



HAL
open science

Examen pelvien des patientes asymptomatiques et non gravides : attitudes et représentations des médecins généralistes et des sages femmes

Emmanuelle Giampiccolo

► **To cite this version:**

Emmanuelle Giampiccolo. Examen pelvien des patientes asymptomatiques et non gravides : attitudes et représentations des médecins généralistes et des sages femmes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02557089

HAL Id: dumas-02557089

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02557089>

Submitted on 10 May 2021

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Emmanuelle GIAMPICCOLO

née le 28 novembre 1989 à Besançon

**Examen pelvien des
patientes asymptomatiques
et non gravides : attitudes et
représentations des
médecins généralistes et des
sages femmes.**

Thèse soutenue à Rennes

Le 23 mai 2019

Devant le jury composé de :

Vincent LAVOUE

Professeur universitaire - CHU Rennes / Président

Jean LEVEQUE

Professeur universitaire - CHU Rennes / Assesseur

Jocelyne GUERMEUR

Sage femme - CHU Rennes / Assesseur

Sidonie CHHOR

Maître de conférence Associée

– médecine générale / directeur de thèse

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Discipline de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités Emérite	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie

DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités Emérite	
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
Professeur des Universités en surnombre+Consultant	
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Professeur des Universités Emérite	

LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Professeur des Universités Emérite	
MENER Eric	Médecine générale
Professeur associé	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
Professeur des Universités Emérite	
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
Professeur associé	
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Médecine générale
(Professeur associé)	
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
	Médecine et santé au travail
PARIS Christophe	Rhumatologie
PERDRIGER Aleth	Pédiatrie
PLADYS Patrick	Histologie; embryologie et cytogénétique
RAVEL Célia	Maladies infectieuses; maladies tropicales
REVEST Matthieu	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RICHARD de LATOUR Bertrand	Neurochirurgie
RIFFAUD Laurent	Anatomie et cytologie pathologiques
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Parasitologie et mycologie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROPARS Mickaël	Biophysique et médecine nucléaire
SAINT-JALMES Hervé	Physiologie
SAULEAU Paul	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEGUIN Philippe	Immunologie
SEMANA Gilbert	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SIPROUDHIS Laurent	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOMME Dominique	
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie

SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIE Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Discipline de CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
BROCHARD Charlène	Physiologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINIE Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL Vanessa (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie

MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MICHEL Laure	Neurologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick	Médecine générale
(Maitre de conférence associé des universités de MG)	
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie
(Lorne)	clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vincent LAVOUE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean LEVEQUE,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail et vous présente mes sincères remerciements.

A Madame Jocelyne GUERMEUR,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail en acceptant de constituer ce jury. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Sidonie CHHOR,

Vous avez accepté de m'accompagner et de me guider tout au long de mon travail. Pour votre disponibilité, vos conseils bienveillants et vos relectures, je vous présente mes remerciements les plus sincères et toute ma gratitude.

A tous les participants aux entretiens, pour le temps que vous avez dégagé pour mon travail, pour l'intérêt que vous avez apporté à mon sujet.

A mes maîtres de stage de niveau 1, Dr Briend et Dr Merot, pour m'avoir donné le goût de la médecine générale.

A mes maîtres de stage de SASPAS, pour votre accompagnement et vos débriefings de qualité. A ma première année de remplacement à Antrain, pour toute la richesse de ce cabinet.

A Laurence, pour avoir suscité cette réflexion et encourager mon travail !

A toutes les copines « mamans », qui ont terminé leur thèse ou qui travaillent leur thèse, vous êtes des mamans merveilleuses !

A toutes les personnes rencontrées qui font le médecin que je suis et que je serai demain.

A ma famille

A mes parents, pour toutes les graines que vous avez semées et qui font la femme que je suis devenue. Et plus particulièrement à ma maman, pour ses multiples relectures.

A mes frères et les valeurs ajoutées, pour tous nos moments partagés. J'ai la chance d'être bien entourée par vous !

A mes grands parents, pour toutes vos attentions qui m'ont fait grandir. Particulièrement à Mamie Rose et Papi René, vous êtes formidables, je garde des souvenirs merveilleux avec vous de toutes nos aventures !

A Isabelle et Pierre, pour votre attention à mon parcours et votre aide logistique, plus particulièrement vos attentions avec Mahé. A Martin, à Timothée.

A mes amis, pour tout ce que nous avons vécu.

Notamment, à Anne-Laure, pour ton énergie, pour toutes les aventures passées et à venir. Et à Marie, pour ton soutien, et tous ces moments inoubliables. Vous êtes des femmes exceptionnelles.

A Paul, pour ton écoute et ta patience, pour ta joie et ton énergie dans notre aventure, pour ce quotidien partagé qui me rend heureuse.

A Mahé et à Ismaël, pour la chance que j'ai d'être votre maman, je grandis chaque jour à vos côtés.

TABLES DES MATIERES

Liste des documents annexés.....	10
I. INTRODUCTION	11
II. MÉTHODE	13
III. RÉSULTATS	14
III A. Description de l'échantillon	14
III B. Données générales de l'analyse.....	17
III C. Les attitudes et les représentations de l'EPPA	18
III D. La formation pratique de l'examen pelvien	30
III E. La relation du professionnel de santé avec la patiente	35
III. F Les relations entre professionnels de santé par rapport à l'examen pelvien.....	46
IV. DISCUSSION	50
IV A. Commentaires sur la méthodologie.....	50
IV B. Commentaires sur les résultats.....	51
1. Les attitudes et les représentations.....	50
2. La relation avec la patiente	55
3. les pistes d'amélioration	58
V. CONCLUSION	61
VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
VII. ANNEXES	63
VIII. Liste des abréviations.....	70

Liste des documents annexés :

- *Annexe 1 : Guide d'entretien*

- *Annexe 2 : Tableau comparatif des 2 recommandations américaines principales ACP et ACOG*

I. INTRODUCTION

L'examen gynécologique (1) comprend l'examen sénologique, abdominal, périnéal ainsi que l'examen pelvien qui regroupe l'examen visuel, l'examen au spéculum et le toucher vaginal. L'examen pelvien est réalisé dans l'objectif de dépister des cancers gynécologiques (au niveau vulvaire, vaginal, utérin, ovarien), des infections sexuellement transmissibles, des pathologies gynécologiques fonctionnelles (prolapsus, incontinence urinaire). Il peut également être réalisé dans le cadre d'une prescription de contraception. Il se distingue du frottis cervico-vaginal (FCV), lequel permet le dépistage de lésions précancéreuses ou cancéreuses du col de l'utérus (2).

La formation des professionnels à la réalisation du suivi gynécologique, est très variable selon le parcours de chacun. La formation actuelle des médecins généralistes est validée par le diplôme d'études spécialisées (DES), comportant l'acquisition de compétences cliniques pour les prises en charge gynécologiques et obstétricales des patientes (3). Depuis 2004, l'internat de médecine générale prévoit pendant un semestre : un stage partagé de gynécologie et de pédiatrie d'une durée de 6 mois, voire dans certaines régions, le choix entre un stage de gynécologie ou un stage de pédiatrie pendant ce semestre. Dans ce deuxième cas, c'est lors du stage en ambulatoire auprès du médecin généraliste, que l'interne complète sa formation dans le domaine manquant. Les activités de consultations de gynécologie pendant le stage sont jugées les plus formatrices pour de futurs médecins généralistes (4). Depuis 2017 (5), la formation au DES de médecine générale s'est modifiée, ce qui ne concerne pas les professionnels de notre étude mais qui est important à prendre en compte. Désormais, un stage de 6 mois en gynécologie ambulatoire ou hospitalière est obligatoire, ainsi qu'un stage de 6 mois en pédiatrie, et non plus un couplage des deux spécialités.

Le rôle des sages femmes dans le suivi gynécologique reste peu connu du public. Pourtant depuis la loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoires) de 2009, l'article L.4151-1 du code de santé publique précise que : « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...] sous réserve que la sage femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. » (6). Cette loi a été mise en place pour faciliter l'accès aux soins et à la contraception pour les patientes. Les étudiants sages-femmes bénéficient d'un enseignement théorique de 170 heures en moyenne en gynécologie et au moins du même nombre d'heures en stages cliniques, réalisés pour un certain nombre auprès d'un gynécologue (7).

En France, hors grossesse, le suivi gynécologique conseillé par la Haute Autorité en Santé (8) (HAS) recommande de participer aux campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Cependant, il n'existe pas de recommandations à propos de l'examen pelvien chez les patientes asymptomatiques. Dans la littérature, nous retrouvons que la société américaine « American College of Physicians » (ACP) (9) ainsi que celles d'autres pays comme le Canada (10) ne recommandent plus depuis 2014 la réalisation d'examen pelvien chez la femme asymptomatique, devant l'absence de données montrant un bénéfice à sa réalisation.

Le suivi gynécologique, en particulier de patientes asymptomatiques, consiste en l'éducation, la prévention, la contraception et le dépistage de pathologies gynécologiques (11). Il peut être réalisé par les gynécologues, les médecins généralistes (MG) et les sages femmes (SF). Depuis quelques années, nous assistons à une décroissance importante du nombre de gynécologues médicaux, à la suite d'une fermeture du nombre de poste d'internes en gynécologie médicale. Selon l'assurance maladie, l'offre de soins par un gynécologue médical est estimée avoir baissé de 41,6% entre 2007 et 2017 (12), alors que la demande de soins en matière de suivi ne fait qu'augmenter. De ce fait, ces actes sont de plus en plus réalisés par les médecins généralistes et les sages femmes.

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature d'étude sur la pratique en France des médecins généralistes et des sages femmes, à propos de l'examen pelvien chez les patientes asymptomatiques. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'examen pelvien réalisé chez des patientes asymptomatiques et non gravides.

II. MÉTHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès de médecins et de sages femmes, ayant une activité libérale en Ile-et-Vilaine. L'objectif principal était d'explorer les représentations et les attitudes des médecins généralistes et des sages-femmes, à propos de la réalisation de l'examen pelvien chez des patientes asymptomatiques.

Les praticiens participants ont été recrutés directement par la chercheuse, par mail ou téléphone. Les premiers ont été sélectionnés par connaissance, puis les suivants par « effet boule de neige ». Dès la prise de contact, le sujet de l'étude était expliqué. Les entretiens se déroulaient en face à face.

Une variation maximale dans l'échantillonnage a été recherché : sexe et âge du praticien, statut (installé ou remplaçant), type d'activité (rurale/urbaine/planning familial), vécu de parentalité, formation suivie...

Tous les entretiens ont été conduits par la chercheuse à l'aide d'un guide d'entretien (*Annexe 1*), qui a été élaboré au préalable puis a été modifié suite aux deux premiers entretiens tests, dont un a été inclu.

Les entretiens ont été réalisés dans un lieu choisi par le participant, en dehors des horaires de consultations. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire jusqu'à deux entretiens rapportant des données similaires).

Les entretiens ont été enregistrés par support audio après consentement du participant.

Les entretiens ont été réécoutés, retranscrits en totalité et anonymisés. L'analyse a été inductive selon la méthode de la théorisation ancrée. Les données ont été triangulées.

III. RÉSULTATS

III A. Description de l'échantillon

Sur la période de novembre 2017 à avril 2018, 18 professionnels de santé, médecins généralistes et sages femme ont été sollicités pour participer à l'étude. Sur les 18 entretiens, 3 n'ont pas été conservés pour l'analyse des résultats, car ils n'étaient pas suffisamment informatifs. Ils concernaient 2 étudiantes sages-femmes, ainsi qu'un médecin remplaçant. Ces entretiens non sélectionnés ont permis d'améliorer les questions du guide d'entretien et de rendre l'entretien plus fluide par la chercheuse.

Les principales caractéristiques de l'échantillon sont répertoriées dans le *tableau 1*.

Les entretiens ont été classés par ordre croissant d'inclusion allant de E2 à E18.

La durée moyenne était de 36 minutes, avec des valeurs extrêmes allant de 25 à 150 minutes.

Nous avons pu inclure 5 sages femmes et 10 médecins (4 hommes et 6 femmes) dont 7 médecins installés, 2 médecins remplaçants et 1 médecin retraité depuis 2 ans. L'âge des différents participants s'étendaient de 28 à 65 ans.

Le lieu d'activité professionnelle des participants variait entre rural, semi rural et urbain. Nous avons donc recruté 6 professionnels de santé en activité rurale (dont 5 médecins et 1 sage femme), 3 professionnels de santé en activité semi rurale (dont 2 médecins et 1 sage femme) et 4 professionnels de santé en activité urbaine (dont 3 sages femmes et 1 médecin). Le lieu d'activité des 2 médecins généralistes remplaçants n'est pas catégorisable, car ils effectuaient leurs remplacements dans différents cabinets. La particularité du médecin en zone urbaine est surtout sa patientèle multiculturelle.

Certains professionnels de santé avaient une activité particulière, en plus de leur exercice libéral habituel : un médecin travaillait au centre d'orthogénie (une demi journée par semaine), et un autre travaillait au planning familial (une journée par semaine).

Les entretiens ont été réalisés au cabinet du professionnel de santé pour 7 entretiens sur 15, au domicile du professionnel de santé pour 7 entretiens sur 15, et en extérieur, dans un jardin public, pour 1 entretien sur 15.

Parmi les médecins inclus, tous participaient régulièrement à des groupes qualités. Et parmi les 7 médecins installés, 3 accueillait ou avaient déjà accueilli des internes dans le cadre de leur stage en médecine générale en autonomie (SASPAS = stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée).

Parmi l'ensemble des participants, 11 médecins et sages femmes confondus ont acquis une formation complémentaire à la suite de leurs études dans le domaine de la gynécologie : diplôme inter universitaire (DIU), formations continues diverses...

