



Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Anne-Sophie Botalla-Piretta

► To cite this version:

Anne-Sophie Botalla-Piretta. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01227952

HAL Id: dumas-01227952

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227952>

Submitted on 12 Nov 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.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen

Année 2015

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
--

Diplôme d'Etat de Médecine Générale

PAR

BOTALLA-PIRETTA Anne-Sophie

Née le 24/01/1985 à Harfleur

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2015

Examen gynécologique en décubitus latéral : Ressenti de patientes et de professionnels de santé en France.
--

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.

PRESIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTRICE DE THESE : Docteur Laure LEFEBVRE

MEMBRES DU JURY : Professeur Pierre CZERNICHOW

Professeur Guillaume SAVOYE

Docteur Anne LEFEBURE

Professeur Pierre FREGES

Professeur Michel GUERBET

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mr Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (phar)

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)

Neurophysiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect

A Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous en suis très reconnaissante

A Monsieur le Professeur Guillaume SAVOYE,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude

A Madame le Docteur Anne LEFEBURE

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury

A Madame le Docteur Laure LEFEBVRE,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, de m'avoir accompagnée dans ce travail. Merci pour tous tes conseils. Tu m'as fait découvrir et aimer la Médecine Générale au cours de mon premier stage ambulatoire. Je te remercie pour tout ce que tu m'as transmis, sur la médecine et bien plus encore.

Aux patientes et aux professionnels de santé qui ont accepté de participer à cette thèse,

Merci d'avoir accepté de me donner de votre temps et de vous être confiés à moi

Aux relecteurs,

Merci pour vos précieux conseils

A Madame le Docteur Anne GIRARD, Monsieur le Docteur Laurent LAVAL, Monsieur le Docteur Jean-Claude LEMERCIER, Monsieur le Docteur Jean TISCA, Monsieur le Docteur Didier BLONDEL,

Merci de m'avoir accueillie dans vos cabinets au cours de mon internat. Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez transmis

Aux professionnels de santé rencontrés au cours de mes études,

Le médecin que je suis est un petit bout de chacun de vous

A l'ISNAR-IMG, au SIREHN-IMG,

Une expérience enrichissante, et des rencontres inoubliables
Merci pour votre engagement pour les internes de médecine générale

A Martin Winckler, Borée, Dr Gécé

Merci d'avoir accepté de répondre à mes questions, et de partager vos expériences et réflexions, qui permettent de se remettre en question et d'améliorer ses pratiques

Aux patients, qui nous apprennent tant sur notre métier.

A mes Parents,

Merci du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait pour moi, votre soutien sans faille, merci pour tout l'amour que vous m'avez donné tout au long de ma vie

A mon Frère,

Merci pour ta gentillesse et ta générosité ; te voir t'épanouir me rend heureuse

A ma Sœur,

Tu es mon rayon de soleil, merci pour chacun des moments passés ensemble

A Vanessa, petit papillon,

Depuis la P1, des épreuves, surmontées ensemble, mais surtout que de bons moments, sans parler de nos vacances, toujours rocambolesques, inoubliables !

A Cora et Jean,

La P1 est un bon souvenir grâce à vous, et aux Chamans...!

A Aurélie, Chachou, Charlotte, Cindy,

Depuis le début de l'internat, et malgré la distance, une pure bouffée d'oxygène dès qu'on se retrouve, merci pour toutes ces soirées et vacances délirantes ! Merci pour toute votre amitié

A toi mon Chéri,

Merci pour ton soutien, tes encouragements, ta patience...

A ces 6 années de bonheur à tes côtés, aux prochaines...

Sommaire

Glossaire	19
Avant-propos	20
INTRODUCTION	21
Objectifs de l'étude	28
MATERIEL ET METHODE	29
Population étudiée	29
Recueil des données	30
Analyse des données	31
RESULTATS	32
Caractéristiques de la population étudiée	32
Analyse des données	34
Préambule: L'examen gynécologique : Un examen nécessaire, mais souvent mal vécu	34
Partie 1 : Ressenti des patientes et des praticiens sur l'examen en décubitus latéral	35
I. Le décubitus latéral, pour plus de respect de la patiente...	36
1. Une position proposée en premier lieu pour les patientes	36
2. Une position surprenante	36
3. ... Mais surtout une marque de respect	37
II. Des bénéfices pour les patientes comme pour les praticiens	37
1. Une position naturelle, de protection	37
2. Plus de confort	38
3. Une diminution des douleurs	38
4. Un examen facilité	38
5. Un bénéfice secondaire pour le praticien	39
6. Respect de la pudeur : Divergence de points de vue	39
7. Un contact visuel diminué : Divergence de points de vue	40
8. Le décubitus latéral, pour une meilleure adhésion au suivi gynécologique ?	41

III. ... Mais une pratique limitée par des représentations de l'examen très ancrées en France	42
1. Le décubitus latéral, une position méconnue par les patientes	42
2. Changer ses habitudes demande un effort	42
IV. Des difficultés rencontrées, mais surmontables	43
1. Des débuts parfois difficiles	43
2. La posture du praticien plus inconfortable	44
3. Plus de difficultés chez les patientes obèses	45
V. Le décubitus latéral, en pratique	45
1. Une position adaptée pour l'examen au spéculum	45
2. Les patientes cibles	46
3. Installation de la patiente	46
4. L'insertion du spéculum	47
5. Quelques aménagements recommandés	48
Partie 2 : Des pistes pour améliorer l'adhésion au suivi gynécologique	49
I. Un besoin d'informations	49
II. La place primordiale du médecin traitant	50
III. Améliorer la pratique des professionnels de santé	51
1. Plus d'implication de la part des praticiens	51
2. Homogénéiser les pratiques	51
3. Améliorer le savoir-être des praticiens	52
4. Améliorer le savoir-faire des praticiens	54
5. L'utilisation des étrières en question	54
DISCUSSION	55
Eléments clés	55
Forces et faiblesses	57
I. Originalité du sujet	57
II. Choix du type d'étude	57
1. La méthode	57

2. Les entretiens.....	57
III. Population étudiée	58
Comparaison des résultats aux données de la littérature	59
I. Les praticiens et le décubitus latéral	59
II. Une bonne satisfaction globale des patientes examinées en décubitus latéral ...	59
III. Différents ressentis face au contact visuel plus difficile	60
IV. Le décubitus latéral, et autres pistes pour améliorer le vécu de l'examen gynécologique.....	60
1. Respecter la pudeur de la patiente.....	60
2. Diminuer la douleur	61
3. Proposer des choix, pour plus d'implication de la patiente.....	61
4. Améliorer la relation soignant-soignée	62
5. Homogénéiser les pratiques.....	63
6. Plus d'implication des professionnels	63
Perspectives	64
Conclusion	65
Références.....	66
Annexes	70
Annexe 1 : Plaquette d'information InCa Janvier 2015.....	70
Annexe 2 : Lettre destinée aux patientes recrutées	71
Annexe 3 : Mail pour le recrutement des praticiens.....	72
Annexe 4 : Guide d'entretiens "praticiens"	73
Annexe 5 : Guide d'entretiens "patientes"	75
Annexe 6 : Codes praticiens	77
Annexe 7 : Codes patientes	81
Annexe 8 : Verbatims.....	86
Résumé.....	87
Mots clés	87

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire en Médecine Générale

DIU : Dispositif Intra Utérin

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FCU : Frottis Cervico Utérin

FIV : Fécondation in vitro

GO : Gynécologue Obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne de Médecine générale

INCA : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MG : Médecin Généraliste

MSU : Maitre de Stage Universitaire

SF : Sage-Femme

Avant-propos

Littéralement, l'examen gynécologique comporte un examen clinique général avec inspection, palpation abdominale, un examen pelvien avec inspection vulvaire, examen au spéculum et toucher vaginal, et l'examen sénologique (1).

Néanmoins, dans le langage courant, le terme d'examen gynécologique renvoie à l'examen pelvien. C'est dans ce sens qu'il sera employé dans cette thèse.

INTRODUCTION

Les femmes sont amenées à avoir des examens gynécologiques régulièrement au cours de leur vie. Ces examens peuvent être nécessaires au cours de la grossesse, à visée diagnostique devant des points d'appel divers, pour la mise en place de moyens contraceptifs, ou encore à but de dépistage, notamment avec le frottis cervico utérin (FCU).

Le FCU permet la découverte de lésions au stade de cellules précancéreuses. C'est actuellement la technique utilisée en France pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus était en 2012 le 11^{ème} cancer de la femme en termes d'incidence avec 3000 nouveaux cas, et le 12^{ème} en termes de mortalité par cancer chez les femmes, avec 1100 décès (2). La survie à 5 ans est de 93% pour un cancer découvert au stade I, elle est de 35% pour un cancer diagnostiqué au stade IV (3). Le cancer du col de l'utérus est en constante diminution tant au point de vue de l'incidence que de la mortalité, notamment grâce au dépistage (4).

La Haute Autorité de Santé (HAS), recommande la réalisation d'un FCU tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après 2 FCU normaux à un an d'intervalle. La participation optimale au FCU est de 80% dans la population cible. Mais en 2010, le taux de couverture était estimé à 58%. Ce taux était inférieur à 50% chez les femmes de plus de 50 ans. Par ailleurs, 40% des femmes avaient un FCU trop fréquemment, et seulement 10% bénéficiaient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (3) .

Les FCU peuvent être réalisés par des médecins généralistes, des gynécologues, ou des sages-femmes. Actuellement, environ 10% des FCU sont effectués par des généralistes (5). Ce chiffre varie avec la densité en gynécologues du territoire (6). Et selon le Baromètre Cancer 2010 (7), un médecin généraliste réaliserait le FCU de 26% des femmes en bénéficiant d'un tous les 3 ans, et de 6% des femmes ayant un FCU annuel.

Dans différentes études, les raisons évoquées pour ce faible taux de couverture sont une méconnaissance qu'ont les femmes des modalités de réalisation du FCU, de ses justifications, et des professionnels pouvant le réaliser (5;7). On retrouve aussi une négligence de la part des femmes, qui parfois ne se sentent pas concernées devant l'absence de symptômes. En 2010, la HAS préconisait alors une organisation du dépistage, et une meilleure communication, par les institutions comme par les professionnels de santé (8). Début 2015, une campagne de sensibilisation au FCU est donc lancée, rappelant la fréquence

recommandée du dépistage, et l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (annexe 1). Actuellement, le dépistage organisé est effectif en France dans 13 départements¹.

L'examen en lui-même serait une autre piste pour expliquer cette mauvaise adhésion au suivi gynécologique (5;9).

L'examen pelvien est parfois vécu comme désagréable, par la nudité (partielle) nécessaire, l'intrusion faite dans le corps de la patiente, mais aussi la position prise le plus fréquemment pour cet examen en France, la position gynécologique : « *en décubitus dorsal, fesses en bout de table, cuisses écartées et genoux fléchis, pieds dans les étriers* » (10).

En témoignent les propos recueillis par J. Rocher (9) dans sa thèse « *Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin* » : « *La position est pas idéale pour se relaxer !* » ou « *Ce que je trouve le plus désagréable... c'est le positionnement rebutant, dégradant* ».

L'examen pelvien a pour but (1) :

- L'inspection périnéale à la recherche de lésions traumatiques, infectieuses, l'évaluation de l'imprégnation hormonale,
- La visualisation du col utérin et des parois vaginales à l'aide du spéculum. Cela permet la recherche de lésions traumatiques, infectieuses ou cancéreuses, l'évaluation de la glaire cervicale, de leucorrhées ou de saignements, et si besoin la réalisation de prélèvements, ou la mise en place d'un dispositif intra-utérin (DIU),
- L'évaluation de la cavité pelvienne, par le toucher vaginal couplé à la palpation abdominale. Cela permet la palpation du col, de l'utérus, des annexes et des culs de sac péritonéaux, à la recherche de masses, ou de douleurs. Il permet aussi l'évaluation du plancher pelvien.

¹ Les départements d'Alsace et d'Auvergne, le Cher, Indre-et-Loire, Isère, La Réunion, Maine-et-Loire, Martinique, Val de Marne

Ainsi, la position gynécologique semble idéale pour le praticien pour effectuer l'ensemble de l'examen pelvien, mais pas pour la patiente. D'autres positions peuvent être utilisées pour l'examen pelvien :

- La position **semi-assise** :

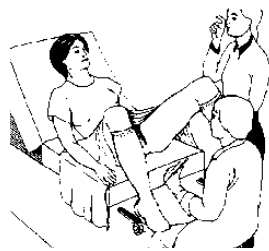


Figure 1 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

Variante de la position classiquement utilisée en France, selon Seymore (11) elle diminuerait le sentiment d'anxiété durant l'examen. Néanmoins, une table spécifique est nécessaire.

- Le décubitus dorsal **sans étrier** :

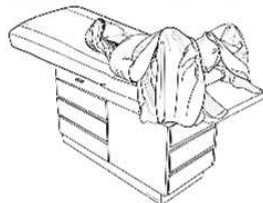


Figure 2 -Positioning of women with draping for examination without stirrups (drawn by Jordan Mastrodonato)

Les pieds sont placés aux coins de la table d'examen. D'après l'étude réalisée par Seehusen (12), la patiente étant plus libre d'ajuster la position de ses pieds et de ses hanches, cette posture semble être plus confortable et diminuer significativement le sentiment de vulnérabilité des femmes. Par ailleurs, elle ne semble pas perturber la qualité des FCU.

- La position « **en V** » :

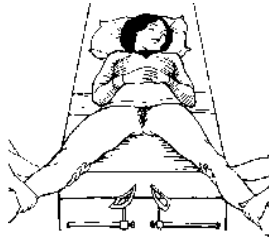


Figure 3 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

Une autre variante de la position gynécologique, adaptée notamment aux personnes à mobilité réduite.

- La position « **en diamant** », ou « **en grenouille** » :

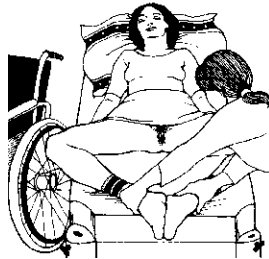


Figure 4 Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women

Elle serait aussi adaptée pour les patientes paraplégiques. Cette position serait par ailleurs la plus adaptée pour l'examen des enfants. Elle permet l'examen de la vulve et, selon la disposition de l'hymen, des deux tiers inférieurs du vagin, et ce sans instrument (13).

- La position **génu-pectorale** :



Figure 5 Common examination positions. From Lammon et al., 1995.

Elle permet elle aussi d'examiner l'enfant, avec la visualisation du vagin, voire du col sans l'insertion de speculum (13) ; se pose néanmoins la question de l'acceptabilité.

- La position **debout** :



Figure 6-"The Touch" From *Lying-In: A History of Childbirth in America*.

C'était la position habituellement utilisée au XVIIIème siècle pour les touchers vaginaux ; elle était acceptée par les patientes, permettant le respect de leur pudeur ; et par les praticiens, l'utérus étant ainsi « plus accessible au doigt » (14). Avec la redécouverte du spéculum, au XIXème siècle, cette position n'a plus été utilisée. Certains auteurs (15) évoquent aussi cette position **debout**, ou **accroupie**, pour des examens difficiles, notamment chez des patientes présentant un vaginisme. Les patientes auraient ainsi plus de contrôle sur l'examen. Cette position devrait néanmoins être transitoire, permettant de mettre en confiance la patiente, afin de pouvoir réaliser le reste de l'examen gynécologique dans une position plus adaptée.

- La **position de Sims**, décubitus latéro-abdominal ou **position latérale modifiée** :

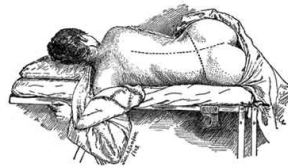
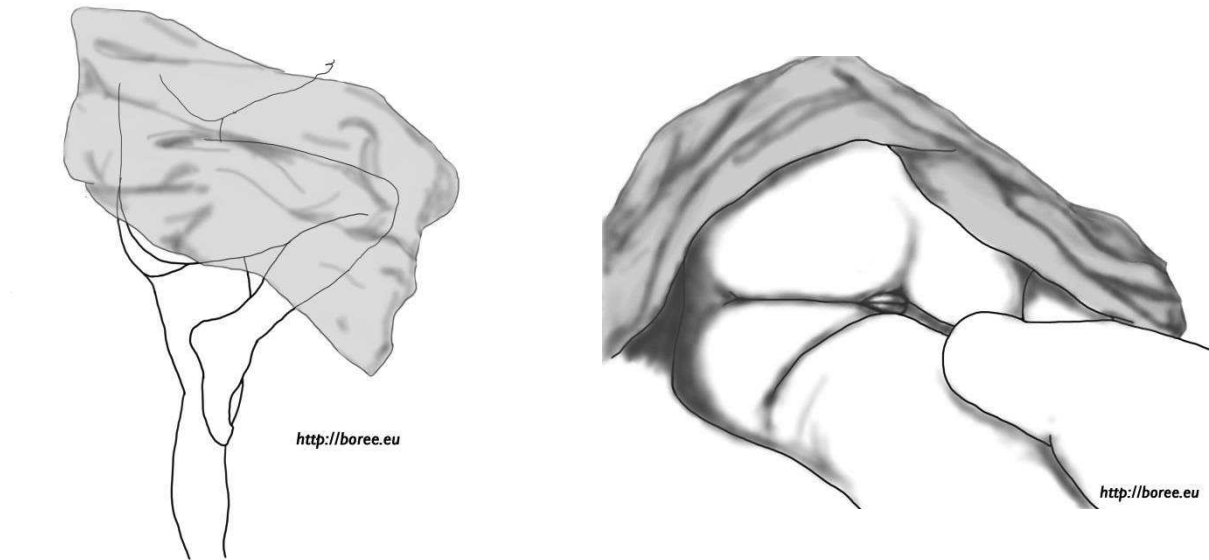


Figure 7-Drawing (1903) from Dr. Howard Kelly's "Gynecology," 1928, showing Sims position.

