée sur quatre dimensions (douleur, anxiété, confort, pudeur), mais également au moyen de réponses libres et courtes sur les points positifs et négatifs du décubitus latéral (et de la position « classique » pour les patientes ayant déjà été examinées en décubitus dorsal).

Les patientes peuvent remplir le questionnaire chez elles et nous le renvoyer par la poste au moyen d'une enveloppe pré-timbrée. Elles ne remettent pas le questionnaire directement au soignant à l'issue de la consultation pour éviter que leurs réponses ne soient influencées. Le consentement est considéré comme implicite dès lors que les participantes sont d'accord pour remplir le questionnaire et le renvoyer par voie postale.

## E. Analyse

### 1. Critères de jugement

#### a) Critère principal de jugement

Le critère principal de jugement est le ressenti des patientes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Les patientes sont questionnées sur l'examen gynécologique qu'elles viennent d'avoir en décubitus latéral. Leur ressenti est étudié selon quatre dimensions : l'anxiété, la douleur, l'inconfort et le respect de la pudeur.

Ces quatre dimensions sont notées de manière chiffrée, de 1 à 5 (Figure 25). La plus mauvaise note possible est 1/5 : très douloureux, beaucoup d'anxiété, très inconfortable, pas du tout respectueux de la pudeur. La meilleure note possible est 5/5 : pas du tout douloureux, aucune anxiété, pas du tout inconfortable, respectueux de la pudeur.

- **Confort global** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Très inconfortable  1  2  3  4  5 Pas du tout inconfortable
- **Douleur** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Très douloureux  1  2  3  4  5 Pas du tout douloureux
- **Pudeur** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Ne respectant pas du tout votre pudeur  1  2  3  4  5 Respectueux de votre pudeur
- **Anxiété** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui source de :  
Beaucoup d'anxiété  1  2  3  4  5 Aucune anxiété

Figure 25 : Extrait du questionnaire « patientes »

Ces quatre dimensions ont ensuite été analysées de façon à rechercher un lien éventuel avec des variables potentiellement explicatives déterminées lors de la rédaction du questionnaire (nombre d'examens gynécologiques antérieurs, fait de s'attendre à être examinée, motif de consultation, soignant ayant rapporté des difficultés lors de l'examen, modalités de déroulement de l'examen).

#### b) Critères secondaires de jugement

Les critères secondaires sont la comparaison par les patientes de l'examen gynécologique en position latérale par rapport à celui en position « classique », ainsi que la projection des patientes dans le futur vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

La comparaison par les patientes ayant déjà eu un examen gynécologique en position « classique » entre l'examen en décubitus latéral et l'examen en position « classique » porte sur les quatre mêmes dimensions que le critère principal de jugement, ainsi que sur la facilité d'installation.

La projection des patientes vis-à-vis de l'examen en décubitus latéral porte sur le fait de souhaiter être à nouveau examinée en décubitus latéral et sur le fait de vouloir faire connaître l'examen en décubitus latéral à une amie.

## 2. Analyse statistique

Tous les questionnaires qui nous ont été renvoyés (complets ou incomplets) ont été analysés.

Les données des questionnaires ont été saisies sur le logiciel EpiData et analysées avec le logiciel EpiInfo après constitution d'une base Excel. Les tests d'analyse statistique utilisés sont le Chi-2 (ou le Fisher's Exact Test lorsque les effectifs sont trop petits) pour les variables binaires ou catégorielles avec un risque alpha de 5%. Les graphiques ont été réalisés sous Excel.

Les quatre dimensions (douleur, anxiété, confort, pudeur) ont d'abord été analysées en séparant chaque note (de 1/5 à 5/5). Dans un second temps, pour l'analyse croisée avec des variables potentiellement explicatives, les notes ont été regroupées afin de former des sous-ensemble homogènes et d'effectifs suffisants pour l'analyse : douleur faible (note 4/5 ou 5/5) / douleur moyenne à forte (note 1/5, 2/5 ou 3/5), anxiété faible (note 4/5 ou 5/5) / anxiété moyenne à forte (note 1/5, 2/5 ou 3/5), assez ou très confortable (note 3/5, 4/5 ou 5/5) / peu ou pas confortable (note 1/5 ou 2/5), pudeur respectée (note 4/5 ou 5/5) / pudeur peu ou pas respectée (note 1/5, 2/5 ou 3/5).

Les réponses libres et courtes sur les points positifs et négatifs des positions en décubitus latéral et « classiques » ont permis de mettre en évidence de nouvelles variables potentiellement explicatives (fait de voir ou ne pas voir le soignant durant l'examen, position des jambes, position des fesses) que nous avons prises en compte dans l'analyse.

### III. Résultats

#### A. Description des populations

##### 1. Population des soignants

###### a) Soignants ayant répondu au questionnaire « soignant »

Le groupe de professionnels de santé sollicités pour participer à l'étude est composé de 22 soignants. Parmi eux, 13 ont répondu au questionnaire « soignant » : un gynécologue homme travaillant en milieu hospitalier, et douze femmes. Parmi elles, quatre sages-femmes et huit médecins généralistes. Trois sages-femmes libérales exercent en milieu semi-rural, et une sage-femme salariée exerce en milieu urbain. Quatre médecins généralistes dont trois n'ayant pas de Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie exerçant en libéral, et quatre ayant un DU de gynécologie et occupant un poste salarié.

L'âge des professionnels de santé est compris entre 30 et 52 ans.

La quasi-totalité des soignants a une pratique courante de la gynécologie puisqu'ils pratiquent entre « *plusieurs examens gynécologiques par semaine* » et « *plusieurs examens gynécologiques par jour* » depuis 5 à 30 ans. Deux soignants n'ont qu'un an d'ancienneté et un seul pratique moins d'un examen gynécologique par an.

Dix ont appris l'existence de l'examen en décubitus latéral par un autre professionnel de santé (trois par ce professionnel seul et sept par le professionnel ainsi que leur formation médicale continue, leurs lectures ou internet), un par ses lectures seules et deux par internet. Aucun n'a été sensibilisé au décubitus latéral durant ses études, ni par une patiente. Cinq se sont formés seuls et sept ont suivi une formation auprès d'un professionnel de santé pratiquant le décubitus latéral.

Ils pratiquent l'examen en décubitus latéral depuis une période de temps allant de 1 à 5 ans.

Leur proportion d'examens gynécologiques pratiqués en décubitus latéral par rapport au nombre d'examens gynécologiques totaux est de 40% (la plus petite proportion d'examens en décubitus latéral est de 10%, la plus grande de 90%).

###### b) Soignants ayant inclus des patientes

Le groupe de professionnels de santé dont les patientes ont renvoyé les questionnaires est composé de huit soignants : un gynécologue homme travaillant en milieu hospitalier, et sept femmes. Parmi elles, deux sages femmes libérales exerçant en milieu semi-rural, et cinq médecins généralistes dont deux n'ont pas de Diplôme Universitaire (DU) de gynécologie et exerçant en libéral, et trois ayant un DU de gynécologie et occupant un poste salarié.

L'âge des professionnels de santé est compris entre 33 et 51 ans.

Tous les soignants ont une pratique courante de la gynécologie puisqu'ils pratiquent entre « *plusieurs examens gynécologiques par semaine* » et « *plusieurs examens gynécologiques par jour* » depuis 5 à 19 ans.

Six ont appris l'existence de l'examen en décubitus latéral par un autre professionnel de santé (deux par ce professionnel seul et quatre par le professionnel ainsi que leur formation

médicale continue, leurs lectures ou internet), un par ses lectures seules et un par internet. Aucun n'a été sensibilisé au décubitus latéral durant ses études, ni par une patiente. Quatre se sont formés seuls et quatre ont suivi une formation auprès d'un professionnel de santé pratiquant le décubitus latéral.

Ils pratiquent l'examen en décubitus latéral depuis une période de temps allant de 1 à 5 ans. Leur proportion d'examens gynécologiques pratiqués en décubitus latéral par rapport au nombre d'examens gynécologiques totaux est de 50% (la plus petite proportion d'examens en décubitus latéral est de 10%, la plus grande de 90%).

## 2. Population des patientes décrivant l'examen

Cent-quatorze femmes ont participé à l'étude, renseignant donc leur ressenti sur 114 examens gynécologiques en décubitus latéral.

La moyenne d'âge des patientes est de 31 ans (médiane = 29 ans). La plus jeune a 17 ans et la plus âgée a 77 ans. Parmi les 113 femmes ayant renseigné leurs mensurations (poids et taille), 71% des patientes (n= 80) ont un indice de masse corporelle (IMC) normal (IMC = 18-25), 15% (n=17) sont en surpoids (IMC = 25-30) et 6% (n=7) présentent une obésité (IMC>30). Huit pourcents (n=9) sont en sous-poids (IMC<18).

Quatre-vingt-cinq femmes ont renseigné l'âge de leur premier examen gynécologique : celui-ci a eu lieu en moyenne à 17 ans et demi (le plus tôt à 11 ans, le plus tard à 25 ans).

Concernant l'expérience antérieure de l'examen gynécologique en décubitus latéral, vingt patientes (17,5%) ont déjà été examinées en décubitus latéral.

Trente-trois patientes (29%) en ont déjà entendu parler : 52% (dix-sept patientes) par un professionnel de santé et 21% (sept patientes) par un média (lectures, internet, télévision). Deux patientes l'ont connu en se renseignant pour un accouchement, une patiente est sage-femme et en a entendu parler pendant ses études, une patiente en a entendu parler par une amie. Cinq patientes (15%) n'ont pas précisé par quel moyen elles ont connu le décubitus latéral.

Les caractéristiques des patientes incluses sont résumées dans le tableau 1 ci dessous.

Tableau 1 : *Caractéristiques des patientes ayant participé à l'étude*

Nombre de femmes interrogées		114
Age moyen (années) (médiane)		31 ans (29)
IMC (%)	< 18	8%
	18-25	71%
	25-30	15%
	> 30	6%
Age du premier examen gynécologique (années) (maxima)		17,5 ans (11 - 25)
Patientes ayant déjà eu un examen gynécologique en décubitus latéral (%)		17,50%
Patientes ayant déjà entendu parler de l'examen en décubitus latéral (%)		29%
Nombre d'examens gynécologiques antérieurs (%)	aucun	6%
	≥ 1	94%

## B. L'examen gynécologique en décubitus latéral

### 1. Déroulement de l'examen

Concernant les difficultés rencontrées par les soignants lors des examens gynécologiques étudiés, dans une grande majorité des cas (86%), ils n'en ont pas rapportées. Pour la moitié des examens pendant lesquels les soignants ont rencontré des difficultés, celles-ci ont été résolues sans avoir besoin de faire changer la patiente de position.

Concernant l'examen gynécologique étudié, pour sept patientes (6%), cet examen est le premier, et cent-sept patientes (94%) ont déjà eu au moins un examen gynécologique par le passé. Dans la quasi totalité des cas (91%), elles s'attendent à être examinées lors de cette consultation.

L'ensemble des motifs de consultation est développé dans le tableau 2. On retiendra que près de la moitié (41%) des motifs de consultation est la demande de pose ou retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU). A l'exception de trois patientes, toutes les patientes ont le souvenir d'avoir reçu une information, que cela soit avant l'examen, pendant l'examen, ou tout au long de la consultation.

Les examens gynécologiques sont réalisés pour une grande majorité (76%) en recouvrant la patiente d'un drap, pour la quasi-totalité (96%) en ne déshabillant que le bas, et pour environ la moitié (58%) en installant un oreiller à la tête de la patiente.

Les modalités de déroulement des examens gynécologiques en décubitus latéral sont développées dans le tableau 2.

Tableau 2 : *Modalités de déroulement des examens en décubitus latéral*

Nombre d'examen sans difficulté rapportée par le soignant n (%)		98 (86%)
Motif de consultation* n (% des consultations)	DIU	47 (41%)
	frottis	36 (32%)
	pertes	26 (23%)
	IST	12 (11%)
	autre	19 (17%)
Délivrance d'une information n (%)	avant	15 (13%)
	pendant	51 (45%)
	avant & pendant	45 (40%)
	aucune	0
	manquant	3 (2%)
Examen réalisé n (%):		
Recouverte d'un drap		87 (76%)
Soutenue par un oreiller		66 (58%)
Bas uniquement dévêtu		110 (96%)

\*plusieurs réponses étant possibles, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100%

## 2. Les quatre dimensions de l'examen gynécologique en décubitus latéral

Le critère principal de jugement est le ressenti des femmes au décours de l'examen en décubitus latéral. Rappelons que les patientes sont invitées à s'exprimer sur les aspects négatifs (douleur et anxiété) mais aussi sur les aspects positifs (respect de la pudeur et confort) de l'examen en décubitus latéral. Ces quatre dimensions sont à noter de manière chiffrée, de 1 à 5 (1 étant la plus mauvaise note possible et 5 étant la meilleure note possible).

