



HAL
open science

**L'examen gynécologique en décubitus latéral :
exploration du ressenti des patientes par une étude
quantitative réalisée à travers établissement d'un
protocole destiné aux professionnels de sant**

Clémence Brun-Cottan

► **To cite this version:**

Clémence Brun-Cottan. L'examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude quantitative réalisée à travers établissement d'un protocole destiné aux professionnels de sant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02569558

HAL Id: dumas-02569558

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02569558>

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

Clémence BRUN-COTTAN

Née le 04/06/1990 aux Lilas

**L'examen
gynécologique en
décubitus latéral :
Exploration du ressenti
des patientes par une
étude quantitative
réalisée à travers
l'établissement d'un
protocole destiné aux
professionnels de santé**

**Thèse soutenue à Rennes, le
05/12/2019**

Devant le jury composé de :

Jean LEVEQUE

PU-PH Gynécologie Obstétrique, CHU Rennes
/ Président

Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU

PU-PH Cytogénétique et biologie cellulaire,
CHU Rennes / Juge

Fabrice FOUCHER

PH Gynécologie Obstétrique, CHU Rennes /
Juge

Sidonie CHHOR

MCA - Médecin généraliste libéral – Rennes /
Juge

Dr. Frédéric Beuneux

Médecin généraliste libéral / Directeur de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL	Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID	Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE	Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUGUEN	Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRASSIER	Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
CARRE	François	PU-PH	Physiologie
CATROS	Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CORBINEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	PU-PH	Anatomie

DAVID	Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN	Jacques	Professeur associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER	Renaud	PU-PH	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX	Olivier	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES	Benoît	PU-PH	Pneumologie; addictologie
DONAL	Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY	Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY	Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
FERRE	Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
FEST	Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
FLECHER	Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON	Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX	Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY	Benoit	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLÉ	François	PU-PH	Urologie
GUYADER	Dominique	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN	Claire	PU-PH	Anatomie

HOUOT	Roch	PU-PH	Hématologie; transfusion
JEGO	Patrick	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillessement; addictologie
JEGOUX	Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	PU-PH	Pneumologie; addictologie
KAYAL	Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
LAMY CHAPELLE	DE LA Thierry	PU-PH	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE	Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE TULZO	Yves	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ	Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie Médecine
LEJEUNE	Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO	Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE	Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER	Romain	PU-PH	Urologie
MENER	Eric	Professeur associé	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MOIRAND	Romain	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

MORANDI	Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL	Vincent	Professeur associé	Médecine palliative
MOSSER	Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET	Florian	PU-PH	Thérapeutique- Médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER	Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS	Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL	Célia	PU-PH	Histologie; embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Professeur associé	Médecine générale
REVEST	Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES	Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN	Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

SEMANA	Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	PU-PH	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME	Dominique	PU-PH	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT	Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ	Jean-Marc	PU-PH	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE	Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAULT	Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAULT	Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL	Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY	Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

BOUGET	Jacques	Professeur des Universités EMERITE	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BRETAGNE	Jean-François	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT	Pierre	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CHALES	Gérard	Professeur des Universités EMERITE	Rhumatologie
DAUBERT	Jean-Claude	Professeur des Universités EMERITE	Cardiologie
DEUGNIER	Yves	Professeur des Universités EMERITE	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
EDAN	Gilles	Professeur des Universités CONSULTANAT	Neurologie
HUSSON	Jean-Louis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEGUERRIER	Alain	Professeur des Universités EMERITE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MALLEDANT	Yannick	Professeur des Universités EMERITE	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MICHELET	Christian	Professeur des Universités EMERITE	Maladies infectieuses; maladies tropicales

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM	PRENOM	TITRE	CNU
ALLORY	Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT	Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELM	Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BANATRE	Agnès	MC Associé	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC	Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI	Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET	Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	MCU	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	MC Associé	Médecine générale
CORVOL	Aline	MCU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC	Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	MC Associé	Médecine générale
GANGLOFF	Cédric	MC Associé	Médecine d'urgence
GARLANTEZEC	Ronan	MCU-PH	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD	Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MARTINS	Pédro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD	Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL	Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU	Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	MCF	Informatique
PANGAULT	Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	MCU-PH	Physiologie
TURLIN	Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse	Marie-	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ;
LORNE	Clémence		pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Levêque, qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui nous fait ainsi bénéficier de son expérience en tant que spécialiste en gynécologie-obstétrique et en tant qu'enseignant.

A Monsieur le Professeur Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU, merci d'avoir pu être disponible au pied levé pour faire partie du jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Fabrice Foucher, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

A Madame la Docteur Sidonie Chhor qui a également accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Frédéric Beuneux, qui m'a guidée pendant mes trois années d'internat en tant que tuteur, et qui a accepté de diriger cette thèse, je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Merci au Docteur « Borée » qui m'a donné la permission d'utiliser ses dessins pour ma thèse.

Merci aux médecins généralistes et aux sages-femmes qui ont participé à l'étude. Merci pour leurs conseils et nos échanges.

Merci aux patientes et aux patients, qui m'apprennent chaque jour d'avantage et qui me poussent à me dépasser.

A ma mère, qui la première m'a donné le goût de l'humain et m'a fait partager son regard sur les femmes. Merci pour ton soutien, tes encouragements et ton amour.

A mon père, qui m'a donné le goût de l'exigence et du dépassement et qui m'a orientée vers les études de médecine.

A mon frère Baptiste, qui bien que loin au bout de la France, est toujours présent pour moi.

A ma « petite » Daphné qui est devenue grande, et qui a largement contribué à cette thèse par ses relectures et ses corrections.

A mes amis qui ont fait de ces années de médecine une aventure aussi belle, et plus particulièrement à Colline et Arsène.

A Marc, pour ton amour si précieux. Pour ta patience, tes encouragements, ta générosité et ta confiance en moi. Pour ta présence de tous les instants à mes côtés. A toutes nos années passées et celles à venir.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES	14
LISTE DES ILLUSTRATIONS	15
LISTE DES ABREVIATIONS	17
RESUME FRANÇAIS	18
ABSTRACT	19
INTRODUCTION	20
1. MATERIEL ET METHODES	22
1.1 Description des différentes positions	22
1.1.1 Position gynécologique « standard »	22
1.1.2 Position gynécologique en décubitus latéral	22
1.1.3 Protocole d'examen pour la réalisation du frottis	23
1.2 Population	25
1.2.1 Médecins et sages-femmes	25
1.2.2 Patientes	25
1.3 Questionnaire	26
1.4 Type d'étude et analyse statistique	28
2. RESULTATS	29
2.1 Les patientes	29
2.2 Le refus des patientes	36
2.3 Les professionnels de santé	36
3. DISCUSSION	38
3.1 Forces de l'étude	38
3.2 Limites de l'étude	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

LISTE DES DOCUMENTS ANNEXES

Annexe 1 : Protocole destiné aux professionnels de santé

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patientes

Annexe 3 : Questionnaire en cas de refus patiente

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux professionnels de santé

Annexe 5 : Commentaires écrits et oraux

Annexe 6 : Tableau statistiques de recueil – patientes - numéro 1

Annexe 7 : Tableau statistiques de recueil – patientes - numéro 2

Annexe 8 : Tableau statistiques de recueil – patientes - numéro 3

Annexe 9 : Tableau statistiques de recueil – patientes - numéro 4

Annexe 10 : Tableau statistiques de recueil – refus patientes

Annexe 11 : Tableau statistiques de recueil – professionnels de santé

Annexe 12 : Analyse statistique concernant les patientes

Annexe 13 : Analyse statistique concernant les professionnels de santé

LISTE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Examen gynécologique en position standard – page 22

Figure 2 : Examen gynécologique en décubitus latéral – page 22

Figure 3 : Dessin issu du blog de Borée – page 23

Figure 4 : Dessin issu du blog de Borée - page 23

Figure 5 : Dessin issu du blog de Borée – page 24

Figure 6 : Dessin issu du blog de Borée - page 24

Figure 7 : Répartition de l'âge des patientes - page 29

Figure 8 : Évaluation du contact visuel - page 34

Figure 9 : Position souhaitée lors du prochain examen – page 36

Tableau 3 : Dépistage régulier en fonction de la catégorie socio-professionnelles - page 29

Tableau 6 : Simplicité de la position sur le côté par rapport à la PS - page 30

Tableau 7 : Évaluation du confort de la position sur le côté - page 31

Tableau 8 : Évaluation du confort de la position sur le côté par rapport à la PS - page 31

Tableau 9 : Évaluation de la douleur dans la position sur le côté - page 31

Tableau 10 : Évaluation de la douleur en position sur le côté par rapport à la PS - page 31

Tableau 11 : Évaluation de la pudeur en position sur le côté - page 32

Tableau 12 : Évaluation de la pudeur dans la position sur le côté par rapport à la PS - page 32

Tableau 13 : Évaluation de l'anxiété dans la position sur le côté - page 32

Tableau 14 : Évaluation de l'anxiété par rapport à la PS – page 32

Tableau 15 : Souhait de faire un examen sur le côté en fonction de l'anxiété - page 32

Tableau 16 : Évaluation de l'anxiété en fonction du confort - page 33

Tableau 17 : Évaluation de la douleur en fonction du confort - page 33

Tableau 18 : Patientes qui recommandent la nouvelle position en fonction du frottis - page 34

Tableau 19 : Patientes qui souhaitent se faire examiner sur le côté en fonction du frottis - page 35

Tableau 20 : Position préférée pour l'examen - page 35

Tableau 21 : Échelle de satisfaction globale pour la position sur le côté - page 35

Tableau 22 : Nombre de patientes qui recommandent la position sur le côté - page 36

LISTE DES ABREVIATIONS

ADSF : Agir pour le Développement de la Santé des Femmes

CSP : Classe Socio Professionnelle

FCU : Frottis Cervico Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PS : Position Standard

RESUME FRANÇAIS

Introduction : Le pourcentage de femmes se faisant régulièrement dépister pour le cancer du col de l'utérus par frottis cervico utérin (FCU) n'est pas suffisant malgré les campagnes gouvernementales et l'investissement des professionnels de santé. En effet, 50% des femmes n'ont pas fait de FCU de dépistage tous les 3 ans. Il est légitime de se demander si la réticence des femmes à se faire dépister ne proviendrait pas en partie de la façon de se faire examiner et donc de la position utilisée pour l'examen gynécologique. La position gynécologique en décubitus latéral ou sur le côté est une alternative à la position standard trop peu connue et utilisée.