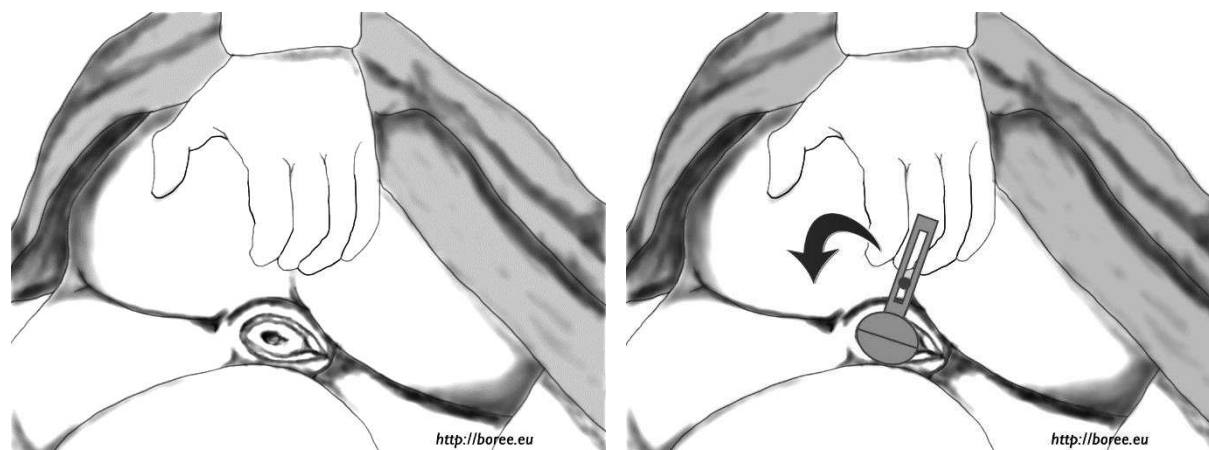
Inventée en 1845 par le Dr JM Sims, cette position était initialement utilisée dans les interventions pour fistules vésico-vaginales : la patiente est en décubitus latéral gauche, les jambes fléchies, le tronc en rotation afin que sa face antérieure soit contre la table d'examen, le bras gauche se dégage alors vers l'arrière. L'examen se trouve facilité, le vagin se trouvant dilaté par la pression atmosphérique (14).

Enfin, une autre alternative serait la position en **décubitus latéral**, ou position dite « **à l'anglaise** ». C'est cette position que nous avons décidé d'étudier. Avec son accord, en voici une illustration faite par un médecin blogueur, le Dr Borée, sur son blog² (16):



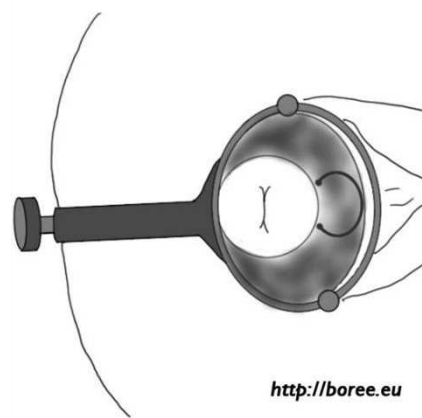
La patiente est en décubitus latéral ; contrairement à la position de Sims, le bras gauche n'est pas dégagé vers l'arrière.

Le praticien va soulever la fesse supérieure afin d'exposer la vulve, et pouvoir introduire le spéculum dans le vagin.



² « Blog de Borée – Borée est un médecin généraliste installé à la campagne. Espèce protégée »
Illustrations extraites du billet *L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques*, visible à l'adresse <http://boree.eu/?p=1349>

En orientant le spéculum dans l'axe du corps, l'examineur pourra ainsi visualiser le col de l'utérus, et pratiquer au besoin un frottis, ou une pose de DIU, et visualiser les parois vaginales au moment du retrait du spéculum.



Selon S. Arnaud Lesot (14), cette position date de la fin du XVIII^{ème} siècle en Angleterre, où les femmes avaient généralement pour habitude d'accoucher sur un lit, sur le côté gauche, les genoux pliés et relevés vers l'abdomen. Elles auraient alors gardé cette position pour l'examen gynécologique. A cette époque, les praticiens reconnaissaient que le décubitus latéral gauche était plus compatible avec la pudeur des femmes, mais les médecins français ne l'utilisaient pas, car ils ne lui voyaient pas d'autre avantage.

En 1987, cette position était encore utilisée en Grande Bretagne, même si elle n'était pas la plus fréquente : dans son étude, AG Amias (17) a interrogé les habitudes de 777 praticiens anglais. Parmi eux, 55% examinaient de façon habituelle ou occasionnelle leurs patientes en décubitus latéral gauche. En plus de l'impact sur le confort et la pudeur des patientes, il était utile de recourir à cette position pour examiner les patientes présentant un prolapsus ou une difficulté d'abduction des hanches (18). Pour 77% des praticiens, c'est la position en décubitus dorsal qui était tout de même le plus souvent utilisée. A noter qu'en Angleterre, la position diffère encore à ce jour de celle utilisée en France, les étrières étant habituellement réservés aux interventions sous anesthésie générale (19).

En France, c'est au début des années 2000 que cette position commence à être utilisée, pour des accouchements. Dans ce domaine, elle a été importée et améliorée par le Dr Bernadette de Gasquet, qui depuis 2002 forme des équipes obstétricales, et intervient dans des écoles de sages-femmes. Cette position permettrait de diminuer les lésions périnéales (20), et diminuerait le temps d'expulsion dans certaines circonstances (21, 22).

Martin Winckler, dans son livre *Le chœur des femmes* (23), parle de l'importance de l'écoute durant les consultations gynécologiques, et du respect du corps des femmes ainsi que de leur pudeur. Il consacre un chapitre à la découverte de la « posture à l'anglaise » par le personnage principal. Depuis, des médecins et sages-femmes commencent à s'approprier cette position. Le Dr Borée a aussi participé à sa médiatisation avec son blog.

Mais dans les livres de gynécologie ou d'examen clinique les plus fréquemment utilisés au cours des études médicales (24,25), l'examen gynécologique se fait toujours « *en position gynécologique* » ; lorsqu'elle est décrite, on retrouve les notions de décubitus dorsal, abduction des cuisses et pieds dans les étriers (10,26-29).

En 2015 ont été soutenues les premières thèses évaluant le ressenti des patientes sur cette position d'examen : A. Guillon-Boucher (30) avec une étude qualitative, et A. Grangé-Cabane (31), avec une étude quantitative. Elles concluent toutes deux que les patientes seraient plus confortables dans cette position, qui respecte mieux leur pudeur. A notre connaissance, il s'agit des seules études évaluant le ressenti des patientes sur l'examen gynécologique en décubitus latéral publiées à ce jour, et il n'en existe pas sur le ressenti des praticiens.

C'est au cours de mon stage ambulatoire de niveau 1 que j'ai découvert cette position, et les retours des patientes examinées de la sorte étaient positifs. Au début de ce travail, aucune étude n'avait encore été réalisée sur le décubitus latéral, et nous voulions donc explorer le ressenti des patientes et des praticiens ayant expérimenté cette position.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'explorer d'une part le ressenti de patientes ayant été examinées en décubitus latéral, en termes de confort, pudeur et douleur ; et d'autre part, le ressenti de praticiens ayant expérimenté cette position, notamment concernant leurs motivations à utiliser cette position, et l'impact sur l'examen.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer des pistes permettant d'améliorer le ressenti de l'examen gynécologique, et d'améliorer l'adhésion au suivi gynécologique en France.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée par entretiens, semi-directifs et individuels.

Population étudiée

Les personnes interrogées étaient d'une part des patientes, et d'autre part des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes.

Les praticiens ayant déjà effectué au moins cinq examens gynécologiques en décubitus latéral pouvaient être inclus dans l'étude.

Les praticiens proposant à leurs patientes d'être examinées dans cette position sont à ce jour peu nombreux. Le blog *gynandco.wordpress.com* en propose une liste, mais celle-ci n'est pas exhaustive, peu fournie en médecins généralistes, et comporte des erreurs. Outre ce blog, ils étaient donc recrutés *via* des listes de diffusion de syndicats (Annexe 2), et *via* des médecins blogueurs. Par ailleurs, chaque participant était invité à en recruter d'autres.

Par la suite, il était demandé à chaque participant de recruter les prochaines patientes qu'il examinerait en décubitus latéral. Elles devaient être majeures, parler le français couramment, et avoir eu au moins un examen gynécologique en décubitus latéral. Un courrier de présentation de l'étude à l'attention des patientes était adressé aux praticiens (Annexe 3).

Le premier contact se faisait par mail ou par téléphone. Cela permettait de présenter rapidement l'étude, et de fixer un rendez-vous. Le moment de l'interview était donc décidé conjointement à l'avance. Il devait être un moment au calme et sans pression de temps pour chacune des deux parties.

La variabilité maximale de l'échantillon a été recherchée :

- Pour les praticiens, en termes d'âge, durée d'exercice, durée de pratique de l'examen en décubitus latéral ;
- Pour les patientes, en termes d'âge, de régularité du suivi, de durée de suivi par le praticien interrogé, et du nombre d'examens effectués en décubitus latéral et dorsal.

La représentativité statistique de l'échantillon n'était pas recherchée.

Le nombre de professionnels de santé, et de patientes à recruter n'a pas été fixé à l'avance, mais était déterminé par la saturation des données.

Recueil des données

Afin de faciliter les entretiens, nous avons élaboré deux guides d'entretien : un pour les entretiens avec les praticiens (Annexe 4), et un pour les entretiens avec les patientes (Annexe 5). Ces guides d'entretien ont évolué au cours de l'étude, afin que les échanges soient les plus constructifs possibles, et lorsque de nouveaux thèmes étaient soulevés au cours des entretiens.

Les guides d'entretien

Ils rappelaient les thèmes à aborder, à savoir :

Pour les professionnels de santé :

- Rapport à la gynécologie (formation, part de gynécologie dans la pratique quotidienne),
- Historique de la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral (motivations, description de la position, durée de la pratique, difficultés rencontrées),
- Evaluation de la position (réaction des patientes, avantages et inconvénients, pour les praticiens et pour les patientes, faisabilité, conseils),
- Pistes pour l'amélioration du suivi gynécologique des femmes,
- Pistes pour l'amélioration du ressenti des patientes au cours de l'examen gynécologique.

Après les premiers entretiens, ont été ajoutées des questions sur la place du contact visuel, les aménagements à apporter, les limites de l'examen en décubitus latéral.

Pour les patientes :

- Historique du suivi gynécologique (par quel praticien, régularité),
- Rapport à l'examen gynécologique (représentation du suivi gynécologique, pudeur, expériences négatives),
- Ressenti de l'examen en décubitus latéral (1^{ère} réaction, représentation de la position, avantages et inconvénients, pistes d'amélioration de la position),
- Pistes pour l'amélioration du suivi gynécologique des femmes,
- Pistes pour l'amélioration du ressenti des patientes au cours de l'examen gynécologique.

Des questions sur le contact visuel et les améliorations à apporter ont à la suite des premiers entretiens été ajoutées.

Ces guides d'entretien ont été soumis à l'évaluation de médecins. Afin de vérifier que le sens des questions était bien compréhensible, elles étaient testées avec des personnes ne faisant pas partie du milieu médical.

Les entretiens

Pour une question pratique, les participants étant recrutés de façon nationale, les entretiens étaient réalisés par téléphone (*HTC One S®*).

Les entretiens commençaient par présenter de nouveau le concept de l'étude, et rappeler le strict respect de l'anonymat.

Après accord oral des interviewés, les entretiens étaient enregistrés via l'application *Record my call®*.

Les questions devaient être des questions ouvertes, et ne pas orienter les réponses. L'ordre dans lequel les questions étaient posées pouvait varier selon le déroulement de chaque entretien. Certaines questions n'étaient parfois pas posées, le participant y répondant spontanément.

Les enregistrements étaient ensuite retranscrits mot à mot sur *Word®*, en respectant les silences, hésitations, et rires. Les noms de villes et de médecins étaient remplacés par des « X » afin de garantir l'anonymat des participants.

Analyse des données

Nous avons ensuite effectué une analyse thématique des entretiens retranscrits. Des fragments de textes étaient alors sélectionnés et classés, ce qui permettait de faire sortir des codes puis des thèmes. L'analyse se faisait entretien par entretien, puis de façon transversale, avec l'aide du logiciel *Excel®*.

Les propos des professionnels de santé et des patientes étaient tout d'abord analysés séparément, puis mis en parallèle.

RESULTATS

Caractéristiques de la population étudiée

Les entretiens se sont déroulés du 13/08/2014, au 17/07/2015.

I. Caractéristiques des praticiens

Douze professionnels de santé ont participé à l'étude. Neuf médecins généralistes ont été inclus, 2 sages-femmes et 1 gynécologue-obstétricien. La proportion de femmes était de 58%, la moyenne d'âge était de 39 ans (de 27 à 58 ans). La durée de pratique du décubitus latéral variait de 6 mois à 5 ans, avec une médiane à 2 ans ½.

	Âge	Genre	Région d'exercice	Zone d'exercice	Orientation particulière de l'exercice	Part de gynécologie dans la pratique	Durée d'exercice	Durée de pratique de l'examen en décubitus latéral	Durée de l'entretien
MG A	31-35	H	Poitou-Charente	Rural	MG-MSU	Hebdomadaire	4 ans	3 ans	15'
MG B	31-35	H	Normandie	Urbain	CCU-MG	Quotidienne	2 ans	10-15 patientes	25'
MG C	36-40	F	Normandie	Semi Rural	MG-MSU	Quotidienne	10 ans	5 ans	27'
MG D	36-40	F	Rhône Alpes	Urbain	MG Libérale	Quotidienne	5 ans	6 mois	25'
MG E	56-60	F	Rhône Alpes	Urbain	MG-MSU	Quotidienne	> 30 ans	6 mois	21'
IMG F	26-30	H	Rhône Alpes	Urbain	Interne MG	Quotidienne	5ème semestre	6 mois	32'
MG G	41-45	H	Aquitaine	Semi rural	MG-MSU	Hebdomadaire	9 ans	5 ans	37'
MG H	26-30	F	Île de France	Urbain	Remplaçante MG	Hebdomadaire	Remplaçante 2 ans ½	2 ans ½	39'
MG I	36-40	F	Rhône Alpes	Semi rural	MG-MSU	Quotidienne	9 ans	2 ans ½	40'
SF K.	46-50	F	Normandie	Semi rural	SF Libérale	Quotidienne	5 ans de gynécologie	2 ans ½	48'
SF L.	31-35	F	Lorraine	Urbain	SF Libérale	Hebdomadaire	5 ans de gynécologie	pls années	35'
GO M	51-55	H	Aquitaine	Urbain	GO hospitalier	Quotidienne	> 30 ans	5 ans	36'

- MG : Médecin Généraliste
- CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire en médecine Générale
- SF : Sage-Femme
- MSU : Maître de Stage Universitaire
- GO : Gynécologue Obstétricien

II. Caractéristiques des patientes

Treize patientes ont participé à l'étude. Leur moyenne d'âge était de 39 ans (de 23 à 67 ans). La durée de suivi avec leur praticien était comprise entre 0 et 19 ans, avec une médiane à 2 ans, une moyenne à 4 ans. Les IMC de ces patientes allaient de 16 à 30, avec une médiane à 24, une moyenne à 22. Parmi elles, 4 (30%) avaient un suivi irrégulier.

Pour plus de clarté, chaque patiente sera nommée « Mme X.Y ». X étant la lettre qui lui a été attribuée, et Y étant celle de son praticien.