L'évaluation par les patientes de ces quatre dimensions de l'examen en décubitus latéral est développée dans la figure suivante (Figure 26).



Figure 26. Perception par les patientes des 4 dimensions de l'examen gynécologique en décubitus latéral

Il en ressort que le ressenti des patientes sur l'examen en décubitus latéral est majoritairement, dans les quatre dimensions, positif (note 4/5) à très positif (note 5/5) : de 59% (confort) à 96% (respect de la pudeur).

Nous étudierons ultérieurement le lien entre ces quatre dimensions et, d'une part, les caractéristiques de l'examen et, d'autre part, le ressenti des femmes.

## 3. Aspects positifs et négatifs du décubitus latéral

Après avoir évalué de façon chiffrée (note de 1/5 à 5/5) les quatre dimensions de l'examen en décubitus latéral, les patientes sont invitées à exprimer leur ressenti vis-à-vis de cet examen sous forme d'une réponse libre et courte. Ces réponses mettent en évidence des variables explicatives potentielles qui n'ont pas été envisagées lors de la rédaction du questionnaire.

Dans 34% des cas, les patientes évoquent spontanément une dimension non attendue dans le questionnaire : le fait de voir ou de ne pas voir le soignant ou les instruments. En décubitus

latéral, le fait de ne pas voir est plus souvent perçu négativement (18% des cas) que positivement (15% des cas).

Dans 46% des cas, les patientes évoquent spontanément de la position de leurs jambes. En décubitus latéral, elles sont 19% à apprécier la position des jambes : « *[J'ai apprécié] de ne pas avoir la vision du gynéco entre les jambes !!* », « *Moins animalier (jambes collées)* », « *[J'ai apprécié] de pouvoir [me] recroqueviller sur [moi]* » « *Notre intimité est beaucoup plus préservée car nous n'avons pas les jambes ouvertes à qui veut voir* », « *Le sentiment d'être respectée en tant que personne, et pas le fait d'être la nième patiente de la journée à écarter les cuisses* ». Concernant les patientes ayant déjà eu un examen en position « classique », 38% rapportent une gêne dans la position de leurs jambes : « *Avoir la tête du médecin en face de mon appareil totalement exposé avec les pieds dans l'étrier, c'est un peu barbare...* », « *[Je suis gênée] lorsque le gynéco a la tête au niveau de l'entre-jambe !* ».

Six patientes se sont senties gênées, en décubitus latéral, de présenter leurs fesses au soignant : « *La vue sur les fesses* », « *Montrer les fesses et donc l'anus* », « *Le fait que mon anus était exposé* ».

La répartition de ces variables explicatives potentielles est résumée dans le tableau 3.

Tableau 3 : *Aspects positifs et négatifs rapportés au sujet de l'examen en décubitus latéral*

Ne pas voir le soignant en décubitus latéral est considéré par la patiente comme...	... un point positif	12 (15%)
n (%)	... un point négatif	15 (18%)
<hr/>		
Ne pas avoir les jambes écartées en décubitus latéral jugé positivement et/ou avoir les jambes écartées en position "classique" jugé négativement		52 (46%)
<hr/>		
Patientes gênées de présenter leurs fesses au soignant		6 (5%)
<hr/>		
n (%)		

#### 4. Analyse des quatre dimensions du décubitus latéral selon des variables explicatives potentielles

Les paragraphes suivants vont présenter, pour chacune de ces dimensions, les liens éventuels avec des variables explicatives potentielles.



### a) Douleur

Tableau 4 : Intensité de la douleur lors de l'examen gynécologique en décubitus latéral selon plusieurs caractéristiques de l'examen.

		Douleur faible*	Douleur moyenne à forte**	p
<b>Total</b>		<b>90 (79%)</b>	<b>24 (21%)</b>	-
Nombre d'examens antérieurs	aucun	7 (100%)	0 (0%)	p=0,06
	≥1	82 (79%)	22 (21%)	
Motif de consultation	DIU	33 (70%)	14 (30%)	p=0,05
	autre	57 (85%)	10 (15%)	
Difficulté rapportée par le soignant	oui	9 (60%)	6 (40%)	p=0,14
	non	80 (82%)	18 (18%)	

\* note 4/5 ou 5/5      \*\* note 1/5, 2/5 ou 3/5

Ainsi, parmi les 114 femmes à avoir renseigné l'intensité de la douleur ressentie lors de l'examen gynécologique en décubitus latéral, une grande majorité (79% ; IC<sub>95</sub> 70% – 86%) estime que le décubitus latéral est peu ou pas douloureux (note 4/5 ou 5/5).

Parmi les femmes qui trouvent l'examen douloureux, 58% (14/24) sont venues pour la pose ou le retrait d'un DIU, contre 37% (33/90) parmi celles qui trouvent l'examen peu ou pas douloureux (p<0,05) (Tableau 4).

### b) Anxiété

Tableau 5 : Anxiété générée par l'examen gynécologique en décubitus latéral selon plusieurs caractéristiques de l'examen.

		Anxiété faible*	Anxiété moyenne ou forte**	p
<b>Total</b>		<b>94 (85%)</b>	<b>17 (15%)</b>	-
S'attendait à être examinée n (%)	oui	88 (86%)	14 (14%)	ns
	non	3 (60%)	2 (40%)	
Ne pas voir le soignant en décubitus latéral est considéré par la patiente comme... n (%)	... un point positif	8 (67%)	4 (33%)	p=0,0396
	... un point négatif	10 (67%)	5 (33%)	
	NSP	76 (90%)	8 (10%)	
Nombre d'examens antérieurs n (%)	aucun	5 (71%)	2 (29%)	p=0,0129
	≥1	87 (85%)	15 (15%)	
A apprécié la position des jambes en décubitus latéral n (%)	oui	44 (86%)	7 (14%)	ns
	NSP	50 (83%)	10 (17%)	
A été gênée de présenter ses fesses au soignant en décubitus latéral n (%)	oui	2 (33%)	4 (67%)	p=0,0012
	NSP	92 (88%)	13 (12%)	
Délivrance d'une information n (%)	avant	11 (79%)	3 (21%)	ns
	pendant	42 (86%)	7 (14%)	
	avant & pendant	38 (84%)	7 (16%)	
	aucune	0	0	

\* note 4/5 ou 5/5      \*\* note 1/5, 2/5 ou 3/5

Ainsi, parmi les 111 femmes à avoir renseigné au décours de l'examen leur degré d'anxiété, une grande majorité (85% ; IC<sub>95</sub> 77% – 91%) estime que l'anxiété générée par l'examen en décubitus latéral est faible (note 4/5 ou 5/5).

Davantage de femmes expriment significativement une anxiété plus importante parmi celles qui n'ont jamais eu d'examen gynécologique et celles qui se sentent gênées de présenter leurs fesses au soignant (Tableau 5).

### c) Confort

Tableau 6 : Confort ressenti lors de l'examen gynécologique en décubitus latéral selon plusieurs variables explicatives.

		Assez/Très confortable*	Peu/Pas confortable**	p
<b>Total</b>		<b>67 (59%)</b>	<b>46 (41%)</b>	-
Nombre d'examens antérieurs n (%)	aucun ≥1	3 (43%) 63 (61%)	4 (57%) 40 (39%)	ns
Installation avec un oreiller n (%)	oui non	40 (62%) 27 (57%)	25 (38%) 20 (43%)	ns

\* note 3/5, 4/5 ou 5/5

\*\* note 1/5 ou 2/5

Ainsi, parmi les 113 femmes à avoir renseigné leur degré de confort lors d'un examen gynécologique en décubitus latéral, plus de la moitié (59% ; IC<sub>95</sub> 50% – 68%) estime que le décubitus latéral est assez ou très « confortable » (note 4/5 ou 5/5).

Le fait d'être installée avec ou sans oreiller n'est pas lié au degré de confort ressenti lors de l'examen (Tableau 6).

De manière complémentaire à la notion de confort, les patientes sont invitées à s'exprimer sur la facilité à s'installer en décubitus latéral. A la question « *S'installer en position latérale est-il facile ?* », 98% des femmes ont répondu « *Oui* ». Une patiente ne s'est pas exprimée. La patiente ayant répondu « *Non* » est une femme de 33 ans, obèse, ayant déjà eu plus de cinq examens gynécologiques, venant pour la pose d'un DIU et ne connaissant pas le décubitus latéral. Elle « *ne savait pas trop à quoi s'attendre concrètement* » et était « *donc un peu gênée* ».

### d) Pudeur

Ainsi, parmi les 114 femmes à avoir renseigné au décours de l'examen leur sentiment vis-à-vis du respect de leur pudeur, la quasi-totalité (96% ; IC<sub>95</sub> 91% – 99%) estime que l'examen en décubitus latéral est respectueux de leur pudeur (note 4/5 ou 5/5).

Les quatre femmes ayant estimé que le décubitus latéral n'est pas ou peu respectueux de leur pudeur ont toutes eu plus de cinq examens gynécologiques avant l'étude, et l'une d'entre elles a déjà eu un examen réalisé en décubitus latéral. Trois d'entre elles ont été examinées recouvertes d'un drap et une sans drap, et elles ont toutes conservé leur haut pendant l'examen. Aucune ne s'est exprimée (en positif ou en négatif) sur le fait de ne pas voir le soignant, sur la position des jambes ou sur le fait de présenter ses fesses au soignant.

## C. L'examen gynécologique en décubitus latéral comparé à l'examen « classique »

Parmi les 114 femmes incluses, 107 ont déjà eu un examen gynécologique en position « classique » avant l'examen en décubitus latéral sur lequel elles sont interrogées.

Il leur est demandé de situer l'examen en décubitus latéral par rapport à l'examen « classique » suivant les quatre dimensions précédemment étudiées, ainsi que sur la facilité d'installation (plus, aussi, moins).

Le ressenti des femmes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral par rapport à l'examen « classique » est développé dans la figure 27.

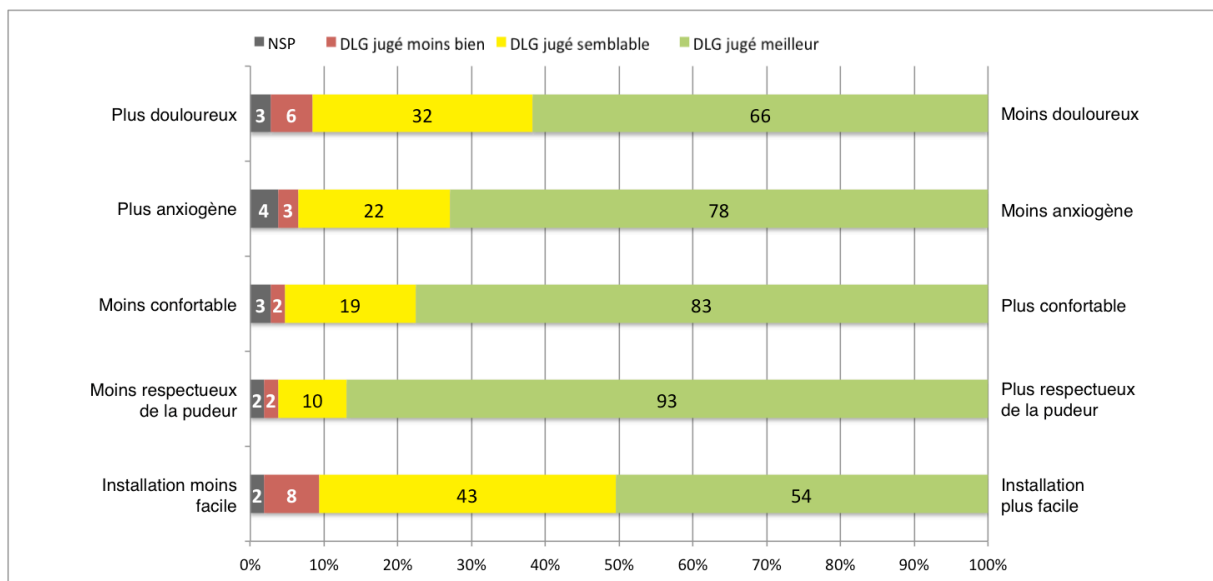


Figure 27. Perception par les patientes de l'examen gynécologique en décubitus latéral comparé aux examens antérieurs en position « classique »

### 1. Douleur

Soixante-deux pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 52% – 71%) estiment que l'examen en décubitus latéral est moins douloureux que l'examen « classique » et 30% (IC<sub>95</sub> 21% – 40%) que l'examen en décubitus latéral est aussi douloureux que l'examen « classique ».