Objectif : Évaluation de la position gynécologique en décubitus latéral chez les femmes entre 25 et 65 ans lors de la réalisation d'un FCU par une étude quantitative.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, comparative et prospective. Les patientes et les professionnels de santé ont été recrutés de juin 2018 à avril 2019. L'étude a été menée sur 54 patientes, âgées de 19 à 60 ans.

Le ressenti des patientes est évalué par la douleur, l'anxiété, la pudeur, le confort et l'appréciation du contact visuel.

L'évaluation par les professionnels de santé de cette nouvelle position est un objectif secondaire de l'étude.

Résultats : 54 patientes et 9 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. Les patientes ont trouvé la position sur le côté plus simple d'installation dans 61% des cas, et plus confortable dans 68% des cas. Elles ont ressenti moins de douleur dans 50% des cas et ont trouvé leur pudeur d'avantage préservée dans 85% des cas. Les patientes qui ne se font pas dépister régulièrement recommandent plus souvent cette nouvelle position. Elles souhaitent se faire de nouveau examiner sur le côté. Dans 80% des cas la position préférée pour les patientes est la position sur le côté. L'absence de contact visuel n'a été déterminante, ni pour les patientes, ni pour les professionnels de santé.

La position préférée des professionnels de santé reste la position standard.

Conclusion : L'étude quantitative réalisée met en évidence la préférence des patientes pour la position sur le côté, et leur volonté de se faire de nouveau examiner dans cette position lors des futurs examens gynécologiques. Cette nouvelle position, si elle n'est pas à généraliser pour tous les examens, peut être une piste pour améliorer le suivi des patientes et le dépistage du cancer de l'utérus par FCU. Les professionnels de santé apprécient cette nouvelle position, mais ne se sentent pas forcément à l'aise pour la pratiquer et la proposer de façon régulière.

Mots clefs : Frottis cervico utérin - Position gynécologique - Position gynécologique en décubitus latéral - Ressenti des patientes - Dépistage

ABSTRACT

Introduction : The number of women who regularly test for a cervical cancer screening is still not enough, even though government health campaigns are increasing. Indeed, 50% of women don't take cervical smear every 3 years. Therefore, we can wonder if the women's reluctance for the cancer screening comes from the position used by doctors during the pelvic exam. There is another gynecological position : the lateral decubitus position, which is not frequently used by general practitioners and gynecologists.

Objective : Quantitative study to assess the use of the lateral decubitus position for the cervical cancer screening, carried out on women, aged 25 to 65.

Material and methods : This is a quantitative, descriptive, comparative and prospective study. Patients and health professionals were recruited between June 2018 and April 2019. The study was carried out on 54 patients, aged 19 to 60. The patients's perception is measured with five criteria: pain, anxiety, modesty, comfort and the extent of eye-contact between patients and doctor. The secondary objective of the study is to investigate the practice of this new gynecological position by health professionals.

Results : In the study, 54 patients and 9 health professionals have been included. Patients found the installation in the lateral decubitus position easier than the standard position at a 61% rate, and more comfortable at a 68 % rate. 50 % of them felt less pain and 85 % felt that their modesty was more preserved. Patients who don't regularly get tested are the ones that recommend the most this new position. Moreover, they also ask more for a forward exam in the new position.

In 80% of cases the patients favorite position is the lateral decubitus position. The lack of visual contact was not decisive either for patients and health professionals. For the practitioner, the standard position is still the most appreciated.

Conclusion : This quantitative study highlights the patient's preference for the lateral decubitus position and their will to get tested in this position again. This new position is not to use for all pelvic's exams, but it can be a way to improve the screening rate for cervical cancer. Practitioners appreciate this position but are not totally convinced by its practicability.

Keywords : Cervical smear - Gynecological position - Gynecological position in lateral decubitus - Patient's perception - Screening

INTRODUCTION

Malgré les campagnes d'information du ministère de la santé et l'investissement des professionnels de santé, le pourcentage des femmes régulièrement dépistées pour le cancer du col de l'utérus par un frottis cervico utérin (FCU) demeure insuffisant (1).

En 2018, il a été diagnostiqué 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, avec 1100 décès. C'est le 8ème cancer chez les femmes en France (2).

La couverture de dépistage n'est pas optimale. En effet, 50% des femmes n'ont pas réalisé de FCU de dépistage tous les 3 ans (3).

C'est le seul cancer en France pour lequel le pronostic se dégrade : le taux de survie à 5 ans est passé de 68% en 1990 à 62 % en 2010. L'explication de cette dégradation réside en partie dans l'absence ou la réalisation tardive du dépistage (2).

Un des objectifs du plan cancer 2014-2019 était de réduire l'incidence et le nombre de décès de ce cancer de 30% en 10 ans, notamment en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé (3).

Au vu de ces chiffres, il est intéressant de se demander si la réticence des femmes à se faire dépister pourrait provenir de l'examen gynécologique, et plus particulièrement de la position utilisée.

De nombreuses études mettent en évidence les réticences des femmes à consulter pour un motif gynécologique. L'aspect intrusif de l'examen est source d'angoisse et de gêne chez les femmes. Il est souvent accompagné de douleur, d'inconfort et d'une atteinte à la pudeur (4).

En alternative à la position gynécologique standard (patiente en décubitus dorsal avec les pieds dans les étriers, l'examineur entre les jambes), d'autres positions gynécologiques existent (5), dont celle en décubitus latéral. Malheureusement elles sont peu connues et peu enseignées (6).

En dehors de quelques thèses de médecine générale et de mémoires de sages-femmes, il n'y a pas de publications sur la position gynécologique en décubitus latéral.

Elle est surtout utilisée dans les salles d'accouchement par les sages-femmes qui connaissent ses avantages : un nombre plus faible d'épisiotomie, meilleure oxygénation du fœtus par absence de compression de la veine cave inférieure maternelle, meilleure ouverture du bassin ce qui facilite l'engagement et la descente du fœtus (7), (8). Cette pratique reste cependant très confidentielle pour l'examen gynécologique standard (9).

L'objectif de cette thèse est de voir s'il est possible d'améliorer le vécu de l'examen gynécologique en utilisant la position en décubitus latéral, et ainsi espérer augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus.

De plus cette thèse interroge le ressenti des professionnels de santé par rapport à cette nouvelle position. En effet, nous remarquons que la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens se poursuit (10), (11). Les médecins généralistes et les sages-femmes prennent donc de plus en plus le relais du suivi gynécologique simple et de prévention (12). Ce sont eux qui seront en première ligne pour effectuer le FCU. C'est pourquoi j'ai voulu profiter de mon travail de thèse pour créer un protocole simple à destination des professionnels de santé leur permettant d'utiliser la position en décubitus latéral dans leur pratique quotidienne au cabinet.

1. MATERIEL ET METHODES

1.1 Description des différentes positions

1.1.1 Position gynécologique « standard »



Figure 1

Dans cette thèse la position gynécologique dite « standard » est celle la plus couramment utilisée.

Cette position s'effectue sur une table gynécologique, la patiente est en décubitus dorsal, les pieds sont dans les étriers et le périnée est au bord de la table d'examen. L'examineur se trouve entre les jambes de la patiente, assis sur un tabouret, la lumière derrière ou au-dessus de lui.

1.1.2 Position gynécologique en décubitus latéral



Figure 2

Cette position ne nécessite pas de table d'examen spécifique, à l'inverse de la position standard. Dans cette étude, nous avons utilisé la position en décubitus latéral obstétrical, c'est à dire : pour un examinateur droitier, la patiente s'installe en décubitus latéral gauche, la jambe gauche tendue et la droite fléchie, le genou droit étant posé sur la table (voir Figure ci-dessous). Il existe des variantes de cette position, notamment la position de Sims où les deux jambes sont fléchies contre le torse.

Dans cette position il est peu pratique d'avoir une lumière sur pied car le corps de l'examineur cache la lumière. Une lampe frontale est plus adaptée.

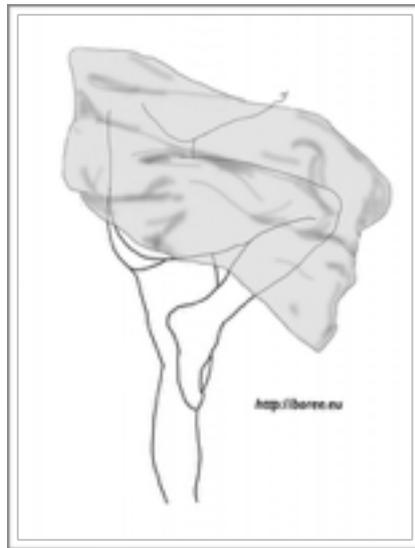


Figure 3

1.1.3 Protocole d'examen pour la réalisation du frottis

L'examineur se positionne sur le côté de la table d'examen, derrière les cuisses de la patiente.