1. Caractéristiques socio-démographiques

	Âge	Taille / Poids	IMC	Situation familiale	Enfants / Accouchements	Zone d'habitation	Durée de l'entretien
Mme A.C	49	162/66	25	Mariée	1/césarienne	Semi-rural	19'
Mme B.C	30	163/59	22	Célibataire	1/voie basse	Semi-rural	10'
Mme C.C	30	163/64	24	Célibataire	1/voie basse	Semi-rural	12'
Mme D.C	36	165/84	30	Célibataire	4/césariennes	Semi-rural	09'
Mme E.C	38	168/60	21	Union libre	2/voies basses	Semi-rural	16'
Mme F.C	67	163/78	29	Mariée	2/voies basses	Semi-rural	10'
Mme G.EF	49	NC	NC	Mariée	3/voies basses	Urbain	16'
Mme H.G	23	162 / 59	22	Célibataire	0	Semi-rural	31'
Mme I.H	26	166 / 66	23	Union libre	0	Urbain	38'
Mme J.G	43	160 / 64	25	Mariée	1/voie basse	Rural	23'
Mme K.G	36	170 / 48	16	Pacsée	3/voies basses, 1 en décubitus latéral	Rural	22'
Mme L.M	35	165/60	22	Célibataire	0	Semi-rural	15'
Mme M.M	50	165/78	29	Mariée	2/voies basses	Semi-rural	23'

2. Caractéristiques du suivi gynécologique

	Examinée par	Durée de suivi par Dr X	Examens par Dr X		Examens par autres praticiens		Régularité du suivi
			Décubitus Dorsal	Décubitus Latéral	Décubitus Dorsal	Décubitus Latéral	
Mme A.C	MG C	1 an	0	1	Plusieurs	0	Oui
Mme B.C	MG C	1 an 1/2	0	Plusieurs	Plusieurs	0	Oui
Mme C.C	MG C	8 ans	Plusieurs	Plusieurs	Plusieurs	0	Oui
Mme D.C	MG C	2 ans	0	1	Plusieurs	0	Non
Mme E.C	MG C	6 ans	Plusieurs	1	Plusieurs	0	Oui
Mme F.C	MG C	2 ans	0	1	Plusieurs	0	Oui
Mme G.EF	MG E/F	19 ans	Plusieurs	1	Plusieurs	0	Oui
Mme H.G	MG G	6 mois	0	2	Plusieurs	0	Oui
Mme I.H	MG H	0	0	1	Plusieurs	0	Oui
Mme J.G	MG G	0	0	1	Plusieurs	0	Non
Mme K.G	MG G	1 an	0	1	Plusieurs	Au cours de l'accouchement	Oui
Mme L.L	GO L	3 ans	0	1	Plusieurs	0	Non
Mme M.L	GO L	10 ans	Plusieurs	1	Plusieurs	0	Non

Analyse des données

Préambule :

L'examen gynécologique : Un examen nécessaire, mais souvent mal vécu

L'examen gynécologique était vécu différemment selon les femmes.

Souvent, il faisait partie d'une routine, leur « protocole de surveillance ». Pour certaines, il s'agissait alors d'un examen banal, un examen « comme un autre » (*« Aucun soucis à ce niveau-là en tout cas, ... au niveau de l'examen, euh... c'est... pour moi c'est pas un examen plus spécial qu'un autre en fait » Mme H.G, 23 ans*).

Mais derrière cette « habitude », on voyait chez certaines patientes les notions d'obligation, de fatalité, elles devaient « subir » l'examen gynécologique. L'examen gynécologique était aussi parfois vécu comme une intrusion dans l'intimité de la femme (*« C'est tellement un endroit qu'est intime, [...] qu'est pas fait pour euh, pour que quelqu'un vienne tripatouiller dedans » Mme I.H, 26 ans*).

Certaines femmes étaient indifférentes à la position classique. Malgré tout, les premiers examens étaient jugés plus gênants.

Pour d'autres, la position d'examen classique était mal vécue, y compris pour celles qui pensaient que l'examen gynécologique est quelque chose de « banal ». C'était tout d'abord une position désagréable, par le fait d'avoir les jambes écartées. Cela entraînait une gêne par la nudité, l'intimité exposée, et empêchait de se détendre. Et puis, avoir les pieds bloqués dans les étriers entraînait aussi un sentiment de vulnérabilité. Etre examinée par un homme augmentait parfois ce sentiment (*« Pas très agréable, pas... on se sent pas super à l'aise, [...] c'est pour ça que, moins j'y allais, voilà, euh, j'y allais pas souvent-souvent » Mme D.C, 36 ans*) (*« On n'a pas trop envie, on va dire, d'être touchée, et on se retrouve étalée, les pattes écartées [...] moi enfin voilà, je, je peux plus, cette position-là m'est complètement euh, je peux plus » Mme J.G, 43 ans*) (*« D'être complètement euh, on a aucun moyen de défense en fait » Mme I.H, 26 ans*).

En dehors de la position en elle-même, certaines patientes avaient vécu des expériences négatives au cours de précédents examens. Pour certaines, il s'agissait de douleurs lors de l'examen. Mais il ressortait surtout un manque de considération, lorsque l'examen était effectué « mécaniquement », sans communication. Ces mauvaises expériences pouvaient amener à un arrêt du suivi gynécologique, comme pour Mme J.G, 43 ans, qui avait mal vécu les examens qu'elle avait eu pour une FIV. Elle regrettait l'absence d'humanité, et avait par la

suite arrêté son suivi gynécologique pendant 10 ans (« *J'ai pas franchement l'impression d'avoir été considérée comme une femme* » Mme C.C, 30 ans).

Mme H.G, 23 ans, n'avait jamais vécu d'expérience négative lors d'un examen gynécologique ; pour elle, c'était l'efficacité de l'examen qui était recherchée en priorité.

Partie 1 :

Ressenti des patientes et des praticiens sur l'examen en décubitus latéral

A noter que parmi les praticiens ayant participé à l'étude, on retrouvait deux variantes principales de l'examen gynécologique en décubitus latéral :

- La position que Martin Winckler a décrite dans son livre *Le chœur des femmes*, où la patiente est allongée sur le côté, avec les deux jambes parallèles, ramenées vers le torse à 90°. Elle était utilisée par MG C et SF K.

Pour certains praticiens, cette position avait l'inconvénient d'une plus grande exposition des fesses des patientes. Ils préféraient alors utiliser une autre version, décrite sur le blog du Dr Borée :

- La patiente est allongée sur le côté, et tandis que la jambe « du dessus » (la jambe droite en décubitus latéral gauche) est repliée à 90°, la jambe « du dessous » reste tendue, ou semi tendue. Elle était utilisée par tous les autres praticiens.

I. Le décubitus latéral, pour plus de respect de la patiente...

1. Une position proposée en premier lieu pour les patientes

Pour pallier à ce mauvais ressenti face à la position gynécologique classique, les praticiens proposaient alors à leurs patientes de les examiner en décubitus latéral.

La plupart des praticiens avait connu l'examen cette position par *Le chœur des femmes*, de Martin Winckler, ou *via* le blog du Dr Borée. Les sages-femmes et gynécologues ainsi qu'une des médecins généralistes connaissaient cette position aussi *via* l'obstétrique.

Ils proposaient cette position en premier lieu pour leurs patientes. Ils étaient conscients que la position classique n'était pas la plus adaptée pour leur bien-être. Ils avaient alors cherché une position qui respecterait plus les femmes. Certains recherchaient aussi une alternative à la position classique, afin de faciliter l'examen des patientes les plus tendues (*« On voit bien que cette position-là elle a été inventée par des hommes ! » MG I*) (*« C'était intéressant, parce que, voilà, finalement il y avait ce côté moins... moins humiliant pour la patiente, que la position que j'appelle "position du poulet à la broche" » MG G*) (*« C'est le fait de... d'avoir parfois certaines femmes difficiles à examiner, euh, très contractées, très stressées, et de me dire que quand même, on doit pouvoir faire autrement » MG C*).

Pour SF J, il s'agissait d'une position qu'elle utilise en cas d'utérus déviés, afin d'éviter l'utilisation de la pince de Pozzi lors des poses de DIU.

2. Une position surprenante...

Mme I.H, 26 ans, connaissait cette position d'examen, et était allée consulter MG H en sachant que celle-ci allait lui proposer d'être examinée en décubitus latéral. Elle trouvait cette position intéressante en termes de respect des femmes auquel elle renvoie (*« Pour moi c'est une pratique qui est féministe, en fait » Mme I.H, 26 ans*).

Mme K.G, 36 ans, avait accouché en décubitus latéral. C'est une position qu'elle avait alors appréciée en termes de confort, mais ne savait pas qu'on pouvait aussi l'utiliser pour l'examen gynécologique.

Les autres patientes ne connaissaient pas cette position d'examen. On retrouvait fréquemment une surprise, une peur de l'inconnu.

Derrière cette surprise, certaines en avaient un bon *a priori*, avec un attrait de la nouveauté (« *J'ai pensé que ça pouvait être euh, quelque chose de, de mieux, pourquoi pas tenter une autre expérience* » Mme E.C, 38 ans).

On retrouvait aussi une certaine appréhension sur cette position, qui ne correspond pas aux habitudes, qui est « hors protocole ». Ne pas avoir besoin d'écarter les jambes comme habituellement amenait un doute sur l'efficacité de l'examen, voire une peur de la douleur (« *Je me suis dit "mais on verra rien", elle verra rien, parce qu'on est sur le côté, tout est fermé* » Mme A.C, 49 ans) (« *Sur le coup on se dit jambes serrées ça va peut-être faire un peu plus mal* » Mme B.C, 30 ans).

3. ... Mais surtout une marque de respect

Mais dépassé cet effet de surprise, les patientes appréciaient que le praticien leur offre un choix. Cela modifiait le rapport entre le soignant et la patiente, qui se sentait ainsi plus considérée en tant qu'individu à part entière. Les praticiens remarquaient cet effet bénéfique du choix y compris pour les patientes préférant rester en position classique, avec parfois une levée des réticences à l'examen (« *Et même si ça correspond pas à toutes les femmes, au moins avoir le choix, c'est important* » Mme K.G, 36 ans) (« *En fait c'est ça que j'ai beaucoup aimé c'est euh, tout l'aspect euh, j'ai le choix en fait [...] on n'est pas là juste un patient, numéro 18, qu'arrive* » Mme I.H, 26 ans) (« *J'ai vraiment l'impression que de s'être vu proposer une position alternative, ça les décide à passer le cap* » MG I).

II. Des bénéfices pour les patientes comme pour les praticiens

1. Une position naturelle, de protection

La position en décubitus latéral était souvent associée par les femmes à une image positive : elle rapportait à la position fœtale, et les patientes se sentaient plus protégées dans cette position. C'était aussi une position qu'elles connaissaient, et dans laquelle elles se sentaient bien : elles la décrivaient comme une position naturelle, et parfois c'était leur position de sommeil.

Néanmoins, Mme C.C, 30 ans avait subi des viols conjugaux dans cette position. Pour elle, le décubitus latéral, tout comme la position classique se rapprochait de l'acte sexuel. Et en décubitus latéral, elle y retrouvait un rapport de domination.

2. Plus de confort

Les patientes interrogées trouvaient qu'être installées en décubitus latéral était confortable, voire plus confortable qu'en décubitus dorsal, et leur permettait d'être plus détendues (« *Franchement c'est trop bien parce qu'on est complètement détendue* » Mme A.C, 49 ans) (« *Moi je trouve que je suis beaucoup plus détendue parce que enfin, pour moi c'est vraiment une position de confort de sommeil* » Mme I.H, 26 ans). Mme F.C, 67 ans, trouvait que l'installation en décubitus latéral se faisait plus facilement.

3. Une diminution des douleurs

Par ailleurs, dans notre échantillon aucune patiente n'avait ressenti de douleur lors de leurs examens en décubitus latéral. Et pour certaines, la sensation de l'insertion du spéculum en lui-même semblait diminuée (« *Bah j'ai même pas senti on va dire l'entrée du spéculum, pour vous dire à quel point euh, voilà* » Mme J.G, 43 ans) (« *Je trouve que l'examen se fait plus facilement, et euh, et j'ai moins de ressenti de tout ce qui se passe, quoi ; les ustensiles, etc., tout ce qu'il utilise* » Mme K.G, 36 ans).

4. Un examen facilité

Et pour d'autres patientes, l'examen en lui-même apparaissait plus rapide. En effet, d'après certains praticiens, l'examen était facilité dans cette position pour l'insertion du spéculum. Certains trouvaient aussi le col plus facilement qu'en position classique, surtout les cols très antérieurs. D'après eux, cela était dû au fait que la patiente étant plus détendue, leur périnée est moins contracté. La limite serait les cols très postérieurs, et les cols « fuyants ». (« *Ça dure moins longtemps automatiquement parce que bah, je pense que pour elle c'est peut-être plus pratique aussi, et puis on se détend* » Mme D.C, 36 ans) (« *Moi j'ai le sentiment quand même, d'avoir moins besoin de lutter contre la patiente pour faire pénétrer le spéculum* » MG C) (« *J'ai toujours trouvé euh, j'ai toujours eu l'objectif tout de suite* » MG D) (« *En général le col je le trouve beaucoup plus directement maintenant que, dans la position classique, où il m'arrivait de chercher un petit peu, quand il était trop en avant ou trop en arrière* » MG G) (« *Comme elles sont plus détendues je trouve qu'on a beaucoup plus de facilité à trouver le col, notamment les cols qui sont très antérieurs* » MG H) (« *Là [avec les cols postérieurs], c'est un peu une gymnastique [...] ça m'est arrivé de devoir revenir à une*

position normale » GO L) (« C'est vrai que dans la position anglaise, le spéculum peut aller on va dire peut-être un peu moins profondément » MG G).

5. Un bénéfice secondaire pour le praticien

Enfin, sachant que la patiente vit mieux l'examen, le praticien pouvait lui-même être plus à l'aise dans sa pratique, éprouver moins de réticence à proposer l'examen (*« Je me disais ça va être compliqué techniquement, mais moi je vais mieux vivre le fait de faire l'examen clinique à une femme, dans cette position, puisque je sais que elle, elle sera a priori [...] plus confortable, plus, plus rassurée sur sa pudeur, moins inquiète etc. » MG H).*

6. Respect de la pudeur : Divergence de points de vue

- Une plus grande exposition des fesses

Parmi les patientes interrogées, une trouvait qu'être en décubitus latéral respectait moins sa pudeur ; pour elle, ses fesses étaient plus exposées. Elle préférait alors le décubitus dorsal. Une autre avait aussi été gênée dans cette position, par la vision de l'anus que pouvait avoir le praticien. Elle appréciait tout de même pouvoir garder les jambes serrées (*« Finalement on montre ses fesses, c'est pas mieux, hein » Mme G.EF, 49 ans)* (*« Elle avait, en visuel, pour parler franchement les deux orifices, et ça m'a, un petit peu dérangé » Mme C.C, 30 ans).*

Il peut être intéressant de constater que cette gêne pouvait être ressentie dans les deux versions de la position.

- Mais une intimité mieux préservée

Néanmoins, pour la majorité des autres, le fait de garder les jambes serrées exposait moins la vulve, et permettait donc un plus grand respect de la pudeur : Elles se sentaient alors « moins ouverte à la personne », « plus à l'aise » ; l'examen leur semblait « moins cru », par un plus grand respect de l'intimité. Certaines notaient aussi que le sentiment de nudité était diminué par le fait de ne pas voir l'examineur (*« C'est que, on oublie un peu qu'on est, qu'on est nue, parce que, vu qu', parce qu'on voit pas l'autre » Mme I.H, 26 ans).*

7. Un contact visuel diminué : Divergence de points de vue

- Moins de communication non verbale

Des praticiens déclaraient être gênés par une communication non verbale plus difficile. Mais pour d'autres, il n'y avait pas non plus de contact visuel en position classique. Ils jugeaient ce contact visuel intrusif, et ils compensaient alors avec le dialogue (« *Parce qu'avant, j'avais juste à lever la tête, et je voyais la tête des patientes, si elles faisaient une grimace, euh, ouais, là je vois pas, c'est l'inconvénient* » MG E) (« *Je leur dis "bah de toutes façons je vais vous expliquer euh, étape par étape" [...] d'un autre côté, en général quand je fais un frottis, euh, je regarde pas leur tête non plus, [...] donc je leur dis "voilà, si il y a quelque chose qui ne se passe pas bien [...] dites-le moi parce qu'effectivement, si vous grimacez seulement je vous verrai pas"* » MG I).

- Une diminution du contact visuel gênante pour les patientes...

Par ailleurs, certains praticiens étaient gênés de proposer cette position d'examen, car étant dans leur dos, les patientes ne pouvaient pas les voir. En effet, certaines patientes préféraient avoir la possibilité de regarder l'examineur, sans forcément le faire. Elles trouvaient cela rassurant (« *J'ai vraiment ressenti cette sensation-là, [...] ça les embêtait un peu de ne pas pouvoir me parler ou de me voir* » MG B) (« *Non, parce qu'à la limite j'aime autant voir la personne qui m'examine, même si je ne la regarde pas forcément* » Mme G.EF, 49 ans).

D'autres, en confiance, étaient indifférentes au fait de voir ou pas l'examineur.

- ... Ou permettant une mise à distance de l'examen

Mais cela pouvait devenir un avantage pour les patientes, en mettant à distance l'examen. Pour certaines, cette région, intime, n'est pas faite pour être examinée, et ne pas voir rendait moins réels la nudité et l'examen lui-même. Certaines faisaient le parallèle avec les vaccins : ne pas regarder l'acte permettait de diminuer le stress (« *Il peut y avoir une espèce de distance, je trouve, qui met plus à l'aise [...] c'était p'tete pas plus mal que, que je la vois pas ; bah, y'a moins le côté gênant* » Mme I.H, 26 ans).