Six patientes, soit 6%, estiment que l'examen en décubitus latéral est plus douloureux que l'examen « classique ». Celles-ci ont noté la douleur respectivement à 1/5, 2/5, 3/5 (douleur modérée à forte) et trois fois à 4/5 (douleur faible). Pour deux d'entre elles (douleur à 1/5 et 2/5), le soignant a rapporté des difficultés lors de l'examen. Trois d'entre elles ont pour motif de consultation la demande d'une pose de DIU.

### 2. Anxiété

Soixante-treize pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 63% – 81%) estiment que l'examen en décubitus latéral est moins anxiogène que l'examen « classique » et 21% (IC<sub>95</sub> 13% – 29%) que l'examen en décubitus latéral est aussi anxiogène que l'examen « classique ».

Trois patientes, soit 3%, estiment que l'examen en décubitus latéral est plus anxiogène que l'examen « classique ». Celles-ci ont noté l'anxiété lors de l'examen respectivement à 3/5,

4/5 et 4/5, soit une anxiété modérée à faible. L'une d'elles a précisé être gênée en décubitus latéral par le fait de présenter ses fesses au soignant et deux ont précisé être gênées de ne pas voir le soignant.

### **3. Confort**

Soixante-dix-huit pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 68% – 85%) estiment que l'examen en décubitus latéral est plus « confortable » que l'examen « classique » et 18% (IC<sub>95</sub> 11% – 26%) que l'examen en décubitus latéral est aussi confortable que l'examen « classique ».

Deux patientes, soit 2%, estiment que l'examen en décubitus latéral est moins confortable que l'examen « classique ». Celles-ci ont noté le confort respectivement à 2/5 (peu confortable). Elles n'ont pas été installées avec un oreiller. Elles ont 22 et 55 ans et sont en surpoids pour l'une et avec un IMC normal pour l'autre.

### **4. Pudeur**

Quatre-vingt-sept pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 80% – 93%) estiment que l'examen en décubitus latéral est plus respectueux de leur pudeur que l'examen « classique » et 9% (IC<sub>95</sub> 5% – 17%) que l'examen en décubitus latéral est aussi respectueux de leur pudeur que l'examen « classique ».

Deux patientes, soit 2%, estiment que l'examen en décubitus latéral est moins respectueux de leur pudeur que l'examen « classique ». Celles-ci ont noté la pudeur respectivement à 4/5 et 5/5 (soit un examen respectueux à très respectueux de leur pudeur). Elles ont apprécié dans l'examen « classique » le fait de pouvoir voir le soignant, et l'une d'elle a été gênée de présenter ses fesses à la sage-femme (patiente également plus anxieuse en décubitus latéral).

### **5. Installation**

Rappelons que 98% des examens évalués ont été considérés comme d'installation facile. La moitié des patientes (50% ; IC<sub>95</sub> 40% – 60%) estime qu'il est plus facile de s'installer en décubitus latéral qu'en position « classique » et 40% (IC<sub>95</sub> 31% – 50%) qu'il est aussi facile de s'installer en décubitus latéral qu'en position « classique ».

Huit patientes, soit 7%, estiment qu'il est moins facile de s'installer en décubitus latéral qu'en position « classique ». Sur ces huit patientes, sept ont pour autant noté l'installation comme facile. Quatre d'entre elles soulignent le caractère nouveau ou inconnu du décubitus latéral comme explication possible à leur moindre facilité d'installation.

## **D. Examens futurs et diffusion**

Il a été demandé aux patientes de se projeter dans le futur et de renseigner leur intention de demander à être examinées en décubitus latéral lors d'un prochain examen, ainsi que leur intention de faire connaître l'examen en décubitus latéral à une amie.

Les résultats sont présentés dans la figure 28.

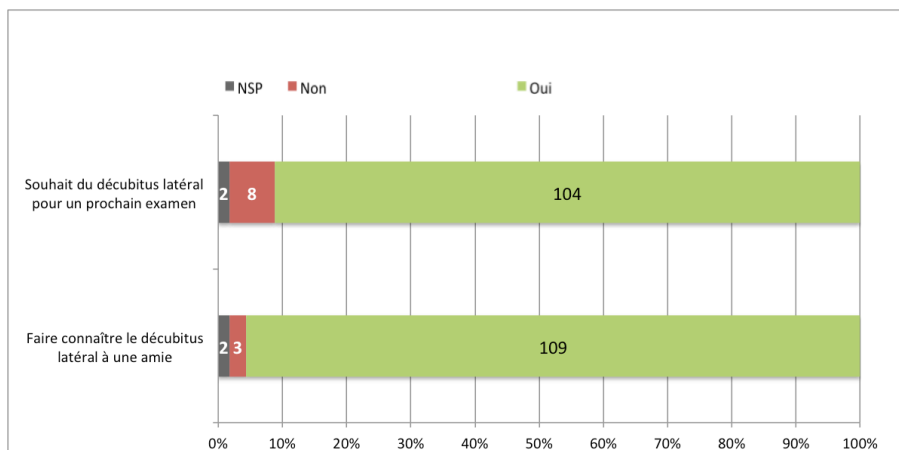


Figure 28 : Projections des patientes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral

Quatre-vingt-onze pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 84% – 96%) pensent demander à être examinées en décubitus latéral lors d'un prochain examen. Sur les huit patientes qui pensent ne pas demander à être examinées à nouveau en décubitus latéral, six ont, à la question comparant les positions, trouvé au moins une dimension en défaveur du décubitus latéral. L'une d'elles est « *très favorable à la position latérale, mais pour cet examen-là, n'a pas convenu* ». Les deux autres ont noté 4/5 ou 5/5 (favorable à très favorable) les quatre dimensions, à l'exception d'une note de confort à 2/5 (peu confortable) pour l'une d'entre elles. Enfin, une patiente estime que le décubitus latéral est « *bien pour les femmes angoissées ou gênées* » mais « *pour moi c'est à peu près pareil dans les deux positions. [...] Je préférerais être [en décubitus latérale] avec mon gynécologue régulier en qui j'ai confiance* ».

Quatre-vingt-seize pourcents des patientes (IC<sub>95</sub> 90% – 99%) souhaitent faire connaître le décubitus latéral à une amie. Les trois patientes qui pensent ne pas le faire connaître l'ont trouvé peu ou moyennement confortable, tout en notant la pudeur, l'anxiété et la douleur positivement (note 4/5 ou 5/5). L'une d'entre elles a précisé qu'elle a « *eu l'impression que la sage-femme ne pouvait pas bien voir et que j'allais du coup être moins bien auscultée* ».

## **E. Synthèse des résultats**

### **1. L'examen gynécologique en décubitus latéral**

Près de 4 patientes sur 5 estiment que le décubitus latéral est peu ou pas douloureux.

Une très grande majorité des patientes estime que l'anxiété générée par l'examen en décubitus latéral est faible.

Plus de la moitié des patientes estime que le décubitus latéral est assez ou très « confortable ».

La quasi-totalité des patientes estime qu'il est facile de s'installer en décubitus latéral.

La quasi-totalité des patientes estime que l'examen en décubitus latéral est respectueux de leur pudeur.

### **2. L'examen gynécologique en décubitus latéral comparé à l'examen « classique »**

Près de 2 patientes sur 3 estiment que l'examen en décubitus latéral est moins douloureux.

Près de 3 patientes sur 4 estiment que l'examen en décubitus latéral est moins anxiogène.

Près de 4 patientes sur 5 estiment que l'examen en décubitus latéral est plus « confortable ».

Une très grande majorité des patientes estime que l'examen en décubitus latéral est plus respectueux de leur pudeur.

La moitié des patientes estime qu'il est plus facile de s'installer en décubitus latéral.

### **3. Examens futurs et diffusion**

La très grande majorité des patientes pense qu'elle demanderait à être examinée en décubitus latéral lors d'un prochain examen.

La quasi-totalité des patientes pense faire connaître le décubitus latéral à une amie.

## IV. Discussion et perspectives

### A. Discussion

Notre étude a montré que le ressenti des patientes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral est positif : les quatre dimensions que sont la douleur, l'inconfort, l'anxiété et la pudeur sont notées favorablement dans 59% (confort) à 96% (pudeur) des cas. Comparé à l'examen gynécologique « classique » sur ces quatre dimensions, l'examen en décubitus latéral est considéré comme supérieur dans 62% (douleur) à 97% (pudeur) des cas.

Cela en fait donc une alternative à l'examen gynécologique « classique », en élargissant ainsi les choix offerts aux patientes.

#### 1. Discussion de la méthodologie

##### a) Forces

###### (1) Représentativité de l'échantillon

Dans notre étude, les huit soignants recouvrent tous les champs de la pratique de la gynécologie (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes), et ont des types d'exercice différents (rural/urbain, salarié/libéral/hospitalier).

Les patientes sont d'âge variable, s'étendant de 17 à 77 ans.

Le taux de réponses est important avec 114 questionnaires retournés sur les 190 remis aux patientes par les soignants, soit 60% de réponses.

###### (2) Un sujet inédit

De nombreuses études font état des freins à la consultation gynécologique. La position d'examen (15), la pudeur (8,9,11) et l'anxiété (50) y sont souvent mentionnées.

Cependant, aucune étude n'a été publiée sur le sujet. A ce jour, seul un mémoire de fin d'études de sage-femme (16) a été soutenu sur *Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine : intérêt pour les patientes*. Cette étude porte sur 73 patientes incluses par 3 praticiens différents. Elle n'est par ailleurs pas consultable car elle n'a pas été publiée.

Notre étude de l'examen gynécologique en décubitus dorsal répond donc à une demande des patientes d'amélioration du ressenti de l'examen gynécologique, qui n'avait jusqu'ici jamais été traitée dans la littérature. A l'inverse, le thème de la position pour l'examen gynécologique fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses depuis une quinzaine d'années (12,42,51,52).

### (3) Un enjeu pour les patientes et la société

#### (a) *Enjeu de santé publique*

L'objectif 26 du Plan Cancer 2009-2013 vise à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque » afin de passer à un taux de couverture de 80% du dépistage du cancer du col utérin par FCU. Nous avons vu que la HAS recommande depuis 2013 (26) de lever les freins à l'adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus, et que parmi ces freins, « le caractère intrusif de l'examen gynécologique » est explicitement cité. L'objet de notre travail rentre donc dans le cadre d'une amélioration de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus et répond aux attentes du Plan Cancer 2009-2013.

#### (b) *Enjeu pour les patientes*

L'intérêt porté au ressenti des femmes et à leur confort lors d'un examen gynécologique a été salué par de nombreuses patientes à la fin du questionnaire (zone de commentaire libre, Annexes 2 et 4).

*« Merci de prendre soin de nous, les femmes ! »*

*« Je trouve intéressante l'idée de donner plus d'importance au bien-être de la patiente »*

*« Merci de m'avoir prêté attention »*

*« Merci de nous laisser le choix [...] et merci de faire attention à la pudeur des femmes ☺ »*

*« Merci de penser à nous »*

Au-delà du problème de santé publique que représentent les freins à la consultation gynécologique, la prise en compte du ressenti des patientes est donc, à leurs yeux, un sujet important.

D'après Larsen (15), « une attitude respectueuse à l'égard d'une position embarrassante et des sentiments gênés des patientes pourrait réduire l'inégalité de rapports de forces ». Montrer aux patientes que leur ressenti nous importe fait donc partie des leviers servant à diminuer leurs réticences à consulter.

### (4) Un espace de parole

L'enquête a prévu à la fois un espace d'évaluation libre du décubitus latéral et du décubitus dorsal, mais également un espace de commentaires libres en fin de questionnaire (Annexe 2).

De même que montrer une « attitude respectueuse à l'égard d'une position embarrassante et des sentiments gênés des patientes [pouvant] réduire l'inégalité de rapports de forces » (15) au sein du cabinet est un élément important, de même donner aux patientes les moyens de s'exprimer sur leur ressenti dans une enquête pourrait aider à diminuer leurs réticences à consulter.