Entretien (E) par ordre d'inclusion	E2	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	
médecin remplaçant (MR)/médecin installé (MI) / sage femme (SF)	MI	MR	MI	MI	SF	MR	MI	SF	MI	SF	SF	retraité	MI	SF	MI	
homme (H) /femme (F)	F	H	F	H	F	F	F	F	H	F	F	H	F	F	F	
âge (ans)	35	30	36	50	35	35	28	60	30	60	35	35	65	40	45	60
lieu d'exercice professionnel	rural	multiples	rural	semi rura	urbain	multiples	rural	semi rura	semi rura	urbain	urbain	rural	urbain	rural	rural	
particularités d'activité			centre orthogénie			planning familial							zone multiculturelle			
accueil internes en formation SASPAS	non	-	non	oui	-	-	oui	-	non	-	-	non	non	-	oui	
participation à un groupe qualité	oui	non	oui	oui	-	non	oui	-	oui	-	-	oui	oui	-	oui	
DIU ou formation autre (F)	DIU	non	DIU	F	non	DIU	DIU	DIU	non	DIU	DIU	DIU	F	DIU	non	
lieu de l'entretien : cabinet (c) / domicile (d) / extérieur (e)	c	e	d	c	d	d	d	c	c	c	c	d	d	c	d	
durée de l'entretien (en minutes)	25	30	45	40	40	40	45	40	30	35	30	40	150	35	45	45

Tableau 1 : Description de l'échantillon

III B. Données générales de l'analyse

L'analyse des verbatim a permis de révéler 4 grands thèmes :

1. Les attitudes et les représentations de l'examen pelvien des professionnels de santé
2. La formation des professionnels de santé
3. La relation médecin ou sage-femme avec la patiente
4. La relation entre professionnels de santé

III C. Les attitudes et les représentations de l'EPPA

1. Les attitudes des professionnels à propos de la réalisation de l'examen pelvien

Les professionnels réalisaient l'examen pelvien de manière systématique ou irrégulière. Les professionnels avaient conscience qu'il n'existe pas de recommandations à propos de l'examen pelvien dans le cas d'une patiente asymptomatique. Aucun n'a pu affirmer de manière formelle de quelle manière réaliser l'examen pelvien pour une patiente asymptomatique.

E15 : bon d'abord à ma connaissance, y'a pas de recommandations sur la périodicité, donc quand on sait pas, on fait comme il est souvent dit, comme on le sent.

Certains professionnels réalisaient l'examen pelvien dans leur pratique de manière régulière, une fois par an.

E16 : Si elles se plaignent pas, elles ont une consultation gynéco annuelle ! [...] et comme ça j'arrête de me poser des questions, savoir quand est ce que je l'ai fait

Les professionnels de santé réalisaient également l'examen pelvien si c'était la première fois que la patiente les consultait, pour faire un bilan initial.

E11 : après si je la connais pas, je vais faire un point quand même !

Cependant, d'autres professionnels pensaient ne pas être systématiques dans la réalisation de l'examen pelvien, entre deux frottis cervico-vaginal (FCV). Notamment, lors du renouvellement de contraception orale.

E10 : Si j'ai pas de signes d'appels... [...] tu fais pas... enfin je fais pas ça comme ça !

Une sage femme s'interrogeait sur le fait que les patientes asymptomatiques ne consultaient pas forcément régulièrement ou annuellement.

E8 : après du coup pour celles qui viennent en examen, qui a pas de plaintes, en examen systématique annuel, la plupart elles attendent enfin... elles font pas leur examen systématique annuel. [...] moi je trouve qu'elles trainent un peu [...] la plupart, elles viennent oh ben quand elles ont un peu le temps, « oh ben tiens, ça fait quand même 2-3 ans que j'ai pas été, ah ouais quand même, mon frottis ça serait bien »

❖ Le toucher vaginal, un acte parfois « à part »

Le toucher vaginal a souvent été placé par les professionnels de santé à part dans l'examen pelvien de patientes asymptomatiques. Certains praticiens réalisaient l'examen pelvien de manière incomplète : ils réalisaient l'examen vulvaire et l'examen au spéculum, mais ne réalisaient pas le toucher vaginal lors de l'examen.

Par exemple, ils ne réalisaient pas le toucher vaginal chez certaines patientes asymptomatiques, avec une forte conviction quant à l'âge de la patiente.

E7 : c'est que... moi je fais un toucher vaginal quand... ça paraît justifié... d'un point de vue préventif et que voilà...je pense qu'à 30 ans, on va pas faire un cancer de l'ovaire.. donc c'est... ou à 25 ans, on verra pas de cancer de l'ovaire...

Il était souvent réalisé, pour des patientes asymptomatiques, à l'occasion du frottis cervico vaginal.

E6 : ah oui !! ouais ouais, par contre systématiquement ! je fais après le frottis !

❖ Un suivi individualisé

Le suivi était néanmoins individualisé, et le contexte de réalisation de l'examen pelvien pouvait varier selon :

- L'âge de la patiente
- L'attente de la patiente
- Le lieu d'exercice (dans ce cas là, le professionnel travaillait au planning familial, et le suivi n'était pas effectué par le même professionnel, donc celui-ci réalisait l'examen systématiquement) :
- Les facteurs de prédisposition
- Le risque d'échappement des patientes (dans ce cas, l'examen pelvien a été réalisé dans le cadre du dépistage par frottis)

E7 : Les femmes elles se souviennent bien d'une année sur deux. Mais une année sur deux c'est un peu fluctuant. Donc voilà... à partir de 2 ans quand elles viennent, je le fais. Donc si c'est 2 ans et 3 mois, 2 ans et 6 mois, c'est bien. Mais si c'est 2 ans, on voit. Je les fais un peu plus que la norme.

2. Les représentations des professionnels à propos de l'EPPA

Au cours des entretiens, les médecins généralistes et les sages femmes ont justifié leur pratique en fonction de leurs représentations.

❖ **L'importance de l'interrogatoire**

Afin de déterminer le caractère asymptomatique de la patiente, globalement, la décision de réaliser ou pas l'examen pelvien dépendait de la qualité de l'interrogatoire réalisé auparavant, notamment via des questions ouvertes. Selon les professionnels, les patientes ne faisaient pas toujours le lien entre leurs symptômes et la gynécologie.

E18 : Pourquoi aller examiner quelqu'un qui a pas de symptômes ? [...] par contre, je crois qu'il faut bien interroger, c'est important, l'interrogatoire est important, parce qu'une femme va peut être pas forcément alléguer des signes.

De plus, à propos du toucher vaginal, certains professionnels pensaient que la réalisation du toucher vaginal à la recherche d'une douleur n'apportait pas d'informations supplémentaires à l'interrogatoire.

E2 : et en me disant qu'est ce que les autres recherchent ? parce que je ne sais pas, à part rechercher une douleur, euh... une douleur, mais à l'interrogatoire, quand elles ont pas de douleurs sur les rapports sexuels, y'a pas de raison que sur mon examen gyneco, elle ait une douleur donc je vois pas ce que l'examen clinique apporte de plus que un interrogatoire bien conduit, pour le toucher vaginal en tout cas.

Cependant, un interrogatoire de qualité demandait du temps d'écoute. Un temps qui semblait plus important que celui d'examiner.

E14 : ben on fait les choses le plus rapide possible donc c'est vrai que c'est plus facile d'examiner et de dire tout va bien, au revoir madame ! plutôt que d'écouter,

❖ Dépistage

La réalisation de l'examen permettait de s'assurer que la patiente dite asymptomatique avait effectivement un examen normal, c'est-à-dire sans pathologie.

E12 : pour vérifier l'intégrité, tout ça

Il permettait également de contrôler la présence d'un dispositif intra utérin, par la visualisation des fils.

Selon certains praticiens, l'examen pelvien pourrait être un outil pour dépister certaines pathologies, dans un contexte asymptomatique. En effet, ces professionnels de santé pouvaient être motivés par la notion de risque en fonction de l'âge, l'inspection difficile de cette zone du corps par la patiente, le lien entre un symptôme et la consultation gynécologique difficile à faire pour une patiente. Les professionnels de santé ont précisé que la réalisation du toucher vaginal leur permettait d'obtenir des informations anatomiques (col, annexes, volume utérin, muscles du périnée) ou pathologiques (infections génitales hautes, endométriose). En somme, l'examen pelvien permettait de dépister :

- Des pathologies au niveau vulvaire (un condylome, un naevus, des fissurations, une sécheresse)
- Une hémorroïde
- Une incontinence urinaire
- Un prolapsus
- Une pathologie du col utérin
- Une masse ovarienne ou utérine

Parfois, ils réalisaient l'examen pelvien aussi par peur de passer à côté d'une de ces pathologies.

E13 : c'est compliqué ! et puis j'espère que ça me retombera pas dessus ! des fois je me dis que ça pourrait me retomber dessus ! et je pense que y'en a qui... qui le font pour ça !... pour pas qu'on puisse leur reprocher de pas avoir fait !

Et le fait de réaliser l'examen régulièrement permettait au professionnel d'être rassuré.

E15 : D'aller me rassurer en acquérant la certitude que tout était normal

❖ Pertinence et prévalence de cet examen pelvien

Pertinence

Les professionnels ont parfois critiqué cet outil de dépistage.

Certains praticiens pensaient que réaliser un examen pelvien tous les 3 ans, chez une patiente asymptomatique, à l'occasion de son frottis cervico-vaginal (FCV) était suffisant.

E6 : pour ce qui est au niveau du col, les lésions condylomateuses, on a quand même le frottis tous les 3 ans, ça a été étudié validé que tous les 3 ans à priori, ça permettait de pas passer à côté.

Une part des praticiens pensaient que cet examen pelvien était peu informatif et ne permettait pas de dépister beaucoup de pathologies lors des examens réalisés entre deux FCV.

E10 : et puis de toute façon moi, j'ai jamais rien trouvé quand j'ai fait ça avec un frottis !

D'autres praticiens pensaient qu'un examen pelvien régulier était nécessaire, en l'absence de symptômes, tel que pour le dépistage de kystes ovariens, de condylomes ou de modification de la taille de l'utérus. Ils pensaient le réaliser plus fréquemment que lors du FCV, réalisé lui tous les 2 à 3 ans.

E15 : encore une fois les condylomes... j'en ai vu beaucoup ! on ne peut les voir que si on les cherche ! y'en a énormément, c'est quand même très emmerdant à soigner !

Cet examen présentait des limites.

Selon les professionnels, l'examen pelvien ne permettait pas de dépister toutes les pathologies et donc pouvait être faussement rassurant. Il était parfois jugé « peu fiable », notamment pour le dépistage des cancers ou des fibromes.

E9 : avec l'examen, oui tout est rassurant, mais ça n'élimine pas tout et que oui si elles ont des symptômes ou la moindre chose, c'est pas parce qu'elles nous ont vu à 3 mois que...

Les praticiens avaient conscience des limites du toucher vaginal liées :

- à leur propre anatomie comme le fait d'avoir les doigts courts (3 professionnels l'ont souligné car ils étaient concernés),
- à l'anatomie de leur patiente, notamment le problème de l'obésité au niveau de la paroi abdominale.
- à leurs compétences techniques :

E5 : après je pense que je suis pas très performant sur le toucher vaginal.. [...] enfin au toucher vaginal pas de masse... alors faudrait vraiment qu'il y ai une grosse masse pour que... pour que je perçoive quelque chose quoi mais...

E15 : et encore je suis pas sur qu'à la fin de ma vie je le faisais très bien !

- à la spécificité du toucher vaginal, notamment par rapport au dépistage du cancer des ovaires :

E7 : le toucher vaginal sur un cancer des ovaires qui débute... vous verrez rien du tout ! non... A mon sens. Je me trompe peut être... Mais j'en ai jamais trouvé donc...

Prévalence

Certains professionnels étaient satisfaits de ce que l'examen pelvien leur apportait dans ce contexte. Ils pensaient que leur action de dépistage était pertinente dans ce contexte.

E16 : ah oui je te dis, ben depuis 4-5 ans je découvre des trucs, je me dis waouh !! pourquoi j'ai pas fait ça plus tôt ! et là je me dis waouh.... Là y'a du boulot !!!

Pour autant, l'examen pelvien était la plupart du temps normal. Plusieurs professionnels remarquaient qu'ils ne dépistaient pas souvent des pathologies dans le contexte de patientes asymptomatiques. Certains se posaient la question du nombre de touchers réalisés et donc de patientes ayant eu un examen, avant de dépister une pathologie.

E7 : Moi je le vois bien, en regardant tous les 2 ans, pff... [...] bah non ! je, je loupe rien ! mais toujours en discutant, avec « si il y a des choses, si vous noter un truc, vous revenez quoi ! »

Mais, certains précisait que si l'examen était souvent peu contributif, lorsqu'il l'était, c'était pour des pathologies importantes, sous entendu en terme de morbi-mortalité.

E15 : S'il est souvent peu contributif, s'il est 3 fois dans notre vie... c'est 3 vies de sauvées. [...] je crois que c'est peu contributif, mais quand c'est contributif c'est des gros trucs !

❖ Risque de diagnostic tardif et de surdiagnostic

Dans un contexte asymptomatique, les professionnels mettaient en avant le risque de diagnostic tardif en ne pratiquant pas d'examen pelvien régulièrement :

E8 : est ce que du coup, ça serait, un peu attendre qu'il y ai des symptômes, une plainte particulière, pour se dire maintenant il faut aller regarder; ou est ce qu'il faut...comment dire, faire du dépistage en amont avant qu'il y a ai une plainte et dépister quelque chose plus précoce et pour lequel y'a pas encore de plaintes... (grande inspiration) ça c'est toute la question !

Mais, cependant, pour certains professionnels, la réalisation de l'examen pelvien était à risque de surdiagnostic chez des patientes asymptomatiques

E18 : je te dis on en parlait tout à l'heure, de la pathologisation ! je crois que... faut vraiment faire attention à l'heure actuelle à ce qu'on peut pathologiser... ouais, je crois... dès qu'il y a une petite anomalie... et rentrer dans un examen... tu vois...

❖ Entraînement et répétition

Pour quelques praticiens, la réalisation de toucher pelvien chez une patiente asymptomatique, systématiquement au moment du frottis pouvait être un moyen de formation à la réalisation des touchers.

E10 : Mais c'est juste peut être pour... le côté apprentissage. Malgré tout, derrière [...] parce que du coup je me sers un peu de la dame comme outil d'apprentissage mais je me dis que je peux améliorer ma sensibilité que si j'apprends

La répétition de cet acte chez des patientes asymptomatiques permettait d'améliorer leur performance, et ainsi d'affiner leur expertise.

E15 : si on le fait de moins en moins souvent, on ne saura plus le faire !