GO L rapportait les constatations de l'étude d'A. Grangé-Cabane (31) sur le ressenti des patientes en décubitus latéral : pour lui, il y avait deux catégories de patientes : les « vigilantes », qui avaient besoin « de contrôler la situation », et supportaient mal le décubitus

latéral, et les « évitantes », qui « ont plutôt un côté “j’ai pas trop envie de savoir” », et donc étaient « très satisfaites de la position d’examen sur le côté ».

Mais au final, la question ne se posait pas pour MG G. Pour lui, les patientes pouvaient regarder si elles le souhaitent, en s’accoudant, ce que confirmait une de ses patientes (*« Il y en a qui se, en fait se posent un peu sur le coude [...] il suffit alors qu’elles tournent la tête pour pouvoir voir l’examineur »* MG G) (*« Oui, je le voyais, [...] ça permet quand même de se rassurer, parce que bon, enfin j’étais quand même sereine, pas inquiète, donc euh, mais oui, on pouvait quand même voir son, on peut tourner la tête »* Mme J.G, 43 ans).

8. Le décubitus latéral, pour une meilleure adhésion au suivi gynécologique ?

La plupart des femmes interrogées avait un suivi régulier. Ce n’était pas le cas de Mme J.G, 43 ans, qui ne supportait plus la position classique ; être examinée en décubitus latéral lui avait permis de se réconcilier avec le suivi gynécologique (*« La seule chose c’est que beh, [j’ai dit à MG G] que j’avais pas de soucis pour revenir »* Mme J.G, 43 ans, en rupture de suivi depuis 10 ans).

Les praticiens comme les patientes étaient convaincus que proposer aux femmes d’être examinées en décubitus latéral améliorerait l’adhésion au suivi gynécologique. Que ce soit pour la position en elle-même, plus respectueuse, ou pour la relation soignant-soignée qui découlait du choix proposé.

Il paraissait alors important de sensibiliser les professionnels de santé à cette position, et de la faire connaître aux femmes (*« Je pense que euh, si tous les médecins le feraient, [...] je pense que plus de femmes iraient quand même, hein »* Mme D.C, 36 ans).

III. ... Mais une pratique limitée par des représentations de l'examen très ancrées en France

1. Le décubitus latéral, une position méconnue par les patientes

Les praticiens avaient de bons retours de la part des patientes. Mais peu de patientes connaissent cette position. Elles montrent souvent une surprise, et préfèrent parfois rester à une position qu'elles connaissent. Des praticiens hésitaient alors à proposer le décubitus latéral. Pour eux, le problème était que cette position ne fait pas partie de l'imaginaire de l'examen gynécologique en France (*« Ça peut leur paraître bizarre, donc du coup je propose pas forcément systématiquement » SF J*).

Certains hésitaient aussi à proposer cette nouvelle position d'examen, qui n'est pas enseignée, pas validée, et que peu de praticiens proposent. Ils pouvaient parfois se sentir avant-gardistes, mais aussi hors-norme (*« L'inconvénient majeur, c'est de se dire bah voilà je fais ça, mais on me l'a jamais appris [...], je vois pas comment je pourrais causer un tort aux patientes [...] mais il y a ce côté "je fais pas comme les autres", et je suis hors norme, et c'est pas simple en fait à vivre » MG C*).

SF K assumait ce côté "marginal". Pour elle, les femmes venaient justement chercher chez elle une pratique de la gynécologie différente (*« Ptete qu'elles connaissent je sais pas, le personnage ou ma réputation de sage-femme un peu naturelle, et du coup ça les surprend pas » SF K*).

MG A, auparavant installé en milieu rural, avait arrêté de proposer le décubitus latéral en exerçant en centre de santé. La barrière de la langue ajoutait un frein de plus pour proposer cette position (*« Déjà leur expliquer qu'il faut faire un examen gynécologique c'est compliqué, [...] mais en plus, adopter une autre position, c'est compliqué, quoi » MG A*).

MG B, quant à lui, avait retrouvé de la part de ses patientes un inconfort en décubitus latéral, mais elles préféraient surtout rester en position classique, rester à ce qu'elles connaissaient. Ce retour négatif des patientes lui avait fait arrêter de proposer cette position.

2. Changer ses habitudes demande un effort

Proposer le décubitus latéral implique de changer ses habitudes de pratiques : de nouveaux gestes, une nouvelle organisation de l'espace, et des repères anatomiques (relativement) modifiés. Après avoir pratiqué la position classique depuis sa formation initiale, il n'était pas

naturel de changer de position d'examen (« Toutes ces procédures, bon ça fait 30 ans que j'ai l'habitude de faire ; donc c'est automatique » MG E) (« Personnellement je me sens pas encore assez à l'aise quand même dans la maîtrise de cette position, pour me lancer dans la pose de DIU » MG I).

De plus, outre le temps demandé pour s'approprier cette position, il s'agissait aussi d'un changement d'habitudes pour les patientes, ce qui entraînait un temps d'explications et d'installation plus long (« A chaque fois on me demande "Et pourquoi ?", "Et pourquoi faire ça ?", "Et pour vous, ça vous arrange ?" [...] ça m'arrive ; bah quand c'est la fin de la journée, que je suis fatiguée, que j'ai pas envie d'expliquer... » MG E).

Ces efforts, les praticiens interrogés les faisaient, pour leurs patientes. Ce n'était pas le cas de nombre de leurs confrères, qui, lorsqu'ils en discutaient, montraient un manque d'intérêt pour le décubitus latéral. Cela était parfois interprété comme étant un manque d'intérêt du ressenti de la patiente. Ainsi, les praticiens interrogés jugeaient la gynécologie en France archaïque, où règnerait une certaine inertie (« Ah bah je pense que la plupart des médecins s'en foutent de savoir si les patientes sont confortables ou pas [...], on est quand même dans un pays où c'est euh, "Oh, on a toujours fait comme ça, donc on va continuer à faire comme ça" » MG H).

IV. Des difficultés rencontrées, mais surmontables

1. Des débuts parfois difficiles

Les praticiens s'étaient formés auprès de confrères, s'étaient lancés seuls ou avec l'aide du billet de blog du Dr Borée.

Les premiers examens étaient parfois difficiles, mais pas plus qu'en position classique (« C'était un peu, misérable [...] ça s'était pas bien passé et on était revenu à la position classique » MG G) (« Peut-être les premières fois c'était un peu difficile, ouais ; mais euh, même des fois en position traditionnelle c'est pas toujours facile non plus » MG F, interne).

En dehors de MG B, les praticiens déclaraient s'être approprié rapidement cette position ; MG C s'était sentie à l'aise après 3 à 4 examens en décubitus latéral, et déclarait être maintenant « presque plus à l'aise avec cette position-là, qu'avec la position classique ».

Ils encourageaient donc les praticiens à se lancer, sans trop d'appréhension (« Parce que de toutes façons c'est quand même pas si compliqué que ça, hein » MG I) (« Finalement je pense que c'est pas très dur à réaliser [...] et se dire bah si tu y arrives pas la première fois c'est pas grave » MG H).

Pour être dans de meilleures conditions, il semblait souhaitable de « choisir » sa première patiente, en la prévenant de son manque d'expérience (*« J'ai commencé avec une patiente que je connaissais bien, qui avait confiance » MG C*).

Mais ils souhaitaient que le décubitus latéral soit enseigné au cours de la formation initiale, au moins en théorie, et si possible en pratique.

Les internes des praticiens maitres de stage semblaient intéressés. Et MG F, interne de médecine générale, déclarait qu'il garderait les deux positions pour son exercice futur (*« Je sais que maintenant de toutes façons je me sens bien formé, ça me dirait bien de le faire » MG F*).

2. La posture du praticien plus inconfortable

Le principal inconvénient rapporté pour les praticiens était l'inconfort de la position. Quand la patiente avait la jambe « du dessous » tendue, le praticien devait se placer derrière elle, et se pencher pour pouvoir l'examiner. Cela semblait moins vrai pour les praticiens de petite taille, et une table réglable en hauteur pouvait rendre plus confortable cette position.

L'autre version de la position semblait plus avantageuse pour le praticien : la patiente ayant les deux jambes repliées, elle pouvait s'installer plutôt au bout de la table, et l'examineur pouvait alors s'asseoir, comme en position classique. MG C nous a par la suite³ confirmé qu'elle ne ressentait pas plus d'inconfort dans cette position qu'en position classique.

Pour certains, même si cette position était moins confortable pour eux, ce n'était pas vraiment un problème, l'acte en lui-même étant rapide, et leur objectif étant le confort des femmes (*« Bah, faut juste se pencher un peu, mais ça se fait bien ! En même temps on y passe pas trois plombes, donc euh, ça se fait bien des deux côtés, hein » SF J*) (*« Mais moi c'est pas mon confort, qui compte, c'est celui des femmes » SF K*) (*« Mais c'est pour qui, la position doit être confortable ? Est-ce que c'est pour le soignant, ou est-ce que c'est pour le soigné ? Alors une fois qu'on a répondu à cette question, voilà, c'est fini » GO L*).

³ Lors d'un entretien téléphonique ultérieur non enregistré

3. Plus de difficultés chez les patientes obèses

L'examen gynécologique en décubitus latéral s'avérait parfois plus difficile chez les patientes obèses, l'examineur devant soulever la fesse supérieure de la patiente pour pouvoir insérer le spéculum.

Néanmoins, certains notaient que l'examen gynécologique était plus difficile chez une patiente obèse, quelle que soit la position d'examen ; et une fois le spéculum inséré, l'examen ne semblait pas être plus compliqué qu'en décubitus dorsal (« *Le frottis c'est quand même plus compliqué chez les femmes obèses, on a parfois du mal à trouver le col, euh, et ça c'est vrai même en position dorsale* » MG I) (« *J'avais une patiente qui était vraiment très-très obèse, et c'était euh, un peu compliqué pour l'introduction du spéculum ; enfin après quand il a été mis en place, euh, c'était pas plus compliqué que ça* » MG H).

MG C préférait examiner les patientes obèses en décubitus latéral ; cela permettait une meilleure répartition des charges sur la table, qui risquait donc moins de basculer.

V. Le décubitus latéral, en pratique

1. Une position adaptée pour l'examen au spéculum

Pour les praticiens interrogés, cette position était adaptée à tous types d'examens au spéculum. Certains restreignaient son indication aux consultations de gynécologie à visée préventive et contraceptive. Les praticiens proposaient donc le décubitus latéral aux patientes pour la réalisation des FCU. Ceux qui se sentaient suffisamment à l'aise, le proposaient aussi pour la pose des DIU.

Quand le toucher vaginal était nécessaire, il se faisait en décubitus dorsal. Et les praticiens préféraient faire l'inspection vulvaire en position classique. Le décubitus latéral ne permettrait pas de voir la partie antérieure de la vulve. MG I indiquait tout de même faire l'inspection vulvaire en décubitus latéral, pour des patientes qui seraient particulièrement pudiques et gênées en position classique.

Pour certaines femmes, le décubitus latéral était indiqué surtout pour les gestes longs, comme la pose de DIU. Par ailleurs, pour d'autres, l'important restait tout de même l'efficacité de l'examen, et elles préféreraient rester en position classique en cas de nécessité (« *Il faudrait que j'en parle à un médecin qui me dira lui aussi, qu'est-ce qu'il préfère comme, pour examiner les personnes* » Mme H.G, 23 ans).

2. Les patientes cibles

Le décubitus latéral pouvait être proposé systématiquement à toutes les patientes. Mais cette position d'examen pouvait convenir surtout pour les patientes souffrant de pathologies des hanches, et les patientes les plus réticentes à l'examen gynécologique : les plus jeunes, les femmes très pudiques et mal à l'aise en position gynécologique classique, ou ayant été victimes d'agressions.

SF J restait prudente avec ces patientes victimes d'agressions sexuelles afin d'éviter toute confusion, et préférait rester dans ce qu'elles connaissent. Au contraire, d'autres pensaient que s'agissant d'une position respectant plus leur pudeur, le décubitus latéral leur serait particulièrement adapté (*« Rester sur des choses qu'elles connaissent, qu'elles acceptent a priori me semble déjà plutôt pas mal » SF J*) (*« C'est une position d'examen qui va convenir parfaitement, aux femmes qui ont un vrai problème avec leur appareil génital [...], qui montre aussi à la patiente qu'on est respectueux d'elles, et qu'on ne leur fera pas quelque chose qu'elles ne veulent pas, et que donc elles sont actrices de leur vie, et même de leur suivi, et bien elles viendront plus facilement » GO L*).

Il fallait alors les informer des deux positions, de leurs avantages et inconvénients, notamment de la moins bonne visibilité que les patientes pouvaient avoir de l'examen en décubitus latéral.

Mais ce qu'il fallait surtout, était leur laisser le choix.

3. Installation de la patiente

Le temps de l'installation de la patiente était un moment important à respecter. Cela permettait de faciliter par la suite l'examen (*« Prendre bien du temps pour voilà, que la patiente soit bien positionnée, [...] qu'elle comprenne bien la position qu'on lui demande » MG D*).

Comme vu précédemment, tous les praticiens n'utilisaient pas la même position. Pour certains, les jambes étaient parallèles, repliées vers le torse. Pour d'autres, la jambe « du dessus » était repliée tandis que la deuxième restait tendue, ou semi-tendue.

Le buste, quant à lui, était souvent couché, et reposait sur le flanc ou en semi ventral. MG G indiquait néanmoins la possibilité pour la patiente de s'appuyer sur son avant-bras, notamment pour avoir une meilleure visualisation de l'examen.

La plupart des praticiens demandaient à leurs patientes de se placer en décubitus latéral gauche. Mais certains leur laissaient le choix entre gauche ou droit. Pour SF J, le côté vers

lequel la patiente se tournait dépendait du toucher vaginal effectué précédemment, et selon l'orientation de l'utérus si celui-ci était dévié.

MG G demandait aussi à ses patientes de ne pas chercher à l'aider, ce qui pourrait entraîner une tension du périnée.

MG F, quant à lui, préconisait une légère rétroversion du bassin : « *En fait faut qu'elles soient en biais un p'tit peu plus en avant, pour les mettre plus dans l'axe de, du vagin, finalement, qui est pas le même axe que, que celui du corps* ».

4. L'insertion du spéculum

Les praticiens utilisaient les mêmes spéculums qu'en décubitus dorsal. L'insertion se faisait le manche vers la partie postérieure ou antérieure de la vulve. Il y avait par contre un désaccord entre eux, sur l'axe dans lequel insérer le spéculum (« *Ne pas avoir peur de le mettre en arrière, parce que le col se trouve vraiment derrière pour la plupart des femmes* » MG C, Femme, 39 ans) (« *J'orientais pas bien mon spéculum, j'allais beaucoup trop chercher en arrière, parce que c'était un peu le geste auquel j'étais habitué en position classique* » MG G).

Néanmoins pour GO L, il fallait faire attention lors de l'ouverture du spéculum : « Bien penser quand on ouvre le spéculum à déplier les petites et les grandes lèvres, parce que là, dans cette position aussi, on peut pincer plus facilement ».

5. Quelques aménagements recommandés

Le seul aménagement impératif était que la patiente puisse s'allonger.

- **Une table d'examen large, et réglable en hauteur**

Les praticiens comme les patientes, notaient la nécessité d'avoir une table large. Mais comme certains le soulignaient, une table grande largeur « a bien d'autres utilités, comme tout ce qui est petite chirurgie, [...] avoir la place pour travailler ».

Il apparaissait aussi qu'une table réglable en hauteur permettrait un meilleur confort pour le praticien, mais n'était pas indispensable (« *Ma table en théorie réglable est en panne depuis 2 ans, et je continue à travailler [rire], mais c'est un plus, oui* » MG G).

MG H notait aussi que la patiente serait mieux si la table n'était pas complètement contre le mur.

- **Une lampe frontale**

L'éclairage semblait être un point important. Une lampe sur pied était utilisable, mais certains praticiens rapportaient que leur tête avait tendance à passer devant. Ils conseillaient alors l'utilisation d'une lampe frontale (« *L'exposition lumineuse [...] souvent on met la tête devant, donc c'est pas toujours facile, l'idéal est une lampe frontale* » GO L).

- **Des coussins**

Des patientes évoquaient un coussin à placer sous leur tête, ce qui aurait amélioré leur confort. Certains praticiens plaçaient un coussin sous le genou « supérieur » de la patiente, et trouvaient que l'examen en était facilité. Mme K.G, l'évoquait aussi pour apporter plus de confort.

Mais une position plus respectueuse ne suffit pas toujours, et il est ressorti des entretiens d'autres pistes que le décubitus latéral, pour tenter d'améliorer le ressenti de l'examen gynécologique ou l'adhésion au suivi :

Partie 2 :

Des pistes pour améliorer l'adhésion au suivi gynécologique

I. Un besoin d'informations

Les parents étaient cités pour jouer le rôle d'information auprès des jeunes.

Quand ce rôle n'est pas joué dans le foyer, des patientes pensaient que l'école devait prendre le relais : d'après les participantes les plus jeunes, et les mères d'adolescentes, le suivi gynécologique n'était pas évoqué lors des cours d'éducation sexuelle ; pourtant, avec la prévention des IST et l'information sur la contraception, c'était pour elles un moment permettant de sensibiliser toutes les jeunes femmes à la nécessité d'être suivies ultérieurement sur le plan gynécologique.