## b) Faiblesses

### (1) Représentativité de l'échantillon

Sur les 57 soignants contactés et sur les 22 ayant accepté de participer à l'étude, seuls huit ont inclus des patientes.

Une partie des femmes n'est pas représentée puisque les patientes ne sachant lire/écrire n'étaient pas incluses, de même que les femmes n'ayant pas souhaité être examinées en décubitus latéral.

La proportion de femmes en surpoids ou présentant une obésité (IMC > 25) dans notre étude est plus faible (21%) que dans la population générale (45%) (53). Cette plus faible proportion de femmes en surpoids ou présentant une obésité a pu jouer sur les résultats de notre étude, notamment sur la facilité d'installation. Peut-être les soignants proposent-ils moins facilement le décubitus latéral aux patientes obèses.

Le pourcentage de consultations pour pose ou retrait de DIU est assez élevé (41%). Nous n'avons pas trouvé le pourcentage national de consultations de gynécologie dédiées à la pose ou retrait de DIU, mais compte tenu du nombre de consultation dédiées à la contraception (un tiers) (3) et du taux de contraception par DIU (26%) (54), on peut penser que le taux de consultations pour pose ou retrait de DIU dans notre étude est surestimé. Cela induit un biais double. A la fois sur la douleur ressentie lors de l'examen gynécologique, puisque nous avons vu que la douleur est plus importante lors de la pose/du retrait d'un DIU : la douleur a pu ainsi être surestimée. Mais également sur le profil des femmes interrogées : les femmes ayant choisi une contraception intra-utérine ont peut-être un meilleur rapport à l'examen gynécologique que les autres femmes, et ont donc pu noter plus favorablement l'examen en décubitus latéral.

Le questionnaire portant sur l'examen gynécologique que les patientes viennent d'avoir, les avis recueillis sont *de facto* ceux de femmes ayant un suivi gynécologique. On peut penser que ces femmes, puisqu'elles ont consulté, n'ont pas de « blocage » majeur vis-à-vis de l'examen gynécologique et que leur ressenti est donc meilleur que celui des femmes en rupture de suivi gynécologique.

### (2) Faiblesses liées au questionnaire

Le questionnaire comporte une double négation (« pas du tout inconfortable ») de façon à ce que, dans le sens de lecture, chaque paramètre étudié (douleur, inconfort, anxiété, pudeur) soit noté du plus négatif (à gauche) au plus positif (à droite) (Annexe 2). Mais il semble que cette double négation ait induit en erreur certaines patientes car un certain nombre de notes négatives vis-à-vis du confort de l'examen en décubitus latéral sont discordantes avec leurs réponses libres. La réduction de l'inconfort en position latérale a ainsi pu être sous-estimé.

Sur les quatre dimensions étudiées, pour trois d'entre elles, les notes extrêmes (1 et 5) sont décrites en insistant sur le caractère très négatif (très douloureux, beaucoup d'anxiété, très inconfortable) ou très positif (pas du tout douloureux, aucune anxiété, pas du tout inconfortable). Pour la pudeur, les descriptions sont « pas du tout respectueux de votre pudeur » et « respectueux de votre pudeur ». Le fait de n'avoir pas écrit « très respectueux de votre pudeur » a pu décaler la notation vers le positif : certaines femmes estimant que l'examen était « respectueux de leur pudeur » sans toutefois être « TRES respectueux de leur pudeur » ont pu noter 5/5 ce qu'elles auraient noté 4/5 autrement.

Les quatre dimensions étudiées dans le critère principal de jugement portent sur le ressenti de l'examen, c'est-à-dire à la fois sur la position mais également sur le déroulement de l'examen en lui-même, ce qui a pu être un facteur confondant.

La question portant sur la diffusion du décubitus latéral aurait pu être formulée différemment : en effet, celle-ci est « Avez-vous envie de faire connaître le décubitus latéral à un(e) proche ? ». Une autre formulation aurait pu être « Recommanderiez-vous le décubitus latéral à une amie ? ».

Contrairement au questionnaire des patientes, le questionnaire des soignants ne comporte pas d'espace de libre commentaire. Certains des soignants ont exposé leur ressenti à l'égard du décubitus latéral lors des entretiens d'inclusion téléphoniques ou de visu, mais de façon non formelle. Ces commentaires n'ont pas pu être inclus dans l'étude.

De même, nous n'avons pas exploré les raisons qui ont poussé les soignants à participer à cette étude. Certains ont, de façon informelle, par mail ou lors d'entretiens, évoqué ces motivations : volonté de participer à un travail ayant pour but d'aider à faire connaître le décubitus latéral, besoin d'un « prétexte » à leurs yeux ou aux yeux de leurs patientes pour « se lancer » dans l'examen en décubitus latéral, nécessité de « valider » leurs habitudes professionnelles concernant le décubitus latéral.

### (3) Faiblesses liées aux soignants

Les soignants ont pu prendre des précautions particulières sachant l'objet de la thèse, et ont pu ne pas remettre le questionnaire aux patientes qu'ils ont jugées particulièrement stressées, ou après ce qui a pu leur apparaître comme un « échec » de leur examen. De plus, les soignants ont pu ne pas proposer le décubitus latéral aux patientes qu'ils jugeaient mauvaises « candidates ».

### (4) Faiblesses liées à l'examen

La place des explications (avant ou pendant l'examen) dans le ressenti de l'examen n'a pas pu être évaluée puisque toutes les patientes ont reçu une information.

La qualité des gestes techniques réalisés en décubitus latéral (taux de frottis cervico-utérins non exploitables, taux d'échec de pose de DIU) n'a pas été recueillie. Une étude (12) sur la réalisation de FCU en décubitus dorsal avec et sans étriers n'a pas montré de différence dans le taux de FCU ininterprétables. Nous pouvons imaginer que, dans la mesure où le col est visualisé, le recueil des cellules cervicales en lui-même n'est pas modifié par la position. Concernant l'échec de pose de DIU, aucun n'a été rapporté. La pose d'un DIU (et son échec) est par ailleurs soumise à d'autres facteurs tels que la parité, l'ouverture du col, la position de l'utérus, l'état émotionnel de la patiente, la méthode d'insertion (méthode « en trois temps » ou méthode « directe », aussi appelée « torpille ») ou le modèle de DIU utilisé. La réalisation d'une étude sur la réalisation d'actes techniques en décubitus latéral pourrait constituer une piste de recherche.

## (5) Biais de recrutement des soignants / attitude générale

Enfin, il existe un biais lié au recrutement des soignants. En effet, nous avons vu que la formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral est une démarche personnelle et volontaire, car celui-ci n'est pas enseigné dans les études médicales. Cette méthode est décrite comme étant plus respectueuse de la pudeur des patientes (46,55). On peut donc penser que, au delà de la position d'examen, c'est l'attitude générale bienveillante du soignant qui a été ressentie et évaluée par les patientes.

## 2. Discussion d'autres auteurs

### a) Sur le décubitus latéral

Un mémoire de fin d'études de sage-femme a été soutenu en 2013, sans être publié : *Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine : intérêt pour les patientes* (16), par M. Marmier. Il s'agit d'une étude quantitative prospective réalisée à partir des réponses de 73 patientes à propos de leur ressenti après un examen gynécologique en décubitus latéral, incluses par trois soignants.

Dans cette étude, le profil des patientes est assez proche de celui de notre étude. L'âge moyen est de 30 ans (valeurs extrêmes 18-66 ans). Le nombre d'examens gynécologiques antérieurs est distribué de façon assez similaire : 14% des patientes ont eu moins de deux examens<sup>9</sup>, 36% ont eu entre deux et cinq examens, et 41% ont eu plus de cinq examens par le passé. Parmi les patientes ayant déjà eu au moins un examen gynécologique, 22% ont déjà fait l'expérience d'un examen en décubitus latéral.

Les paramètres évalués pour le critère principal de jugement (« *Le [décubitus latéral] présente-t-il un intérêt aux yeux des patientes par rapport à la position gynécologique classique ?* ») dans cette étude sont la facilité d'installation, le confort, le « niveau de détente » et la douleur.

La facilité d'installation est équivalente dans cette étude à nos résultats : 97% des patientes estiment l'installation en décubitus latéral facile.

Le confort est noté de 1 à 5 (1 = pas du tout confortable et 5 = très confortable) comme dans notre étude. Une plus grande proportion (92%) de patientes évaluent leur confort comme bon à très bon (4/5 et 5/5).

La douleur est évaluée au moyen d'une Echelle Visuelle Analogique (EVA) de 0 à 10 cm. La moyenne est de 1,58 cm et le 3<sup>ème</sup> quartile (soit 75% des patientes) à 2 cm. Une douleur estimée entre 0 et 3 cm à l'EVA est admise comme étant de faible intensité (56). Dans notre étude, 79% des patientes considèrent l'examen comme peu ou pas du tout douloureux (note 4/5 ou 5/5).

Le pourcentage de soignants ayant rencontré des difficultés lors de l'examen est proche de celui de notre étude : 20,55%.

Les proportions de patientes pensant redemander le décubitus latéral pour un prochain examen (89%) ou pensant le recommander à une amie (96%) sont similaires dans cette étude et la nôtre.

---

<sup>9</sup> Dans sa discussion, M. Marmier soulève le problème que son questionnaire n'offre comme réponse que « Aucun examen » puis directement « Entre 2 et 5 examens » sans que les patientes n'ayant eu qu'un seul examen gynécologique ne puissent répondre

Deux mémoires de fin d'études de sage-femme sur l'examen gynécologique en décubitus latéral sont en cours de réalisation, à Limoges<sup>10</sup> et à Tours<sup>11</sup>.

Une thèse de médecine générale a été soutenue le 26 février 2015 (65) à Lyon. Ce travail d'Amandine Guillon s'intitule *L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative*. Cette étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés conduits auprès de 11 patientes. Les résultats de cette étude montrent que « le décubitus latéral a été plutôt apprécié [...] et souvent préféré au décubitus dorsal, malgré des avis divergents. Les patientes l'ont jugé plus confortable et plus respectueux de la pudeur. Cette position a semblé moins anxiogène du fait d'une passivité plus importante, du détournement de l'attention, d'un aspect protecteur et d'une connotation sexuelle moindre. Concernant la douleur, les avis ont été plus mitigés, mais plutôt en faveur du décubitus latéral. Il n'a pas été constaté de différence entre les deux positions en terme de durée. Les éléments déterminants conditionnant la préférence de position des patientes ont été surtout la pudeur et le regard, mais également la douleur ressentie, ou encore le vécu antérieur des patientes »<sup>12</sup>.

Comme dans notre étude, le respect de la pudeur et la vision du soignant<sup>13</sup> sont deux éléments déterminants dans l'appréciation du décubitus latéral, même si nous avons relevé dans notre travail deux ressentis opposés quant à la visualisation de l'examineur durant l'examen.

## **b) Sur le ressenti des femmes dans les autres positions d'examen**

D'autres études sur le ressenti des femmes lors d'un examen gynécologique existent. Certains critères évalués dans ces études sont identiques aux quatre dimensions étudiées dans notre étude. Les résultats de ces études sont développés dans les paragraphes suivants.

### **(1) Confort**

L'étude randomisée de Dean A. Seehusen (12) comparant l'examen gynécologique « de routine » en décubitus dorsal avec et sans étriers conclut à une diminution significative de l'inconfort et du sentiment de vulnérabilité dans le groupe sans étrier.

L'inconfort est évalué au moyen d'une EVA de 0 à 100 mm. Celui-ci est en moyenne de 17,2 mm sans étrier contre 30,4 mm avec étriers. Dans notre étude, 59% des patientes estiment l'examen en décubitus latéral peu voire pas du tout inconfortable, même si 78% des patientes trouvent toutefois le décubitus latéral plus confortable que la position « classique ».

### **(2) Douleur**

L'étude prospective comparative de A. Moettus et al. (57) comparant la douleur et l'embarras des patientes durant un examen gynécologique « classique » selon le sexe de l'examineur rapporte un score de douleur de 33,8 à 38,8 mm en moyenne. Dans notre étude,

---

<sup>10</sup> C. Feauveau, Limoges, *L'examen gynécologique en décubitus latéral : Le vécu des patientes*

<sup>11</sup> M. Daulon, Tours, *L'examen gynécologique en décubitus latéral : une réponse aux freins personnels des patientes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus*

<sup>12</sup> In « Résumé : *L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative* », de A. Guillon

<sup>13</sup> Ce que A. Guillon appelle « le regard »

79% des patientes estiment l'examen en décubitus latéral comme peu ou pas du tout douloureux.