C'était le cas également pour le toucher vaginal. Les professionnels de santé ont précisé également que la pratique régulière de ce geste permettait une expérimentation afin d'affiner le toucher.

E18 : ... enfin moi je me rappelle [...] d'un médecin de campagne, qui faisait des accouchements, tu vois, lui il disait qu'il était capable de dire à une femme enceinte de 5 semaines, qu'elle était enceinte ! tu vois ? [...] chose qu'on n'est plus capable de faire nous... je crois pas ! enfin, je sais pas.[...] ils avaient rien donc ils avaient que leurs mains. Et je crois réellement qu'ils avaient une finesse de sémiologie nettement plus importante que nous !

nous on a l'échographie maintenant ! donc c'est vrai que voilà !

E15 : et pour faire bien un toucher vaginal faut le faire souvent et beaucoup à des femmes normales !!

Pour certains praticiens, il était pertinent de réaliser un examen pelvien rigoureux (et anoté) de manière régulière, au cours d'un suivi d'une patiente asymptomatique. Cela permettait de déceler une possible évolution et donc avait un intérêt diagnostique.

E16 : une consultation gynéco y'a un examen de la vulve et y'a un examen pelvien. Systématique. [...] c'est pour mon cerveau ! Moi je trouve d'avoir un automatisme, ça permet d'avoir...un suivi objectif ! voilà. si tu fais un toucher vaginal, et pis que la fois d'après, tu le fais mais tu fais pas l'examen au speculum... voir l'évolution, la transformation, la complication d'un truc... voilà. si tu vois arriver une lésion... [...] voilà. tu dis : « ah merde, j'avais pas fait de spéculum, ça se trouve elle y était et je la sentais pas ! » voilà. donc c'est simplement... d'avoir des critères objectifs fixes qui me permettent de dire, ben y'a un an elle y était ou elle y était pas ! sûr de moi en fait.

Alors que d'autres ne le réalisaient pas, car ne se trouvaient pas performant dans ce contexte asymptomatique.

E18 : non parce que je me dis qu'à partir du moment où il y a pas de symptômes, je pense que moi je serai pas capable de dépister une petite anomalie ou ...tu vois ?

❖ **Habitude**

Le toucher vaginal était parfois réalisé de manière automatique par le praticien, dans la continuité de leur examen pelvien, sans conviction forte, par habitude, « au cas où » il y aurait quelque chose.

E2 : et j'fais un toucher vaginal de principe tout le temps mais en me disant que je sais pas ce que je recherche... voilà ! (petite mou) vraiment...

❖ **Légitimité**

Pour certains professionnels, réaliser l'examen pelvien permettait d'être légitime vis-à-vis de la patiente, en réalisant une consultation comme le gynécologue.

E2 : de légitimiser, de dire ben voilà, c'est un temps gynéco où on va avoir un interrogatoire spécifique et du coup on prolonge sur un examen clinique spécifique [...] en fait c'est de faire comme le gynéco au final ! c'est pas finalement comme faire comme notre sens clinique de médecin généraliste ! [...] il y a cette influence ! se caler sur ce que les gynéco ont toujours fait, parce qu'un gynéco qui pose pas de spéculum, y'en a pas.

❖ **Attentes des patientes**

Qu'elles soient réelles ou pas, certains professionnels réalisaient l'examen pelvien pour satisfaire ces attentes.

E8 : juste pour une prescription de contraception, par exemple une pilule etc, ben là je vais directement, poser la question si elle est en attente d'un examen clinique, qui la rassurerait ou pas.

Certains praticiens ont révélé réaliser particulièrement le toucher vaginal, à la demande des patientes, sous entendant que eux, ne le réalisent pas dans un objectif de diagnostic.

E18 : Alors, je te dis, y'a des femmes chez qui je le fais, parce qu'elles attendent que je le fasse !!

Un des professionnels supposait que certaines patientes pourraient être déçues que l'examen pelvien ne soit pas réalisé, malgré le fait qu'il ne soit pas nécessaire dans ce cas. Cela sous entendait que la patiente peut attendre un résultat de cet examen, différent de ce que les professionnels recherchent.

E15 : Vous rencontrerez toujours des dames qui seront déçues que vous ne l'ayez pas fait. [...] alors y'a de l'infra liminaire, y'a du non dit ! elle se pose une question sur son intégrité physique ou fonctionnelle

❖ Non dits et informations secondaires

Parfois l'examen pelvien permettait d'être le tremplin à d'autres situations, parfois difficilement abordables à l'interrogatoire initialement, comme les problèmes touchant à la sexologie ou aux antécédents de violences.

E17 : (suite à la découverte d'une sécheresse pendant l'examen) C'est l'occasion de peut être dire, « ben les rapports, comment ça se passe ? »... « Oui ben ça fait un peu mal ! » « non j'en ai plus parce que c'est trop douloureux ! »

❖ Rôle éducatif et de prévention

Globalement, tous les praticiens partageaient le même point de vue. Ce n'était pas au moment de l'examen pelvien, qu'ils abordaient avec leurs patientes des sujets de prévention touchant la gynécologie. Ils préféraient aborder ces sujets lors de l'interrogatoire, « autour du bureau »,

E16 : tout ce qui est facteurs de risque, c'est pas là que je vais en parler ! on va être assise on va papoter, on va refaire un peu le tour.

Ces praticiens là, partageaient l'idée que la patiente était plus à l'écoute en dehors de l'examen et le professionnel avait accès à des supports pour illustrer ces propos.

E2 : il sert pas à ça alors que assise à une table avec des schémas, avec des questions ouvertes, euh... en précisant, je pense que... je pense qu'on apporte beaucoup plus, et qu'on peut expliquer beaucoup plus de choses... avec l'ordinateur, on va avoir accès à des schémas, pour sortir l'échelle de bristol, sur la constipation, pour parler de la prévention de l'incontinence urinaire d'effort, des protections du périnée... je pense qu'on peut faire plus de choses, sur un échange, oral... étayé par des supports, que... les cuisses écartées.

Rarement, au cours de l'examen, c'était l'occasion de revenir sur des sujets de prévention et le praticien était à l'aise avec cette situation.

E8 : si je vois... du coup un urétrocèle assez important... du coup je... si elle m'a pas, sur mes questions, elle l'a pas abordé, je vais peut être ré-insister en fait !

E17 : y'a des moments quand je fais un toucher, j'observe quand même un peu, comment est le périnée et... comment se situent un peu les organes et pis quelques fois j'en profite pour dire « mmh... je sens qu'au niveau de la vessie c'est un fragile, au niveau du périnée voilà ! est ce que vous n'avez pas de fuites urinaires ? » ...c'est l'occasion aussi d'en discuter parce qu'elle en parle pas, forcément, systématiquement et puis quelque fois ça fait tellement partie de leur vie, que... elle pense même pas à le dire !

Pour certains, l'examen pelvien a été l'occasion de conseiller la patiente.

E8 : moi j'observe des choses, pour lesquels à priori y'a pas de plaintes, mais voilà, après je peux donner des petits conseils en fonction de ce que j'observe aussi. (fissurations des petites lèvres dans cet exemple)

❖ Examen intrusif

Certains professionnels jugeaient cet examen intrusif et donc gênant pour la patiente, différents des examens physiques du reste du corps humain, comme un examen abdominal par exemple. Dans ce contexte asymptomatique, ils ne souhaitaient pas « embêter » la patiente à « subir » l'examen, s'ils n'en voyaient pas l'intérêt. Le fait que la patiente soit asymptomatique ne leur permettait pas de justifier suffisamment la réalisation de l'examen.

E18 : Quand on a un interrogatoire où vraiment, on pense que la femme a été honnête, pourquoi aller examiner ? c'est quelque chose qui est quand même très très invasif ! j'imagine ... moi ça me A chaque fois que j'en fais, je me dis on s'autorise des choses très très... enfin... oui !

Ceci pouvait être pour la patiente un frein à la consultation gynécologique, et le professionnel avait choisi, dans ce contexte, de ne pas en abuser.

E14 : ben dans la mesure où la patiente elle est asymptomatique, je pense qu'il est pas utile et ça fait que des fois les effrayer dans le moment... enfin moi je vois bien souvent que les patientes, elles reculent le moment d'aller chez le gynéco.

Certains professionnels mettaient en parallèle de leur réflexion le toucher rectal pour la prostate ou les hémorroïdes. Cet examen était tout autant intrusif et s'inscrivait dans une même réflexion.

E10 : tu vas pas regarder tous les jours si les gens ils ont des hémorroïdes en leur mettant un doigt dans le derrière ! des fois qu'il ait des hémorroïdes internes... c'est tout ! déjà c'est difficile chez les hommes pour leur demander pour la prostate alors qu'on doit le faire tous les ans !

❖ **Autonomisation des patientes**

Par ailleurs, le fait de réaliser moins d'examen pelvien montrait une confiance entre les praticiens et leurs patientes dans leur capacité à consulter en cas de symptômes. Parfois, ils étaient là pour guider la patiente sur ces sensations, afin d'être à l'écoute de son corps.

E14 : et puis aussi de les faire... de leur faire juste...qu'elle écoute aussi un peu leur corps en fait, qu'elle sache...mieux s'écouter elle-même ouais ! Repérer les signes qui vont bien aller ou pas aller quoi

E7 : Donc moi je me dis qu'il vaut peut être mieux limiter l'examen qui est dégradant ou pris comme tel, pour essayer de les suivre quand même et de les...de les voir, de leur expliquer et puis en plus quand on parle, on arrive quand même à... à obtenir des choses mais pas de n'importe quelle manière... j'essaye vraiment de voilà.

III D. La formation pratique de l'examen pelvien

Au cours des entretiens, une question de recherche secondaire est apparue : quel regard les professionnels de santé ont-ils sur leur formation ?

1. Un apprentissage difficile de l'examen pelvien

Les praticiens mettaient en avant le manque de formation donc de performance de leur examen pelvien. Ceci rendant difficile le dépistage lors d'un examen pelvien chez une patiente asymptomatique car sans point d'appel à l'interrogatoire.

E6 : Enfin faut être clair (rires), si tu, si t'as pas trop de connaissances cliniques vraiment, gynéco, si t'en as pas fait plein sur des utérus augmentés de volume, ou avec des...pff, je suis pas sûr qu'il y ai beaucoup de médecins qui sachent vraiment reconnaître par le toucher vaginal un utérus rétro ou antéversé. [...] c'est vrai !... dans notre formation je sais pas si on est très, si on est très très bien, enfin formés dans ce cadre là, c'est pas facile de passer en pratique, enfin voilà !

La difficulté de transmission de la pratique d'un examen pelvien, provenait en partie du fait de la réalisation in vivo selon les professionnels.

E5 : c'est vrai que quand on est formé, ben c'est sur des patientes, souvent on passe, une deuxième fois derrière, enfin, on a pas envie « de s'éterniser ».

Dans cette relation médecin patiente assez intime, la place de « l'élève » était parfois difficile à trouver.

E9 : elles connaissaient leur patiente depuis longtemps, avec une relation un peu longue et un peu... donc voilà y'a certaines fois, elles acceptaient pas que je sois là ou alors ... ou alors elles avaient du mal à me laisser faire un peu les choses.

Une confiance de la patiente était nécessaire.

E9 : le toucher vaginal, c'est quelque chose de pas très agréable pour la patiente

Ainsi que celle du « formateur »

E9 : pour la pose de stérilets, ça été un peu difficile parce que pareil, c'est pas quelque chose de très évident, il faut pour le médecin qui forme, faut accepter de laisser la main à la jeune... [...] Y'en a une qui a jamais voulu me laisser poser de stérilet parce que je pense que elle-même elle était un peu stressée, même si c'était une gynéco en fin de carrière, c'est marrant....

La formation hospitalière était souvent critiquée par les professionnels. Elle était jugée insuffisante pour l'exercice futur de la médecine générale.

E16 : voilà la gynéco et l'obstétrique à l'hôpital ça a pas grand intérêt honnêtement. [...] pour la médecine générale, c'est pas très utile, non !

E8 : il y a des choses qui m'ont choqué ! pendant ma formation, oui ! ah oui y'a des choses qui m'ont choqué sur des attitudes de médecin ou de sage femme ! de choses qui étaient faites de manière systématique et en fait, c'est tellement systématique qu'on réfléchit pas trop à ce qu'on fait. [...] Alors du coup, peut être que j'arrivais plus à me mettre à distance et me poser la question.

2. Spécificités de l'apprentissage des médecins généralistes

Les médecins généralistes rapportaient une solitude lors de leur formation en gynécologie. L'apprentissage était souvent réalisé par le professionnel de manière isolée, seul, en « auto-formation » plutôt que par transmission formateur-formé.

E5 : on faisait aussi, euh...du post partum. [...] Et là on était euh (surpris lui-même par sa phrase), le premier jour livré... [...] mais je te jure, livré à nous même ! Y'avait personne, y'avait pas les médecins, pas les internes, les sages femmes qui avaient pas le temps vraiment de nous expliquer.

Lors de leur formation, certains n'avaient pas réalisé de stage en gynécologie.

E10 : ah non mais zéro ! attends... c'était y'a 35 ans ! jamais ! [...] ah oui ! jamais eu un cours... non, non ! j'étais en maternité en stage... et c'est tout. Et j'ai plus vu les bébés que autre chose.

E15 : Stage de gynécologie, dans un service de gynécologie, autant que je me souviens, j'en ai pas eu donc j'ai appris sur le tas,

3. Les spécificités de l'apprentissage des sages femmes

Les sages femmes avaient souvent déjà la base de l'examen pelvien pendant leur formation initiale de sage femme.

E13 : après quand même en tant que sage femme on a déjà quelques bases !...

Mais pour elles, l'examen pelvien en gynécologie était différent.

E17 : alors après y'a le toucher vaginal, pour aller chercher un col et mesurer... voilà l'utérus, le bébé etc. et toucher vaginal gynécologique, où on cherche quand même autre chose ! parce que l'intention n'est pas tout à fait la même !

Pour 4 sages femmes sur 5 interrogées, elles ont complété leur formation initiale de sage femme par des formations de gynécologie.

E14 : après j'ai réappris sur l'examen pelvien, quand j'ai commencé mon libéral, en faisant ma formation pour la rééducation périnéale.