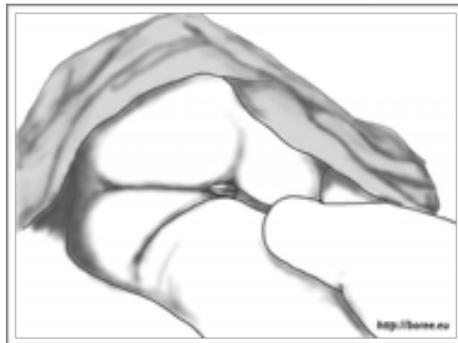


Figure 4

D'une main (gauche pour le droitier et inversement pour le gaucher), il faut alors soulever la fesse et la grande lèvre supérieures pour dégager la vulve et introduire le spéculum avec l'autre main.



Figure 5

Le spéculum doit venir s'appuyer sur la fourchette postérieure (qui est peu sensible) et se diriger selon l'axe du corps.

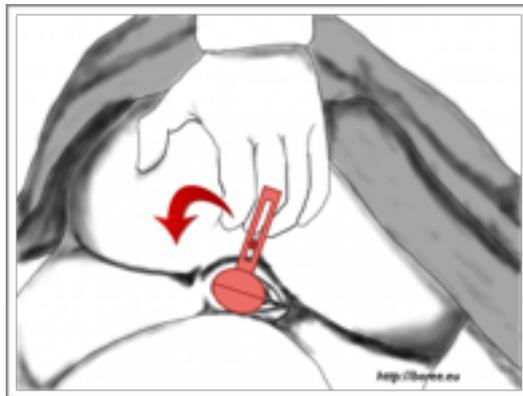


Figure 6

Comme dans la position classique, il faut pivoter le spéculum à mi-course avant d'ouvrir les valves. Le frottis peut alors être réalisé.

1.2 Population

1.2.1 Médecins et sages-femmes

Les professionnels de santé, médecins et sages-femmes, ont été recrutés au sein de l'Ille et Vilaine, par demande directe (sept par appel téléphonique et un par le planning familial).

Après un entretien en personne expliquant l'intérêt de l'étude et sa réalisation, le protocole sous format papier est remis ainsi qu'une dizaine de questionnaires à remettre aux patientes après la réalisation de l'examen gynécologique. Quelques questionnaires en cas de refus sont également proposés.

Un questionnaire pour le professionnel de santé doit être rempli à la fin de l'étude pour explorer son ressenti face à cette nouvelle position.

Pour l'étude, 6 médecins et 3 sages-femmes ont été recrutés.

L'âge des médecins est compris entre 26 et 45 ans. Ils pratiquent tous la gynécologie de façon courante dans leur cabinet comme l'indique le nombre de frottis réalisé par mois (entre 5 et 10).

5 médecins sur 6 avaient déjà entendu parler de la position sur le côté mais aucun ne l'avait mis en pratique avant l'étude.

L'âge des sages-femmes est compris entre 35 et 44 ans. Elles exercent toutes en libéral. Elles réalisent entre 5 et 10 frottis par mois. Toutes les 3 connaissaient déjà la position pour l'avoir pratiquée en salle de naissance mais seulement une l'utilise couramment dans son cabinet pour les actes de gynécologie.

1.2.2 Patientes

Les patientes ont été recrutées directement par les professionnels de santé lors d'un examen gynécologique de routine.

Les femmes ciblées sont des femmes entre 25 et 65 ans selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) pour la réalisation d'un frottis de dépistage. La patiente doit avoir été examinée au moins une fois en position gynécologique standard (examen de référence).

Après la réalisation du frottis, le questionnaire est à remplir par les patientes de façon anonyme.

Les patientes ont toutes donné leur accord verbal pour l'inclusion dans l'étude.

Si une patiente refuse d'être examinée dans cette position différente, le questionnaire dit « de refus » lui est proposé afin d'en connaître les raisons.

L'étude a été menée sur 54 patientes, âgées de 19 à 60 ans. Deux questionnaires de refus ont été remplis.

1.3 Questionnaire

Le questionnaire est imprimé sur une page recto verso, à donner à la patiente après l'examen. La première partie du questionnaire concerne les données socio professionnelles des patientes (13) et leurs expériences antérieures concernant le dépistage du frottis. Puis il y a une évaluation de leurs connaissances concernant cette nouvelle position.

La deuxième partie du questionnaire évalue le ressenti des patientes et leur envie de se faire de nouveau examiner dans cette position.

Le critère de jugement principal de cette étude est l'évaluation du ressenti de la patiente suite à un examen gynécologique dans la position sur le côté.

Premièrement, les patientes évaluent la position en décubitus latéral, puis elles comparent cette nouvelle position à leurs examens gynécologiques antérieurs (donc en position standard).

Pour cela, l'expérience de la patiente est définie par cinq critères : la douleur, l'anxiété, la pudeur, le confort et l'appréciation du confort visuel. Ces notions sont extrêmement subjectives, donc particulièrement complexes à traduire en données quantitatives. Pour contourner cette difficulté j'ai utilisé différents types d'échelles évaluatives.

Pour le confort et le respect de la pudeur une échelle verbale en 4 temps a été choisie.

Par exemple :

- En terme de confort, l'examen réalisé aujourd'hui était-il :
Inconfortable / Moyennement confortable / Confortable / Très confortable
- Par rapport à un examen standard :
Moins confortable / Pas de différence / Plus confortable / Beaucoup plus confortable

Pour la douleur et l'anxiété une échelle visuelle analogique est utilisée. Un trait de 10 cm est tracé entre deux positions extrêmes. Les patientes placent un trait à l'endroit qui représente au mieux leur ressenti. Je traduis ensuite ce placement en centimètre pour obtenir une échelle quantitative.

Par exemple :

- En terme de douleur, l'examen réalisé était-il : (placez un trait où vous vous situez)
Indolore —————> Très douloureux

A la fin du questionnaire il est demandé : quelle position préfère la patiente ? Une échelle de satisfaction globale, elle aussi sous forme d'échelle visuelle analogique est proposée.

- Globalement vous avez préféré vous faire examiner :
En position standard / En position sur le coté
- Échelle de satisfaction globale sur cette nouvelle position (placez un trait où vous vous situez)
Insatisfaite —————> Très satisfaite

Ce questionnaire apprécie aussi la simplicité d'installation dans la position en décubitus latéral pour la patiente :

- Cette position a-t-elle été simple pour vous : OUI / NON
- Est-ce plus simple que dans la position habituelle :
OUI / NON / PAS DE DIFFERENCE

Et la projection des patientes dans le futur vis à vis de cette nouvelle position :

- Aimeriez-vous être de nouveau examinée dans cette position : OUI / NON
- Allez-vous recommander cette position autour de vous : OUI / NON

J'ai profité de cette étude pour connaître l'avis des médecins et des sages-femmes concernant cet examen gynécologique différent. Chaque professionnel de santé a rempli un questionnaire à la fin de l'étude pour le bilan de leur expérience. (Voir questionnaire annexe)

1.4 Type d'étude et analyse statistique

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, comparative et prospective.

Les patientes et les professionnels de santé ont été recrutés de juin 2018 à avril 2019.

Les réponses recueillies par tous les questionnaires ont été analysées à l'aide du logiciel Excel.

Les variables sont présentées sous forme d'effectifs accompagnés des pourcentages. Des tableaux de contingence ont ensuite été créés à l'aide de tableaux croisés dynamiques. Ces tableaux nous permettent d'étudier l'influence d'une variable sur une autre (par exemple la douleur sur l'anxiété).

L'efficacité d'un tableau croisé dynamique repose sur une base de données correctement structurée. Certaines variables ont donc dû être retravaillées avant de pouvoir les exploiter, notamment les échelles numériques.

2. RESULTATS

2.1 Les patientes

Pour l'étude, 54 questionnaires de patientes ont été recueillis et analysés.

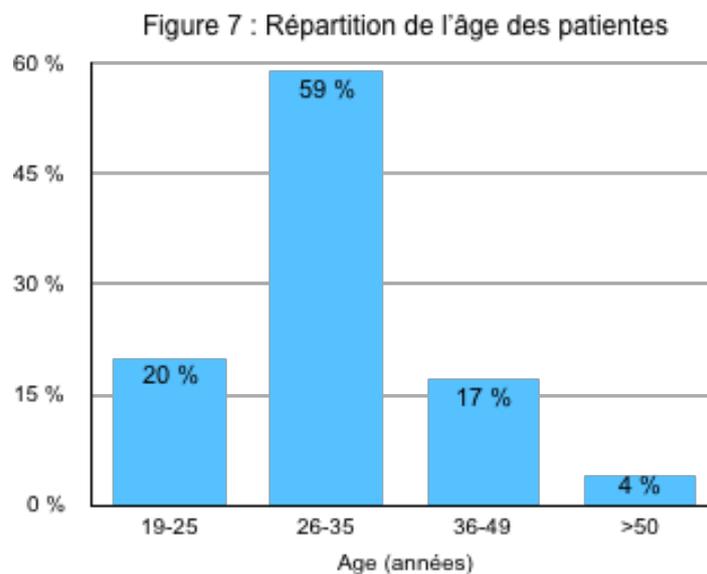
Globalement la position sur le côté est méconnue des patientes : 76 % n'en ont jamais entendu parler et seulement 6% des patientes ont déjà été examinées dans cette nouvelle position. (Tableaux 1 et 2 en annexe)

Le Tableau 3 montre que les catégories socio-professionnelles élevées comme les cadres et les professions intermédiaires ont un suivi de dépistage plus régulier que les femmes sans emploi.