### (3) Douleur et anxiété

R. Bodden-Heidrich (58) a mené une étude descriptive prospective sur les relations entre douleur et anxiété lors du premier examen gynécologique portant sur 190 patientes étudiantes. Elle montre que 41,1% considèrent l'examen comme douloureux et que 60% des étudiantes rapportent une anxiété. Dans notre étude, sur les sept patientes n'ayant jamais eu d'examen gynécologique auparavant, la totalité (100%) considèrent l'examen comme peu ou pas douloureux (note 4/5 ou 5/5) et 71% qualifient l'anxiété de faible (note 4/5 ou 5/5). Ces chiffres ne peuvent toutefois pas être extrapolés compte tenu du très faible effectif de patientes n'ayant pas eu d'examen gynécologique antérieur dans notre étude. Une étude de plus grande ampleur sur les bénéfices du décubitus latéral chez les jeunes femmes pour leur premier examen pourrait faire l'objet d'un travail futur.

## 3. Discussion des résultats

### a) Douleur

L'examen gynécologique en décubitus latéral est considéré par 79% des patientes comme peu ou pas douloureux.

La douleur est plus importante chez les patientes ayant consulté pour la pose ou le retrait d'un DIU. On peut penser que, chez ces patientes, la douleur est donc à mettre en rapport avec l'acte en lui-même (la pose/le retrait d'un DIU) plus qu'avec la position d'examen.

Pour 92% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », la douleur est considérée comme identique (30%) ou moins importante (62%). Ce chiffre peut être expliqué par un biais de mémorisation : un examen antérieur douloureux pourra laisser un souvenir vif qui s'amplifiera avec le temps. On peut aussi expliquer ce chiffre par la position en elle-même : les muscles du périnée étant plus relâchés en décubitus latéral(28,29), l'insertion et l'ouverture du spéculum seraient moins douloureuses.

### b) Anxiété

L'examen gynécologique en décubitus latéral est considéré par 85% des patientes comme peu ou pas générateur d'anxiété.

L'anxiété est plus importante chez les patientes n'ayant jamais eu d'examen gynécologique ou étant gênées de présenter leurs fesses au soignant. On peut penser que l'inconnu que représente l'examen gynécologique pour une patiente qui n'en a jamais fait l'expérience augmente le degré d'anxiété. De même, le décubitus latéral mettant plus en évidence l'anus que la vulve, les patientes gênées de présenter leurs fesses au soignant ont pu ressentir plus d'anxiété.

L'anxiété est moins importante chez les patientes n'ayant pas mentionné de préférence sur le fait de voir ou de ne pas voir le soignant durant l'examen. Le fait d'apprécier de voir ou

ne pas voir le soignant n'est donc pas un déterminant de l'anxiété. C'est l'absence d'importance accordée à la vision du soignant qui est liée à une diminution de l'anxiété.

Pour 94% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », l'anxiété est considérée comme identique (21%) ou moins importante (73%). Ce chiffre peut être expliqué par le fait qu'en décubitus latéral, les jambes étant serrées l'une contre l'autre, les patientes se sentent moins « vulnérables » et ont l'impression de mieux pouvoir « garder le contrôle » de l'examen.

### c) Confort

Le confort ressenti lors de l'examen en décubitus latéral est moins important dans notre étude (59% des examens avaient été perçus comme assez à très confortables) que dans l'étude de M. Marmier. Ces chiffres s'expliquent probablement en partie par la formulation peu claire (double négation) dans notre questionnaire et donc des réponses ne reflétant pas le ressenti des patientes. De plus, la notion de « confort » a pu sembler étrange aux patientes : on ne peut pas dire d'un examen gynécologique qu'il est « confortable ». Tout au plus peut-il être considéré comme « pas trop inconfortable ». Cela peut également expliquer le pourcentage plus faible de patientes « satisfaites » du confort en décubitus latérale par rapport aux autres dimensions étudiées.

Le fait d'être installée ou non avec un oreiller n'est pas lié au degré de confort. Toutefois, on pourrait proposer à la patiente un oreiller qu'elle utiliserait si elle le juge plus confortable.

Pour 96% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », le confort est considéré comme identique (18%) ou meilleur (78%). Ce chiffre peut s'expliquer par le fait que le décubitus latéral est une position décrite par les patientes comme plus « naturelle »<sup>14</sup>, plus proche de « la position du sommeil »<sup>15</sup>. Elles seraient donc plus « décontractées »<sup>16</sup> dans cette position. Elles n'ont par ailleurs, en décubitus latéral, pas besoin de maintenir les jambes dans les étriers, ce qui peut être source de tension musculaire.

Pour 90% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », l'installation est considérée comme aussi (40%) ou plus (50%) facile. Toutefois, l'installation en décubitus latéral ne semble pas être un problème puisque, sur les huit patientes l'ayant trouvée moins facile qu'en position « classique », sept la considèrent comme facile et quatre soulignent le caractère nouveau et inconnu de cette position.

### d) Pudeur

Le respect de la pudeur lors de l'examen en décubitus latéral est rapporté par la quasi-totalité des patientes (96%). C'est également l'un des freins à la consultation de gynécologie les plus souvent rapportés dans les études. Par ailleurs, 46% des patientes évoquent spontanément la gêne qu'elles ressentent en position « classique » à avoir les jambes écartées.

---

<sup>14</sup> Citation de patiente issue de la zone de commentaires libres

<sup>15</sup> Citation de patiente issue de la zone de commentaires libres

<sup>16</sup> Citation de patiente issue de la zone de commentaires libres

Le respect de la pudeur est donc une dimension qui semble très importante aux yeux des patientes, et celle sur laquelle le décubitus latéral a le plus d'impact.

Pour 96% des examens en décubitus latéral effectués chez des femmes ayant déjà été examinées en position « classique », le respect de la pudeur est considéré comme identique (9%) ou plus important (87%). Les deux patientes ayant trouvé le décubitus latéral moins respectueux de leur pudeur ont également été gênées de ne pas pouvoir voir le soignant. On peut supposer que, la position d'examen ne correspondant pas à leur méthode de gestion du stress et de l'anxiété, cela a pu également influencer leur perception du respect de la pudeur.

Le pourcentage très élevé de patientes considérant l'examen en décubitus latéral comme respectueux de leur pudeur (96%) ne permet pas de comparer de façon statistique les patientes pour qui cet examen est le premier et celles ayant déjà eu d'autres examens gynécologiques.

### **e) Voir ou ne pas voir ?**

Le fait de voir (ou de ne pas voir) le soignant durant l'examen s'est révélé être perçu de façon opposée selon les patientes : soit souligné comme étant positif, soit comme étant négatif.

Notre recherche bibliographique nous a permis de mieux comprendre les enjeux de la nécessité de voir ou au contraire de ne pas voir le soignant durant l'examen. Dans un article sur les méthodes de gestion de l'anxiété pendant un examen gynécologique (59), l'auteure distingue deux types de profils psychologiques : les « vigilants » (« monitors ») et les « évitants » (« blunters »). Selon elle, « les mécanismes d'adaptation revêtent plusieurs formes, mais, afin de faciliter [la classification], de nombreux psychologues font la distinction entre les “vigilants” et les “évitants”. Les “vigilants” réagissent aux signaux internes et externes de menace ou de stress et les amplifient, et leur stratégie de gestion de l'anxiété réside en la recherche d'information. Les “évitants” éludent les informations détaillées relatives aux sources de grande inquiétude et détournent leur attention de indices physiques et environnementaux. [...] Les “vigilants” pourront préférer voir les instruments et/ou observer l'examen grâce à un miroir, tandis qu'une adolescente “évitante”, se voyant proposer l'une de ces options, regardera probablement le soignant avec étonnement. »

Il conviendrait donc, avant de proposer aux patientes de les examiner en décubitus latéral de déterminer si elles sont plutôt des « vigilantes » ou des « évitantes », afin de pouvoir adapter notre méthode d'examen à leur méthode de gestion du stress.

### **f) Présenter ses fesses**

Quelques patientes ont émis des réticences à s'installer dans une position qui présente leurs fesses au soignant. La pudeur ne semble pas être seule à l'origine de ces réticences mais également l'inquiétude que le soignant puisse confondre l'anus et le vagin au cours de l'examen : « *J'avais peur que le médecin se trompe de trou.* »<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Remarque de patiente rapportée par un soignant lors de l'entretien téléphonique d'inclusion des soignants

### **g) Le décubitus latéral : le choix d'une formation**

Nous avons vu que sur les huit soignants ayant inclus des patientes dans l'étude, aucun n'a été formé à l'examen en décubitus latéral dans la phase initiale de son cursus médical. Ce constat implique deux choses. D'une part, alors que le décubitus latéral s'avère apprécié par les patientes, son enseignement et sa diffusion ne rentrent pas dans le cadre des études médicales. D'autre part, les soignants ayant choisi de se former au décubitus latéral sont *de facto* dans un état d'esprit particulier : curiosité, remise en cause des pratiques professionnelles habituelles, attention portée au ressenti des patientes. Le décubitus latéral ferait alors partie d'un tout : la recherche de la meilleure façon de faire, de l'attitude la plus bienveillante possible à l'égard des patientes.

### **h) Examens futurs et diffusion**

La quasi-totalité des patientes déclarent qu'elles redemanderaient à être examinées en décubitus latéral lors d'un prochain examen (91%) et souhaiteraient le faire connaître à une amie (96%). Il s'agit certes ici d'un critère composite, mais qui reflète assez bien le sentiment favorable des patientes à l'égard du décubitus latéral en général.

## **B. Perspectives**

### **1. Changements observés depuis le début de notre travail**

#### **a) Pour les patientes**

Au moment de l'étude, seules 29% des patientes connaissaient le décubitus latéral. La moitié de ces patientes avait connu le décubitus latéral par une source extérieure au milieu médical (amie, lectures, internet, reportage TV). Pendant l'étude, un article de magazine grand public a été publié (60) et relayé sur internet sur le décubitus latéral. Cet article a recensé plus de 135 000 vues en un an. L'examen gynécologique en décubitus latéral devient donc un sujet grand public.

#### **b) Pour les soignants participant à l'étude**

Le simple fait de participer à l'étude a amené des modifications dans la pratique des soignants.

Certains soignants qui s'étaient formés mais n'utilisaient pas beaucoup le décubitus latéral se sont mis à la proposer plus souvent. Peut-être n'osaient-ils pas jusque-là la proposer à leurs patientes car ils ne se sentaient pas assez expérimentés. Le fait de participer à une étude leur aura donné une « caution » ou un « prétexte » vis-à-vis de leurs patientes.

Une médecin généraliste a commencé à proposer le décubitus latéral en même temps qu'elle commençait l'étude. Le nombre des consultations pour motifs gynécologiques a fortement augmenté, que ce soit au sein de ses propres patientes ou pour des patientes de confrères qui ont décidé d'être examinées par elle.



### c) Pour l'investigatrice

En recevant les questionnaires de patientes, et alors même que les données n'étaient pas encore analysées avec un logiciel de statistiques, nous avons vu se dégager deux profils de patientes : celles que Hennigen appelle les « vigilantes » et les « évitantes ». Au début de l'étude, nous proposons systématiquement le décubitus latéral à nos patientes en insistant sur les aspects positifs de cette position, mais sans préciser que la patiente ne fait pas face au soignant durant l'examen. A présent, nous précisons qu'en décubitus latéral, la patiente ne voit pas le soignant et les instruments, contrairement à la position « classique ». De même, nous montrons les instruments avant chaque procédure. Nous demandons également à la patiente si elle souhaite voir les instruments que nous utiliserons pour l'examen.

Même si l'oreiller ne s'est pas révélé significativement lié au confort des patientes, nous proposons aux patientes de placer un oreiller ou vêtement plié sous leur tête si elles le souhaitent.

## 2. Perspectives d'avenir

### a) Le décubitus latéral

Cette thèse constitue la seconde étude sur l'utilisation du décubitus latéral pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. La réalisation future d'une étude sur les actes techniques réalisés en décubitus latéral (frottis cervico-utérins, poses de DIU) ou sur le ressenti des soignants permettrait de compléter l'évaluation de cette « nouvelle » position.