4. L'évolution de la pratique de l'examen pelvien au cours de leur exercice

Plusieurs praticiens rapportaient avoir simplifié leur examen en réalisant moins d'examens pelviens et moins de touchers vaginaux, dans le contexte de patientes asymptomatiques, que ce qu'ils pensaient être enseigné ou réalisé par les gynécologues. Cette décision de modifier son exercice pouvait être difficile à assumer pour le professionnel. Cette tendance à la baisse des examens semblait s'ancrer dans un manque de conviction des professionnels par rapport à la pertinence de l'examen.

E18 : c'est vrai que j'ai appris à l'examen gynécologique à faire l'examen au spéculum et le toucher vaginal, alors depuis que tu t'es posé cette question, je peux te dire que je fais pas toujours un toucher vaginal !!

E7 : pour être tout à fait honnête je le fais quand même de moins en moins... (TV chez les patientes) [...] le toucher vaginal, il me sert vraiment plus beaucoup ! [...] ça me gêne plus intellectuellement, je me dis, je fais pas bien mon travail ! [...] alors que ... intérieurement je suis convaincu que ça sert à rien. [...] parce que ça faisait partie de la palette des... des choses [...] qu'on nous apprenait à faire depuis 20 ans, 30 ans.

Parfois, les praticiens avaient modifié leur façon d'examiner les patientes au cours de leur exercice, par respect et pour le confort de la patiente.

E14 : ouais ! parce qu'au début je les examinai avec deux doigts ! et maintenant je n'examine pratiquement plus qu'avec un doigt !

E18 : c'est curieux parce que d'ailleurs parce que je pense... que... je commençais par le toucher vaginal ! et je fais l'examen au spéculum la fois d'après ! [...] ben ... j'avais l'impression que le toucher vaginal, ça serait peut être plus accepté que le spéculum.

Pour faire évoluer leur pratique de l'examen pelvien, les praticiens insistaient sur l'importance de l'observation de leurs patientes, qui selon leurs réactions vont apporter beaucoup d'informations sur leur tolérance à l'examen clinique.

E8 : c'est surtout en observant vraiment beaucoup le ... la patiente, du coup en observant, en fait, on se rend bien compte si on a dépassé une limite, si on a blessé, si ... verbalement ou physiquement, enfin on voit bien en fait ! si on est un peu attentif à ça ! et si on a cette sensibilité encore de regarder le patient, voilà et du coup, et... c'est là qu'on se dit non mais là... le truc systématique qu'il fallait absolument faire, ben non quoi ! c'est pas possible donc non là ! ben du coup, comment on aurait pu faire pour avoir tous les éléments tout en la respectant, etc. voilà. Ce qui fait qu'après on adapte ses pratiques.

E15 : ça s'apprend sur le tas et puis sur l'expérience des autres, et puis... sur la vue des femmes qui nous expliquent aussi comment il faut faire la prochaine fois quand on a pas fait très bien.

Enfin pour pouvoir évoluer, il était important pour certains de prendre du recul sur ce qu'on nous a appris et ce qui peut se faire.

E8 : En fait, faut pouvoir se décoller des clichés, des choses on se dit « bah tout de façon, une pose de stérilet ça se fait forcément avec les jambes en position gynéco, sur une table gynéco froide, dure » voilà, ben en fait non !

5. Des pistes d'amélioration à propos de l'apprentissage de la pratique de l'examen pelvien

Les praticiens insistaient sur l'importance de la présence physique de professionnels expérimentés lors de l'apprentissage des premiers examens pelviens, en réalisant une consultation à trois : patiente – formateur – interne ou élève sage femme.

E5 : on avait des consultations avec les internes ou avec les médecins avant d'avoir nos propres consultations [...] et donc là, c'est vrai que j'ai pris pas mal d'assurance sur le plan de l'examen gynéco.

E9 : voilà c'est ça, petit à petit elles me laissaient faire. Elles étaient souvent à côté de moi, après à la fin elles étaient un peu plus loin, parce que c'est pas très agréable pour la patiente, d'avoir quelqu'un qui regarde derrière...

Avoir un stage en gynécologie ambulatoire semblait être formateur pour une activité de médecine générale.

E9 : c'est surtout mon stage de gynéco où j'ai appris des choses. Et je pense que c'est parce que c'était en ambulatoire ! [...] c'est des choses qu'on voit en médecine générale !

Une sage femme témoignait d'une expérience positive lors d'une formation où l'apprentissage se faisait directement entre professionnels.

E14 : et ben sur nous ! c'est-à-dire qu'on s'examinait les unes et les autres ! [...] de savoir, de sentir, de comprendre comment ça peut se passer ! [...] sur du vrai, voilà c'est ça ! et de dire aussi ce qu'on peut ressentir nous dans notre propre corps

Une des professionnelles abordait l'impact de l'échographie sur notre pratique. Pour elle, l'échographie permettait de compléter et pallier les limites de l'examen pelvien, et ainsi pouvait être une piste intéressante à intégrer dans la formation à l'examen pelvien.

E10 : Alors à l'heure actuelle, avec l'échographe au cabinet, je sais pas si j'aurais pas modifier ma pratique, à cause de ça. [...] A notre époque il vaut mieux qu'on fasse de l'échographie et qu'on apprenne. [...] donc si j'ai un conseil à donner c'est que ... le toucher pelvien, ça sert quand on est dans la brousse, quand on a pas l'électricité, ça peut servir.

III E. La relation du professionnel de santé avec la patiente

1. La posture du professionnel de santé : médecin et sage femme

Selon les professionnels, deux critères importants pour les patientes pour choisir leur praticien dans le domaine de la gynécologie était l'écoute « bienveillante » et la disponibilité. Une des sages femmes mentionnait être référencée sur le site « gyn and co », créé par des patientes, comme praticienne bienveillante. Selon les professionnels, les patientes semblaient apprécier avoir un praticien qui prenait le temps pendant la consultation.

E8 : y'a pas mal de femmes qui en tout cas viennent dans mon cabinet, parce qu'elles vont sur les forum sur internet [...] y'a un site, souvent elles me disent, « ah ben j'ai trouvé votre adresse sur gynandco ». GYN AND CO. [...] et du coup... on vous cite comme plutôt bienveillante. [...] Et c'est comme ça en fait qu'elles viennent surtout celles qui flippent de l'examen en gynéco ou celle qui a eu son premier gynéco, ça s'est mal passé.

E16 : elles sont stressées, faut prendre du temps, on explique bien ce qu'on va faire. Une fois qu'on l'a fait une fois ou deux, ça va mieux !

❖ Une approche bienveillante

Les consultations étaient souvent ritualisées. A propos du déshabillage, quasiment tous les professionnels avaient mentionné qu'ils demandaient aux patientes de ne pas se déshabiller entièrement, bien que ça leur prenait plus de temps. Pour les professionnels, c'était une forme de respect à la patiente, à son corps.

E18 : je me rappelle d'une jeune femme, toujours avec une grande jupe, tu vois ? [...] et elle gardait sa jupe, tu vois, voilà ! et... je trouve que c'est important de... de respecter ça !

Plusieurs professionnels préparaient la patiente avant de l'examiner, en montrant par exemple un speculum au bureau.

E10 : je les prépare toujours ! elles le savent et elles sont au courant ! [...] je leur montre le spéculum et souvent, je défais un spéculum pour leur montrer ce que c'est qu'un spéculum.

Plusieurs médecins et sages femmes précisaient commencer par demander leur accord avant l'examen en lui laissant la possibilité de ne pas accepter l'examen ou de l'arrêter, et respectaient le rythme de la patiente au cours de l'examen.

E16 : Je pense qu'elles ont été suffisamment pour la plupart forcées au départ donc je force pas.

E8 : Parce que des fois quand la question elle est... l'autorisation elle est demandée de manière systématique, et un peu trop vite, elles se sentent pas la possibilité de dire non en fait ! [...] c'est ça ! et moi je veux pas qu'elles soient soumises en fait... [...] alors que même elles étaient venues pour ça, qu'elles s'autorisent à dire « maintenant là c'est plus possible de continuer, j'ai besoin qu'on arrête » ouais. Ouais ça c'est important pour moi. Qu'elle puisse me le dire.

Lors de l'examen, une sage femme ne restait pas en face de la patiente pendant le toucher vaginal. Elle se mettait toujours sur le côté, pour éviter un rapport de soumission et un sentiment pour la patiente de vulnérabilité.

Une autre sage femme proposait à certaines de ses patientes de participer techniquement à l'examen.

E17 : « est ce que vous voulez mettre le spéculum ? » je propose tout plein de choses qui peuvent... la mettre à l'aise !

Pour certaines sages femmes, il semblait important de modifier l'environnement pour que la patiente soit à l'aise. Par exemple, certains n'utilisent pas de table gynécologique, d'autres utilisent un paréo ou une couverture pour couvrir les jambes de la patiente lors de l'examen.

E14 : vous voyez, moi j'ai pas de... table gynécologique ! (table proche du sol sans étrier). [...] J'essaye d'être le plus... moi je me met à genoux ! je me met à leurs niveaux en fait... [...] j'avais décidé de pas... [...] les mettre dans un environnement gynécologique. [...] et en fait ça marche super bien !

E8 : elle déshabille le bas, paréo, [...] et j'ai pas de... j'utilise pas d'étriers, j'examine dans un lit électrique, je n'ai pas de table gynéco, ni d'étriers. [...] sur un lit, un lit une personne, matelas classique, électrique. Juste du coup les pieds se lèvent ou le dossier se lève. Voilà. c'est tout. ... Y'a des coussins.

Chaque professionnel accompagnait la patiente par des paroles rassurantes pour qu'elle soit la plus détendue. Certains en expliquant la technicité de l'examen, notamment lors de l'introduction du speculum. Ils décrivaient chacun des gestes techniques effectués durant l'examen

E8 : quand je fais l'examen je leur dis, ce que je fais ou ce qu'elles vont sentir en fait [...] du coup elles sont plus axées sur ce qu'elles sentent.

E9 : je commence toujours par regarder la vulve en fait. Ça j'explique parce que souvent elles trouvent, enfin j'ai l'impression qu'elles peuvent trouver ça un peu gênant mais j'explique c'est important de regarder...

Plus que d'expliquer le côté technique de l'examen, il était important que la patiente comprenne l'objectif de cet examen.

E15 : (citation) « montrez lui comment vous faites, elle sera pas étonnée qu'on le refasse ! Apprenez lui pourquoi on le fait, et elle comprendra qu'on le lui refera ». C'est très juste ça !

Les praticiens précisaient à la patiente être à son écoute, en cas de douleur ou d'inconfort.

E15 : « [...] si je vous fais mal, vous me dites, toujours »... ça veut dire quoi le message, ça veut dire que c'est important pour moi que vous n'ayez pas mal ! c'est un geste d'égard minimaliste quand même,

D'autres préféraient faire distraction pendant ce temps d'examen, en parlant de d'autres sujets. Cela demandait plus d'assurance pour se détacher de l'examen, ce qui n'était pas évident quand on manquait d'expérience.

E9 : Après j'essaye de leur parler d'autres choses en même temps mais ça j'ai encore un peu de mal à faire ça, parce que je pense que je suis un peu concentrée

Spontanément, certains professionnels ont abordé la notion d'examen pelvien pratiqué sur le côté, qui pouvait sembler moins désagréable pour la patiente, selon eux. Lors de ces entretiens, aucun ne le pratiquait. Certains n'étaient pas convaincu par l'intérêt, d'autres n'avaient pas encore osé pratiquer l'examen pelvien ainsi.

E10 : parce que y'avait eu des études sur l'histoire du côté et tout, mais sincèrement j'ai pas trouvé ça pratique ! [...] t'es à moitié... [...] pour l'examineur c'est pas pratique ! [...] mais tu vois la même chose donc je vois pas ce que ça change

❖ Education

Le professionnel de santé pouvait aussi parfois, à travers cet examen pelvien, avoir une place dans l'éducation des patientes, afin qu'elles connaissent mieux l'anatomie et la physiologie de leur corps.

E15 : ... et puis souvent ça permettait d'apprendre, c'est très important, parce que y'en a qui me disent « ah c'est pour ça que j'ai mal alors ! » (sous entendu : pendant les rapports sexuels) donc apprendre à se décontracter

E15 : « et puis là je suis en train de regarder votre col, donc on a des pertes blanches c'est normal », « ah bon c'est normal les pertes blanches ? »

❖ Observateur pendant l'examen pelvien

L'examen pelvien était l'occasion pour certains professionnels d'observer le comportement de leur patiente. Lors du déroulement de l'examen, l'examineur pouvait détecter une difficulté importante de la patiente, comme un vaginisme. Cette information lui permettait de différer la suite de l'examen ou d'approfondir avec la patiente après ou à distance de celui-ci.

E6 : après une fois que j'ai fini, j'ai retiré le spéculum, je vais me rapprocher d'elle et puis je vais leur dire « bon c'était pas facile hein, j'ai vu que c'était un moment difficile pour vous » et là si je le sens, je peux leur dire « est ce que ça fait écho à un moment où on vous a manqué de respect ? » [...] après chez certaines femmes, si je le sens pas à ce moment là, je me le note, je me dis tiens, faudra qu'on en parle à distance de l'examen justement !

E8 : ça m'est déjà arrivé, du coup de sentir pour une patiente, déjà pour l'examen sous spéculum, ça a été...voilà et de de, demander si c'était possible [...] pour elle aujourd'hui, d'avoir un toucher vaginal ou pas. [...] du coup en fait, c'est comme lui dire que j'ai vu que pour elle ça a pas été simple, et de lui demander, si c'est encore possible de compléter l'examen ou pas

2. Le rapport au corps

2.1 Côté patiente, selon les professionnels de santé

Les professionnels remarquaient que les patientes préparaient l'examen en amont pour « soigner » leur apparence, ou se préparer « psychologiquement ».

E11 : D'autant que quand elles vont voir une sage femme ou un gynéco, elles savent qu'elles vont être examinées souvent. Elles savent... elles sont toutes épilées, en général elles sont prêtes !