Les praticiens préconisaient des supports éducatifs, comme des posters ou flyers. Affichés dans les cabinets, cela pourrait faciliter la communication sur le suivi gynécologique. Le dépistage organisé permettait aussi d'ouvrir le dialogue avec les patientes. Des campagnes d'information étaient aussi évoquées par des patientes. (*« Et puis on a des affiches en salle d'attente, [...] parfois on a des patientes voilà, qui ont, qui les ont vues, qui nous posent des questions » MG D*) (*« On a le service de dépistage qui reste assez organisé, [...] donc ça permet d'avoir aussi, euh, quand elles nous apportent euh, leurs documents de pouvoir en, en reparler à ce moment-là, et de revoir, voilà, l'importance » MG D, MG en Isère*).

Par ailleurs, certaines se posaient la question de rendre obligatoire le suivi gynécologique. Cela pourrait être d'après elles le seul moyen pour améliorer la participation des femmes.

II. La place primordiale du médecin traitant

La prévention fait partie des rôles du médecin généraliste.

De l'avis des praticiens comme des patientes, le médecin traitant devait jouer un rôle primordial dans le suivi gynécologique :

-Un rôle d'information, portant sur la nécessité du suivi et ses modalités. Cela devrait débiter au moment de la puberté ou des premières questions sur la contraception, et continuer par la suite (« *Parce que bon, un médecin généraliste il voit au moins une fois par an, son patient, rappeler à la patiente, c'est que, voilà, les prélèvements c'est vraiment quelque chose qui est primordial* » Mme A.C, 49 ans).

-Un rôle d'organisation des soins : s'enquérir de la réalisation des FCU, et s'il n'en effectue pas lui-même, le médecin traitant devrait orienter ses patientes vers des confrères effectuant cet examen (« *Si il est pas à l'aise, par rapport à la pose bon, d'un spéculum, ou qu'il a pas trop le matériel [...] eh bah "allez voir la sage-femme, elle vous verra pour la partie gynécologique"* » SF J).

Par ailleurs, le suivi gynécologique peut être effectué par des gynécologues, des médecins généralistes, ou des sages-femmes. Mais devant la difficulté d'accès aux gynécologues, certaines patientes et des praticiens pensaient que le suivi gynécologique de base devrait être effectué par des médecins généralistes, et garder l'accès aux spécialistes pour d'autres motifs. Cela permettrait aussi de rendre moins difficile l'idée du suivi gynécologique (« *Le médecin devrait faire les prélèvements en systématique, quoi [...] la gynécologue peut-être aller voir pour des spécificités autres* » Mme A.C, 49 ans) (« *Le mettre dans le giron de la médecine générale, je pense que ce serait une manière de désacraliser l'acte, et de, de du coup ce soit, que ce soit quand même quelque chose de plus, euh, enfin de moins difficile pour les patientes* » MG A).

Aussi, Mme K.G, 36 ans, admettait qu'effectuer son suivi avec son médecin traitant était plus simple en termes d'organisation, car plus proche géographiquement, et avec un délai d'attente plus court pour l'obtention du rendez-vous.

III. Améliorer la pratique des professionnels de santé

1. Plus d'implication de la part des praticiens

Il ressortait du discours de patientes, une différence de ressenti entre les discours publics sur l'importance du suivi gynécologique, et la réalité des consultations.

Certaines patientes n'étaient pas satisfaites de précédents praticiens, indépendamment de leur spécialité : certaines semblaient avoir des doutes sur la capacité des médecins généralistes à effectuer le suivi gynécologique ; pour d'autres, c'est leur gynécologue qui ne prenait pas suffisamment de temps pour la consultation. Elles ne les sentaient pas suffisamment concernés (*« Bah, à partir du moment où euh, où on dit au médecin on veut la pilule, qu'il se pose pas trop de questions, qu'il la préconise, c'est ptete pas suffisant, non » Mme H.G, 23 ans, au sujet de son ancien médecin traitant*) (*« C'était bah voilà, juste une vérification rapide, euh, pas forcément de... pas forcément de discussion très poussée » Mme I.H, 26 ans, au sujet de son ancienne gynécologue*).

Ainsi, une plus grande implication de chaque professionnel de santé semblait nécessaire, afin de permettre une meilleure adhésion au suivi gynécologique.

2. Homogénéiser les pratiques

L'âge du premier FCU, sa fréquence, ou la pose de DIU chez les nullipares diffèrent selon les professionnels. Il existe une disparité dans les discours des praticiens, et les patientes ne savaient parfois plus en qui avoir confiance, ou vers qui se tourner (*« La gynécologue lui avait fait une échographie ; ça, j'ai pas eu d'échographie pour voir si c'était bien placé » Mme H.G, 23 ans,, après une pose de DIU par MG G*) (*« Ma gynéco ne voulait pas me poser de stérilet, [...] parce que j'avais pas eu d'enfant, et que du coup, je sais que le Dr. H. était beaucoup plus ouverte à ce sujet, donc c'est aussi pour ça que je suis allée la voir » Mme I.H, 26 ans*).

Enfin, éviter les examens gynécologiques inutiles était un point important pour favoriser le suivi des femmes. En particulier, pour les praticiens interrogés il conviendrait d'éviter de faire des examens gynécologiques trop jeunes, ce qui pourrait « braquer assez définitivement concernant le suivi ». Il serait plutôt souhaitable d'attendre « qu'elles aient un peu plus de maturité émotionnelle, sexuelle, pour leur proposer cet examen » (*« Si on se contentait de faire ce qui était vraiment nécessaire et pas d'avantage, [...] probablement qu'il y aurait moins de femmes qui arrêteraient notamment leur suivi gynéco au bout d'un moment » MG G*) (*« Ce qui me dérangeait avant, c'est qu'il fallait y aller tous les mois [...] c'est un peu à cause de ça, quoi, que d'ailleurs j'avais arrêté » Mme M.L, 50 ans*).

3. Améliorer le savoir-être des praticiens

A la question « *Avez-vous déjà vécu des expériences négatives au cours d'examens gynécologiques ?* », certaines patientes décrivaient avoir eu des douleurs lors de la pose de DIU ; les autres expériences négatives concernaient surtout l'attitude des praticiens : manque d'humanité, d'écoute, de respect de la patiente.

Pour se sentir mieux au cours d'un examen gynécologique, les femmes attendaient donc une relation de confiance avec le praticien, des rapports humains, et des explications (« *A partir du moment où on se sent bien avec son médecin, euh, en général ça se passe bien* » Mme B.C, 30 ans) (« *J'ai pas franchement l'impression d'avoir été considérée comme une femme* » Mme C.C, 30 ans) (« *Mais euh, ouais, faut peut-être prendre aussi le temps d'expliquer comme il faut* » Mme J.G, 43 ans). Aussi, il s'agirait de ne pas banaliser l'examen gynécologique, « qui est la routine pour nous, en tant que médecin, et qui ne l'est jamais je pense pour une femme » (MG I).

- Avec plus de communication avant l'examen

Afin d'instaurer un climat de confiance, les praticiens évoquaient la nécessité d'un dialogue avant l'examen (« *On n'est pas sur un pied d'égalité, [si la femme est déjà en sous-vêtements quand on arrive Ndlr] ; si on commence par un entretien, c'est pas la même chose* » SF K).

Aussi, demander aux patientes si elles ont déjà été victimes d'agressions au cours de leur vie pourrait leur permettre de se sentir plus en confiance. Ainsi, Mme C.C, 30 ans, qui avait été victime de viols conjugaux, préférait être examinée par son médecin traitant, qui connaissait son histoire (« *Demander si elles ont été victimes de violences, parce que je pense que c'est hyper important [...] ça permet peut-être de prendre des précautions supplémentaires* » MG H) (« *Je dirais que je préfère le faire avec une femme, et euh, d'autant plus avec MG C, qui me suit au niveau gynécologique, au niveau général, et au niveau psychologique aussi* » Mme C.C, 30 ans).

- Plus de communication au cours de l'examen

Le dialogue semblait encore important pour les patientes pendant l'examen, afin de les mettre à l'aise. Le but de ce dialogue serait différent selon les chaque femme. Certaines préféreraient détourner leur attention. D'autres au contraire souhaiteraient qu'on leur explique ce qu'on va faire, et qu'on leur décrive ce qui est observé, au fur et à mesure de l'examen. Il semblerait alors important de rechercher ces attentes pour chaque patiente (« *Elle me disait "bah, voilà, ça me permettait de me concentrer sur la musique, et de penser à autre chose, pendant l'examen"* » MG I) (« *Et ça je pense que c'est hyper important, et, et voilà, c'est vraiment ce côté dialogue, et aussi, d'expliquer à la patiente ce qu'on va faire* » Mme I.H, 26 ans).

- **Et plus de respect de la patiente**

Respecter sa pudeur

La pudeur était quelque chose d'important à respecter pour les patientes comme pour les praticiens. Il s'agirait d'utiliser un paravent, ou se détourner au moment du déshabillage (« *On respecte leur pudeur, sans en faire euh, sans en faire trop, le corps humain il est pas sale, il est pas caché, mais euh, tenir compte que c'est pas forcément évident de se déshabiller devant quelqu'un qu'on connaît pas* » SF K) (« *Quand je me suis déshabillée elle s'est mise de côté [...] et du coup je trouve que ça protège beaucoup plus aussi l'intégrité de la femme* » Mme I.H, 26 ans).

Pendant l'examen, les patientes appréciaient être couvertes d'un drap ou d'un paréo. Et pour éviter le sentiment de nudité, des praticiens préconisaient aussi d'examiner les patientes en deux temps, la patiente se rhabillant entre deux (« *Être couverte aussi, quelque part, avoir ne serait-ce que, même, enfin même avoir quelque chose sur soit, euh, bah on se retrouve nue comme un ver, quoi* » Mme J.G, 43 ans) (« *Aussi pour le confort, [...] du coup là j'ai pas eu froid, j'ai pas eu de frisson ni rien, quoi ; donc c'est bien* » Mme K.G, 36 ans) (« *On fait l'examen en plusieurs parties, d'abord le haut, ensuite le bas* » SF K).

Respecter son rythme

Respecter les différents temps de la consultation semblait nécessaire, ainsi que demander aux patientes leur accord avant de les examiner (« *On prend le temps de lui expliquer avant de leur bondir dessus* » SF K) (« *Demander si elles sont prêtes, et attendre qu'elles disent "oui", avant de mettre le spéculum, je pense que c'est pas anodin* » MG H).

Toujours pour plus de respect de la patiente, certains praticiens n'hésitaient pas à reporter si possible l'examen si la patiente n'était pas prête. L'important était de les informer de l'intérêt de cet examen, leur donner les cartes en mains pour qu'elles se sentent impliquées dans leur suivi. Les patientes appréciaient le fait de ne pas se sentir « forcée » (« *On diffère l'examen gynéco à une rencontre ultérieure, parce que dans certains cas c'est possible* » SF K) (« *Accepter que la patiente ne veuille pas faire de frottis, même si ça fait plus de trois ans, là, et l'informer, et accepter sa réponse, sans culpabilisation [...] elles viendront plus facilement* » GO L).

4. Améliorer le savoir-faire des praticiens

La pose du spéculum était le geste qui pouvait poser problème aux praticiens au cours de l'examen gynécologique. La maîtriser semblait essentiel pour éviter des douleurs aux patientes (*« C'est-à-dire il faut être très doux, il faut introduire le spéculum fermé jusqu'au fond [...] une fois qu'on est au fond du vagin, on ouvre un tout petit peu le spéculum pour essayer de trouver une des lèvres du col [...] mais on n'a pas besoin d'ouvrir en grand le spéculum » GO L*).

Par ailleurs, l'utilisation de spéculums à usage unique était conseillée. L'usage de lubrifiant était aussi rappelé, à utiliser systématiquement pour les examens au spéculum, et certains préconisaient aussi de réchauffer le gel, pour plus de confort.

L'assurance du praticien semblait aussi influencer sur le ressenti des patientes, avec là aussi un "effet miroir". Les patientes appréciaient sentir que le praticien est à l'aise dans sa pratique. Une pratique régulière de l'examen semblait alors nécessaire. Toutefois, les patientes semblaient aussi être compréhensives avec les praticiens "débutants", si on les informait de son manque d'expérience (*« Déjà à la base bon elle est pas gênée, elle est, elle y va pas forcément doucement ni forcément délicatement, et elle fait ça médicalement » Mme C.C, 30 ans*) (*« C'était dans la continuité de, pour elle, que du coup c'était vraiment beaucoup plus facile, et que du coup, moi j'ai eu l'impression aussi d'en tirer du bénéfice » Mme I.H, 26 ans*) (*« Qu'on soit pas en train de tâtonner [...] pour des patientes qui, qui appréhendent ça augmente la durée du geste, et puis, probablement un petit peu des douleurs » MG I*) (*« Ça passe très bien, elles sont, ouais, vraiment elles sont pas fermées, hein » SF K*).

5. L'utilisation des étrières en question

Le ressenti des femmes au sujet des étrières n'avait pas spécifiquement été recherché au cours de cette étude. Mais lorsqu'ils étaient évoqués, les étrières étaient associés à une connotation négative de l'examen classique. Des praticiens avaient déjà noté un inconfort lié en particulier aux étrières, et ils ne les utilisaient plus, même en décubitus dorsal (*« Je me sens mieux, que, bloquée avec mes pieds sur l'étrier et les jambes en l'air » Mme L.L, 35 ans*) (*« J'ai quand même pas mal de patientes qui m'avaient fait des petites réflexions » MG H*).

Néanmoins, l'examen en décubitus dorsal sans étrier semblait plus compliqué pour certains praticiens. Pour pallier à ce problème, MG H, qui n'utilise plus d'étrier, insère donc le spéculum en mettant le manche vers la partie antérieure de la vulve.

DISCUSSION

Éléments clés

L'examen gynécologique en décubitus latéral semblait bénéfique pour les praticiens, comme pour les patientes qui ne sont pas gênées par le fait de ne pas pouvoir voir l'examineur. Sur les 13 patientes interrogées, une déclarait préférer le décubitus dorsal pour un prochain examen. Parmi les professionnels, un médecin généraliste avait arrêté de proposer cette position, qui ne semblait pas convenir à ses patientes.

Le ressenti positif des patientes pouvait être lié à deux paramètres : d'une part la position en elle-même, qui serait plus confortable, et permettrait un plus grand respect de la pudeur. Et d'autre part, l'attitude du praticien qui, en proposant une position alternative, donnerait une place différente à la patiente dans la relation soignant-soignée. Il lui montrerait ainsi du respect, et que son confort lui importe. Et faire un choix pour la position à prendre permettrait à la patiente de prendre part à l'examen. Ainsi, elle n'est plus une patiente-objet, mais une patiente-individu.

L'examen gynécologique en décubitus latéral permettrait alors à la patiente d'être plus détendue. Le périnée étant aussi plus décontracté, cela faciliterait l'examen, pour l'insertion du spéculum comme pour l'exposition du col. Il apparaissait aussi une certaine réciprocité dans le ressenti de l'examen : sachant leur patiente plus à l'aise, les praticiens pouvaient se sentir eux-mêmes plus sereins pour pratiquer l'examen gynécologique.

C'est en premier lieu pour leurs patientes que les praticiens proposaient le décubitus latéral. Mais cela leur permettait aussi d'avoir une alternative en cas de difficulté d'examen en position classique. La posture du praticien était plus inconfortable, mais le retour des patientes semblait déterminant dans leur motivation et leur persévérance à proposer cette position, que ce soit de façon positive, ou négative. Pour les praticiens, cette position nécessitait peu d'aménagement, et son apprentissage, qu'il soit individuel ou auprès de confrères, était rapide. Ils souhaitaient tout de même un enseignement au cours de la formation initiale.

Les principaux freins retrouvés pour les praticiens étaient la modification des habitudes acquises dès la formation initiale, et un temps d'explications nécessaire pour les patientes, qui ne sont pas en demande et préfèrent parfois rester dans une position qu'elles connaissent ; le contact visuel était plus difficile entre le praticien et la patiente, ce qui gênait certains soignants par le manque de communication non verbale, et par le sentiment que les patientes s'en trouveraient mal à l'aise.

Des patientes ressentaient en effet le besoin de contrôler, de voir l'examineur. Certaines déclaraient avoir pu regarder, simplement en tournant la tête. D'autres au contraire, avaient éprouvé moins d'anxiété, grâce à cette mise à distance de l'examen.

La première réaction des patientes suite à la proposition d'être examinées en décubitus latéral, était la surprise. Avoir les jambes écartées en position classique était mal vécu, donnant un sentiment de vulnérabilité. Le fait de pouvoir garder les jambes serrées en décubitus latéral amenait alors des doutes quant à la possibilité du bon déroulement de l'examen. Par la suite, elles étaient satisfaites de cette position d'examen sur les notions de confort et pudeur, et les douleurs qui pouvaient exister en décubitus dorsal se trouvaient diminuées. Certaines avaient néanmoins le sentiment de plus exposer leurs fesses voire leur anus, ce qui pouvait les rendre mal à l'aise.

Cette position avait permis à certaines patientes en rupture de suivi après de mauvaises expériences, une « réconciliation » avec l'examen gynécologique.