Certaines patientes rattachent leur difficulté d'installation ou une part de leur anxiété au caractère nouveau et inconnu du décubitus latéral : « *Je ne connaissais pas cette position* », « *C'était la première fois donc je me suis crispée* », « *C'est la première fois, donc l'inconnu* », « *[J'étais gênée] car je ne [...] connaissais pas [la position]* », « *La position [...] est surprenante au départ* », « *Au début, de l'étonnement, car je ne savais pas que ça allait se passer comme cela* ». La réalisation d'une affiche explicative pourrait permettre à la patiente de mieux visualiser cette position latérale que lui propose le soignant et donc de choisir de façon plus éclairée.

Dans l'article de Rue 89 (60), le Docteur Laurent Vandembroucke<sup>18</sup> précise que « la position oblige à quelques contorsions, même si ça reste facilement faisable, avec un peu de pratique ». L'enseignement du décubitus latéral en laboratoire de simulation pourrait permettre aux jeunes médecins en formation d'être plus à l'aise avec cette position avant de la proposer aux patientes. De manière plus générale, l'enseignement d'un geste technique tel que l'examen gynécologique pourrait être fait en laboratoire de simulation ou avec des patients-experts (61) afin de maîtriser l'examen gynécologique avant de le pratiquer sur des patientes<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Gynécologue-Obstétricien, Rennes

<sup>19</sup> Interrogé par téléphone, le Dr L. Vandembroucke rapporte être en train de mettre en place des laboratoires de simulation en gynécologie pour l'enseignement des étudiants en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle

### ***b) Amélioration de l'examen gynécologique***

Concernant l'amélioration du confort des patientes lors d'un examen gynécologique, le fait de pouvoir laisser le choix aux patientes en leur proposant plusieurs positions d'examen ne constitue qu'une sous-partie des pistes d'amélioration. En effet, l'expérience de l'examen gynécologique, et notamment du premier examen (62), est un facteur déterminant des représentations des patientes vis-à-vis des examens gynécologiques futurs, et donc de leur facilité à consulter.

Les différentes pistes d'amélioration évoquées dans la littérature sont : réaliser le premier examen gynécologique le plus tard possible (14), reprogrammer – si possible – le premier examen si celui-ci n'avait pas été anticipé (59), pratiquer l'examen dans une pièce fermée (41), laisser la patiente se déshabiller seule (41), installer une photo ou une image dans le champ de vision de la patiente (42), proposer un oreiller (52), demander à la patiente si elle se sent confortablement installée (59), être attentif au vécu de la patiente (63), recouvrir les parties du corps qui n'ont pas besoin d'être découvertes (41), accompagner l'examen de commentaires/donner des informations (13,41,42,63), proposer de regarder l'examen avec un miroir (59), se tenir sur le côté de la patiente (52), demander à la patiente si elle est prête pour l'examen/l'insertion du spéculum/l'ouverture du spéculum (59), proposer l'auto-insertion du spéculum (64), pratiquer l'examen avec douceur (13), utiliser des instruments maintenus au chaud (13,52,63).

### ***c) Amélioration de l'accès au dépistage par FCU***

Le renforcement de l'accès au dépistage du cancer du col par FCU comporte de nombreux volets. L'amélioration du vécu de l'examen gynécologique par les patientes ne représente qu'une seule des multiples pistes d'amélioration.

D'autres propositions sont déjà envisagées afin d'augmenter l'accès et l'adhésion au dépistage du cancer du col, en fonction du type de frein rencontré (7).

Freins liés à la consultante :

- Oblitération du risque : les femmes ménopausées se pensent moins à risque de développer un cancer et les femmes jeunes ne se sentent pas encore concernées ; les femmes vaccinées peuvent croire le dépistage inutile :
  - Campagnes d'information dans les salles d'attente : deux méta-analyses publiées par la Cochrane Collaboration en 2002 et 2006 ont montré que les actions d'éducation avec un support vidéo ou en diaporama multipliaient par 4,6 le taux d'adhésion au dépistage du cancer du col (26),
  - Invitation individuelle par courrier (7),
  - Information lors de la vaccination anti HPV sur les modalités du dépistage par FCU.
- Crainte de la découverte d'une maladie :
  - Information par les soignants de l'histoire naturelle des lésions pré-cancéreuses du cancer du col de l'utérus.
- Caractère intrusif de l'examen gynécologique :
  - Autoprélèvement à la recherche d'HPV oncogènes : les autoprélèvements à la recherche d'HPV oncogènes, réalisés ou non au cabinet, constituent une modalité qui pourrait permettre d'atteindre les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage ou y accédant difficilement (7).
- Méconnaissance et manque d'informations sur le cancer du col :

- Communication initiée précocement, à l'école, via la médecine scolaire et les enseignements relatifs aux sciences de la vie (7). Les dispositions de la loi du 4 juillet 2011 renforcent le rôle de l'école en lui confiant l'obligation d'instaurer trois séances annuelles d'éducation à la sexualité à l'école, au collège et au lycée (9),
- Conception de messages éducatifs adaptés et diversification des lieux de diffusion de l'information, y compris hors du champ de la santé (7).

Freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé :

- Difficultés liées à la démographie médicale et/ou à l'accessibilité géographique et/ou à l'accessibilité dans le temps (délais d'attente pour un rendez-vous) :
  - Multiplication des acteurs du dépistage : le dépistage doit s'appuyer sur les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens ainsi que sur les médecins généralistes et les sages-femmes et en impliquant les structures existantes (laboratoires de biologie médicale, Protection Maternelle et Infantile (PMI), Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), consultations hospitalières, médecine universitaire), voire l'extension aux infirmier.e.s diplômé.e.s d'état (IDE) dans le cadre de la coopération professionnelle (7),
  - Mise en place d'un module gratuit de formation en *e-learning* sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus pour les médecins généralistes et les sages-femmes (mis en ligne sur le site de l'INCa en 2011) (9),
  - Mesures financières : des incitations économiques à la réalisation du FCU pourraient être envisagées, en particulier dans les territoires où l'offre de soins en gynécologie est particulièrement défavorable (7).
- Difficultés liées à la précarité : secteur 2, refus de la CMUc<sup>20</sup> :
  - Absence d'avance des frais et/ou gratuité des tests de dépistage, y compris dans les cabinets libéraux (7).

Freins liés à l'organisation du dépistage :

- Difficulté à cibler les femmes non adhérentes au dépistage en raison des multiples régimes de couverture sociale :
  - Mise en place d'un codage distinct des FCU de dépistage et de ceux réalisés en contrôle (après un FCU positif et/ou après traitement) pour s'assurer de la rationalisation des pratiques professionnelles (sous dépistage et sur dépistage) (7),
  - Mise en place d'un dépistage organisé par les structures gérant déjà le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal (7),
  - Repérage systématique des femmes non dépistées (proposer aux femmes à l'occasion d'un contact avec le système de santé – consultation, hospitalisation ou suivi de grossesse) (7).
- Manque d'adaptation du dépistage aux particularités des sous-populations cibles, notamment celles migrantes et/ou en situation de précarité :
  - Action coordonnée des structures de prévention de proximité (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, etc.). Accompagnement des femmes et éducation par les pairs en lien avec un soutien des associations de terrain : mise en place d'actions éducatives de proximité, en s'appuyant sur les associations de quartier, les associations de femmes (7).

---

<sup>20</sup> Couverture Maladie Universelle complémentaire

## Conclusion

Le cancer du col de l'utérus reste encore aujourd'hui une cause de mortalité importante, avec plus de 1000 décès annuels.

L'objectif 26 du Plan Cancer vise à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ». L'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 est de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans » (22).

Parmi les freins des patientes à la consultation gynécologique, la plupart concernent la pratique de l'examen clinique en lui-même et son vécu par les patientes. La HAS a rappelé en 2013 que pour renforcer l'adhésion des femmes au dépistage du cancer du col, il conviendrait, entre autre d'« aider les femmes à surmonter leur réticence à subir un examen gynécologique » (26).

L'objectif de notre étude descriptive était de recueillir le ressenti des patientes à l'égard de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Notre étude a montré qu'aux yeux des femmes, le décubitus latéral a toute sa place dans l'examen gynécologique :

- Sur les quatre dimensions de l'examen gynécologique étudiées, 79% des patientes estiment que le décubitus latéral est peu ou pas douloureux, 85% que l'anxiété générée en décubitus latéral est faible, 59% qu'il est assez ou très « confortable » et 96% qu'il est respectueux de la pudeur.
- Lorsque les patientes comparent l'examen en décubitus dorsal à celui en position « classique », 62% le trouvent moins douloureux, 73% le trouvent moins générateur d'anxiété, 68% le trouvent plus confortable et 87% le trouvent plus respectueux de leur pudeur.
- Nous avons observé que l'absence de vision du soignant en décubitus latéral est vécu différemment selon les patientes. Notre recherche bibliographique nous a permis de distinguer deux profils de patientes correspondant à deux méthodes de gestion du stress : les « vigilantes » et les « évitantes ». Le décubitus latéral, parce qu'il ne permet pas de voir le soignant et/ou les instruments, semble moins indiqué chez les « vigilantes ».
- Lorsque les patientes sont interrogées sur leurs futurs examens gynécologiques, 91% pensent redemander à être examinées en décubitus latéral. Elles sont 96% à souhaiter faire connaître le décubitus latéral à une amie.

Il conviendrait donc d'enseigner le décubitus latéral aux étudiants médecins et sages-femmes afin qu'ils puissent laisser le choix à leurs patientes concernant la position dans laquelle se déroulera l'examen gynécologique.

La diffusion d'une telle position soulève de nouvelles questions et pourrait faire l'objet de nouveaux travaux de recherche : Comment repérer les patientes à qui le décubitus latéral sera le plus profitable ? La réalisation de gestes techniques (frottis cervico-utérin, pose et retrait de DIU) est-elle aussi efficace en décubitus latéral qu'en décubitus dorsal ? Quel est le ressenti des soignants vis-à-vis de cette position d'examen ? Comment enseigner le décubitus latéral en particulier, et l'examen gynécologique en général, de nos jours, de façon à ce que les patientes ne pâtissent pas du manque d'expérience des étudiants ?

En élargissant l'offre faite aux patientes, nous pourrions nous adresser à celles pour qui le décubitus dorsal constitue un frein à l'examen gynécologique de dépistage.

En s'attachant à faire tomber une à une les barrières des patientes à consulter pour un suivi gynécologique de prévention, nous améliorerons leur suivi et ainsi leur santé.

## Extrait du roman *Le Chœur des Femmes*, de M. Winckler (2009)

L'extrait suivant est un dialogue entre le médecin, Karma, et l'interne, Djinn (55).