Tableau 3

Dépistage régulier en fonction de la CSP		
Catégories socio-professionnelles	Frottis réguliers	
	Non	Oui
Cadres et professions supérieures	17 %	83 %
Professions intermédiaires	31 %	69 %
Employés	14 %	86 %
Sans emploi	31 %	69 %

L'âge des patientes présentes dans l'étude est en majorité compris entre 26 et 35 ans. (Figure 7)



72% des patientes n'ont pas d'enfants et 81% sont en couple. (Tableaux 4 et 5 en annexe)

Cet échantillon met en évidence que les femmes les mieux suivies, sont des femmes en couple, sans enfants, et appartenant à une CSP élevée, ce qui rejoint les statistiques nationales.

Dans cette étude le taux de dépistage est plus élevé que la moyenne nationale. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes interrogées sont déjà dans une démarche de soin et de suivi. Les femmes qui échappent au dépistage ne viennent généralement pas au cabinet.

L'installation dans la nouvelle position n'a pas présenté de difficultés particulières pour les patientes. 61 % d'entre elles estiment qu'il est même plus simple de se mettre sur le côté que dans les étrières. (Tableau 6)

Tableau 6

S'installer dans la position sur le côté est-il plus simple que dans la PS ?	
Ne sait pas	2 %
Non	11 %
Oui	61 %
Pas de différence	26 %

Pour évaluer le ressenti des patientes, j'ai exploré 5 composantes qui sont pour rappel : le confort, la douleur, la pudeur, l'anxiété et l'évaluation du contact visuel.

Confort :

90% des patientes ont trouvé l'examen confortable voir très confortable. Il est intéressant de noter qu'aucune patiente n'a trouvé l'examen inconfortable. (Tableau 7)

Le Tableau 8 montre que la position sur le côté n'est pas moins confortable que la position standard, et que pour 68% des patientes la position est plus confortable.

Tableau 7

Évaluation du confort de la position sur le côté	
Très confortable	30 %
Confortable	61 %
Moyennement confortable	9 %
Inconfortable	0 %

Tableau 8

Confort de la position sur le côté par rapport à la PS	
Bcp plus confortable	11 %
Plus confortable	57 %
Moins confortable	4 %
Pas de différence	28 %

Douleur :

54% des patientes ont trouvé l'examen quasiment indolore (entre 0 et 1 sur l'échelle numérique) et 35% peu douloureux. Lorsque les patientes comparent les deux positions 50% d'entre elles éprouvent moins de douleur lors de l'examen sur le côté. Cependant elles sont 44% à n'avoir pas trouvé de différence entre les deux positions, ce qui ne veut pas dire que l'examen n'était pas douloureux, mais que la douleur ressentie était la même dans les deux cas.

Tableau 9

Évaluation de la douleur dans la position sur le côté	
Entre 0 et 1	54 %
Entre 1,5 et 3	35 %
Entre 4 et 6	11 %
Plus de 6	0 %

Tableau 10

Douleur ressentie pendant l'examen sur le côté par rapport à la PS	
Moins douloureux	50 %
Pas de différence	44 %
Plus douloureux	6 %
Bcp plus douloureux	0 %

Pudeur :

Les patientes estiment que leur pudeur est respectée dans la position sur le côté. En effet, aucune d'entre elles ne considère qu'il existe une atteinte à leur pudeur dans cette nouvelle position. De plus, par rapport à la position standard, la pudeur est plus préservée dans 85% des cas.

Tableau 11

Évaluation de la pudeur dans la position sur le côté	
Non respectée	0 %
Moyennement respectée	0 %
Normalement respectée	26 %
Très respectée	74 %

Tableau 12

Pudeur par rapport à PS	
Beaucoup plus préservée	39 %
Plus préservée	46 %
Pas de différence	15 %
Moins préservée	0 %

Anxiété :

La majorité des femmes n'ont pas ressenti d'anxiété lors de l'examen gynécologique. Résultat corroboré par le Tableau 14 montrant que l'anxiété ressentie lors de la nouvelle position n'est pas plus importante, voire même moins importante que dans la position standard.

Tableau 13

Évaluation de l'anxiété	
Entre 0 et 1	65 %
Entre 2 et 4	28 %
Entre 5 et 7	7 %

Tableau 14

Anxiété par rapport à PS	
Moins d'anxiété	43 %
Pas de différence	50 %
Plus d'anxiété	7 %

Il est intéressant de noter que les patientes qui sont le plus anxieuses pendant l'examen gynécologique sont celles qui souhaitent le moins se refaire examiner dans la position sur le côté. En effet, le Tableau 15 met en évidence que 50% des femmes qui ont une note d'anxiété supérieure à 4 ne souhaitent pas se faire de nouveau examiner sur le côté. Inversement, 91% qui ont une note d'anxiété très faible souhaitent de nouveau utiliser cette nouvelle position.

Tableau 15

Anxiété	Souhait de refaire un nouvel examen sur le côté		
	Non	Oui	Total
Entre 0 et 1	9 %	91 %	100 %
Entre 2 et 3	25 %	75 %	100 %
Entre 4 et 7	50 %	50 %	100 %
Total	17 %	83 %	100 %

Les résultats du Tableau 16, soulignent que les patientes qui trouvent l'examen en position sur le côté confortable ont des notes d'anxiété moins importantes.

Tableau 16

Confort de l'examen	Évaluation de l'anxiété			
	1 - 2	2,5 - 4	5 - 7	Total
Très confortable	100 %	0 %	0 %	100 %
Confortable	67 %	24 %	9 %	100 %
Moyen	80 %	0 %	20 %	100 %
Total	78 %	15 %	7 %	100 %

Le Tableau 17 met en évidence que les patientes pour lesquelles l'examen gynécologique sur le côté est confortable, sont celles qui ressentent le moins de douleur. Le résultat s'explique par le fait que si les patientes sont dans une position confortable, elles sont détendues et l'examen gynécologique est alors ressenti comme moins douloureux.

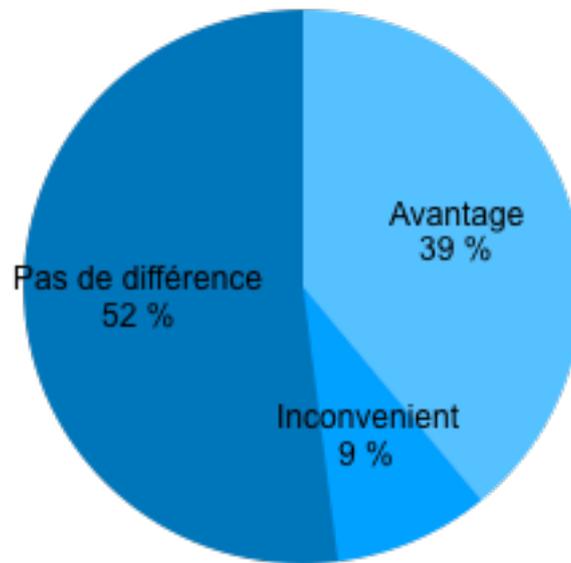
Tableau 17

Confort de l'examen	Évaluation numérique de la douleur					
	0	1	2	3 et 4	5 et 6	Total
Très confortable	50 %	38 %	13 %	0 %	0 %	100 %
Confortable	21 %	24 %	24 %	24 %	6 %	100 %
Moyen	20 %	0 %	60 %	0 %	20 %	100 %
Total	30 %	26 %	24 %	15 %	6 %	100 %

Contact visuel :

Le contact visuel n'est globalement pas déterminant lors de l'examen car 52 % des patientes ne voient pas de différence dans le positionnement de l'examineur. Pour le reste des patientes, c'est plutôt un avantage de ne pas avoir de contact visuel avec le professionnel de santé. (39 % voire Figure 8)

Figure 8 : Evaluation du contact visuel



Les résultats du Tableau 18 mettent en évidence que les patientes ne se faisant pas dépister régulièrement pour le frottis sont celles qui recommandent le plus la position sur le côté. En effet 100% des patientes irrégulières dans leur frottis souhaitent conseiller la nouvelle position auprès de leur entourage.

Tableau 18

Frottis régulier	Recommandation de la position sur le côté			
	Ne sait pas	Non	Oui	Total
Non	0 %	0 %	100 %	100 %
Oui	2 %	10 %	88 %	100 %
Total	2 %	7 %	91 %	100 %

Le Tableau 19 est également parlant. Il met en lien la régularité du suivi gynécologique et le désir des patientes de se faire de nouveau examiner dans la position sur le côté. En effet 92% des femmes irrégulières dans leur frottis aimeraient que leur prochain examen se déroule sur le côté

Tableau 19

Frottis régulier	Nouvelle position pour le prochain examen gynécologique			
	Ne sait pas	Non	Oui	Total
Non	0 %	8 %	92 %	100 %
Oui	2 %	20 %	78 %	100 %
Total	2 %	17 %	81 %	100 %

Le fait que les femmes qui ne se font pas dépister régulièrement apprécient la nouvelle position gynécologique, fait espérer qu'elles soient moins réticentes à se faire examiner dans l'avenir. Cette nouvelle position pour l'examen gynécologique est une piste pour améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis.

En conclusion la position préférée des patientes pour l'examen gynécologique est la position sur le côté pour 80% d'entre elles. (Tableau 20)

L'échelle de satisfaction globale qui est une échelle numérique de 0 à 10, 10 étant la plus forte satisfaction, montre que 67% des femmes sont très satisfaites avec un score supérieur ou égal à 8 (Tableau 21).