Afin d'améliorer l'adhésion au suivi gynécologique, il semblerait aussi nécessaire d'éviter les examens inutiles et d'homogénéiser les pratiques, notamment concernant l'âge des premiers examens gynécologiques ou leur fréquence.

Mais l'élément principal pour un bon ressenti de l'examen gynécologique restait l'attitude du praticien. Les patientes ressentaient le besoin d'une relation de confiance, avec des rapports humains ; elles attendaient aussi une implication du praticien, avec du dialogue, des explications et du respect.

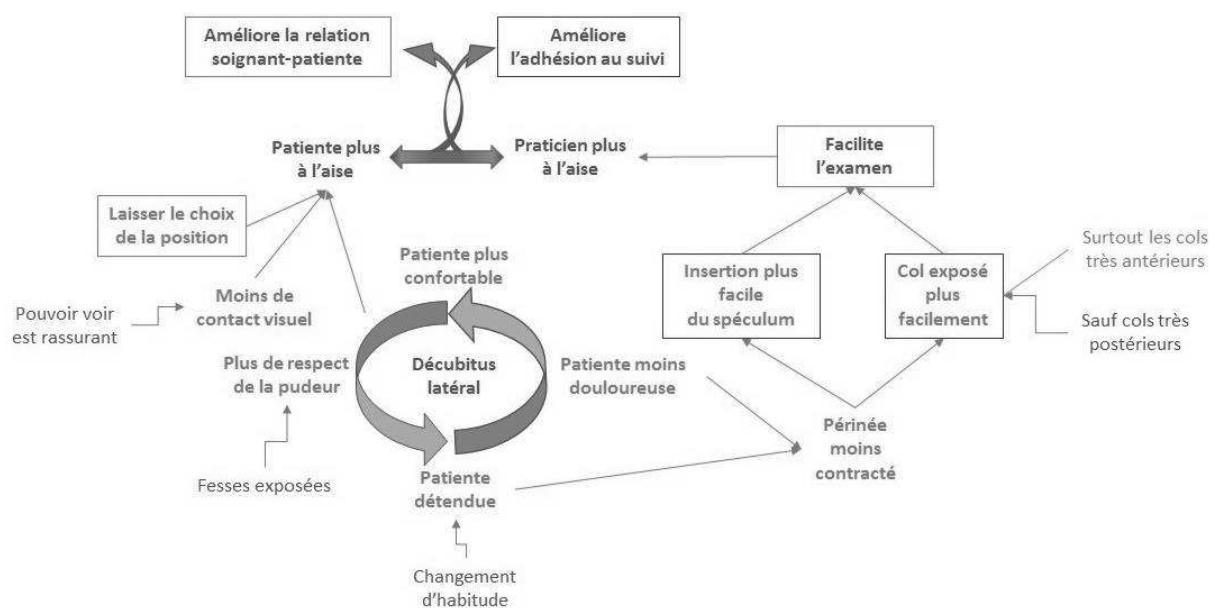


Figure 8 Schéma des principaux effets du décubitus latéral

Forces et faiblesses

I. Originalité du sujet

Au début de notre travail, aucune étude sur le ressenti des patientes ou des praticiens au sujet de l'examen gynécologique en décubitus latéral n'existait. En 2015 ont été soutenues deux thèses sur le ressenti des patientes, une qualitative, et une quantitative ; à notre connaissance, aucune n'a encore été faite sur celui des praticiens.

II. Choix du type d'étude

1. La méthode

Le ressenti des patientes et des praticiens au sujet de l'examen gynécologie en décubitus latéral n'avait pas été étudié auparavant. Dans un but exploratoire, le choix d'une étude qualitative était adapté. Et le cadre flexible des entretiens semi-dirigés permettait de faire émerger de nouvelles données.

2. Les entretiens

Les entretiens ont été effectués par téléphone pour une question pratique, car les participants résidaient dans différentes régions en France ; cela entraîne donc une perte de données, la communication non verbale n'ayant pas pu être retranscrite.

L'étude concernait la pratique individuelle des praticiens, et renvoyait les patientes à des sujets intimes, parfois tabous. Dans ce contexte, les entretiens individuels étaient adaptés, permettant une plus grande liberté de parole que des focus groupes. Une attitude empathique et non jugeante de l'enquêteur était donc nécessaire. Malgré tout, il y a pu avoir un certain biais d'inhibition, avec des facteurs de résistance, et des mécanismes de défense, peut-être plus difficilement dépassés par le fait que les entretiens aient été faits par téléphone ; on peut aussi penser à l'inverse que cela a pu permettre de dépasser ces barrières, par un plus grand anonymat des participants.

Les entretiens doivent être effectués sans jugement de la part de l'enquêteur, et sans orienter les réponses des participants. Malgré l'attention portée par l'enquêteur, son manque d'expérience a pu être à l'origine de biais d'intervention au cours des entretiens.

De même, un biais d'interprétation lors de l'analyse des données est possible.

III. Population étudiée

De par leur mode de recrutement, les praticiens de notre étude étaient peut-être plus attentifs que d'autres à leurs patientes, ce qui pouvait influencer positivement le ressenti des patientes interrogées, indépendamment de la position d'examen. Les praticiens pouvaient aussi avoir un *a priori* sur la position plus positif que d'autres, et une plus grande persévérance devant des difficultés rencontrées.

Le ressenti des patientes sur l'examen gynécologique est examinateur-dépendant, selon son attitude, ses compétences, son expérience. Afin de limiter ces effets, nous avons préféré inclure les patientes de différents praticiens.

Les patientes étaient recrutées par leur praticien, et volontaires pour entrer dans l'étude ; leurs motivations à participer à l'étude pouvaient être liées à un bon ressenti de leur examen gynécologique.

Comparaison des résultats aux données de la littérature

I. Les praticiens et le décubitus latéral

Dans cette étude, bien que leur posture était plus inconfortable, les praticiens étaient rapidement à l'aise avec l'examen en décubitus latéral, et l'examen en lui-même semblait être facilité. A notre connaissance, il n'y a pas d'étude réalisée sur le ressenti des praticiens sur l'examen gynécologique en décubitus latéral. D'autres travaux sont nécessaires afin d'appuyer ces résultats.

Actuellement, la gynécologie représenterait 10% de l'activité des médecins généralistes (32,33), avec 3,5 consultations par an et par femme (34). Cette part pourrait tendre à augmenter, avec la modification de la démographie médicale, notamment la diminution des gynécologues médicaux. Les 1^{ers} motifs de consultations gynécologiques en médecine générale sont la contraception et la ménopause (33-35). Ces consultations peuvent être l'occasion de réaliser un FCU, et le décubitus latéral pourrait alors y être adapté. De plus, la réticence des patientes serait un frein majeur au suivi gynécologique par le médecin traitant (35,36). Les résultats de notre étude tendent à faire penser que le décubitus latéral pourrait diminuer ces réticences. Dans le contexte de démographie médicale actuelle, il pourrait alors être intéressant de sensibiliser les médecins généralistes à cette position.

II. Une bonne satisfaction globale des patientes examinées en décubitus latéral

Deux thèses au sujet du décubitus latéral ont été soutenues indépendamment l'une de l'autre en 2015. Chacune d'elle évaluait le ressenti des patientes.

La première, réalisée par A. Guillon-Boucher (30) était une étude qualitative. Elle a été faite à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 11 patientes ayant été examinées en décubitus latéral par un médecin généraliste. A l'exception de deux, toutes les patientes avaient déclaré préférer le décubitus latéral. Cette position était selon elles plus confortable, et était vécue comme étant moins anxiogène.

A. Grangé-Cabane (31) avait réalisé une étude quantitative par questionnaires auprès de 114 patientes ayant été examinées par 8 praticiens. Elle avait elle aussi retrouvé une bonne satisfaction des patientes : 78% trouvaient le décubitus latéral plus confortable et 73% trouvaient cette position moins anxiogène.

III. Différents ressentis face au contact visuel plus difficile

Nos résultats concordaient avec les études d'A. Guillon-Boucher et A. Grangé-Cabane, qui retrouvaient aussi différentes réactions de la part des patientes face au fait de ne pas pouvoir voir l'examineur (ou plus difficilement). A. Grangé-Cabane l'expliquait par les concepts de patientes « vigilantes » et « évitantes », deux profils psychologiques avec différents mécanismes de gestion de l'anxiété pendant l'examen gynécologique : les « vigilantes » sont en recherche d'informations et préféreront voir l'examen, les « évitantes » préfèrent détourner leur attention.

IV. Le décubitus latéral, et autres pistes pour améliorer le vécu de l'examen gynécologique

1. Respecter la pudeur de la patiente

Comme dans notre étude, ces 2 thèses retrouvaient aussi que le décubitus latéral préservait mieux la pudeur que la position d'examen classique (87% des femmes interrogées dans l'étude d'A. Grangé-Cabane).

Par ailleurs, les femmes avaient apprécié que le praticien détourne le regard au moment du déshabillage. Et l'utilisation d'un drap ou d'un vêtement pour les couvrir était très appréciée par les femmes qui en avaient bénéficié. Il ne s'agit pas d'une habitude en France, pourtant couvrir le bassin et les jambes des patientes au cours de l'examen gynécologique est l'usage notamment dans les pays anglo-saxons (37).

De même, certaines patientes avaient déjà été amenées à être totalement nues pendant un examen gynécologique. Il serait plus respectueux de faire l'examen en deux temps : l'examen des seins puis l'examen pelvien ou inversement, en laissant se rhabiller la patiente entre deux. Ceci ne devrait pas gêner l'examen en lui-même, mais permettrait à la patiente d'avoir un moindre sentiment de vulnérabilité ou d'humiliation.

Pourtant, on peut trouver dans certains livres de gynécologie utilisés pour la préparation des ECN (27) : « *L'examen clinique : Quelques règles de base : [...] Patiente nue, vessie vide et en position gynécologique* ». Au mieux, il s'agit d'une tournure de phrase maladroite, mais vraisemblablement prise au premier degré par certains professionnels de santé.

2. Diminuer la douleur

Dans les thèses d'A. Guillon-Boucher et A. Grangé-Cabane, certaines patientes avaient ressenti des douleurs à l'insertion du spéculum, et 6% chez A. Grangé-Cabane trouvaient l'examen dans cette position plus douloureux qu'en position classique. A l'inverse, dans notre étude, aucune des patientes n'avait éprouvé de douleur lors de leur examen gynécologique en décubitus latéral, bien que certaines aient eu une pose de DIU. Elles ressentaient plutôt une diminution des sensations, que l'on pourrait expliquer par un plus grand relâchement du périnée dans cette position.

Par ailleurs, pour diminuer les douleurs, l'utilisation de lubrifiant était rappelée par les praticiens. Auparavant, cela était réputé comme faussant les résultats des FCU. Pourtant, la revue de littérature de N. Tsang (38) en 2007 retrouvait que l'usage de lubrifiant à base de gel aqueux ne diminuait pas la qualité des FCU, ni des prélèvements à la recherche de chlamydia ou gonocoque. Et différentes études retrouvaient une diminution des douleurs liée à l'utilisation de gel aqueux, en comparaison avec l'utilisation d'eau chaude chez les femmes ménopausées (39), ou en comparaison avec le spéculum sec à tous les âges (40).

Pour les professionnels de santé interrogés dans notre étude, l'insertion du spéculum était l'étape de l'examen gynécologique qui peut apporter des difficultés. GO L nous rappelait la méthode à suivre afin d'éviter l'inconfort des patientes : introduire le spéculum fermé jusqu'au fond, puis l'ouvrir au minimum. La revue de littérature de Bates (37) confirmait ses propos, en ajoutant qu'il était souhaitable de veiller à ce que la vessie soit vidée avant l'examen.

L'utilisation de spéculum à usage unique était conseillée, car moins froid et moins lourd que les spéculums en métal. A notre connaissance, il n'y a pas d'étude effectuant la comparaison. Néanmoins, il faudrait choisir le spéculum permettant une bonne visualisation le plus étroit possible (37).

3. Proposer des choix, pour plus d'implication de la patiente

Les patientes appréciaient pouvoir choisir la position dans laquelle elles seraient examinées. Elles se sentaient alors plus considérées de façon individuelle par le praticien. Et d'après certains des médecins interrogés, donner le choix aux patientes permettrait de les faire prendre part aux soins, et ainsi d'améliorer leur adhésion au suivi. Pour l'expliquer, on pourrait faire le parallèle avec le principe de « décision médicale partagée ». Il s'agit de permettre au patient de s'impliquer dans les décisions concernant sa santé (41).

B. Chewning (42) a réalisé une revue systématique de la littérature, incluant 115 études. Dans 71% des études effectuées après 2000, il retrouvait qu'une majorité de patients préféraient participer à la décision médicale. Par ailleurs, cela permettrait d'améliorer l'observance des traitements (43).

Pour l'examen gynécologique, on peut penser que donner les informations à la patiente et l'impliquer dans le choix de la position d'examen pourrait favoriser son adhésion au suivi.

4. Améliorer la relation soignant-soignée

On notait l'importance de la relation soignant-soignée. Les femmes demandaient de la part de leur soignant plus de dialogue et d'informations sur le déroulement de la consultation, les examens réalisés et leur justification.

Le besoin d'informations qu'a le patient pour diminuer son anxiété liée aux soins était reconnu dès 1958. Dans la *Circulaire du 5 décembre relative à l'humanisation des hôpitaux*, on retrouve la nécessité de donner au patient « *les informations qu'il souhaite et qui peuvent lui être utiles, et aussi l'impression qu'il n'est pas un objet numéroté, mais un individu* ».

M. Larsen (44) retrouvait aussi cette notion dans une étude qualitative chez 13 femmes. Parler de ce qui est fait et observé, et se montrer ouvert aux questions apparaissait important. Cela permettait de créer une atmosphère de sécurité, et permettait aux patientes de se sentir plus respectées et détendues. Dans une étude de E. Yannikerem (45) portant sur 433 patientes, 55,2% souhaitaient de la part des soignants qu'ils soient compréhensifs, avec un comportement doux, et 62% attendaient d'eux des explications sur leur santé.

A priori, ce concept n'est pas encore respecté par tous les soignants, vu les expériences négatives que certaines des femmes de notre étude ont vécues lors de consultations gynécologiques.

On le retrouve aussi sur internet, avec le hashtag « *payetonutérus* ». Lancé en novembre 2014 sur Twitter®, des femmes y racontent des expériences négatives vécues au cours de consultations gynécologiques. Comme par exemple : « *En 7 ans de consultations gynécologiques, c'est la 1ère fois qu'on m'examine comme un être humain et qu'on me parle comme à une adulte* » (marine @rosecassis), ou « *Je sursaute car il me fait mal. Il me dit : « vous n'êtes pas censée prendre du plaisir, veuillez vous calmer ! »* (celine fruminet @CFruminet).

Pourtant, une mauvaise expérience lors d'un examen gynécologique peut influencer le ressenti lors d'examen ultérieurs, et entraîner un arrêt du suivi (46).

5. Homogénéiser les pratiques

Les patientes rapportaient la nécessité d'un discours commun des professionnels de santé. En termes de prises en charge diagnostique et thérapeutique, les divergences entre praticiens semblent incontournables, selon les connaissances et expériences propres à chacun.

Mais en termes de dépistage, pour les praticiens interrogés, quand la patiente ne présente pas de plainte ou de demande particulière, l'examen gynécologique devrait être limité à la réalisation des FCU selon les recommandations.

Ainsi, consultation gynécologique ne veut pas dire examen gynécologique. Et lorsqu'il n'y a pas de point d'appel à l'interrogatoire, un examen pelvien devrait être évité (47). Ces propositions étaient en conformité avec les recommandations de l'American College of Physician, qui recommande de ne pas effectuer d'examen gynécologique systématique, chez la femme adulte non enceinte et asymptomatique (48,49).

6. Plus d'implication des professionnels

Les patientes interrogées citaient la place prépondérante du médecin traitant pour informer les femmes de la justification du FCU, leur rappeler les échéances, et si besoin les adresser à des confrères. De par sa spécialité, le médecin généraliste prend en charge les patient(e)s dans leur globalité. Il a donc en effet une place privilégiée pour sensibiliser les patientes échappant au dépistage par FCU, à l'occasion de divers motifs de consultations.

Cette place primordiale du médecin traitant était aussi retrouvée par L. Camilloni (50). Pour la participation au FCU, les relances par courrier s'avéraient efficaces, en particulier lorsque ce courrier était signé par le médecin traitant. Pour A. Gambiez-Joumard (5), l'incitation par le médecin traitant était, avec le dépistage organisé le « *meilleur stimulant pour participer à ce suivi* ».

Par ailleurs, on a retrouvé dans notre étude l'importance d'établir une relation de confiance entre le praticien et la patiente. Cela passe par le dialogue, et prend du temps. Cela implique une démarche volontaire de la part du professionnel. Une consultation dédiée au suivi gynécologique pourrait aider à prendre ce temps (33,36).

Perspectives

Les femmes interrogées au cours de cette étude étaient satisfaites de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Il ne s'agit pas de l'imposer à toutes les patientes, car cette position ne correspond pas à certaines, qui préfèrent pouvoir voir l'examineur. Il s'agit plutôt de leur laisser la possibilité de choisir entre ces positions.