*« Il (Karma) prend trois serviettes en papier, s'essuie les mains, se retourne vers moi, désigne la table gynécologique.*

*- Montez la-dessus.*

*- Quoi ?*

*- Montez sur la table.*

*- Mais je...*

*- Je vais vous montrer quelque chose. Montez.*

*Je pose un pied sur l'escabeau, je monte à reculons et je m'assois au bord de la table.*

*- Mettez-vous en position gynécologique.*

*- Quoi ?*

*- Allez-y ! Vous êtes en jean[...]. Vous ne risquez rien. »*

*Je rougis une nouvelle fois, mais je m'exécute. Je lève les jambes, je pose les pieds dans les étriers, je m'allonge et je pose ma tête sur le drap en papier. Pour le regarder, je dois plier le cou en avant.*

*Karma pousse le tabouret du pied et se plante juste entre mes cuisses, sa braguette contre mes fesses.*

*Il est grand, hirsute, très barbu, très brun sous la lumière électrique. Je me dis que les femmes doivent avoir peur de lui quand il fait ça.*

*- Confortable ?*

*Je me sens humiliée et vulnérable mais je ne vais pas lui faire plaisir en le montrant.*

*- Pas vraiment, mais j'en ai vu d'autres.*

*Il sort de mes cuisses, fait le tour de la table, tend le bras, soulève ma tête d'une main et glisse le petit coussin sous ma nuque.*

*- C'est pas mieux ?*

*- Si...*

*Un sourire éclaire son visage.*

*- A présent levez-vous.*

*Je descends, il met tous les segments de la table à l'horizontale, me désigne le drap une nouvelle fois.*

*- Allongez-vous en chien de fusil.*

*Je le regarde sans comprendre.*

*- En « décubitus latéral gauche », dit-il avec un sourire.*

*- Ah !*

*Je m'exécute, sans le quitter des yeux. Il fait le tour de la table, se place derrière moi, se penche. Je dois seulement tourner la tête un peu pour le voir.*

*- En Angleterre, on examine depuis très longtemps les patientes dans cette position. Dans le temps, on parlait de la « posture anglaise ».*

*- Pour désigner le décubitus latéral ?*

*- Oui.*

*- Et c'est la position de l'examen gynécologique ?*

*- De "tous" les gestes gynécologiques. Des accouchements, en particulier. [...] Dans la nouvelle de Ferron (un écrivain-médecin québécois du XXème siècle), un jeune médecin de Gaspésie est appelé auprès d'une femme qui accouche et qui refuse de se mettre sur le dos et d'écartier les cuisses ; elle reste obstinément allongée sur le côté gauche. Ça n'étonne pas la vieille sage-femme, mais le jeune docteur est un peu désemparé... jusqu'à ce qu'il voie que*

*L'accouchement se déroule pratiquement tout seul. [...]. Vous ne les faites jamais accoucher en décubitus latéral gauche?*

*- Pas que je sache...*

*- Dommage. Ça donne que des avantages. Moins de risque de déchirures périnéales, pas de compression de la veine cave pendant le travail, meilleur contrôle de la tête pendant l'expulsion... [...]*

*- L'examen gynécologique est sûrement moins confortable, dis-je.*

*- Pour qui ?*

*- Pour le médecin ! Dans cette position les cuisses sont serrées l'une contre l'autre...*

*- Ça n'empêche nullement de poser un spéculum. Il suffit d'être délicat. Les patientes paraplégiques, ou qui ont une luxation de hanche, ne peuvent pas du tout s'installer en position dorsale, ou alors il faut leur attacher les jambes. Notez bien que jusque dans les années soixante-dix, en France, attacher les femmes enceintes, c'était la norme... Inutile de vous dire qu'elles préfèrent s'allonger sur le côté. Et pour un certain nombre d'entre elles, c'est plus pudique que de regarder le médecin s'affairer entre leurs cuisses... Vous ne croyez pas ?*

*Je secoue la tête, perplexe*

*- Je ne sais pas... Je n'ai jamais examiné personne dans cette position. [...]*

*- Si vous voulez le savoir, demandez-le aux premières intéressées !*

*- Ah [...]. Mais je ne suis pas sûre que ce soit possible sur cette table d'examen. Elle est beaucoup trop étroite.*

*- Mmh... dit-il en croisant les bras. Et si on se procurait une table plus large ?*

*Je vois qu'il est sérieux.*

*- Oui, peut-être... Ça permettrait de proposer les deux positions. Et elles pourraient...*

*- Oui... ?*

*- Choisir.*

*Il hoche la tête et sourit.»*

## Bibliographie

1. Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de COsultation en médecine GENérale. *Exercer*. 2014;25(114):148–57.
2. Druais PL, Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Gilberg S. *Médecine Générale. Médecine Générale. Abrégés Masson*. 2009. pp. 25–31.
3. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'audience des Gynécologues Médicaux du 2 février 2011 [Internet]. *sante.gouv.fr*. 2011 [cited 2014 Nov 21]. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu\\_de\\_l\\_audition\\_des\\_Gynecologues\\_medicaux.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf)
4. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. [Paris]; 2010. pp. 1–139.
5. Vallée J-P. Faut-il renoncer à l'examen gynécologique systématique ? *Médecine*. 2014 Oct;10(8):343.
6. Henderson JT, Sawaya GF, Blum M, Stratton L, Harper CC. Pelvic examinations and access to oral hormonal contraception. *Obstet Gynecol*. 2010 Dec;116(6):1257–64.
7. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010 Jul. pp. 1–53.
8. Le suivi gynécologique en milieu rural : Etat des lieux et freins [Internet]. [Lille]; 2014. pp. 1–44. Available from: <http://www.cosf59.fr/wp-content/uploads/2014/07/elisedewez.pdf>
9. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi. [Nice]; 2013. pp. 1–89.
10. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. [Saint-Etienne]; 2010. pp. 1–32.
11. Adam M. Evaluation des connaissances des femmes concernant leur suivi gynécologique. [Thèse de D.E.S. de Médecine Générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2011. pp. 1–101.
12. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. BMJ Publishing Group Ltd; 2006 Jul 22;333(7560):171–0.
13. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. Elsevier; 2009 Oct;25(5):500–8.



14. Ricciardi R. The First Pelvic Examination in the Adolescent: An Update. *The Journal for Nurse Practitioners*. Elsevier; 2008 May;4(5):377–83.
15. Larsen M. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Family Practice*. 1997 Apr 1;14(2):148–52.
16. Marmier M. Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine : intérêt pour les patientes. [Mémoire de fin d'études de Sage-Femme]. Bordeaux: Université Victor Segalen Bordeaux 2; 2013. pp. 1–83.
17. Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2012 [Internet]. e-cancer.fr. 2013 [cited 2015 Jan 5]. pp. 1–352. Available from: <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/629-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012>
18. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. In VS; 2007 Jan pp. 1–17.
19. INPES. 2014 : Calendrier simplifié des vaccinations [Internet]. inpes.sante.fr. [cited 2015 Jan 5]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1175.pdf>
20. Budd AC, Brotherton JML, Gertig DM, Chau T, Drennan KT, Saville M. Cervical screening rates for women vaccinated against human papillomavirus. *Med J Aust*. 2014 Sep 1;201(5):279–82.
21. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968 Oct;65(4):281–393.
22. Duport N, Hauguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. In VS; 2007 Jun pp. 1–35.
23. INCA. État des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France [Internet]. e-cancer.fr. 2007 [cited 2015 Jan 5]. pp. 1–34. Available from: [http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc\\_download%2F9412-etat-des-lieux-du-depistage-du-cancer-du-col-uterin-en-france&ei=5qmQVJLmF4bgaJPHgaAE&usq=AFQjCNEmXvXIjw6L8T16X9A9nj2suOM2nw&sig2=\\_zrRa-sKW552i50QzGpYg&bvm=bv.82001339,d.d2s](http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcomponent%2Fdocman%2Fdoc_download%2F9412-etat-des-lieux-du-depistage-du-cancer-du-col-uterin-en-france&ei=5qmQVJLmF4bgaJPHgaAE&usq=AFQjCNEmXvXIjw6L8T16X9A9nj2suOM2nw&sig2=_zrRa-sKW552i50QzGpYg&bvm=bv.82001339,d.d2s)
24. International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2008 Feb 9;:1–324.
25. Boulanger J-C, Gondry J, Lanta S. Mises à jour en gynécologie médicale. Vigot, editor. Paris; 2010. 21 p.
26. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. 2013 Jun;:1–55.
27. Leroy F. Histoire de naître [Internet]. Editions De Boeck. Bruxelles; 2002. 3 p. Available from: <http://books.google.be/books?id=5aqqvIsStVsC&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false>

28. Lefranc E. Incidence de l'accouchement en décubitus latéral sur les déchirures périnéales. 2005. pp. 1–113.
29. Doucin H. Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral. [Angers]; 2011. pp. 1–74.
30. Arnaud-Lesot S. Pudeur et pratique obstétricale au XIXème siècle. *Histoire des Sciences Médicales*. 2009;43(1):39–48.
31. Bednarski B, McAlister V. Literature and Obstetrics: Reading Maternal Posture in Jacques Ferron's "Little William." *Literature and Medicine*. 2002;21(2):216–41.
32. De Gasquet B. *Accouchement : La méthode De Gasquet*. Marabout. 2012.
33. Institut De Gasquet [Internet]. [cited 2015 Jan 6]. Available from: <http://www.degasquet.com>
34. De Gasquet B. *Incontinence urinaire d'effort chez les multigestes : Constats et propositions de prévention en pré, per et post-partum*. [Paris]; 1993.
35. Racinet C, Brément S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. *Profession Sage-Femme*. 2009 Apr;:20–6.
36. Biographical brevities : Sims' position. *The American Journal of Surgery*. 1931 Sep;XIII:578–9.
37. Bissell D. Bookshelf Browsing : The Sims morial adress on gynecology. *The American Journal of Surgery*. 1928 Nov;V(5):526–34.
38. Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Patients' view of medical positioning for proctologic examination. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2009 Nov 30;2:133–8.
39. Turell R. Proctology in general office practice. *The American Journal of Surgery*. 1942 Mar;55(3):516–9.
40. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Examen proctologique : Méthodes d'exploration [Internet]. [snfge.org](http://www.snfge.org). 1999 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://www.snfge.org/content/symptomes-examen-proctologique-methodes-dexploration>
41. Arnaud-Lesot S, Hoerni B. Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours. *La Revue du Praticien*. 2008 May 31;58:1154–7.
42. Greiver M. No stirrups ? *Canadian Family Physician*. 2001 Oct;47:1979.
43. Drife JO. Lateral thinking in gynaecology. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988 Mar 19;296(6625):807–8.
44. Amias AG. Pelvic examination: a survey of British practice. *Br J Obstet Gynaecol*. 1987 Oct;94(10):975–8.

45. Borée. A l'anglaise [Internet]. boree.eu. 2010 [cited 2014 Nov 22]. Available from: <http://boree.eu/?p=118>
46. Borée. L'examen 'à l'anglaise' - et autres mises au point gynécologiques [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 22]. Available from: <http://boree.eu/?p=1349>
47. Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2007 Jul;35(7-8):637–44.
48. Schnur W. Vaginal examination using the Sims position. *Am Fam Physician*. 2001 Nov 1;64(9):1520–2.
49. Bachmann G. Vaginal examination using the Sims position. *Am Fam Physician*. 2001 Nov 1;64(9):1520–2.
50. Seymore C, DuRant RH, Jay MS, Freeman D, Gomez L, Sharp C, et al. Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. *The Journal of Pediatrics*. Elsevier; 1986 Feb;108(2):312–7.
51. Klassen D. Preference for the no-stirrup method. *Canadian Family Physician*. 2002 Mar;48:457.
52. Doig A. De facto evidence for the no-stirrup method. *Canadian Family Physician*. 2002 May;48:876.
53. INSERM, Kantar Health, Roche. Enquête Epidémiologique Nationale sur le Surpoids et l'Obésité [Internet]. roche.fr. [cited 2014 Dec 10]. Available from: [http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche\\_fr/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/obepi_2012.pdf)
54. INPES. CONTRACEPTION :Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? 2011 Oct 26;:1–18.
55. Winckler M. *Le Chœur des femmes*. Paris: POL Editeur; pp 606.
56. Afssaps. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. 2011 Aug 4;:1–16.
57. Moettus A, Sklar D, Tandberg D. The effect of physician gender on women's perceived pain and embarrassment during pelvic examination. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1999 Nov;17(7):635–7.
58. Boddien-Heidrich R, Walter S, Teutenberger S, Küppers V, Pelzer V, Rechenberger I, et al. What does a young girl experience in her first gynecological examination? Study on the relationship between anxiety and pain. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000 Aug;13(3):139–42.
59. Hennigen L, Kollar LM, Rosenthal SL. Methods for managing pelvic examination anxiety: individual differences and relaxation techniques. *J Pediatr Health Care*. 2000 Jan;14(1):9–12.
60. Greusard R. « Examen à l'anglaise » : on n'est pas obligées d'écartier les cuisses chez

le gynéco - Rue89 [Internet]. rue.nouvelobs.com. 2014 [cited 2014 Dec 1]. Available from: <http://rue89.nouvelobs.com/rue69/2014/01/11/examen-a-langlaise-nest-obligees-decarter-les-cuisses-chez-gyneco-248911>

61. Siwe K, Berterö C, Wijma B. Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: A win-win concept. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Elsevier B.V; 2013 Jun 1;4(2):73–7.
62. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1998;77:422–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598951>
63. Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. *N Z Med J* [Internet]. 1986 Jan 22;99(794):8–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3456108>
64. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum “self-insertion”: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*. 2005;14:1098–111.
65. Guillon A. L’Examen Gynécologique en Décubitus Latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. [Thèse de D.E.S. de Médecine Générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

## Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire soignant

### QUESTIONNAIRE THESE

#### **PREMIERE PARTIE**

##### **1. Concernant votre mode d'exercice**

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Depuis combien d'années exercez-vous ?
- Êtes-vous :
  - Un homme
  - Une femme
- Votre lieu d'exercice est-il :
  - Rural
  - Semi-rural
  - Urbain
- Quelle est votre profession ?
  - Médecin généraliste
    - Si oui, avez-vous suivi une formation complémentaire en gynécologie (Diplôme Universitaire, Diplôme Inter-Universitaire) ?
      - oui
      - non
  - Gynécologue
  - Sage-femme
- Quel est votre mode d'exercice ?
  - Libéral
  - Salarié (P.M.I, Planning Familial, Centre de santé)
  - Hospitalier
- Vous réalisez des examens gynécologiques (une seule réponse possible) :
  - Plusieurs fois par jour
  - Plusieurs fois par semaine
  - Plusieurs fois par mois
  - Plusieurs fois par an
  - Moins d'une fois par an

##### **2. Concernant la Position Latérale**

- Comment avez-vous été sensibilisé à la possibilité d'examiner les patientes en décubitus latéral ? (plusieurs réponses possibles) ?
  - Dans ma formation initiale
  - Lors de sessions de Formation Médicale Continue
  - Par un professionnel de santé
  - Par mes lectures
  - Par Internet
  - Par une patiente
  - Autre :

- Avez-vous reçu une formation pratique sur l'examen gynécologique en position latérale ?
  - Oui
    - Si oui, vous êtes-vous senti(e) prêt(e) à pratiquer après cette formation pratique ?
      - Oui, sans réserve
      - Oui, avec réserve
      - Non
  - Non, je me suis formé(e) seul(e)
  - Non, je ne pratique pas l'examen en décubitus latéral
- Depuis combien de temps utilisez-vous la position latérale pour vos examens gynécologiques ?