Tableau 20

Position préférée pour l'examen	
Pas de réponse	4 %
PS	17 %
Sur le côté	80 %

Tableau 21

Échelle de satisfaction globale	
Entre 3 et 4	7 %
Entre 5 et 7	26 %
Entre 8 et 10	67 %

De la même façon, la majorité des patientes aimeraient utiliser cette nouvelle position pour un futur examen gynécologique. (Tableau 22)

91% des patientes recommandent la position sur le côté à leur entourage, signifiant ainsi que même les patientes peu convaincues par la position pour elles même, estiment qu'il est pertinent de la diffuser. (Tableau 23)

Figure 9



Tableau 22

Patientes qui recommandent la position sur le côté	
Ne sait pas	2 %
Non	7 %
Oui	91 %

2.2 Le refus des patientes

J'ai recueilli deux questionnaires de patientes ayant refusées de se faire examiner en décubitus latéral. Il ne m'est donc pas possible d'en tirer de statistiques concluantes.

Les deux questionnaires de refus venaient de patientes n'ayant jamais essayé la position sur le côté. Elles donnaient comme raison que la position standard leur convenait et pour une qu'elle ne se sentait pas à l'aise d'essayer une nouvelle position gynécologique.

Ce nombre très faible de refus montre que les patientes sont intéressées par la nouveauté et ne sont pas réticentes à changer leurs habitudes.

2.3 Les professionnels de santé

9 professionnels de santé ont été enquêtés pour l'étude : 6 médecins et 3 sage femmes.

Ils réalisent pour la majorité entre 5 et 10 frottis par mois.

Ils ont déjà entendu parler de cette position pour 78% d'entre eux, surtout les sages-femmes ; mais ne l'ont jamais pratiquée dans 89% des cas.

Globalement, ils ont trouvé l'installation en décubitus latéral simple, et même plus simple que dans la position standard.

Il n'y a pas eu de difficulté particulière pour introduire le spéculum, cependant, on peut noter une difficulté à trouver le col de l'utérus, notamment au début de l'étude lorsque la position ne leur est pas familière.

Concernant l'absence de contact visuel avec la patiente, aucun professionnel de santé n'en est gêné.

Pour conclure, les professionnels de santé préfèrent utiliser la position standard dans 67% des cas et 11% n'ont pas de préférence pour une position particulière.

L'échelle de satisfaction globale est plutôt dans la moyenne.

La totalité des professionnels de santé désirent de nouveau proposer à leurs patientes de les examiner dans la nouvelle position et tous la recommanderont à leur entourage.

(Voir tableaux statistiques en annexe)

3. DISCUSSION

Cette thèse fait un état des lieux de la diffusion de la position gynécologique sur le côté en Ille et Vilaine et de son accueil par les patientes et les professionnels de santé.

Les principaux résultats de l'étude mettent en évidence que la majorité des patientes préfère la position sur le côté par rapport à la position standard pour l'examen gynécologique. Elles trouvent cette nouvelle position plus simple d'installation, moins douloureuse, plus confortable et plus respectueuse de leur pudeur. De plus, les patientes manifestent moins d'anxiété dans cette position.

3.1 Forces de l'étude

Le ressenti positif des patientes est lié à 2 paramètres : la position en elle-même qui est plus confortable et permet un respect accru de la pudeur. Et l'attitude différente du professionnel de santé qui, en proposant une nouvelle position et en laissant le choix à la patiente, fait évoluer la relation médecin patiente vers plus d'égalité. La patiente devient ainsi plus active dans son examen et dans sa prise en charge.

Cette position est la plus indiquée chez les patientes victimes de violences sexuelles car elle préserve plus la pudeur des patientes en étant moins invasive.

L'absence de contact visuel n'est pas un frein pour cette nouvelle position. Pour 50% des patientes ce n'est pas un critère de jugement. 30% des femmes préfèrent ne pas voir l'examineur, l'absence de regard du praticien étant alors moins pesant pour elle. 20 % des patientes préfèrent voir l'examineur. En effet comme le montre l'étude de L. Hennigen (14), il existerait deux profils psychologiques différents : les patientes vigilantes, qui sont dans le contrôle et préfèrent voir l'examineur, et les évitantes, qui préfèrent détourner leur attention de la source d'angoisse et pour lesquelles la vision de l'examineur est une source de stress.

Cette position est intéressante pour les personnes souffrant de handicap (para ou tétraplégique) ou en surcharge pondérale, ou bien encore celles qui présentent une pathologie de hanche. L'installation est plus aisée et moins douloureuse. Il est aussi plus facile de visualiser le col de l'utérus en décubitus latéral chez les femmes qui ont un utérus retroversé (15).

Cette position n'est pas à généraliser, ni à appliquer de façon systématique à tous les examens gynécologiques. La faiblesse du taux de dépistage ne relève pas uniquement d'un inconfort de position (3). La position gynécologique sur le côté n'est qu'un outil possible pour une relation soigné-soignant plus apaisée et un praticien plus à l'écoute. Chaque patiente est à considérer comme un cas unique, et le choix de la position doit découler d'un échange entre le professionnel de santé et la patiente.

De nombreuses études ont été publiées sur les freins à la consultation gynécologique, notamment pour comprendre la stagnation du taux de dépistage par frottis (16) (17) (6) (18) (19). Une des raisons principales de cette faible participation au dépistage serait la gêne et l'inconfort liés à l'examen. Une position différente du décubitus dorsal pourrait être une solution à ces freins au dépistage.

Cependant les positions gynécologiques alternatives à la position standard sont peu étudiées bien qu'elles se développent : thèses de médecine générale et mémoire de sage-femme notamment (20) (21) (22) (23). De plus en plus d'hôpitaux la proposent lors de l'accouchement. L'objectif de cette thèse est de déterminer si le décubitus latéral répond à cet enjeu, ce qui semble être le cas, les statistiques montrant que les patientes les plus motivées à se faire de nouveau examiner dans cette nouvelle position sont celles qui réalisaient le moins de frottis.

Néanmoins l'intérêt des médecins généralistes concernant cette position est assez restreint, comme le montre la difficulté que j'ai eu à recruter des médecins en Ille et Vilaine. Cela demande un temps de formation et d'apprentissage afin de se sentir aussi à l'aise qu'en position standard. Il est aussi nécessaire de vouloir rompre avec ses habitudes d'examen.

Aucune étude n'a encore été faite sur le ressenti des professionnels de santé concernant la position sur le côté. C'est l'un des objectifs secondaires de cette étude. Il a été mis en évidence l'inconfort possible pour les professionnels de santé de pratiquer les frottis dans cette position. Certains professionnels ont trouvé que leur table d'examen n'était pas adaptée, le décubitus latéral nécessitant une table d'examen plus large et plus haute.

Pour que les professionnels de santé soient aussi à l'aise dans la position sur le côté que dans la position standard, il paraît intéressant que les deux positions soient enseignées en même temps à la faculté de médecine et à l'école de sage-femme.

Pour ma part, j'espère que le protocole simple avec des images explicatives que j'ai utilisé pour ma thèse sera réutilisé par des professionnels de santé désireux d'apprendre et de

proposer une nouvelle façon d'examiner les femmes. Je pense aussi aux techniciens de laboratoire qui réalisent les frottis et qui pourraient être formés à cette position.

Une des forces de l'étude est la qualité de l'échantillonnage. En effet, le panel d'âge des patientes est large (entre 19 et 60 ans). De plus, tous les questionnaires ont pu être exploités. Au-delà du nombre de questionnaires obtenus, c'est surtout sa représentativité qui est appréciable. En effet les statistiques démographiques de la population étudiée rejoignent les statistiques nationales : les femmes qui se font dépister sont les femmes jeunes, sans enfants et de classes sociales élevées.

Les questionnaires sont renseignés de façon anonymes, afin de préserver la liberté d'expression des patientes. Mon but était de recueillir le ressenti brut et immédiat des patientes, sans que la pression du regard médical ne biaise les réponses.

Au contraire des praticiens médicaux que j'ai eu du mal à recruter, les patientes se sont montrées très ouvertes à l'expérimentation d'une nouvelle position. En effet, le nombre de questionnaires de refus est extrêmement faible (2).

A ce jour il existe une seule autre thèse de médecine générale sur le décubitus latéral utilisant une approche quantitative d'enquête par questionnaire. Les résultats de nos deux enquêtes concordent, ce qui accroît la solidité de mon travail (23).

3.2 Limites de l'étude

Bien que mon échantillon soit large et représentatif, le nombre de patientes reste tout de même assez faible pour une étude quantitative (54 questionnaires). Dans sa thèse réalisée en 2015, Armelle Grange Cabane avait un échantillon de 114 patientes (23). La taille de mon échantillon de patientes et de professionnels recrutés diminue la force statistique de mon étude.

Malgré ce faible nombre de questionnaires, les tendances de réponses sont positivement fortes et ne peuvent être ignorées.

Comme expliqué dans la partie méthode, le ressenti des patientes est une notion subjective difficile à quantifier par des variables objectives. Chaque patiente est différente et aura sa manière personnelle d'appréhender l'examen gynécologique et les gestes associés.

De plus la composante anxiété a pu être majoré pour les patientes du fait d'une appréhension liée à la nouveauté et à l'inconnu de cette nouvelle position.

Il en est de même pour les médecins généralistes et les sages-femmes ayant participé à l'étude. Lors de leurs premiers examens réalisés, leur manque d'expérience et leur gêne dans cette nouvelle position a pu sous-estimer les premiers résultats.

On peut retenir que la position gynécologique sur le côté semble inconfortable pour les praticiens en cas de matériel inadapté, ce qui peut être un frein à sa diffusion et à son utilisation dans la pratique courante de la gynécologie.