E12 : Et moi je trouve que c'est bien de dédier la consultation gynécologique [...] C'est plus confortable, et la femme sait, elle se prépare ... psychologiquement

L'examen pelvien impliquait généralement un inconfort, une gêne de la patiente. Les professionnels étaient tous d'accord que cet examen était quasiment toujours un moment désagréable et intrusif pour la patiente, parfois douloureux, malgré toutes les précautions prises en amont et pendant l'examen pelvien.

E6 : c'est pas rare qu'il y en ai qui nous disent « j'aime pas trop ça » [...] Voilà, elles-mêmes elles posent les bases [...] « je le fais, mais sachez que c'est pas facile pour moi... »

E16 : Alors elles viennent pas la fleur au fusil ! [...] C'est pas un moment très agréable ! On est vraiment vraiment dans l'intimité !

Cet inconfort pouvait être lié à la nudité.

E5 : Ben au début, parfois elles sont un petit peu gênées... [...], enfin une fois qu'on est rhabillé, [...], la gêne est... finalement partie quoi, je pense que jusqu'à la réalisation et lors de la réalisation, y'a quand même une gêne souvent chez la patiente

E7 : Non elles mettent le pull jusqu'au pubis quand même par pudeur, mais c'est bien la preuve que c'est pas si naturel que ça !!

Pour d'autres professionnels, la gêne était plutôt liée à la phase de déshabillage

E6 : c'est pas tant la nudité qui pose souci je trouve... c'est le moment du déshabillage ! [...] La nudité en tant que telle, elle est acceptée puisqu'on fait partie du corps médical et on a une vision, enfin voilà, on est bien obligé techniquement de jeter un œil mais ce qui est personnel c'est le fait de se déshabiller.

Le vécu de l'examen était influencé également par les antécédents de la patiente, parfois compliqué, notamment lorsqu'il y a des antécédents de violences dont sexuelles.

E16 : Y'a beaucoup de femmes de confessions musulmanes avec un rapport extrêmement compliqué ! Afrique centrale aussi. [...] C'est très très difficile... y'en a qui sont excisées. Enfin voilà. Donc... allez mettre un spéculum là dedans, c'est compliqué ! [...] Très compliqué.

E6 : voilà, y'a la représentation du corps, la nudité, et pis aussi, le vécu... y'a quand même un pourcentage de femmes qu'a été abusé, enfin voilà ou... qui ont subi des violences et pour celles là c'est particulièrement difficile... l'examen... ouais !

Certains professionnels racontaient que les patientes avaient un rapport particulier à la gynécologie, et donc à leur corps. Pour certaines patientes, elles « laisseraient » leur corps le temps de l'examen, se sentant obligées de subir l'examen, comme une forme de soumission de la patiente au monde médical.

E14 : après y'a une image aussi de la gynéco aussi qui est compliquée ! [...] C'est vrai qu'elles ont l'impression aussi que leur corps leur appartient plus ! [...] Ouais, pis de donner, pis de se laisser faire dans son corps quoi ! [...] Ouais c'est ça, c'est normal, « de toute façon je vais y passer, on va forcément m'examiner ! »

E8 : on parle beaucoup de la violence faite aux femmes en ce moment, violence de tout ordre ! Ben... sur les examens médicaux...en général et encore plus l'examen gynéco, que ce soit pour les femmes ou pour les hommes, on sait bien que les patientes se soumettent au corps médical mais...ça devrait pas être comme ça !

Pendant l'examen pelvien, certains professionnels abordaient la notion de changement d'attitude avec une prise de distance de la patiente avec son corps, rendant l'interaction inadaptée : une phase de sidération, où la patiente se renferme sur elle-même.

E2 : je pense que tout ce qu'on leur dit sur la table gynéco, enfin moi je me mets en situation blackout, on sort de son corps pour oublier qu'on est pattes écartées, à poil, devant quelqu'un qu'on connaît ... très peu [...] donc je pense qu'il y a une phase de sidération

E8 : en général lors de l'examen, elles sont pas bien bavardes !

Pour les professionnels, la plupart des patientes avait une mauvaise représentation anatomique de leur corps. Ce qui va influencer la motivation du praticien à réaliser cet examen, la réalisation de celui-ci, ainsi que ses objectifs.

E6 : c'est complètement flou pour elles. [...] Anatomiquement ils ont pas du tout la vision. Pour nous c'est notre quotidien, on sait très bien ce que c'est mais ça représente rien du tout pour elle, donc le résultat c'est rien.

Certains professionnels pensaient que les consultations étaient importantes pour les patientes afin de se reconnecter à son corps de femme, être à l'écoute de leurs sensations corporelles.

E14 : Je pense que l'examen pelvien c'est bien mais faut aussi que les femmes elles apprennent à rencontrer leur corps toute seule en fait !

E16 : ouais, et toutes les femmes. C'est un temps qu'il leur est dédié, à elle ! Dans leur corps ! Et... on se rend compte que les femmes en règle générale ont tendance à s'oublier un peu. Elles vont s'attacher à leur rides... aux seins qui tombent... aux rides, mais à elles foncièrement, en dehors de leur apparence par rapport à l'autre en fait, c'est ça, mais elles ce qu'elles ressentent dans leur sexualité, le plaisir, la jouissance, le confort ! pfr... elles ne s'écoutent pas !

2.2 Côté professionnel

Les professionnels racontaient que leur regard était particulier pendant l'examen pelvien, comme tout examen physique de patients. Ils appelaient cela le regard « médical ».

E18 : alors moi je leurs dis souvent [...] C'est ma fille qui m'avait demandé un jour... « maman est ce que les femmes rousses ont les poils du pubis roux ? » et je m'étais entendu répondre : « ben comment veux tu que je le sache ! (rires) » et en le disant, je me disais mais... mais ça va pas ! Ben en fait, je leur dis, ça c'est parce que j'ai un œil purement médical !

Cet examen était d'autant plus particulier pour les professionnels car plus intime que tout autre partie du corps. Et de ce fait, leur comportement, basé sur un respect profond, était essentiel à ce moment là.

E15 : En rappelant aussi que c'est probablement plus difficile que ... regarder les doigts ! que ça mobilise une richesse qui procède de la science humaine, qui est de la communication ! il faut plus de communication que pour regarder le bout du nez, je crois. Et donc ça renvoie à des choses très belles, qui sont la pudeur... le sacré...

Du fait de ce rapport particulier, il était important de prendre des précautions, pour éviter toutes mauvaises interprétations et ainsi, préserver une relation de confiance.

E15 : ça c'est une chose très importante je vais commenter tous mes gestes, mes gestes visuels, tout ce que je faisais avec l'œil, et la main et les mains. [...] de façon que mes gestes ne soient pas interprétés mais compris.

3. Les attentes de la patiente selon le professionnel de santé

Tous les professionnels pensaient que les patientes attendaient de la réassurance via cet examen pelvien, que l'examen soit normal. Parfois, d'après certains professionnels, l'examen pelvien semblait plus rassurant pour la patiente que l'interrogatoire, même exhaustif. Dans certains cas, l'examen pelvien était attendu par la patiente, selon des professionnels, pour répondre à une interrogation sur leur intégrité corporelle par exemple.

E10 : Je trouve qu'elles sont un petit peu rassurées, elles se disent, « bon ben le médecin a regardé ».

L'examen pelvien semblait également être fréquemment attendu par la patiente lors de la consultation, par habitude construite auprès du professionnel consulté dans ce domaine (gynécologue ou médecin généraliste habituel).

E16 : ah de faire un suivi tous les ans ? C'est leurs habitudes en fait. Ça les rassure je pense [...] Elles y vont, elles savent ce qu'elles vont avoir aussi ! [...] Là aussi dans l'automatisme y'a quelque chose de rassurant.

E18 : par contre c'est curieux, j'ai des patientes qui attendent que je fasse le toucher vaginal maintenant, je vois bien elles attendent un peu ! [...] Ben celles qui attendent le toucher vaginal, c'est parce qu'elles sont habituées à ça ! [...] Un examen gynéco c'est ça, donc elles s'y plient ! elles s'y plient depuis des années !

Certaines patientes acceptaient, selon les professionnels de santé, de réaliser l'examen pelvien, comme une formalité, « c'est comme ça qu'il faut faire donc je le fais ». La patiente semblait souvent soulagée que l'examen réalisé soit terminé.

E2 : parce qu'on lui fera pas chier après pour lui dire « au fait, (tapotement des doigts sur la table), on est en retard, ça fait un an qu'on aurait du le faire », je pense que c'est vraiment ça ! A chaque fois, à la fin de chaque examen, « bon ça c'est fait ! », c'est vraiment, c'est un soulagement quand elles descendent de la table d'examen.

Selon les professionnels, les patientes n'attendaient pas forcément de résultats de cet examen, car cet examen est complexe pour une patiente.

E6 : je suis pas persuadée que... les patientes elles en attendent particulièrement quelque chose en terme de résultat par exemple... je suis pas persuadée qu'elles arrivent à se projeter. Nous on a toujours une vision très complexe de la médecine et on a toujours l'impression que les gens pensent la même chose que nous, mais... je pense que la plupart du temps y'en a peut être 3 sur 4 qui doivent se demander pourquoi on va voir ça ! (ton accentué sur le « ça ») (rires) pourquoi on met nos doigts comme ça, à l'intérieur. [...] En terme de résultat je pense qu'elles imaginent pas vraiment ce qu'on fait je pense, ouais.

Les professionnels avaient conscience que la patiente n'était pas forcément demandeuse d'un examen pelvien, surtout la jeune génération, comprenant les patientes ayant eu aucun ou peu d'examen pelvien.

E18 : une jeune qui vient pour un examen gynécologique et qui vient stressée, elle s'attend pas forcément à... je crois que si tu fais pas le toucher vaginal, je crois qu'elle sera très contente !

Quelque soit l'attente par rapport à l'examen, les professionnels précisaient que la patiente attendait de la bienveillance et de la rapidité.

E6 : Et par contre dans les attentes, je pense que ce soit fait avec respect... enfin voilà avec douceur, que ce soit, ouais, voilà que la réalisation soit... la plus douce et respectueuse possible, et rapide aussi !

4. L'impact de l'examen pelvien dans la relation avec la patiente

Pour certain professionnel, l'examen pelvien avait un impact dans la relation avec leur patiente. Le rapport était « déséquilibré » du point de vue des connaissances médicales et de la mise à nu de la patiente.

Certains professionnels, médecin et sage femme, avaient remarqué que les patientes préféraient réaliser l'examen pelvien auprès d'un professionnel autre que celui qui les suit habituellement. Ils considéraient que l'examen pelvien avait dans ce cas un impact négatif sur la relation avec la patiente.

E2 : et y'a des femmes elles savent qu'on fait de la gynéco, elles préfèrent aller voir quelqu'un à l'extérieur. [...] C'est pas anodin ! [...] Je pense que ça gêne dans la relation, dans la pudeur ! Parce qu'on est déjà tellement intrusif, sur le sondage émotionnel des patientes, plus on va être intrusif physiquement ! Si on en attend rien... à quoi ça sert ? Je pense rien ! ... que d'abimer la relation.

E14 : elle venait de loin elle m'a dit « voilà je veux pas que je puisse éventuellement vous rencontrer », elle avait dû faire je sais pas 50 bornes pour venir ici

Pour certains professionnels, la relation se modifiait, notamment en fonction de l'écoute du praticien. En effet, montrer à la patiente qu'ils considéraient cet examen comme délicat, différent des autres examens physiques, et suivre son rythme, pouvait lui permettre de l'accepter plus facilement.

E6 : en fait le fait, qu'on offre une possibilité à la femme et qu'on lui montre qu'on a bien conscience que... que y'a quelque chose qui pourrait être gênant pour elle et qu'on a potentiellement une solution, je pense que ça ça règle... tout.

E16 : elles savent qu'il y a une consultation dédiée. On parle beaucoup plus facilement de leur sexualité, problème urinaire, d'incontinence... des trucs... qui relève de l'intime et c'est très très compliqué de faire ça dans une consultation généraliste [...] Elle se lâche un peu plus.

Dans tous les cas, construire une relation de confiance avec la patiente était souhaitable par les professionnels afin de permettre de révéler davantage de choses.

E9 : je pense que une fois qu'elle a eu un premier examen gynéco avec un médecin et que ça s'est bien passé, je pense qu'il y a quand même une relation de confiance qui s'installe et puis... peut être qu'après, au fur et à mesure, peut être qu'elles sont plus à l'aise aussi parce qu'elles savent comment on fait, ce qu'on va faire et qu'elles sont moins inquiètes.

E15 : ça ouvre le champ de la pudeur, de l'intime, de la confiance ... les femmes ont tant de choses à révéler !

Une des professionnelles a abordé la notion de l'intuition, qui nous pousse parfois à réaliser un examen pelvien.

E18 : c'est pas explicable mais y'a l'intuition aussi ! Le jour où j'ai fait un frottis à ma patiente qui venait pour un problème d'épaule. Y'a pas d'explication... elle était là j'en ai profité... y'a un faisceau d'arguments, rien que par le visuel ou ce que tu entends, ou ce que dis la personne et pis du coup... ça met quelque chose en branle chez toi ! Je sais pas mais... [...] et travailler l'intuition dans notre métier, je crois que c'est vraiment important ! Tu vois ?

III. F Les relations entre professionnels de santé par rapport à l'examen pelvien

1. L'influence du statut

L'examen pelvien des médecins généralistes et des sages femmes était influencé par l'examen classiquement réalisé par le gynécologue. Cette pratique était parfois rapportée par les patientes à leur professionnel.

Souvent, l'apprentissage de l'examen pelvien s'était fait au côté de gynécologues, qui réalisaient systématiquement l'examen pelvien chez une patiente asymptomatique.

E5 : non ! parce que c'est vrai qu'à part, non pour la S., on faisait l'examen gynéco entre guillemet de A à Z quoi ! complet.

E17 : oui en général on a appris auprès des gynécos... et j'en ai même vu un qui prescrivait la contraception tous les 6 mois avec un examen pelvien à chaque fois ! Et un qui voyait la femme en 5 minutes, avec interrogatoire pendant que la femme se déshabillait !

Lors des entretiens, les deux médecins remplaçants racontaient qu'il était plutôt rare de réaliser des examens pelviens pendant les remplacements. Les patientes attendaient souvent le retour du médecin habituel dans le contexte asymptomatique.