### 3. Concernant l'utilisation de la Position latérale dans votre pratique quotidienne pour l'examen gynécologique

- Selon vous, cette position peut-elle aider à l'examen chez certaines patientes ? (plusieurs réponses possibles)
  - Premier examen gynécologique
  - Femme ménopausée
  - Femme porteuse d'un handicap moteur
  - Grossesse
  - Surpoids ou obésité
  - Autre :
  - Elle est adaptée à toutes les patientes
- Selon vous, cette position a-t-elle un intérêt *particulier* pour les gestes suivants ? (plusieurs réponses possibles)
  - Examen au spéculum
  - Prélèvement vaginal
  - Frottis cervico-vaginal
  - Pose ou retrait de dispositif intra-utérin (DIU)
  - Inspection vulvaire
  - Toucher vaginal
  - Palpation abdominale
- Concernant votre pratique de la Position latérale :
  - Vous orientez l'examen vers la position latérale si vous la jugez plus adaptée
  - Vous laissez le choix à la patiente (après lui avoir présenté les différentes positions)
  - Vous ne vous sentez pas à l'aise avec la position latérale et ne la pratiquez pas
- En moyenne, sur 10 examens gynécologiques réalisés, quel est le nombre effectué en position latérale ? (réponse de 0 à 10)

Ce questionnaire est terminé. Merci d'y avoir répondu.

Vous pouvez le renvoyer au moyen de l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe. Dès réception, je vous adresserai le second questionnaire, à destination des patientes, dont la première (courte) partie sera à remplir par vos soins, puis à remettre à vos patientes après chaque examen gynécologique réalisé en décubitus latéral.

Je vous remercie d'avance pour votre participation,

Armelle GRANGE CABANE, médecin généraliste

## Annexe 2 : Questionnaire patiente

### VOLET MEDECIN / SAGE-FEMME

*Partie à remplir par le médecin/la sage-femme en fin d'examen.*

#### **1. Concernant l'examen que vous venez d'effectuer en position latérale**

Quel était l'objet de l'examen ?

- Examen au spéculum
- Prélèvement vaginal
- Frottis cervico-vaginal
- Pose de DIU
  - Par quelle méthode ?  En trois temps  Directe (ou « torpille »)
  - Avec pince de Pozzi ?  Oui  Non
- Retrait de DIU
- Inspection vulvaire
- Toucher vaginal
- Palpation abdominale
- Autre :

Avez-vous rencontré des difficultés lors de sa réalisation ?

- Non, aucune.
- Oui, précisez lesquelles ?

Avez-vous demandé à la patiente de se placer en position gynécologique pour réduire ces difficultés ?

- Non, pas la peine.
- Oui, mais sans que cela soit plus facile
- Oui, et les difficultés ont été résolues

Vous avez utilisé pour cet examen un spéculum :

- Plastique à usage unique
  - avec lubrification (gel lubrifiant, eau)
  - sans lubrification
- Métallique
  - avec lubrification (gel lubrifiant, eau)
  - sans lubrification

---

### VOLET PATIENTE

*Partie à remettre à la patiente pour qu'elle la complète après l'examen.*

Madame, Mademoiselle,

Jeune médecin généraliste, je réalise ma thèse d'exercice sur l'emploi de la position en décubitus latéral pour l'examen gynécologique.

Le plus souvent, un examen gynécologique se déroule en position gynécologique (ou décubitus dorsal) : vous êtes allongée sur le dos, les pieds dans les cale-pieds.

En position latérale (ou « à l' anglaise »), vous êtes allongée sur le côté gauche, la jambe du dessus repliée en avant.

Votre médecin ou sage-femme vous a proposé un examen en position latérale. Notre étude a pour but de connaître votre vécu lors de cet examen. Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez remplir le questionnaire anonyme suivant. La première partie a été remplie par votre médecin ou sage-femme. La seconde vous est destinée : après l'avoir remplie, en salle d'attente ou chez vous, vous pourrez la renvoyer au moyen de l'enveloppe pré-timbrée fournie avec ce questionnaire. Toutes vos réponses seront bien évidemment analysées de manière anonyme et ne serviront que dans le but de cette étude.

Merci d'avance pour votre participation !

Armelle GRANGE CABANE, médecin généraliste



## 1. Vous concernant

- Votre âge :
  - Votre taille :
  - Votre poids :
  - Avant celui d'aujourd'hui, combien d'EXAMENS gynécologiques avez-vous déjà eu dans votre vie ?
    - Aucun, c'était mon premier examen
    - Un seul
    - Environ entre 2 et 5
    - Plus de 5
- A quel âge environ était le premier examen ? :
- Aviez-vous déjà eu un examen gynécologique réalisé en position latérale ?
- Oui
  - Non

## 2. Concernant le déroulement de l'examen d'aujourd'hui

- En arrivant à la consultation,
  - Vous vous attendiez à ce que le médecin/la sage-femme réalise un examen gynécologique
  - Vous ne vous y attendiez pas
  - Autre cas :
- Quel était le motif de votre consultation d'aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)
  - Pose/retrait d'un Dispositif Intra-Utérin (ou DIU, aussi appelé « stérilet »)
  - Pertes, douleurs, brûlures, démangeaisons vulvo-vaginales...
  - Demande de dépistage des IST (infections sexuellement transmissibles)
  - Réalisation d'un frottis cervico-vaginal (= dépistage des lésions pré-cancéreuses du cancer du col)
  - Autre(s) :
- Concernant vos questions au sujet de l'examen gynécologique, indiquez la (ou les) réponse(s) qui correspondent :

La personne qui m'a examinée

  - ne m'a pas donné d'explications particulières sur la nécessité de l'examen
  - m'a expliqué avant ou pendant qu'il/elle m'examinait la nécessité/les objectifs de cet examen
  - a accompagné l'examen d'explications sur les différentes étapes de son déroulement
- Au total, avez-vous eu toutes les informations souhaitées ?
  - Oui, j'ai eu les informations dont j'avais besoin
  - Non, il me reste encore des questions sans réponse...
  - Je n'avais pas besoin d'explications particulières
- Le médecin a-t-il utilisé un drap (en papier ou tissu) pour vous recouvrir pendant l'examen ?
  - Oui
  - Non
- Aviez-vous un oreiller ou un support pour soutenir votre tête ?
  - Oui
  - Non
- Aviez-vous gardé un vêtement sur la poitrine pendant l'examen gynécologique ?
  - Oui
  - Non

### 3. Concernant votre ressenti de l'examen d'aujourd'hui

- **S'installer** en position latérale est-il facile ?
  - Oui
  - Non
  - Si non, pourquoi ? (réponse courte, en une ou deux phrases) :
- **Confort global** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Très inconfortable  1  2  3  4  5 Pas du tout inconfortable
- **Douleur** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Très douloureux  1  2  3  4  5 Pas du tout douloureux
- **Pudeur** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui :  
Ne respectant pas du tout votre pudeur  1  2  3  4  5 Respectueux de votre pudeur
- **Anxiété** : Vous avez trouvé l'examen gynécologique d'aujourd'hui source de :  
Beaucoup d'anxiété  1  2  3  4  5 Aucune anxiété
- Qu'est-ce qui vous a le plus gêné dans cette position ? (réponse courte, une ou deux phrases) :
  
- Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans cette position ? (réponse courte, une ou deux phrases) :

### 4. Si vous aviez déjà eu un examen gynécologique avant aujourd'hui, en position gynécologique « classique » (sur le dos)

Par rapport à l'examen gynécologique en position « classique » :

- **S'installer** en position latérale est :
  - Plus facile
  - Aussi facile
  - Moins facile
- **Confort global** : Vous avez trouvé la position latérale :
  - Plus confortable
  - Aussi confortable
  - Moins confortable
- **Douleur** : Vous avez trouvé la position latérale :
  - Moins douloureuse
  - Aussi douloureuse
  - Plus douloureuse
- **Pudeur** : Vous avez trouvé la position latérale :
  - Plus respectueuse de votre pudeur
  - Aussi respectueuse de votre pudeur
  - Moins respectueuse de votre pudeur
- **Anxiété** : Vous avez trouvé la position latérale source de :
  - Moins d'anxiété
  - Autant d'anxiété
  - Plus d'anxiété

- Qu'est-ce qui vous avait le plus gêné en position « classique » ? (réponse courte, une ou deux phrases) :

- Qu'aviez-vous le plus apprécié dans la position « classique » ? (réponse courte, une ou deux phrases) :

- Le médecin/sage-femme qui vous avait examinée à l'époque était-il le même que celui qui vous a proposé aujourd'hui un examen en position latérale ?

- Oui
- Non

##### **5. Concernant l'examen en position latérale en général**

- Avant aujourd'hui, connaissiez-vous l'examen gynécologique en position latérale ?

- Non
- Oui

Si oui, par quel moyen ?

- Par un professionnel de santé qui la pratique (médecin, sage-femme)
- Par mes lectures
- Par internet
- Par une amie
- Autre :

- Lors de votre prochain examen, pensez-vous demander à votre médecin/sage-femme la position latérale ?

- Oui
- Non

- Avez-vous envie de faire connaître la position latérale à un(e) proche ?

- Oui
- Non

Ce questionnaire est terminé. Merci de votre participation.

Vous pouvez utiliser l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe pour me le retourner, en y incluant la partie remplie par votre médecin/sage-femme.

N'hésitez pas à ajouter un commentaire ci-dessous si vous le souhaitez !

Commentaires :

Armelle GRANGE CABANE, médecin généraliste

Annexe 3 : Commentaires spontanés des patientes en fin de questionnaire (extraits)

« La position latérale mérite d'être plus pratiquée. »

« Merci de m'avoir fait connaître cette position plus respectueuse pour les jeunes. »

« Le développement de cette pratique serait réellement profitable à tous. »

« Il faut valoriser cette position. »

« Merci de m'avoir fait connaître une autre façon. »

« Merci pour cette nouvelle découverte ! »

« La position latérale est à diffuser ! »

« Peut-on avoir le résultat de votre thèse ? »

« J'espère que les consultations de gynécologie évolueront grâce à votre questionnaire. »

« Je trouve intéressant de réaliser un questionnaire à ce sujet : cela montre la remise en question de certains médecins afin que nous patientes nous sentions en confiance. Bravo. »

« Merci de faire une thèse sur la question de la position gynécologique »

« C'est gratifiant et rassurant qu'on consulte le ressenti du patient !! Merci. »

« Je suis une « traumatisée » des examens gynécologiques.[...] Je viens de rencontrer cette nouvelle méthode qui me réconcilie un peu avec l'examen gynéco. »

« Cette position est TOP !! »

« Travailler pour que l'examen gynécologique soit amélioré et plus confortable : bravo et merci. »

« J'ai été ravie de tester. Merci. »

« Si les choses évoluent pour améliorer le confort des femmes et peut les amener à se faire davantage dépister ou examiner, il ne faut pas hésiter. »

« J'espère que votre thèse incitera plus de médecins et de sages-femmes à la proposer. »