Il n'y avait pas de place pour un commentaire libre dans les questionnaires que j'ai réalisés pour les patientes et les professionnels de santé. C'était un choix fait lors de la réalisation de cette étude. Néanmoins les commentaires oraux et écrits des patientes, des médecins généralistes et des sages-femmes ont été joints en annexe de la thèse.

Dans cette thèse on peut retenir un biais d'inclusion : les femmes qui viennent au cabinet pour la réalisation du frottis sont déjà dans une démarche de soins et de dépistage. Il reste de nombreuses femmes qui n'ont pas accès aux soins et ne se font pas suivre ni dépister de façon régulière. De plus en plus de solutions sont apportées : la PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou le planning familial sont des lieux de soins gratuits et ouverts à toutes. Il existe aussi le « frottis-truck » de l'association ADSF (Agir pour le Développement de la Santé des Femmes) qui sillonnent les rues de Paris (24). Il va à la rencontre des femmes en situation de précarité et leur offre des consultations de gynécologie gratuites et les soins spécifiques dont elles ont besoin.

En France nous sommes dans une période de transition concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par FCU est recommandé par la HAS depuis 2010. Il consiste en un envoi de courrier invitant les femmes qui n'ont pas réalisé de FCU dans les 3 dernières années à effectuer cet examen. Ce frottis sera pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Il permettrait d'obtenir un meilleur taux de dépistage. La ministre de la santé, Madame Agnès Buzin, a décidé de mettre en place ce dépistage organisé en France dans un arrêté de mai 2018. (25) (2) Les premières lettres seront envoyées aux patientes en mai 2020 à Rennes.

D'autre part, la HAS a publié en septembre 2019 une actualisation des recommandations pour le dépistage du cancer du col. (26) (27) Il n'y a pas de modifications pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, mais pour les femmes de plus de 30 ans le FCU sera remplacé par le test HPV à faire tous les 5 ans par auto-prélèvement.

Cependant on constate un retard dans la mise en place de ces mesures puisque pour l'instant le test par auto-prélèvement n'est pas disponible.

CONCLUSION

L'étude quantitative réalisée met en évidence la préférence des patientes pour la position sur le côté et leur volonté de se faire de nouveau examiner dans cette position lors des examens gynécologiques futurs.

Elles trouvent la nouvelle position plus simple, plus confortable, moins douloureuse et plus respectueuse de la pudeur. Elles ne sont pas gênées par l'absence de contact visuel.

Un des résultats les plus intéressants est que ce sont les patientes qui réalisent des frottis le plus irrégulièrement qui préfèrent cette nouvelle position.

Cette nouvelle position, si elle n'est pas à généraliser pour tous les examens, peut être une piste pour améliorer le suivi des patientes et le dépistage du cancer de l'utérus pas FCU.

Les statistiques montrent que les femmes qui se font le plus dépister sont les femmes jeunes, de catégories socio-professionnelles élevées et généralement sans enfant. Les femmes éloignées des cabinets médicaux ou non prise en charge médicalement ne consultent pas et la question de la position n'est alors pas pertinente.

Concernant les professionnels de santé, ils apprécient cette nouvelle position mais ne se sentent pas forcément à l'aise pour la pratiquer et la proposer de façon régulière. Le fait de pouvoir proposer une position alternative à leurs patientes leurs a plu et a enrichi leur pratique et le dialogue avec les patientes.

A une époque où le suivi gynécologique de dépistage est organisé par les médecins généralistes et les sages-femmes, il semble intéressant de pouvoir proposer une position qui ne nécessite pas de matériel particulier et qui est simple d'utilisation tant pour les professionnels que pour les patientes.

Il paraît pertinent de penser que cette position serait à enseigner dès les études médicales, pour que les étudiants puissent se familiariser avec les deux positions.

J'espère que cette nouvelle pratique pourra être diffusée à l'aide du protocole simple destiné aux professionnels de santé. Afin de permettre une diffusion de l'étude réalisée, un article est proposé à publication.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf.
2. CAB_Solidarités. Agnès Buzyn : mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 21 févr 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-annonce-la-mise-en-place-d>
3. HAS : dépistage et prévention.
4. Exercer.
5. Darmon D, Moubarak C, Toullalan O, Boulet P. Le frottis cervico-utérin. Exercer. 26(117) :40–3.
6. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique : une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2017.
7. Thèse sage-femme sur les positions de l'accouchement [Internet]. [Cité 30 nov 2017]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00675861/document>
8. Francisco-Vivier D. COMPARAISON DE L'ACCOUCHEMENT EN DÉCUBITUS LATÉRAL ET EN DÉCUBITUS DORSAL LORS DE LA PHASE D'EXPULSION.
9. La France découvre l'examen gynécologique sur le côté [Internet]. [Cité 18 févr 2018]. Disponible sur : <https://www.20minutes.fr/sante/1925467-20160918-france-decouvre-examen-gynecologique-cote>
10. [approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf](#) [Internet]. [Cité 11 juill 2019]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp
11. Bouet DP. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. :323.
12. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005 ;17(1):109–119.
13. Brochure_PCS_ESE_2003.pdf.
14. Hennigen L, Kollar LM, Rosenthal SL. Methods for managing pelvic examination anxiety: individual differences and relaxation techniques. J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract. févr 2000;14(1):9-12.
15. Schnur W. Vaginal Examination Using the Sims Position. Am Fam Physician. 1 nov 2001 ;64(9):1520.

16. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
17. Schmitt A. Freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 50 à 65 ans : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2016.
18. Epouse JOUENNE JR. TITRE : REPRESENTATION ET RESSENTI DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE ET DU FROTTIS CERVICO-UTERIN PAR LES FEMMES NON PARTICIPANTES AU DEPISTAGE DU CANCER DU COL UTERIN.
19. Yvon A, Leboucq-Million É. Premier examen gynécologique : déterminants du vécu des patientes. [France] ; 2015.
20. Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen ; 2015.
21. Daulon M, De Fontaines L. L'examen gynécologique en décubitus latéral : une réponse aux freins personnels des patientes, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? France ; 2015. 79 p.
22. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes. [Limoges, France] : SCD de l'Université de Limoges ; 2016.
23. Grange-Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. [2014-..., France] : Université de Bordeaux; 2015.
24. DemarchesAdministratives.fr. Le frottis-truck, un camion mobile aménagé en cabinet gynécologique pour les femmes dans le besoin [Internet]. <https://demarchesadministratives.fr/actualites/le-frottis-truck-propose-des-soins-gynecologiques-aux-femmes-dans-le-besoin>. 2018 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur : <https://demarchesadministratives.fr/actualites/le-frottis-truck-propose-des-soins-gynecologiques-aux-femmes-dans-le-besoin>
25. Doumont D, Deccache A. « Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus » : Quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons. 2011.
26. Sophie T. Haute Autorité de santé. p. 234.
27. Hamers F. Prévention du cancer du col de l'utérus / Prevention of Cervical Cancer. p. 60.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole destiné aux professionnels de santé

Dans le cadre de mon sujet de thèse, je vous propose d'utiliser la position gynécologique en décubitus latéral, peu connue en France des médecins généralistes, pour la réalisation du frottis.

Je vous propose ici un protocole standardisé que j'ai mis en place afin de vous aider à conduire la consultation.

Ensuite libre à vous de l'adapter selon vos préférences.

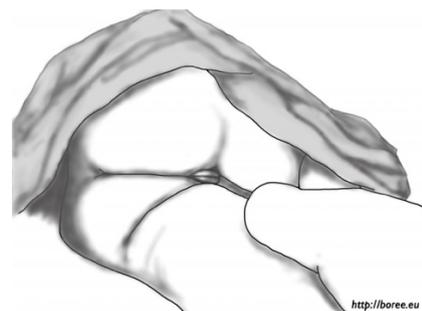
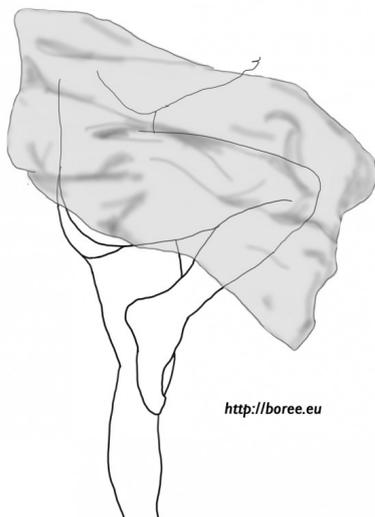
Phrase d'accroche proposée pour les patientes : Une étudiante en médecine générale réalise sa thèse sur une position gynécologique peu utilisée en France qui est appelée « à l'anglaise » ou « sur le côté ». Peut être en avez-vous déjà entendu parler ?

Si vous êtes d'accord, je réaliserai votre frottis dans cette position.

Il faudra ensuite répondre à un bref questionnaire qui restera anonyme.

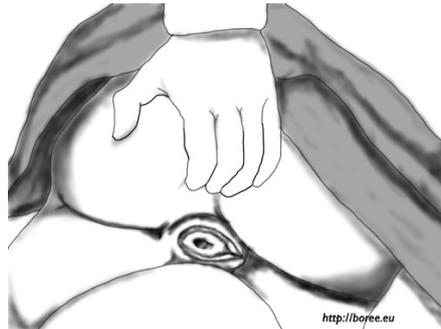
Position :

La position que je vous propose est la suivante : la patiente s'allonge sur le côté, la jambe qui est au contact de la table d'examen reste étendue et seule l'autre vient se replier. Si vous êtes droitier, installez la patiente sur le côté gauche et inversement, ce sera un peu plus confortable pour vous.