Le genre masculin du professionnel avait une influence auprès des patientes. Certains professionnels pensaient que les patientes préféraient réaliser un suivi auprès de professionnels du même genre qu'elles.

E7 : en sachant que c'est quand même... faut pas se leurrer, c'est quand même pas si évident que ça, quand on est un homme, on peut en voir moins, du coup, c'est en même temps, les femmes vont pas forcément aller se soigner [...] oh ben oui ! avant on était 3 hommes ici dans ce cabinet, et quand on est passé de 3 hommes à 2 hommes et 6 femmes, j'ai plein de minettes de 16-18 ans qui sont...qui sont parties voir les collègues à côté !

Les médecins généralistes mettaient parfois en avant que leur approche était plus globale. Ils avaient un champ plus large d'exploration qui leur permettait de faire des liens avec des symptômes et des pathologies autres que gynécologiques.

E18 : Bon alors ce qui est bien pour nous (MG) aussi, c'est que parfois tu peux l'intégrer dans une pathologie plus... [...] Voilà, faire des liens !

Finalement, contrairement à ce que nous pensions, beaucoup de professionnels étaient d'accord que la réalisation de l'examen pelvien dépendait plutôt de la personne en elle-même, que de son statut médecin/sage femme ou de sa formation.

E8 : c'est pas parce qu'on a la casquette sage femme ou la casquette médecin que...du coup dans l'acte, l'acte technique après...c'est quand même assez codifié, y'a ça mais après y'a toute l'approche derrière [...].Ça c'est de l'identité professionnelle et qu'on soit sage femme, médecin, je pense que du coup c'est propre à chacun !

2. La représentation des sages femmes par les médecins

Au regard de certains médecins, les sages femmes semblaient plus disponibles et plus performantes à propos de l'examen pelvien des patientes, du fait de leur formation, de leur activité centrée sur la région pelvienne (grossesse, rééducation périnéale), du fait des actes nombreux dans cette région anatomique. Ils la considéraient « plus proche » de la patiente. Finalement, pour certains, c'étaient elles qui, à l'avenir, remplaceraient le gynécologue.

E16 : Moi je trouve qu'elles ont une super approche ! Là aussi... où elles mettent un peu sur la table, les questions un peu mmh... intimes !

E18 : je pense qu'elles le font mieux que nous. [...] Je pense ouais, je crois. Je pense qu'elles ont un regard différent du nôtre ! Complètement ! Moi je pense que c'est très bien que les sages femmes puissent faire des frottis, des examens gynécos, je pense qu'elles ont pas du tout le même... je pense qu'elles voient plus la globalité.... [...] Je pense qu'on leur a appris mieux que nous !

De nombreux médecins avaient une méconnaissance de la formation des sages femmes en gynécologie et/ou des limites de leurs activités. Et pour certains, il leur semblait difficile pour la sage femme de faire le lien entre des symptômes ou pathologies gynécologiques et des pathologies d'autres spécialités.

E7 : elles ont pas la formation à mon sens... la formation médicale... euh... comme nous ! mais enfin je suppose que dans leur formation, elles ont des données sur les cancers des ovaires et sur les infections IST et compagnie, j'ose espérer. [...] après y'a sûrement des données qu'elles dominent pas. Sur les données digestives, sur les données hépatiques, sur les données voilà... médicales pures. [...] Maintenant, c'est des examens de premier niveau donc que c'est pas très grave si elles savent orienter après.

E10 : ce qui me gêne c'est la prise en charge médicale. [...] Après voilà, c'est qu'est ce qu'elles en font de leur examen pelvien. Je sais pas vraiment ce qu'elles font. [...] Je sais pas du tout ce qu'elles font ! Je sais pas du tout quelle est la limite de leur activité médicale. Je ne sais pas ce qu'elles ont le droit de faire. Je ne sais pas ce qu'elles peuvent faire.

Pour certains médecins, cette compétence gynécologique des sages femmes étaient peu connues des patientes.

E16 : dans les habitudes, je pense des femmes, la sage femme c'est l'obstétricienne ! C'est le suivi de grossesse. [...] Mais c'est très bien qu'elles le fassent plus ! Il va falloir qu'elles se mettent un peu en avant et qu'elles y aillent... mais c'est pas encore dans les habitudes des femmes !

Certains médecins pensaient que les sages femmes ont toute leur place dans ce domaine, devant la démographie actuelle (moins de gynécologue) et le fait que les femmes médecins ne pratiquent pas toujours la gynécologie.

E16 : y'a plus de gynéco donc...va falloir ! et pis en médecine générale, c'est les femmes qui font le suivi gynécologique et y'a quand même beaucoup beaucoup de femmes (MG) qui... qui veulent pas ! donc ... qui sont pas à l'aise avec le suivi gynéco ! moi j'ai plein de remplaçantes, elles posent pas d'implants, elles posent pas de stérilets !

3. La représentation des médecins généralistes par les sages femmes

Certaines sages femmes avaient plutôt tendance à penser que les médecins généralistes avaient une approche de l'examen pelvien proche de la leur, et différente de celle du gynécologue.

E11 : du côté médecin généraliste, je trouvais que c'était plus... ça ressemblait plus à la façon des sages femmes de travailler je trouvais ! ... les gynécos... tout de suite très carré... je sais pas, c'est vieux tout ça mais c'était tout de suite plus cadré plus « tac-tac », enfin... plus rapide !

Alors que selon les sages femmes, influencées par les retours des patientes, l'approche du médecin généraliste semblait plus protocolaire.

E14 : je pense que c'est un peu plus médical et un peu plus strict ! [...] Après, c'est l'image que les patientes elles me ramènent aussi !

Via leurs patientes, les sages femmes rapportaient que le médecin généraliste avait une relation parfois moins intime avec sa patiente sur le plan gynécologique. En effet, les patientes choisissaient les sages femmes pour la réalisation de l'examen gynécologique, et donc pelvien et pour les échanges autour de la gynécologie.

E17 : Et puis y'a des femmes, aussi... qui sont à l'aise avec leur médecin généraliste, parler de maladies etc, mais qui se voit pas demander un examen gynécologique à leur médecin généraliste. [...] Voilà, pour elles, c'est deux choses différentes ! [...] Parce que la sage femme, c'est la grossesse, [...] C'est la femme et là du coup, peut être qu'elles vont aborder plus facilement certaines choses, avec la sage femme qui lui parle de tout ça qu'avec ... le médecin généraliste !

IV. DISCUSSION

IV A. Commentaires sur la méthodologie

Concernant le choix des critères d'inclusion, le ratio de médecin remplaçant est faible car nous avons estimé, après inclusion de 2 entretiens, que les verbatims étaient moins informatifs que ceux des entretiens de médecins installés, probablement par un manque d'expérience et moins de suivis de patientes dans leur pratique. De ce fait, nous avons privilégié le recrutement de médecins généralistes libéraux installés.

Nous n'avons pas pu recruter de maïeuticien, du fait d'une absence de ce statut dans le monde libéral.

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, l'investigatrice n'était pas expérimentée à la réalisation d'entretiens semi directifs. Ensuite, elle se présentait par son statut actuel, c'est-à-dire médecin généraliste remplaçante. Ce statut a pu être un biais lors des entretiens de sages femmes. D'autre part, il existe une limite liée au thème : les participants pouvaient avoir peur d'être jugé sur leur pratique et donc leurs réponses ont pu être influencées.

Notre étude présente plusieurs points forts. Notre recrutement nous a permis d'avoir des caractéristiques de médecins généralistes et de sages femmes variées. Les entretiens étaient longs et riches avec de nombreux résultats, dont certains étaient inattendus.

Concernant les médecins, la plupart participaient à un groupe qualité régulièrement ou accueillaient un interne en stage ambulatoire SAPSAS. Ce point témoigne d'une volonté de remise en question et d'un niveau de réflexion utile pour notre étude.

Finalement, ce travail est original car à ce jour, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude similaire, notamment en France.

IV B. Commentaires sur les résultats

Notre travail concerne des patientes asymptomatiques. Il nous a semblé important de redéfinir ce terme. La réflexion concerne des patientes sans plainte et sans symptôme à l'interrogatoire, et sans antécédents gynécologiques nécessitant un suivi (dysplasie cervicale, exposition distylbène, cancer gynécologique), qui peuvent venir en consultation gynécologique pour un renouvellement de contraception, à l'occasion du frottis cervico-vaginal, ou de manière systématique annuellement (13). Bien qu'en France, le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé par la HAS, il n'est pas obligatoire. Ainsi, nous pouvons nous interroger sur le fait que les patientes consulteraient peu si elles sont asymptomatiques (1).

Au cours de notre recherche de bibliographie, nous n'avons pas trouvé d'articles récents sur la santé des femmes en terme de suivi gynécologique. En 2015, on estimait à 40% le taux de femmes n'ayant pas réalisé de frottis cervico vaginal dans les 3 ans (14), comme il est recommandé par l'HAS. Cela ne signifie pas forcément que les femmes ne consultaient pas en gynécologie mais peut être un reflet de l'assiduité du suivi gynécologique.

Notre question de recherche était légitime. Plusieurs professionnels de santé ont évoqué ce questionnement au cours des entretiens : si la patiente est asymptomatique, quel intérêt a-t-on à proposer un examen délicat ? D'autant plus qu'en 2018, une demande de recommandations a été formulée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) (15), dont l'étude est en cours.

1. Les attitudes et les représentations

Dans notre étude, les participants pratiquaient l'examen de manière variée, chez les patientes asymptomatiques. Certains le réalisaient ou le proposaient systématiquement (en général, annuellement), ce qui les rassuraient en tant que professionnel ou leur permettaient d'avoir un suivi rigoureux de leur patiente. D'autres avaient choisi un rythme variable, selon un suivi individualisé. Ces derniers adaptaient le choix de réaliser ou pas l'examen pelvien en fonction du contexte de la patiente : l'âge, les facteurs de prédisposition, le risque d'échappement des patientes, la connaissance au préalable ou pas de la patiente. Pour les professionnels, ces critères semblaient augmenter les facteurs de risque de pathologies gynécologiques (notamment les cancers), justifiant la réalisation de l'examen. La décision

était également partagée entre la patiente et le praticien de faire l'examen pelvien ou non.

Au cours des entretiens, plusieurs professionnels ont insisté sur l'importance de justifier leur EPPA. Les représentations des professionnels de santé à propos de la réalisation de l'EPPA étaient diverses : dépistage, entraînement, ancrage de l'apprentissage et habitudes, attente de la patiente ou du professionnel, légitimité de l'acte...

En considérant l'âge comme facteur de risque, certains professionnels estimaient que l'examen pelvien n'était pas forcément pertinent en terme de dépistage avant un certain âge. Par exemple, 30 ans. Ce qui se vérifie généralement pour les pathologies cancéreuses (cancer de l'ovaire (16) et cancer de l'endomètre (17)) et de troubles de la statique pelvienne (incontinence urinaire (18) et prolapsus (19)). Concernant le condylome, maladie sexuellement transmissible (MST) la plus fréquente dans le monde (5% de la population présentera une lésion clinique), 25% des moins de 25 ans présente une infection latente, et sa prévalence est en augmentation dans tous les pays (20). De plus, si sa morbidité physique est mineure, le traitement est vécu comme difficile psychologiquement (20) : retentissement sur l'activité sexuelle, peur de contaminer son partenaire, peur du cancer. On en conclut que les patientes, quelque soit l'âge, peuvent être touchées par cette pathologie, qui peut être difficile à dépister au stade initial.

Plusieurs professionnels ont affirmé que l'examen pelvien leur permettait d'aborder avec leur patiente certains thèmes comme les troubles de la sexualité ou les violences. Une étude de 2012 sur les croyances des praticiens par rapport à l'EPPA (13), rapportait que l'examen pelvien était l'occasion d'initier une discussion avec le patient sur les problèmes de santé. Malheureusement, les objectifs non cliniques de l'EPPA n'ont pas été étudiés. D'autre part, la recommandation de l'ACOG (21) favorable à la réalisation de l'EPPA, offre à la femme la possibilité d'aborder des sujets qu'elle n'aborderait pas autrement : incontinence urinaire, problème de sexualité, préoccupation sur leur anatomie.

Dans notre étude, l'examen pelvien de nos professionnels était souvent normal dans ce contexte. De plus, ils ont souvent jugé l'examen pelvien comme peu fiable dans le dépistage du cancer gynécologique non cervical. Pourtant, plusieurs praticiens rapportaient un examen pelvien utile, en terme de dépistage clinique et de ses contributions annexes. Pour autant, plusieurs professionnels s'interrogeaient : doit-on proposer systématiquement la réalisation de

cet examen à la patiente ?

Il existe peu d'études dans la littérature sur la pertinence de l'EPPA. Ce sont essentiellement les pays nord américains qui se sont intéressés à cette problématique. Il existe 3 profils de recommandations à propos de l'EPPA : ceux qui ne recommandent pas l'examen pelvien, ceux qui le recommandent, et ceux qui pensent qu'on ne peut pas se positionner à ce jour. Les deux premières recommandations sont résumées dans un tableau, issu d'une étude américaine (*Annexe 2*). Ces différentes recommandations peuvent être source de confusion pour les professionnels.

En 2014, la société américaine American College of Physicians (ACP) (9) publiait une recommandation négative à propos de l'EPPA suite à une revue de la littérature. Ils n'ont pas trouvé de preuves en faveur de l'examen pelvien dans la stratégie de dépistage du cancer de l'ovaire. Ils n'ont pas retrouvé d'étude évaluant les avantages de l'EPPA. De plus, l'EPPA a des conséquences négatives pour la patiente (l'anxiété liée à l'examen et aux résultats, la douleur, l'inconfort mais également un risque de surdiagnostic voire de geste chirurgical inutile ou de fausse réassurance) qui pourraient entraîner une appréhension concernant les consultations ultérieures, notamment celles nécessaires pour la réalisation des frottis cervico-vaginaux. En 2016, le Canada (22) s'appuyait sur cette idée pour émettre une recommandation similaire dans leur pays. En 2010, une étude suisse (23) avait émis les mêmes conclusions à propos du dépistage du cancer de l'ovaire. La sensibilité et la spécificité du toucher vaginal ne sont pas adéquates. Et la forte prévalence des maladies bénignes des annexes explique le pourcentage élevé de résultats faussement positifs.