Il serait intéressant de sensibiliser au décubitus latéral les médecins généralistes en particulier. A l'occasion de consultations pour divers motifs, ils pourraient sensibiliser au dépistage par FCU les femmes échappant au suivi, et leur proposer une position alternative. Cela pourrait amener les femmes réticentes à la position classique à accepter l'examen. Une étude évaluant **l'impact du décubitus latéral sur le suivi gynécologique** serait intéressante.

Enfin, les praticiens plébiscitaient une sensibilisation au décubitus latéral au cours de la formation initiale. Nous avons vu que des praticiens utilisent le décubitus latéral pour la pose de DIU. On peut donc supposer que le col peut être suffisamment exposé. Mais peut-être faudrait-il **valider scientifiquement** cette position d'examen, par une étude démontrant notamment qu'il n'y a pas de diminution de la qualité des FCU ? En cas de non-infériorité, cela pourrait permettre de **favoriser son enseignement pendant la formation initiale**.

Conclusion

L'examen gynécologique en décubitus latéral semblait être une bonne alternative à la position classique pour les patientes, si on leur laisse le choix, et sous couvert d'une information claire sur ses avantages et inconvénients, notamment qu'elles auront moins de contact visuel avec l'examineur.

Le ressenti positif des patientes pouvait être lié à deux paramètres : d'une part la position en elle-même, qui serait plus confortable, et permettrait un plus grand respect de la pudeur. Et d'autre part, l'attitude du praticien qui, en proposant une position alternative, donnerait une place différente à la patiente dans la relation soignant-soignée.

Pour le praticien, cette position semblait facile à appréhender, et faciliterait l'examen pour la pose du spéculum, comme pour l'exposition du col.

D'après les praticiens comme les patientes, il s'agissait d'une position d'examen à faire connaître aux professionnels de santé au cours de leur formation initiale, et à médiatiser afin d'encourager les femmes réticentes à l'examen en position classique, à participer au suivi gynécologique. Ainsi, une patiente déclarait que cette position l'avait « réconciliée » avec l'examen gynécologique.

Au-delà de la position d'examen, l'attitude du praticien était essentielle, et les patientes attendaient une relation humaine et de confiance, une certaine implication du professionnel, et des explications sur la consultation et les examens à réaliser. Aussi, il semblait important d'éviter les examens inutiles.

Références

1. CNGOF. L'examen gynécologique. Université Médicale Virtuelle Francophone, Support de cours. 2011; 78p.
2. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):220-1. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html.
3. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013:1-55.
4. IARC. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10 Cervix cancer screening. Lyon: IARC Press; 2005.
5. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico utérin. Exercer 2011;98:122-8.
6. Mahé C, Cocqueel F, Garnier A et al. État des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. INCa, Coll rapport et synthèses. 2007:1-65.
7. Beck F, Gauthier A et al. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Baromètre cancer 2010. INPES éditions, 2010:215-22.
8. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, synthèse des recommandations en santé publique, 2010 Juil:6p.
9. Rocher J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Créteil; 2014.
10. Coustet B. Sémiologie médicale, L'apprentissage pratique de l'examen clinique 4^{ème} éd. De Boeck Estem; 2013.
11. Seymore C Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. J Pediatr. 1986 Feb;108(2):312-7.
12. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits - randomised clinical trial. Brit Med J. 2006 Jun 27 333(7560):1-3.
13. Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E. Gynécologie de l'enfant et de l'adolescente. Elsevier Masson; 2011.
14. Arnaud-Lesot S. Pudeur et pratique médicale Aspects relationnels de l'examen gynécologique et obstétrical au XIX^e siècle en France. [Thèse de doctorat, Sciences historiques et philologiques] Paris: Ecole Pratique des Hautes Etudes; 2007.

15. Bachman G. Editorials: The importance of obtaining a sexual history. *Am Fam Physician*. 2000 Jul 1;62(1):52.
16. Boree. [page consultée le 11/12/2013]. L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques. <http://boree.eu/?p=1349>
17. Amias AG. Pelvic examination: a survey of British practice [abstract]. *Br J Obstet Gynaecol*. 1987 Oct;94(10):975-8.
18. Drife JO. Lateral thinking in gynaecology. *Brit Med J*. 1988 Mar 19;296:807-8.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Gynaecological Examinations: Guidelines for Specialist Practice*. 2002:37p.
20. Brement 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. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Juil-Aug;35(7-8):637-44.
21. Ridley RT. Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition [abstract]. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Mar-Apr;36(2):135-43.
22. Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. *CNGOF Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. 2008 Dec 3;Tome XXXII:1-19.
23. Winckler M. *Le Chœur des femmes*. POL, 2009.
24. ANEMF E-carabin.net. (page consultée le 01/02/2015). [Gynéco] Quel bouquin ?, [en ligne]. <http://www.e-carabin.net/showthread.php?34052-Gyneco-Quel-bouquin>.
25. Unithèque. (pages consultées le 02/02/2015) Meilleures ventes – Gynécologie - Obstétrique et Meilleures ventes Sémilogie – Examen clinique – Diagnostic, [en ligne]. http://www.unitheque.com/medecine/meilleures_ventes/Gynécologie_-_Obstétrique-ABKDD.html? Et http://www.unitheque.com/medecine/meilleures_ventes/Sémilogie_-_Examen_clinique_-_Diagnostics-ABKF.html?
26. Bates B, Bickley LS. *Guide de l'examen clinique*. 6^{ème} éd. Arnette; 2010.
27. Courbière B, Carcopino X. *Gynécologie obstétrique*. 2d 2014. Collection Médecine KB. Vernazobres Grego; 2014.
28. Epstein, Perkin, Cookson et al. *Examen clinique* 3ème éd. De Boeck; 2012.
29. Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le praticien*. 8ème éd. Elsevier/Masson;2014.
30. Guillon-Boucher A. *L'examen gynécologique en décubitus latéral, exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative*. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1 Faculté de médecine Lyon Est;2015.

31. Grange-Cabane A. Le décubitus latéral : Perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux U.F.R. des sciences médicales;2015.
32. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. [Thèse de doctorat en médecine]. Poitiers: Université de Poitiers Faculté de médecine et pharmacie; 2013.
33. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France. [Thèse de doctorat en médecine]. Paris: Université Paris Diderot Paris 7 Faculté de médecine; 2010.
34. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R et al. Gynécologie et santé des femmes : Quel avenir en France ? Eskat; 2000.
35. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé publique. 2005;17(1):109-19.
36. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enquête auprès des maîtres de stage de Haute-Normandie. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Rouen: Faculté mixte de médecine et de pharmacie ; 2012.
37. Bates CK, Caroll N, Potter J. Challenging Pelvic Examination, J Gen Intern Med. 2011;26(6):651-7.
38. Tsang N, Osmun WE. Smear tactics A more comfortable Papanicolaou test. Can Fam Physician, 2007 May;53:835.
39. Uygur D, Guler T, Yayci E et al. Association of Speculum Lubrication with Pain and Papanicolaou Test Accuracy. J Am Board Fam Med. 2012;25:798-804.
40. Simavli S, Kaygusuz I, Kinay T, Cukur S. The role of gel application in decreasing pain during speculum examination and its effects on papanicolaou smear result. Arch Gynecol Obstet. 2014 Apr;289(4):809-15.
41. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée », 2013 Oct:1-76.
42. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. Patient Educ Couns. 2012 Jan;86(1):9-18.
43. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N et al. Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence Full Guideline. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2009 Jan.
44. Larsen M. "Not so bad, after all..." women's experiences of pelvis examinations. Fam Pract. 1997;14(2):148-52.

45. Yannikerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery*. 2009 Oct;25(5):500-8.
46. Stewart R. Pap tests what do women expect?. *Austr Fam Pract*, 2010 Oct;39(10):775-8.
47. Winckler M. [page consultée le 14/08/2015]. Pour prendre la pilule, examen gynécologique, examen des seins et prise de sang ne sont pas nécessaires... Et le conseil national de l'ordre des médecins est d'accord. http://www.martinwinckler.com/article.php3?id_article=307
48. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R et al. Screening pelvic examination in adult women : A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161:67-72.
49. Vallée JP. Faut-il renoncer à l'examen gynécologique systématique? [abstract]. *Medecine*. 2014 Oct;10(8):343.
50. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ et al. Methods to increase participation in organised screening programs, a systematic review. *BMC Public Health*, 2013 May;(13):1-16.

Annexes

Annexe 1 : Plaquette d'information InCa Janvier 2015

Le frottis est recommandé à partir de 25 ans, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait **tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans**, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.



90% DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS

Face au cancer du col de l'utérus, il y a deux moyens pour agir :

- se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus ;
- faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

PARLEZ-EN AVEC UN MÉDECIN OU UNE SAGE-FEMME

Pour en savoir plus sur le frottis ou les autres dépistages des cancers, connectez-vous sur e-cancer.fr ou appelez le 0810 810 821 (gratuit d'appel local)

ENTRE 25 ET 65 ANS

UN FROTIS TOUTS LES 3 ANS, C'EST IMPORTANT



TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN

e-cancer.fr

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

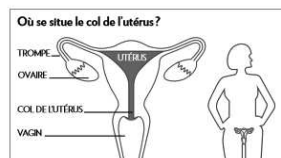
LE FROTIS, POURQUOI C'EST IMPORTANT ?

Le cancer du col de l'utérus est principalement provoqué par un virus appelé « papillomavirus humain » (HPV). Très fréquent, ce virus se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Le préservatif ne permet pas de s'en protéger complètement. Il arrive que l'infection due au papillomavirus (HPV) provoque des lésions au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer.

UN FROTIS TOUTS LES 3 ANS

Le frottis permet de repérer d'éventuelles lésions au niveau du col de l'utérus, et de les soigner avant qu'elles ne se transforment en cancer.

Si un cancer est détecté, ce sera le plus souvent à un stade précoce. Les soins seront plus légers et permettront davantage de préserver la fertilité.



POUR RÉALISER UN FROTIS, À QUI M'ADRESSER ?

Vous pouvez prendre rendez-vous auprès :

- d'un gynécologue ;
- d'un médecin généraliste ;
- d'une sage-femme (pendant mais aussi en dehors du suivi de grossesse) ;
- d'un centre de santé ou centre mutualiste ;
- d'un centre de planification familiale ;
- d'un laboratoire d'analyses (sur prescription d'un médecin) ;
- d'un hôpital.

UN EXAMEN REMBOURSÉ

Le coût comprend le prix de la consultation et 15,40 euros pour la lecture du frottis. Il est pris en charge dans les conditions habituelles par votre caisse d'Assurance maladie (70%). Le reste est remboursé par votre complémentaire santé (mutuelle, assurance santé...). Le frottis peut être réalisé **sans avance de frais** dans les centres de santé, centres mutualistes ou de planification familiale.

Si vous bénéficiez de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire), la prise en charge est à 100% sans aucune avance de frais (examen gratuit).



EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

L'examen se fait en position gynécologique.

Le médecin prélève délicatement des cellules au niveau du col de l'utérus afin de les analyser. Cela ne prend que quelques minutes et n'est pas douloureux, même si une légère gêne peut être ressentie.

Les résultats : le prélèvement est envoyé à un laboratoire spécialisé. Après quelques jours, vous recevrez vos résultats. Votre médecin vous contactera si des examens supplémentaires sont nécessaires.

- 1— Choisissez le bon moment : le frottis doit être fait en dehors de la période des règles.
- 2— Évitez les rapports sexuels 24 à 48 heures avant le rendez-vous.
- 3— Reportez le rendez-vous si vous prenez un traitement local par voie vaginale (ovule, par exemple).

3 PRÉCAUTIONS AVANT VOTRE RENDEZ-VOUS

Annexe 2 : Lettre destinée aux patientes recrutées

Madame, mademoiselle,

Je suis étudiante en médecine, et je fais une étude sur **l'examen gynécologique « à l'anglaise », ou « sur le côté »**.

C'est une position qui est actuellement peu utilisée en France, et je m'intéresse à ce qu'en pensent les femmes.

Votre médecin/sage-femme vous a récemment examinée dans cette position, c'est pourquoi **votre avis m'intéresse !**

Seriez-vous d'accord pour que je vous pose quelques questions au cours d'un **entretien téléphonique**, qui devrait durer environ **20 minutes** ?

Tout ce que vous pourrez me dire restera bien sûr **anonyme**.

Si vous êtes d'accord, votre médecin me transmettra vos coordonnées, et je vous appellerai une première fois afin de convenir d'un rendez-vous téléphonique pour l'entretien.

Je vous remercie de votre confiance

AnneSophie Botalla.

Si vous souhaitez me joindre directement :

Tel :

@ :

Annexe 3 : Mail pour le recrutement des praticiens

Bonjour,

Je fais appel à vous aujourd'hui dans le cadre de ma thèse,

Je travaille sur **l'examen gynécologique en décubitus latéral (à l'anglaise)**, une position que certains trouvent plus confortable pour les patientes, quand d'autres ne lui voient aucun avantage, mais surtout, c'est une position qui est peu connue des médecins en France.

Si vous pratiquez (ou avez pratiqué) l'examen gynécologique dans cette position, j'aimerais vous poser quelques questions au cours d'un entretien téléphonique individuel, d'environ 20 minutes.

Par la suite, j'aimerais si possible obtenir les coordonnées de 2 à 3 patientes que vous avez examinées dans cette position, afin de connaître leur ressenti, par entretien téléphonique individuel aussi.

Si vous acceptez de répondre à ces questions, vous pouvez me contacter :

par mail :

ou tel :

N'hésitez pas à partager autour de vous...

Merci d'avance

Annexe 4 : Guide d'entretiens "praticiens"

Présentation de l'étude, demande d'accord d'enregistrement, rappel de l'anonymat.

~~~~~

Historique de l'utilisation de la position à l'anglaise :

**Est-ce que vous pouvez me raconter comment est-ce que vous êtes venu à utiliser cette position ?**

- Comment avez-vous connu cette position ?
- Pourquoi avoir voulu l'utiliser ? Depuis quand ?
- Comment se sont passées les premières fois ? (Y a-t-il eu un moment d'adaptation ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Combien de temps vous a-t-il fallu pour être à l'aise avec ?)

**Qu'est-ce que vous dites à vos patientes pour s'installer ?**

- Pouvez-vous me décrire exactement la position qu'elles prennent ?
- Jambe gauche tendue/pliée ?
- Buste couché/ redressé ?

Evaluation de la position à l'anglaise :

**Pour les patientes, quels sont les avantages de cette position ?**

- Les inconvénients?
- A quelles patientes proposez-vous cette position ?
- Y a-t-il des patientes ou des situations dans lesquelles vous ne la proposeriez pas ?
- D'après vous, quelles femmes sont plus susceptibles d'adhérer à cette position d'examen ? Et pour lesquelles pensez-vous que ça conviendrait moins ?

Le contact visuel : Les patientes peuvent-elles vous voir quand vous les examinez ? Pensez-vous que cela soit important pour l'examen :

- Pour vous ?
- Pour les patientes ?

**Et pour vous, quels sont les avantages de cette position ?**

- Les inconvénients ?
- On m'a souvent rapporté que cette position est inconfortable – qu'est-ce que vous en pensez ?
- Dans quelle position effectuez-vous le TV ?
- Et l'inspection vulvaire ?
- Au niveau matériel, quels sont les aménagements à faire ?

Freins des professionnels :

**Quelle est la réaction de vos confrères, quand vous leur parlez de cette position ?**

- A part le fait qu'elle soit peu connue, qu'est-ce qui pourrait expliquer que cette position soit peu utilisée en France ?
- Quels conseils pratiques est-ce que vous donneriez à un médecin qui voudrait examiner ses patientes dans cette posture ?
- Pensez-vous qu'il faudrait que plus de médecins l'utilisent ? Pour quelles raisons ?

Amélioration du suivi des femmes :

- En France, près de la moitié des femmes ne sont pas suffisamment suivies au niveau gynécologique ;
- **Quelles en sont les raisons à votre avis ?**
- **Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer leur suivi ?**
- **Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer leur ressenti de l'examen gynéco ?**

**Avez-vous quelque chose à rajouter sur l'examen en décubitus latéral ou le suivi gynécologique ?**

Données sociodémographiques :

- Age / Sexe
- Région d'exercice    -Type d'exercice (urbain/rural)    -Durée d'exercice    -  
Orientation particulière de l'exercice

Rapport à la gynécologie :

- Quelle formation avez-vous eu pour la gynécologie ?
- Quelle est la part de gynéco dans votre activité professionnelle ?

~~~~~

Avez-vous dans votre entourage des praticiens faisant l'examen gynécologique à l'anglaise ?

Avec leur accord, pourriez-vous me transmettre les coordonnées des 2 à 3 prochaines patientes que vous examinerez en décubitus latéral, afin que je puisse recueillir leur ressenti de l'examen à l'anglaise?