Ensuite restez debout, sur le côté de la table d'examen, derrière les cuisses de la patiente. Il ne faut pas oublier que la patiente ne pourra pas vous voir dans cette position, le contact verbal est donc d'autant plus important à maintenir.

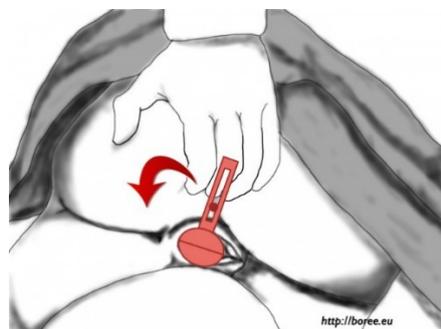
D'une main (gauche si vous êtes droitier et inversement si vous êtes gaucher), il faut alors soulever la fesse et la grande lèvre supérieures pour dégager la vulve et introduire le spéculum avec l'autre main.



Le spéculum doit venir s'appuyer sur la fourchette postérieure (qui est peu sensible) et se diriger selon l'axe du corps.

Comme dans la position classique, faites pivoter le spéculum à mi-course avant d'ouvrir les valves.

Puis vous pouvez réaliser le frottis comme à votre habitude.



A la fin de la consultation, vous remettrez le questionnaire joint avec une enveloppe à la patiente pour qu'elle puisse le remplir en salle d'attente tranquillement et remettre le questionnaire dans une boîte prévue à cet effet.

Si la patiente refuse de se faire examiner dans cette position, vous lui remettrez le questionnaire « refus » si elle veut bien le remplir.

Merci de votre aide et de votre participation !

Annexe 2 : Questionnaire destiné aux patientes

Madame,

Vous venez d'être examinée en position latérale ou dite « sur le côté » pour la réalisation de votre frottis.

Interne en médecine générale, je réalise ma thèse de fin d'étude sur le ressenti des patientes face à cette position peu utilisée par les médecins généralistes en France

Merci de remplir le questionnaire ci-dessous puis de le mettre dans l'enveloppe ci jointe et de le glisser dans la boîte qui est dans la salle d'attente.

Toutes vos réponses resteront bien sur anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

P.S : dans le questionnaire la position standard se réfère à la position gynécologique habituelle, les deux pieds dans les étrières.

- Age :
- Situation personnelle : Célibataire / En couple
- Profession :
- Nombre d'enfants :
- Suivi gynécologique : Médecin / Sage-femme / Gynécologue
- Année de début du suivi gynécologique :
- Année du dernier frottis (avant celui que vous venez de réaliser) :
- Faites-vous un frottis de façon régulière (c'est à dire tous les 3 ans) : OUI / NON

Concernant la position gynécologique « sur le côté »

- Aviez-vous déjà entendu parler de cette position : OUI / NON
- Aviez-vous déjà été examinée dans cette position : OUI / NON
- Cette position a-t-elle été simple pour vous : OUI / NON
- Est-ce plus simple que dans la position habituelle :
OUI / NON / PAS DE DIFFERENCE

Concernant l'examen gynécologique réalisé

- En terme de confort, l'examen réalisé aujourd'hui était-il :
Inconfortable / Moyennement confortable / Confortable / Très confortable
- Par rapport à un examen standard :
Moins confortable / Pas de différence / Plus confortable / Beaucoup plus confortable
- En terme de douleur, l'examen réalisé était-il : (placez un trait où vous vous situez)
Indolore —————▶ Très douloureux
- Par rapport à un examen standard :
Moins douloureux / Pas de différence / Plus douloureux / Beaucoup plus douloureux
- Pendant l'examen vous avez trouvé que le respect de votre pudeur était :
Non respectée / Moyennement respectée / Normalement respectée / Très respectée
- Par rapport à un examen standard, votre pudeur était :
Moins préservée / Pas de différence / Plus préservée / Beaucoup plus préservée
- En terme d'anxiété, qu'avez-vous ressenti pendant l'examen : (placez un trait où vous vous situez)
Pas d'anxiété —————▶ Beaucoup d'anxiété
- Par rapport à un examen standard :
Moins d'anxiété / Pas de différence / Plus d'anxiété / Beaucoup plus d'anxiété
- Le fait que vous ne puissiez pas avoir de contact visuel direct avec le médecin était-il :
Un inconvénient / Pas de différence / Un avantage
- Globalement vous avez préféré vous faire examiner :
En position standard / En position sur le coté
- Échelle de satisfaction globale sur cette nouvelle position (placez un trait où vous vous situez)
Insatisfaite —————▶ Très satisfaite

Dans l'avenir ...

- Aimerez-vous être de nouveau examinée dans cette position : OUI / NON
- Allez-vous recommander cette position autour de vous : OUI / NON

Merci d'avance pour votre participation !

Annexe 3 : Questionnaire en cas de refus patiente

Madame,

Interne en médecine générale, je réalise ma thèse de fin d'étude sur le ressenti des patientes lors d'un examen gynécologique réalisé « sur le côté ».

Vous n'avez pas voulu être examinée dans cette position et j'aimerais en connaître la raison.

Toutes vos réponses resteront bien-sûr anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude.

P.S : dans le questionnaire la position standard se réfère à la position gynécologique habituelle, les deux pieds dans les étriers.

- Age :
- Situation personnelle : Célibataire / En couple
- Profession :
- Nombre d'enfants :
- Suivi gynécologique : Médecin / Sage-femme / Gynécologue
- Année de début du suivi gynécologique :
- Année du dernier frottis (avant celui que vous venez de réaliser) :
- Faites-vous un frottis de façon régulière (c'est à dire tous les 3 ans) : OUI / NON

Concernant la position gynécologique « sur le côté »

- Aviez-vous déjà entendu parler de cette position : OUI / NON
- Aviez-vous déjà été examinée dans cette position : OUI / NON

Concernant votre refus

Pouvez-vous entourer les réponses qui correspondent le plus à votre refus :

1 – J'ai déjà été examinée dans cette position et je n'ai pas aimé

2 – La position standard me convient

3 – Je ne me sens pas à l'aise d'essayer une nouvelle position gynécologique

4 – Autre :

Annexe 4 : Questionnaire destiné aux professionnels de santé

Merci de remplir ce questionnaire à la fin de l'étude pour me faire part de votre ressenti sur cette nouvelle position.

Sur vous et votre pratique

- Age :
- Combien de frottis par mois réalisez-vous en moyenne : <5 / 5-10 / >10
- Avez-vous déjà entendu parler de la position gynécologique sur le côté : OUI / NON
- Avez-vous fait des examens dans cette position avant cette étude : OUI / NON

Concernant l'examen gynécologique « sur le côté »

- S'installer dans la position sur le côté est-il simple : OUI / NON
- S'installer sur le côté est-il plus simple que dans la position habituelle : OUI / NON
- Avez-vous eu des difficultés pour introduire le spéculum dans cette position : OUI / NON
- Par rapport à la position standard :
Moins de difficultés / Pas de différence / Plus de difficultés / Beaucoup plus de difficultés
- Avez-vous eu des difficultés à trouver le col de l'utérus dans cette position : OUI / NON
- Par rapport à la position standard :
Moins de difficultés / Pas de différence / Plus de difficultés / Beaucoup plus de difficultés
- L'absence de contact visuel avec la patiente a-t-il été gênant lors de l'examen : OUI / NON
- Globalement vous avez préféré examiner les patientes :
En position standard / En position sur le côté

Échelle de satisfaction globale sur cette nouvelle position (placez un trait où vous vous situez)

Insatisfait  Très satisfait

Dans l'avenir ...

- Allez-vous continuer à examiner vos patientes dans cette position : OUI / NON
- Allez-vous recommander cette position autour de vous : OUI / NON

Annexe 5 : Commentaires écrits et oraux

1- Sages-femmes

Sage-femme 1 : « Ma table d'examen n'est pas réglable en hauteur, d'où mon réel inconfort »

Sage-femme 2 : « Au début j'ai eu plus de difficultés à trouver le col de l'utérus, puis avec l'habitude ça s'est amélioré ! »

Sage-femme 3 : « J'examinais déjà les patientes dans cette position donc je vais continuer à la proposer ! »

« Je laisse aussi les patientes introduire elles même le spéculum quand je sens qu'elles sont tendues et inquiètes »

2- Médecins

Médecin 2 : « J'ai aimé pouvoir proposer quelque chose d'autre de différent, que les patientes aient le choix. Je propose aussi maintenant les jambes repliées, sur le dos, sans étriers et je fais plus mes TV en position de lotus. Ça m'a permis d'être plus à l'aise sans les étriers, d'oser autre chose. »

Médecin 3 : « Ça ouvre des possibilités de discussion avec les patientes sur des alternatives de position en fonction de leur vécu, de leur pathologie éventuelle... »

Médecin 4 : « Ce n'est pas forcément très confortable d'être penché et un peu de travers. Intéressant à proposer mais pas pour toutes les femmes. »

Médecin 5 : « Permet de savoir s'adapter à la demande éventuelle, proposer les deux positions un peu plus souvent... »

Médecin 6 : « Je le propose plus pour les femmes avec un handicap »

3- Patientes

Patiente 3 : « Je préfère la position standard mais sans les étriers, avec les jambes pliées. Il faut proposer aux patientes ce qu'elles préfèrent ! »

Patiente 21 : « Merci de nous proposer autre chose »

Patiente 27 : « Je me suis sentie plus à l'aise, merci »

Patiente 30 : « Super ! »

Patiente 39 : « Je trouve ça très bien de s'inspirer d'autres pratiques et de l'essayer en France. Bravo et bon courage. »