Il est intéressant de voir qu'en 2012, l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (21) émettait une recommandation différente, ce qui montre la complexité de cette réflexion. Elle recommandait que l'examen pelvien soit réalisé annuellement dans le cadre du suivi des patientes de plus de 21 ans. En 2018, l'ACOG (24) recommande que l'examen pelvien soit effectué en cas d'antécédents médicaux ou de symptômes l'indiquant.

D'autre part, en 2017, United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (25) conclut que les preuves actuelles sont insuffisantes pour évaluer le déséquilibre entre les avantages et les inconvénients à la réalisation de l'EPPA. La pertinence de l'examen pelvien englobe de nombreux paramètres, notamment non cliniques. Il est donc difficile de porter un jugement objectif.

Une autre variante de réalisation de l'examen pelvien était de réaliser cet examen sans la réalisation du toucher vaginal pour des patientes asymptomatiques. Le toucher vaginal était souvent mis à part, vécu par le professionnel comme plus intrusif que le reste de l'examen.

Dans une étude américaine réalisée en 2013 (27) effectuant un sondage des professionnels à propos de la réalisation du toucher vaginal (TV), presque tous les professionnels réalisaient le TV chez les patientes asymptomatiques, quelque soit l'âge, pour des raisons variées : dépistage de pathologies et vérification de l'intégrité de l'appareil gynécologique, ainsi que la réassurance des patientes à propos de leur santé.

Certains professionnels de santé considéraient ainsi que le TV n'apportait pas d'informations supplémentaires à l'interrogatoire. Il permet de rechercher une douleur ou une masse. La masse, si asymptomatique sur le plan digestif ou gynécologique, sera probablement impalpable. La douleur peut être recherchée en partie à l'interrogatoire. En effet, le TV comme outil de dépistage pour le cancer ovarien a des preuves limitées, comme le souligne le guide américain de recommandations des pratiques courantes (26). Se pose alors la question de la pertinence de sa réalisation systématique.

En juillet 2017, suite à l'analyse de l'étude américaine de l'ACP de 2014 et 2016, la revue Prescrire (28) suggérait de réaliser l'examen au spéculum tous les 3 ans pour la réalisation du frottis cervico vaginal, sans la réalisation du TV.

L'impact du TV sur les femmes a été étudié dans plusieurs mémoires de sage femme. Le vécu par les femmes semble être multiple et de nombreux facteurs peuvent l'influencer. Ce ressenti est influencé par l'examineur (son expérience et son tact), la position du col utérin et l'appréhension de la patiente (associées au vécu des examens voire du ou des accouchements précédents, au vécu des rapports sexuels, aux croyances associées). Il existe un lien significatif entre la douleur et l'appréhension (29). Dans ce mémoire de sage femme (29), le vécu du toucher vaginal était ni bon, ni mauvais ; partagé entre d'un côté, la douleur, la gêne physique et psychologique, et de l'autre, la réassurance. Le vagin peut être vécu comme une zone de passage (lors des rapports sexuels, du passage de l'enfant, des examens médicaux) que la femme partage avec les différents acteurs. Les conséquences d'un mauvais vécu ne sont donc pas anodines et il est important que le toucher vaginal, en plus d'être expliqué, soit « réalisé avec douceur, disponibilité, habileté, tact, afin de ne pas raviver ou créer des chamboulements » non négligeables pour la patiente (30).

Avec les données de la littérature actuelle, nous ne pouvons pas conclure sur la pertinence ou non de l'examen pelvien chez des patientes asymptomatiques. Il n'y a pas de preuve de son utilité au niveau du dépistage de cancer gynécologique non cervical ou des infections sexuellement transmissibles. Néanmoins, notre étude montre bien que l'examen pelvien peut apporter d'autres éléments (non dits, éducation, attentes de la patiente) qui enrichissent la relation avec la patiente et qui ne sont donc peut être pas négligeables dans un suivi gynécologique de routine. La réponse n'est pas si évidente à l'échelle internationale. Dans le journal JAMA (31), un article de 2017, intitulé « est-ce le moment d'abandonner l'examen pelvien de routine chez les patientes asymptomatiques et non gravides », répond que la réponse n'est pas claire, et qu'il est important d'impliquer la patiente dans la décision de l'examen pelvien

2. La relation avec la patiente

L'intime est au cœur d'une consultation gynécologique. Et cette notion conduit à un respect de la patiente dans sa globalité. Pour cela, les professionnels de santé décrivaient souvent leur posture au plus proche de l'individualité de leur patiente.

Rituel du déshabillage

Préparation de la patiente en amont,

Demande de consentement

Respect du rythme de la patiente

Participation de la patiente, pas de face à face (TV)

Modification de l'environnement

Position gynécologique

Accompagnement par la parole et écoute.

Schéma 1 : Approche bienveillante des professionnels interrogés

AC. Vaillant, docteur en médecine générale à l'université de Nantes en 2015 (32), explique dans sa thèse que « dans le cadre d'une approche centrée sur la patiente, le médecin doit tendre vers une plus grande adaptabilité. L'examen étant souvent perçu comme obligatoire, nous devons travailler sur une réappropriation de l'intérêt de celui-ci, à l'échelle individuelle et collective ».

A partir d'une revue de la littérature (33), nous savons que les besoins des patientes étaient d'être informées, qu'on leur accorde du temps, d'être actrices dans leur prise en charge, d'avoir une relation de confiance avec leur praticien, d'être respectées dans leur globalité.

Les professionnels que nous avons inclus, insistaient notamment sur le rituel de déshabillage, prendre le temps de ne pas laisser la patiente nue complètement. Laurence Guyard (34), sociologue, soulignait dans un article, la particularité de cette phase de l'examen : « Se déshabiller, c'est dévoiler son corps. C'est aussi se défaire des barrières protectrices que constitue l'enveloppe vestimentaire. Se mettre nu, c'est en quelque sorte se mettre « à nu » ». Une des professionnels se demandait si ce n'était pas plutôt la phase de déshabillage qui gênait la patiente. Les femmes sont-elles attachées à cette partie avant l'examen ? Dans cette même revue de littérature (33), le respect de l'intimité était important pour les patientes et comprenait : laisser le temps de se déshabiller, avoir un espace privé pour se déshabiller, disposer de deux pièces (une pour l'entretien, une pour l'examen), la sortie de l'examineur pendant le déshabillage et proposer un drap ou une couverture pendant que la patiente attend. On peut donc comprendre l'importance de cette phase pour les patientes et qu'elles y soient attachées.

Plusieurs professionnels accordaient de l'importance à ce que la patiente soit actrice dans sa prise en charge, notamment gynécologique. Cela changeait leur approche de l'examen pelvien, avec la mise en place de la demande de consentement ou le développement de la confiance envers la valeur des propos de la patiente. Ils estimaient qu'il était essentiel que la patiente écoute ses sensations corporelles en se réappropriant son corps. La patiente sera d'autant plus motivée et impliquée, ce qui est vecteur de santé.

Dans un comité d'opinion paru en octobre 2018, devant le peu de données dans la littérature, l'ACOG (24) affirme que le fait d'effectuer ou non un examen pelvien complet au moment de l'examen médical périodique ou de suivi pour une patiente asymptomatique devait être une décision partagée après une discussion entre la patiente et le praticien.

Cette notion d'autonomisation ne faisait pas l'unanimité entre les professionnels de santé. Certains revendiquaient que les patientes n'étaient pas « universitaires » et donc qu'elles n'avaient pas la connaissance suffisante anatomique et physiologique pour pouvoir être pleinement actives. En 2017, une étude américaine (35) qui portait sur les croyances des patientes à propos des objectifs de l'examen pelvien de routine, a mis en évidence que la moitié des patientes participantes à l'étude ne connaissaient pas les objectifs de l'examen. Par contre, la plupart d'entre elles, espéraient que l'examen soit rassurant. Cette étude renforce la notion de nécessité de communiquer pleinement avec la patiente sur les objectifs, mais également sur le déroulement de l'examen, afin qu'elle soit active dans sa prise en charge.

D'autre part, il pourrait être intéressant qu'une étude sur les croyances des femmes en France, à propos des objectifs et de la valeur de l'examen pelvien chez les patientes asymptomatiques, soit réalisée. En effet, aux Etats-Unis, une étude a rapporté que 40% des femmes de leur sondage (36), qui avaient lu les recommandations négatives de l'ACP, continuaient à souhaiter un examen pelvien. Cette notion était probablement liée à des croyances profondes selon l'étude.

Donner les connaissances nécessaires à la patiente lui permet d'avoir une conscience corporelle positive et de communiquer de manière interactive pendant l'examen ce qui majore la confiance en soi et le sentiment « d'empowerment » (37). L'empowerment (38) ou autonomisation, fait référence aux étapes qui majorent le sentiment de compétences et de contrôle de sa propre vie. C'est un processus et un objectif en même temps.

En 2013, lors d'une réflexion sur la façon dont l'examen pelvien pourrait être expérimenté, une étude suédoise (39) a mis en place le « win-win concept ». Les patientes incluses bénéficiaient d'un entretien et d'une session d'apprentissage avec tuteur et un mannequin, puis d'une consultation avec un examen pelvien. L'expérience était enrichissante pour les patientes et ils encourageaient les professionnels à montrer des organes « grandeur nature » et à apporter les connaissances tout au long de la consultation afin de permettre à la patiente d'être actrice dans sa prise en charge.

Avec cette approche d'autonomisation ou d'empowerment, le rapport de soumission entre le professionnel et le patient s'efface. Un des freins à cette approche est le temps et l'énergie nécessaires à consacrer par le professionnel de santé.

3. Pistes d'amélioration

Globalement, l'apprentissage de l'examen pelvien est plutôt considéré comme insuffisant par les professionnels de notre étude. Cette difficulté de transmission est d'origine multiple : région anatomique intime, absence de formation initiale (pas de stage en gynécologie, formateur absent, manque d'encadrement). Elle est plus importante pour les médecins généralistes que les sages femmes qui ont une formation initiale centrée sur la région pelvienne.

Par contre, certains professionnels ont pu souligner les points forts de cet apprentissage : la répétition des actes pour affiner le geste, favoriser un stage de gynécologie en ambulatoire ou un stage avec beaucoup de consultations axées médecine générale. Ces pistes d'amélioration pour la formation ont été confirmées par d'autres travaux, dont une thèse du Dr Chambenoit en 2011 (4).

Une des professionnels abordait également la notion de formation à l'échographie en gynécologie pour compléter l'examen pelvien. L'échographie est un examen d'imagerie simple, rapide, et parfois non invasif, qui permet d'aider un praticien à établir un diagnostic. Depuis quelques années, avec les avancées technologiques, de nombreux médecins généralistes se sont formés à l'échographie. Les études suggèrent que l'échographie a toute sa place dans la pratique des médecins généralistes (40). Avec l'amélioration de la technologie, le biais médecin dépendant est de plus en plus faible. L'échographie réalisée par le médecin généraliste modifie la prise en charge du patient, évite un délai de consultation et un déplacement du patient vers un spécialiste ou une consultation aux urgences (41). En médecine générale, l'échographie pelvienne permet principalement de vérifier une grossesse débutante (position intra utérine et datation), la position d'un dispositif intra utérin, la mesure de l'endomètre lors des saignements post ménopausiques (42). Nous n'avons pas retrouvé d'étude spécifique centrée sur l'échographie en gynécologie par les médecins généralistes. Ce travail pourrait être intéressant à explorer.

L'étude ne portait pas sur une discussion autour des compétences partagées entre les professionnels : gynécologues, médecins généralistes et sages femmes. Cette discussion a été le fruit de nombreux débats (43) et les compétences de chacun ont été répertoriées dans un ouvrage « référentiels métiers et compétences », édité en 2010 (44). De ce fait, on peut s'interroger sur comment améliorer les relations entre le trio de professionnels. Lors des entretiens, nous avons pu remarquer qu'il y avait peu de communication entre les médecins généralistes et les sages femmes. Hormis deux professionnels (un médecin généraliste et une sage femme) qui s'étaient rencontrés, les autres ne connaissaient pas les sages femmes ou les médecins généralistes travaillant à proximité.

Il semble judicieux que les professionnels s'organisent ensemble, en fonction de leurs compétences et de leurs souhaits d'exercice, en se positionnant dans le parcours de soins. Par exemple, un professionnel ne suivait plus de nouvelles patientes sur le plan gynécologique et préféraient les adresser aux sages femmes pour ce suivi. Il est nécessaire de développer un esprit de concertation entre les professionnels, de créer un réseau.

La construction du projet interdisciplinaire nécessite une bonne connaissance des compétences et des limites des différents acteurs du suivi. Accepter et respecter ses limites semble être la base de toute confiance et d'un travail en collaboration efficace.

V. CONCLUSION

Notre thèse portait sur l'étude des représentations et des attitudes des médecins généralistes et des sages femmes à propos de l'examen pelvien des femmes asymptomatiques. Les réactions des professionnels de santé à propos de la pertinence de cet examen justifient l'étude et confirment la nécessité d'études sur le sujet puis de recommandations pour guider les pratiques. L'examen pelvien doit être proposé et discuté, sans être imposé à la patiente.

Aucune étude n'a montré les bénéfices de la réalisation de l'examen pelvien en terme de dépistage de cancer gynécologique non cervical ou des infections sexuellement transmissibles, chez les patientes asymptomatiques et hors antécédent gynécologique nécessitant un suivi. Mais notre travail a montré que la pratique de l'examen pelvien chez ces patientes avait un intérêt pour le professionnel en terme d'apprentissage et de rigueur pour le suivi, et apportait des informations complémentaires pouvant être bénéfiques dans la relation avec la patiente.

A travers ce travail, deux pistes d'améliorations à la réalisation de l'examen pelvien ont été dévoilées : la pertinence de l'apprentissage à l'échographie en gynécologie pendant la formation initiale, ainsi que la nécessité de rencontres collaboratives entre professionnels locaux pour organiser le parcours de soins.

Discuter de l'intérêt de l'examen pelvien chez des personnes asymptomatiques ne remet pas en cause la nécessité absolue d'un entretien dédié à la gynécologie pour la patiente.