Annexe 5 : Guide d'entretiens "patientes"

Présentation de l'étude, demande d'accord d'enregistrement, rappel de l'anonymat.

~~~~~

Données sociodémographiques :

- Age / Situation familiale
- Nombres de grossesses, accouchements césarienne/voie basse, dans quelle position

Taille / Poids

Suivi gynécologique :

**Pouvez-vous me raconter, comment se passe votre suivi gynécologique habituellement ?**

- Médecin généraliste / Gynécologue / Sage-femme ? Suivi régulier ?
- Quelle importance ça a pour vous, le suivi gynécologique ?
- Comment est-ce que vous le vivez ?
- Qu'est-ce qui vous gêne le plus ?
- Avez-vous vécu des expériences négatives au cours d'examens gynécologiques ?
- Comment vous sentez-vous dans votre corps ? Diriez-vous que vous êtes pudique ?

**Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation gynéco, avec le Dr X ?**

- Motif de consultation
- Position sur le côté : Comment est-ce qu'il vous a présenté cette position ?
- Quelle a été votre 1ère réaction à la proposition de cette nouvelle position ?
- Qu'est-ce que cette position représente pour vous ?

Qu'avez-vous pensé de cette position ? :

- Confort / Pudeur / Douleur
- Quels sont les avantages ?
- Quels sont les inconvénients ?

Est-ce que vous pouviez voir le Dr X ?

- Est-ce un avantage ? Un inconvénient ? Pourquoi ?

Pour votre prochain examen gynécologique, quelle position aimeriez-vous prendre ?

- Si classique : pour quelles raisons ?
- Si Décubitus Latéral : si on ne vous proposait pas de vous examiner comme ça, quelle serait votre réaction ? (souhaiteriez-vous que plus de médecins connaissent cette position ?)

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait ne pas plaire à certaines femmes dans cette position ?

Pistes pour l'amélioration du suivi gynécologique :

**Près de la moitié des femmes en France ne sont pas suffisamment suivies au niveau gynécologique,**

**Quelles sont les raisons que vous pouvez imaginer pour l'expliquer ?**

**Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour que ces femmes se fassent mieux suivre ?**

**Et pour que l'examen gynécologique soit mieux vécu ?**

Qu'est-ce que vous voudriez ajouter sur cette position, ou sur le suivi gynécologique en général ?

## Annexe 6 : Codes praticiens

### **Freins des praticiens :**

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| Matériel                                         |  |
| Configuration de la salle d'examen               |  |
| Table inadaptée (fauteuil gynécologique)         |  |
| Changements d'habitudes                          |  |
| Des patientes                                    |  |
| Pas de demande                                   |  |
| Réaction (surprise)                              |  |
| Des praticiens                                   |  |
| Nécessité de pratiquer régulièrement             |  |
| Manque d'intérêt du ressenti des patientes       |  |
| Temps d'explication nécessaire                   |  |
| Barrière de la langue                            |  |
| Anus exposé                                      |  |
| Hors norme                                       |  |
| N'entre pas dans l'imaginaire collectif français |  |
| Manque de formation                              |  |
| Non validée                                      |  |

### **Motivations des praticiens :**

|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| Pour les patientes                            |  |
| Leur bien-être                                |  |
| Pudeur                                        |  |
| Confort                                       |  |
| Meilleure installation si coxalgies           |  |
| Selon leur préférence                         |  |
| Pour les praticiens                           |  |
| Alternative si difficulté en décubitus dorsal |  |
| Si matériel inadapté au décubitus dorsal      |  |
| Meilleure installation si patientes obèses    |  |
| Intérêt pour la nouveauté                     |  |

### Avantages pour les praticiens :

|                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|
| Aucun                                                                       |  |
| Acte facile                                                                 |  |
| Examen facile dans cette position                                           |  |
| Rapidement à l'aise                                                         |  |
| Aide pour la pratique                                                       |  |
| Alternative pour difficulté de la patiente                                  |  |
| Alternative pour ex difficile / utérus dévié                                |  |
| Outil en plus                                                               |  |
| Diversifier la pratique                                                     |  |
| Facilite l'examen                                                           |  |
| Col exposé plus facilement                                                  |  |
| Surtout cols très antérieurs                                                |  |
| Par moins d'affaissement des parois vaginales ?                             |  |
| Par périnée moins contracté                                                 |  |
| Sauf cols très postérieurs                                                  |  |
| Insertion plus facile du spéculum                                           |  |
| Par périnée moins contracté                                                 |  |
| Améliore la relation soignant-soignée                                       |  |
| Par patiente plus détendue/plus confortable/moins douloureuse/plus à l'aise |  |
| Améliore l'adhésion au suivi                                                |  |
| Praticien plus à l'aise (effet miroir)                                      |  |
| Praticien moins pressé                                                      |  |
| Meilleure organisation temporo-spatiale                                     |  |
| Pas de manipulation d'étriers                                               |  |

### Inconvénients pour les praticiens :

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Aucun                                                            |  |
| Changements d'habitudes                                          |  |
| Repères modifiés                                                 |  |
| Temps d'explication                                              |  |
| S'adapter à de nouvelles procédures                              |  |
| Procédures moins bien maîtrisées                                 |  |
| Changement de l'organisation de l'espace                         |  |
| Posture du praticien :                                           |  |
| Position inconfortable                                           |  |
| Praticien penché, dos tordu +/- lombalgies                       |  |
| Pondérations :                                                   |  |
| Diminue avec une table réglable en hauteur                       |  |
| Pas plus qu'en décubitus dorsal dans la version MW               |  |
| Examen rapide                                                    |  |
| Ce qui compte : le confort de la patiente                        |  |
| Appuis plus compliqués                                           |  |
| Position moins pratique                                          |  |
| Difficulté d'introduction du spéculum chez les patientes obèses  |  |
| Pondérations :                                                   |  |
| Pas spécifique au décubitus latéral                              |  |
| Pas de difficulté pour l'examen en lui-même                      |  |
| Difficulté d'exposition du col                                   |  |
| Pour les 1ers examens                                            |  |
| Pondération : Pas plus qu'en décubitus dorsal                    |  |
| Pour les cols très postérieurs ou « fuyants »                    |  |
| Pondération : Rares                                              |  |
| Communication non verbale gênée                                  |  |
| Par moins de contact visuel                                      |  |
| Pondération : peut être comblé par plus de communication verbale |  |

## Indications - Limites

Examen au spéculum

Pas pour toucher vaginal

Pas pour inspection vulvaire

Suivi gynécologique de prévention et contraception

Frottis cervico utérin

Pose de DIU

Patientes cibles

Peut être proposé à toutes les patientes

Surtout pour les jeunes / mal à l'aise en décubitus dorsal

Surtout pour les patientes ayant des problèmes avec leur appareil génital / victimes d'agressions

Laisser le choix, ne pas les forcer, prévenir que le contact visuel est plus difficile

## Aménagements :

Impératif : Table où la patiente peut s'allonger

Recommandé : Table plutôt large

Conseillé :

Table :

Réglable en hauteur

Eloignée du mur

Lumière : Lampe frontale plus pratique

Spéculum : pas de changement

Coussins

Sous la tête

Sous la jambe « du dessus »

## Conseils pratiques :

Les débuts :

Ne pas appréhender

Formation par

Blog de Borée

Compagnonnage

Tester la position

Choisir la 1<sup>ère</sup> patiente (connue, en confiance), l'informer

Mise en place

Temps important à respecter

Demander à la patiente de ne pas aider

Bassin en rétroversion

S'aider d'illustrations pour expliquer à la patiente

Technique

Col ni trop en avant, ni trop en arrière

Déplisser les lèvres à l'introduction du spéculum

Ne pas pincer

Eviter de toucher la patiente (cheveux, colliers...)

**Regard :**

Moins de contact visuel

Avantage

Regard : intrusif

Rend l'examen moins réel pour la patiente

Inconvénient

Moins de communication non verbale

Peut être mal vécu par les patientes

Compensé par dialogue

Contact visuel possible si la patiente s'appuie sur son coude

## Pistes pour l'amélioration du suivi :

### Société

Désacraliser l'ex gynéco

Mettre le suivi gynécologique dans le giron de la MG

Féminisation de la profession

Peut aider à lever des réticences

Aide du dépistage organisé - campagnes médiatiques

### Professionnels

Homogénéiser les pratiques

Ne pas débiter les examens trop jeune

FCU pas avant 25 ans

Pas d'examen inutile

Faire seulement les examens nécessaires : pas de tv systématique

Le décubitus latéral

A médiatiser (plaquettes d'info inpes)

Pourrait permettre une meilleure observance du suivi gynéco

### Relationnel

Communication

Expliquer l'examen

Education sur le suivi

Débiter tôt

Informations sur les différents acteurs

Attitude du professionnel

Ecoute

Respect

Relation de confiance

Ne pas banaliser (jamais banal pour les femmes)

Mettre la patiente au centre

## Améliorer le vécu de l'examen pelvien

### Relation soignant-soignée

Importance primordiale du relationnel

Relation de confiance

C'est l'affaire de tous

Attitude globale

Respect de la pudeur

Se détourner au déshabillage / paravent

Couvrir : paréo / drap / jupe

Jamais nue totalement : le bas puis le haut ou inversement

Respecter les différents temps de la consultation

Ne pas forcer – différer si besoin

Dialogue avant l'examen

Demander les antécédents de violence/trauma/mauvaises xp ex gynéco

Permet de prendre plus de précautions

Attendre que la patiente soit prête pour insérer le spéculum

Demander son accord avant l'insertion

Rechercher les représentations de la patiente par rapport à l'ex gynéco

Souhaite des explications / parler d'autre chose

Proposer des choix

Permet une meilleure acceptation de l'examen

Respecter ces choix

S'adapter à chaque femme

## Professionnels

Être à l'aise avec sa pratique

Si le professionnel est mal à l'aise, la patiente le sera aussi

Féminisation de la profession

Peut aider à lever des réticences

## Matériel

Lubrifiant

Systématique pour les ex au spéculum

Bonus : le réchauffer

Spéculums

A usage unique

Moins froids

Maîtriser la pose

Manche du spéculum vers l'avant

Etriers

Froids, inconfortables, à retirer, même en décubitus dorsal

Mais pas pratique

Proposer un miroir

Proposer de la musique

## Annexe 7 : Codes patientes

### **Premières réactions au décubitus latéral**

Indifférence

Surprise : étonnant / inhabituel / bizarre

Appréhension

Perturbant

Peur de la douleur

Septique sur faisabilité et bonne visibilité

Génant (on montre ses fesses)

Bon a priori

Position appréciée pendant l'accouchement

Position connue sur internet, intéressante

Attrait de la nouveauté

Recherche d'une alternative à la position classique

Importance des explications

### **Représentations du décubitus latéral**

Position naturelle

Position de détente / de sommeil

Position fœtale

Sentiment de protection

Moins d'exposition, intimité cachée

Position de soumission

Position sexuelle

### **Rapports à l'examen gynécologique**

Représentations de l'examen

Habitude / Examen banal / Examen-protocole

Examen rapide

Obligation / Fatalité / Subir l'examen

Préférence pour un praticien femme

Gêne / pudeur avec un homme

Représentation du décubitus dorsal

Indifférence / pas gênante

Désagréable / Gênante par les jambes écartées / Dououreuse / Stressante / Violente / Sentiment d'agression / Intimité exposée / Sensation d'infériorité, de vulnérabilité

Amène à se contracter

Attentes des patientes

Respect de la patiente par le praticien

Dialogue, informations

Relation humaine

Recherche l'efficacité de l'examen

## Avantages du décubitus latéral pour les patientes

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Aucun                                                            |  |
| Position plus confortable                                        |  |
| Permet d'être plus détendue                                      |  |
| Permet d'être plus à l'aise                                      |  |
| N'est pas bloqué par les étrières                                |  |
| Plus de pudeur                                                   |  |
| Plus de sérénité avec les jambes serrées                         |  |
| Respect de l'intimité                                            |  |
| Moins exposant                                                   |  |
| Sentiment de protection                                          |  |
| Moins intimidant                                                 |  |
| Moins de douleur                                                 |  |
| Moins de sensation lors du passage des instruments (Indifférent) |  |
| Examen plus rapide                                               |  |
| Installation plus facile                                         |  |
| Par rapport aux étrières                                         |  |
| Position naturelle                                               |  |
| Moins de contact visuel                                          |  |
| Met de la distance avec l'examen                                 |  |
| Moins stressant                                                  |  |
| Moins de sentiment de nudité                                     |  |
| Le contact visuel est plutôt gênant                              |  |
| Indifférence                                                     |  |
| Comblé par plus de communication                                 |  |
| Peut se tourner pour voir l'examineur                            |  |

## Inconvénients du décubitus latéral pour les patientes

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Aucun                               |  |
| Pudeur moins respectée              |  |
| On montre ses fesses                |  |
| Le praticien voit les deux orifices |  |
| Posture sexuelle                    |  |
| Changement d'habitudes              |  |
| Absence de visuel                   |  |
| Préfère avoir le choix              |  |
| Rassurant de pouvoir voir           |  |

## Pistes d'amélioration de la position

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Améliorer le confort                                        |  |
| Table large                                                 |  |
| Coussins                                                    |  |
| Sous la tête                                                |  |
| Sous la jambe du dessus                                     |  |
| Donner des explications pour éviter la peur de la nouveauté |  |

## Freins des patientes au décubitus latéral

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Changement d'habitudes                          |  |
| Décubitus dorsal ancré dans l'imaginaire        |  |
| Doute sur la faisabilité et la bonne visibilité |  |
| Gêne sur l'exposition des fesses                |  |
| Posture sexuelle                                |  |
| Appréhension de la douleur                      |  |
| Patientes indifférentes au décubitus dorsal     |  |

### Limites du décubitus latéral

Surtout pour les gestes plus longs comme pose de DIU  
Plus bénéfique pour les plus jeunes  
Sous réserve que l'examen soit faisable par le praticien  
Pas pour l'inspection vulvaire

### Regard

Moins de contact visuel

Positif

Met de la distance avec l'examen

Moins stressant

Moins de sentiment de nudité

Le contact visuel est plutôt gênant

Indifférence

Comblé par plus de communication

Négatif

Préfère avoir le choix

Rassurant de pouvoir voir

Peut se tourner pour voir l'examineur

### Pistes pour améliorer l'adhésion au suivi gynécologique

Organisation des soins

Informations, éducation

Place primordiale du médecin traitant

Rôle d'organisation des soins

Suivi de base, gynécologues pour recours secondaire

Campagnes d'information

Ecole, médias

Rendre obligatoire le suivi

Relationnel

Relation de confiance

Attitude respectueuse du praticien

Dialogue

Expliquer l'examen, les justifications

Homogénéiser les pratiques

Pas d'examens inutiles

Pas d'examens trop fréquents

Mise à jour des connaissances / respect des recommandations (pose de DIU chez les nullipares)

Décubitus latéral

Moins de freins à l'examen gynécologique

Position à diffuser

Diffuser à l'école, pour les adolescentes

### **Pistes pour améliorer le ressenti de l'examen gynécologique**

Rien, fatalité

Relation soignant-soignée

Relation de confiance

Prendre en considération la patiente

Dialogue

Explications

Poser des questions sur des antécédents d'agressions / traumatismes

Lui laisser faire des choix

Importance de l'implication du praticien

Respect de la pudeur

Se détourner au déshabillage

Couvrir

Respecte l'intégrité de la patiente

Montre une attention particulière

Plus confortable

Praticien à l'aise

Effet miroir, répercussions sur le ressenti de la patiente

## **Annexe 8 : Verbatims**

# Résumé

---

**Contexte :** En France, les femmes sont insuffisamment suivies sur le plan gynécologique. La couverture du frottis cervico-utérin est de 58%, la Haute Autorité de Santé visant 80% de la population cible. Une des raisons est une réticence à l'examen en position gynécologique classique. Le décubitus latéral est une alternative à cette position.

L'objectif était d'explorer le ressenti des patientes et des praticiens vis-à-vis de cette position, notamment concernant l'impact sur l'examen.

**Matériel et méthode :** Etude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 9 médecins généralistes, 2 sages-femmes et 1 gynécologue-obstétricien ayant déjà effectué des examens en décubitus latéral. Treize patientes ont été recrutées par ces praticiens. Une variabilité maximale de l'échantillon et la saturation des données ont été recherchées.

**Résultats :** Les praticiens proposent le décubitus latéral pour le confort de leurs patientes ; c'est aussi pour eux une alternative pour les examens difficiles. Leur posture est moins confortable, mais ils s'approprient rapidement cette position, qui semble faciliter l'insertion du spéculum et l'exposition du col.

Pour les patientes, cette position permet plus de confort et de pudeur. Certaines sont gênées par une plus grande exposition des fesses, ou par un contact visuel avec l'examineur plus difficile. Pour d'autres cela est un avantage, permettant une mise à distance de l'examen. Pouvoir choisir la position permet de modifier leur rapport à l'examen ; elles se sentent plus considérées et deviennent plus actrices de leur suivi. Le décubitus latéral a permis à certaines femmes de reprendre leur suivi gynécologique.

L'adhésion au suivi gynécologique et le ressenti de l'examen sont corrélés à l'attitude globale du praticien.

**Conclusion :** L'examen en décubitus latéral semble être une bonne alternative pour les praticiens comme pour les patientes. Il s'agit de leur proposer, en les informant des avantages et inconvénients.

## Mots clés

Examen gynécologique - Décubitus latéral - Enquête qualitative - Ressenti des patientes - Ressenti des professionnels de santé