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français. Examen gynécologique. 2011;78.
2. Assurance Maladie. Dépister le cancer du col de l'utérus grâce au frottis [En ligne]. c2019 [cité le 12 avril 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>.
3. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658>
4. Chambenoit B. La formation médicale initiale à l'examen gynécologique des médecins généralistes dans la région centre : où et comment sont ils formés ? [Thèse d'exercice] Tours : Université François Rabelais ; 2011. 175 p.
5. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Légifrance. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>
6. Article L4151-1 du code de la Santé Publique. Légifrance : 26 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=29990101&categorieLien=cid>
7. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'Ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes. Communiqués de presse. Décembre 2017.
8. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
9. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2014;161(1):67.
10. Frcpc MTS, Gorber SC, Ccfp AM, Thombs BD. Recommendations on routine screening pelvic examination. *CTFPHC Guidelines*. 2016;62:211-4.

11. Comité de défense de la gynécologie médicale [En ligne]. c2005 [cité 13 avr 2019]. Définition de la gynécologie médicale. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php?id_article=25
12. Béguin F, Motet L. Consulter un gynécologue : la grande galère. Le Monde. [En ligne]. c2018. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html
13. Stormo AR, Cooper CP, Hawkins NA, Saraiya M. Physician characteristics and beliefs associated with use of pelvic examinations in asymptomatic women. *Preventive Medicine*. 2012;54(6):415-21.
14. DREES. L'état de santé de la population en France. 6^e édition. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ; 2015.
15. HCE. Gynécologie : des recommandations sont nécessaires sur le suivi de routine et la première consultation. *APM news* [En ligne]. 2018 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.apmnews.com/nostory.php?uid=79452&objet=322408>
16. InfoCancer. Cancer de l'ovaire : l'épidémiologie [En ligne]. c2018 [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-de-l-ovaire/maladie/avant-propos.html/>
17. Cancer et environnement. Facteurs de risque de cancer de l'endomètre [En ligne]. c2018 [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/415-Cancer-de-lendometre.ce.aspx>
18. Faltin D-L. Épidémiologie et définition de l'incontinence urinaire féminine. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (JGYN)*. 2010;38(8):146-7
19. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Progrès en Urologie*. 2009;19(13):907-9.
20. Janier M. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. 2016;143(11):701-2.
21. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion No. 534: well-woman visit. *Obstet Gynecol*. 2012;120(2):421-4.

22. Tonelli M, Gorber SC, Moore A, Thombs BD. Recommendations on routine screening pelvic examination: Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline. *Canadian Family Physician*. 2016;62(3):211-4.
23. Amram-Benamran ML, Cochet S, Sappino AP, Petignat P. Dépistage du cancer de l'ovaire : recommandations pour la pratique clinique. *Revue Médicale Suisse (RevMed)*. 2010;6:1062-6.
24. ACOG. Committee Opinion No. 754: The Utility of and Indications for Routine Pelvic Examination. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):174-7.
25. Guirguis-Blake JM, Henderson JT, Perdue LA. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;317(9):954-66.
26. Wiebe Skouta R, Duff E. Bimanual Examinations in Asymptomatic Well Women: Interpreting Current Practice Guidelines. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2014;10(8):623-4.
27. Henderson JT, Harper CC, Gutin S, Saraiya M, Chapman J, Sawaya GF. Routine bimanual pelvic examinations: practices and beliefs of US obstetrician-gynecologists. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;208(2):109-7.
28. Examen gynécologique pelvien. Pas de toucher vaginal systématique en l'absence de symptôme. *Rev Prescrire*. 2017;37(405):528-2
29. Morvan P, Paris A-C. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales [Mémoire de sage-femme]. Caen : Université de Caen ; 2015. 69p.
30. Chevallier M. Le toucher vaginal, ce geste... [Mémoire de sage-femme]. Rouen : Université de Rouen ; 2012. 96p.
31. McNicholas C, Peipert JF. Is It Time to Abandon the Routine Pelvic Examination in Asymptomatic Nonpregnant Women? *JAMA*. 2017;317(9):910-1.
32. Vaillant A-C, Savage A. Approche de l'expérience par les femmes de la position et de l'examen gynécologique: une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. France; 2015. 283p.
33. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique: une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier; 2017. 111p.

34. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*. 2002;27(3):81-92.
35. Norrell LL, Kuppermann M, Moghadassi MN, Sawaya GF. Women's beliefs about the purpose and value of routine pelvic examinations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(1):86-6.
36. Sawaya GF, Smith-McCune KK, Gregorich SE, Moghadassi M, Kuppermann M. Effect of professional society recommendations on women's desire for a routine pelvic examination. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017;217(3):338-7.
37. Siwe K, Wijma B, Berterö C. 'A stronger and clearer perception of self'. Women's experience of being professional patients in teaching the pelvic examination: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(8):890-5.
38. Swift C, Levin G. Empowerment: An emerging mental health technology. *J Primary Prevent*. 1987;8(1):71-94.
39. Siwe K, Berterö C, Wijma B. Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: A win-win concept. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013;4(2):73-7.
40. Arbonville A. L'échographie doit elle faire partie du plateau technique du médecin généraliste en 2012 ? [Thèse d'exercice]. Reims : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012. 80p.
41. Renaudin C. Intérêt de l'échographie dans la prise en charge des patients au cours de la consultation de médecine générale [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2015. 49p.
42. Many E. Utilisation de l'échographie par les médecins généralistes en France : enquête descriptive [Thèse d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2016. 76p.
43. Trossat F. Partage de compétences dans la pratique gynécologique : opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. [Thèse d'exercice] Lyon : Université de Lyon; 2017. 212p.
44. CASSF, CNGE, CNOSE, CNGOF, Mission nationale. Référentiels métiers et compétences. Berger Levrault ; 2010.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Je viens de finir mon internat et je m'intéresse à la réalisation de l'examen pelvien par les médecins généralistes/sages femmes chez les femmes asymptomatiques de plus de 25 ans et en dehors de la grossesse, c'est à dire la réalisation du toucher vaginal et l'examen au spéculum, sans la réalisation du frottis cervico-vaginal.

Les données seront enregistrées et anonymisées

1/ Vous souvenez vous de votre dernière consultation où vous avez réalisé un examen gynécologique. Est ce que vous voudriez bien me la raconter ?
(avec point appel / sans point appel ?)

... si symptômes ou FCV et si possible

Et si, votre patiente était venue sans symptômes, comment se serait déroulée la consultation ? Auriez vous fait un examen si la patiente n'avait pas présenté de symptômes ?

Y'a t il des consultations de gynécologie où vous ne réalisez pas d'examen clinique pelvien ?
(circonstances où on ne fait pas d'examen pelvien)

2/ Vous m'avez raconté une consultation où votre patiente n'avait pas de point d'appel et...

... vous avez réalisé un examen pelvien

Qu'est ce que vous en attendiez ?

(De réaliser l'examen) Qu'est ce que cela vous a apporté (à vous)? à la patiente ? et au niveau relationnel, cela a t il modifié des choses ?

... vous n'avez pas réalisé d'examen pelvien

Est ce que vous pensez que ce n'était pas utile ? et pourquoi ?

Ce moment de l'examen influence t il particulièrement votre lien / relation avec la patiente ?

3/ Comment avez vous été accompagné à la réalisation de l'examen pelvien pendant vos années de formation (qui comprend le toucher vaginal et spéculum) ?

Quel regard portez vous sur votre formation aujourd'hui ? (*pensez vous avoir eu une formation convenable ?*)

Est-ce qu'à un moment, vous avez critiqué (ou on vous a fait critiquer) la pertinence de l'examen pelvien ?

Avez vous l'impression que votre pratique a évolué ? dans quel sens ?

(*Est ce que vous faites votre examen différemment par rapport aux premiers examens/expériences ?*)

4/ Comment considérez vous l'examen pelvien vis-à-vis du dépistage ?

(Ne) Pensez vous (pas) que la réalisation de l'examen pelvien est un bon moyen d'aborder des sujets de prévention ?

(Comme les IST, incontinence urinaire, prolapsus

Comme les troubles de la sexualité

Comme l'éducation aux symptômes qui doivent faire consulter)

5/ Qu'est ce que vous pensez que la (votre ?) patiente attend de cet examen (quand elle vient en consultation, se mettre à sa place) ? Comment le vit-elle? Est-ce un examen rassurant ?

6/ Les sages femmes peuvent effectuer des examens pelviens qu'en pensez vous ? Quelle est leur approche de l'examen pelvien selon vous ?

Ou...

Les médecins effectuent des examen pelviens lors des suivis gynécologiques par exemple, que pensez vous de leur examen pelvien ? Quelle est leur approche selon vous ?

7/ Ce moment de l'examen influence t il particulièrement votre lien / relation avec la patiente ?

Annexe 2 : Tableau comparatif des 2 recommandations américaines principales ACP et ACOG

TABLE 1	
Salient points of original statements by professional societies regarding recommendations for pelvic examinations and plain-language summaries	
ACP	ACOG
Salient points of original statements	
<p>Recommendation: ACP recommends against performing screening pelvic examination in asymptomatic, nonpregnant, adult women (strong recommendation, moderate-quality evidence).</p> <p>Benefits of screening: None identified; "...there is indirect evidence that pelvic examination (as distinct from cervical cancer screening) in asymptomatic, adult women does not reduce morbidity or mortality rates."</p> <p>Harms of screening: Unnecessary laparoscopies or laparotomies, fear, embarrassment, anxiety, pain or discomfort, avoidance of necessary care; "Many false positive findings are associated with pelvic examination, with attendant psychological and physical harms, as well as harms associated with the examination itself. Harms of pelvic examination include unnecessary laparoscopies or laparotomies, fear, anxiety, embarrassment, pain, and discomfort."</p> <p>"The current evidence shows that harms outweigh any demonstrated benefits associated with the screening pelvic examination."</p>	<p>Recommendation: "Annual pelvic examination of patients 21 years of age or older is recommended."</p> <p>"At this time, this recommendation is based on expert opinion, and limitations of the internal pelvic examination should be recognized."</p> <p>ACOG "guidelines recommend that a pelvic examination be performed on an annual basis in all patients aged 21 years and older. No evidence supports or refutes the annual pelvic examination or speculum and bimanual examination for the asymptomatic, low-risk patient. An annual pelvic examination seems logical, but also lacks data to support a specific time frame or frequency of such examinations. The decision whether or not to perform a complete pelvic examination at the time of the periodic health examination for the asymptomatic patient should be a shared decision after a discussion between the patient and her health care provider."</p>
Plain-language summaries used in this study	
<p>Many providers follow recommendations of a group called the American College of Physicians. In 2014, the College looked at research about doing pelvic examinations in women with no health problems.</p> <p>For these women:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The College found no scientific evidence that pelvic examinations improve health. • The College found some evidence of harm, including "false-alarms" that lead to further testing and occasionally lead to unnecessary surgery. • The College concluded that pelvic examinations are more harmful than beneficial. • The College strongly recommends against doing pelvic examinations in women with no health problems. 	<p>Many providers follow recommendations of a group called the American College of Obstetricians and Gynecologists. In 2012, the College made recommendations about doing pelvic examinations in women with no health problems.</p> <p>For these women:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The College said there is no scientific evidence that such women should have annual pelvic examination. • The College also said there is no scientific evidence that such women should NOT have annual pelvic examination. • The College believes that each woman should discuss whether or not to have pelvic examination with her provider before deciding to have one. • Based on expert opinion, the College recommends doing annual pelvic examinations in women with no health problems.
<p><small>ACOG, American Congress of Obstetricians and Gynecologists; ACP, American College of Physicians. Sawaya et al. Society recommendations and routine pelvic examinations. Am J Obstet Gynecol 2017.</small></p>	

VIII. Liste des abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

ACP : American College of Physicians

DES : diplôme d'études spécialisées

EPPA : examen pelvien pour une patiente asymptomatique

FCV : frottis cervico vaginal

HAS : Haute autorité en Santé

HCE : Haut Conseil d'Égalité entre hommes et femmes

JAMA : Journal American Medical Association

MG : médecin généraliste

MST : maladie sexuellement transmissible

SF : sage-femme

TV : toucher vaginal

USPSTF : United States Preventive Services Task Force

GIAMPICCOLO Emmanuelle – Examen pelvien des patientes asymptomatiques et non gravides : attitudes et représentations des médecins généralistes et des sages femmes.

feuilles, tableaux, 30 cm. - Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N°

Résumé français

Contexte : L'évolution de la démographie médicale a pour conséquence un suivi gynécologique de plus en plus réalisé par les médecins généralistes et les sages femmes. En 2014, la société américaine et celles d'autres pays comme le Canada ne recommandent plus la réalisation de l'examen pelvien des patientes asymptomatiques (EPPA). En France, le suivi gynécologique est recommandé mais il n'existe aucune étude sur la pertinence de l'EPPA. De plus, la formation initiale est insuffisante.

Objectif : analyser les représentations et les attitudes des médecins généralistes et des sages femmes à propos de la réalisation de l'examen pelvien chez des patientes asymptomatiques

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été menée de novembre 2017 à avril 2018, avec une analyse inductive selon la méthode de la théorisation ancrée, puis triangulation des données.

Résultats : 15 entretiens (10 de médecins généralistes et 5 de sages femmes) ont été analysés. Les attitudes des professionnels de santé étaient variées par rapport à l'EPPA, du fait notamment d'un examen intrusif et intime pour la patiente. Les multiples représentations soulignent la difficulté de répondre à la question de la pertinence de l'EPPA. Elles comprenaient, entre autres, le souhait de dépistage, la légitimité, les attentes des patientes, le rôle de prévention, l'autonomisation des patientes. De plus, les médecins généralistes et les sages femmes communiquaient très peu entre eux sur leurs pratiques.

Conclusion : L'ambivalence des professionnels à propos de leurs attitudes et représentations de l'EPPA met en exergue la nécessité de recommandations pour orienter les pratiques.

Rubrique de classement : Gynécologie

Mots-clés : Examen pelvien de dépistage – patiente asymptomatique – recherche qualitative – suivi gynécologique

Mots-clés anglais MeSH : Screening pelvic examination – asymptomatic women – qualitative research – routine pelvic examination

Président : Professeur LAVOUE Vincent

JURY :

Assesseurs : Docteur CHORR Sidonie [directrice de thèse]
GUERMEUR Jocelyne
Professeur LEVEQUE Jean