Annexe 6 : Tableau statistiques de recueil - patientes - numéro 1

	Age	Situation personnelle	Profession	CPS	Nombre d'enfants	Suivi gynéco	Date début de suivi Gynéco	Date dernier frottis	Frottis régulier
1	28	Couple	Interne	3	0	Médecin	2008	2015	Oui
2	28	Couple	Interne	3	0	Médecin	2010	2014	Oui
3	25	Couple	Étudiante	8	0	Médecin	2005	2017	Oui
4	60	Couple	Infirmière	4	2	Médecin	1970	2015	Oui
5	30	Couple	Sans profession	8	2	Médecin	Non renseignée	2015	Oui
6	26	Couple	Vendeuse	5	0	Médecin	2008	2018	Oui
7	29	Couple	Assistante administrative	4	2	Médecin	2019	2019	Non
8	32	Couple	Ingénieure recherche	3	0	Médecin	2005	2015	Oui
9	25	Couple	Enseignante	4	0	Médecin	2013	2016	Oui
10	27	Couple	Chargée de webmarketing	4	0	Médecin	2019	Premier frottis	Non
11	52	Couple	Enseignante	4	3	Gynécologue	1988	2015	Oui
12	31	Couple	Aide-soignante	5	0	Gynécologue	2003	2017	Oui
13	26	Couple	Interne	3	0	Sage-Femme	Non renseignée	2016	Oui
14	32	Couple	Médecin	3	0	Sage-Femme	2012	2014	Non
15	31	Célibataire	Aide-soignante	5	0	Sage-Femme	2005	2017	Oui
16	30	Couple	Sage-Femme	4	1	Sage-Femme	2015	2018	Oui
17	37	Couple	Professeur	3	2	Sage-Femme	2000	2015	Oui
18	36	Couple	Vétérinaire	3	1	Sage-Femme	2008	2015	Oui
19	32	Couple	Chef projet marketing	3	1	Sage-Femme	2003	2017	Oui
20	25	Célibataire	Demandeur d'emploi	8	0	Médecin	2014	2015	Non

	Age	Situation personnelle	Profession	CPS	Nombre d'enfants	Suivi gynéco	Date début de suivi Gynéco	Date dernier frottis	Frottis régulier
21	29	Couple	Sans emploi	8	1	Médecin	2005	2016	Oui
22	45	Couple	Commerce	5	0	Médecin/gynéco	1999	2010	Non
23	22	Couple	Étudiante	8	0	Médecin/SF	2018	2019	Oui
24	26	Couple	Interne médecine	3	0	SF/gynéco	2010	2018	Oui
25	45	Célibataire	Infirmière	4	1	SF	1995	2013	Non
26	19	Célibataire	Service civique	8	0	SF	2015	2019	Non
27	26	Couple	Infirmière	4	0	SF	2018	2019	Oui
28	29	Couple	Étudiante	8	0	SF	2000	2017	Oui
29	28	Couple	Médecin	3	0	SF	2009	2017	Oui
30	39	Couple	Professeur	3	0	Médecin	Ne sait pas	2019	Non
31	33	Couple	AMP	5	0	Médecin	2016	2016	Oui
32	19	Couple	Étudiante	8	0	Gynécologue	2019	2019	Oui
33	19	Couple	Étudiante	8	0	Médecin	2018	2018	Oui
34	24	Couple	Sans emploi	8	0	Médecin	2014	2014	Non
35	26	Couple	Professeur des écoles	4	0	Gynécologue	2010	2019	Non
36	19	Couple	Service civique	8	0	Gynécologue	2018	2017	Non
37	21	Célibataire	Sans emploi	8	0	Gynécologue	2012	2019	Oui
38	27	Célibataire	Demandeur d'emploi	8	0	Médecin	2009	2017	Oui
39	26	Couple	Infirmière	4	0	Gynécologue	2008	2018	Oui
40	30	Couple	Professeur des écoles	4	0	Médecin	2007	2016	Oui
41	44	Couple	Infirmière	4	2	Médecin	1992	2016	Oui
42	28	Couple	Psychologue	3	0	Sage-Femme	2007	2017	Oui
43	27	Célibataire	Cadre dans l'animation	4	0	Médecin	2008	2016	Oui
44	29	Couple	Professeur des écoles	4	0	Médecin/gynéco	2010	2016	Oui
45	27	Couple	Interne médecine	3	2	SF/gynéco	2012	2018	Oui
46	28	Couple	Infirmière	4	0	Médecin	2009	2019	Oui
47	38	Couple	Kinésithérapeute	4	3	Médecin	1998	2015	Non
48	32	Célibataire	DRH	3	0	Médecin	2006	2014	Non
49	41	Couple	Médecin	3	2	Médecin	1998	2015	Oui
50	26	Couple	Aide-soignante	5	0	Médecin	2011	2018	Oui
51	30	Célibataire	Ingénieure	3	0	Gynécologue	2008	2016	Oui
52	37	Couple	Agent de service	5	1	SF/médecin	2000	2017	Oui
53	25	Couple	Banque	3	0	Médecin	2015	2018	Oui
54	29	Célibataire	Architecte	3	0	Médecin	2009	2016	Oui

Annexe 7 : Tableau statistiques de recueil - patientes - numéro 2

	Entendu parler de la position	Examinée dans cette position	Simplicité de la position	Plus simple par rapport à PS ?
1	Oui	Non	Oui	Oui
2	Non	Non	Oui	Non
3	Non	Non	Oui	Non
4	Non	Non	Oui	Non
5	Non	Non	Oui	Pas de différence
6	Non	Non	Oui	Oui
7	Non	Non	Oui	Ne sait pas
8	Non	Non	Oui	Pas de différence
9	Non	Non	Oui	Oui
10	Non	Non	Oui	Oui
11	Oui	Non	Oui	Oui
12	Non	Non	Oui	Oui
13	Oui	Non	Non	Non
14	Non	Oui	Non	Non
15	Non	Non	Oui	Oui
16	Oui	Non	Oui	Pas de différence
17	Non	Non	Oui	Pas de différence
18	Non	Non	Oui	Oui
19	Non	Non	Oui	Pas de différence
20	Non	Non	Oui	Oui
21	Non	Non	Oui	Oui
22	Non	Non	Oui	Oui
23	Non	Non	Oui	Pas de différence
24	Oui	Non	Oui	Oui
25	Non	Non	Oui	Oui
26	Non	Non	Oui	Pas de différence
27	Oui	Non	Oui	Oui
28	Oui	Non	Oui	Oui
29	Non	Non	Oui	Pas de différence
30	Non	Non	Oui	Oui

Annexe 8 : Tableau statistiques de recueil - patientes - numéro 3

	Entendu parler de la position	Examinée dans cette position	Simplicité de la position	Plus simple par rapport à PS ?
31	Non	Non	Oui	Oui
32	Non	Non	Oui	Pas de différence
33	Non	Non	Oui	Pas de différence
34	Oui	Oui	Oui	Pas de différence
35	Non	Non	Oui	Oui
36	Non	Non	Oui	Oui
37	Non	Oui	Oui	Oui
38	Non	Non	Non	Non
39	Non	Non	Oui	Pas de différence
40	Non	Non	Oui	Oui
41	Non	Non	Oui	Oui
42	Oui	Non	Oui	Oui
43	Non	Non	Oui	Oui
44	Oui	Non	Oui	Oui
45	Non	Non	Oui	Oui
46	Non	Non	Oui	Oui
47	Non	Non	Oui	Pas de différence
48	Non	Non	Oui	Oui
49	Oui	Non	Oui	Pas de différence
50	Non	Non	Oui	Oui
51	Non	Non	Oui	Oui
52	Oui	Non	Oui	Oui
53	Oui	Non	Oui	Oui
54	Non	Non	Oui	Oui

Annexe 9 : Tableau statistiques de recueil - patientes - numéro 4

	Position préférée	Satisfaction globale	Nouvel examen sur le côté ?	Recommandation
1	Sur le coté	9	Oui	Oui
2	PS	5	Non	Non
3	Pas de réponse	5	Non	Oui
4	PS	3	Non	Non
5	Sur le coté	10	Oui	Oui
6	Sur le coté	10	Oui	Oui
7	Sur le coté	8	Oui	Oui
8	Sur le coté	8	Oui	Oui
9	Sur le coté	10	Oui	Oui
10	Sur le coté	10	Oui	Oui
11	Sur le coté	8	Oui	Oui
12	Sur le coté	8	Oui	Oui
13	PS	3	Ne sait pas	Ne sait pas
14	PS	5	Non	Oui
15	Sur le coté	10	Oui	Oui
16	PS	4	Non	Non
17	Ne sait pas	5	Oui	Oui
18	Sur le coté	8	Oui	Oui
19	Sur le coté	6	Oui	Oui
20	Sur le coté	10	Oui	Oui
21	Sur le coté	9	Oui	Oui
22	Sur le coté	10	Oui	Oui
23	Sur le coté	10	Oui	Oui
24	Sur le coté	9	Oui	Oui
25	Sur le coté	9	Oui	Oui
26	Sur le coté	9	Oui	Oui
27	Sur le coté	10	Oui	Oui
28	Sur le coté	10	Oui	Oui
29	Sur le coté	9	Oui	Oui
30	Sur le coté	8	Oui	Oui

	Position préférée	Satisfaction globale	Nouvel examen sur le côté ?	Recommandation
31	Sur le coté	9	Oui	Oui
32	Sur le coté	8	Oui	Oui
33	Sur le coté	7	Oui	Oui
34	Sur le coté	8	Oui	Oui
35	Sur le coté	9	Oui	Oui
36	Sur le coté	5	Oui	Oui
37	Sur le coté	9	Oui	Oui
38	PS	5	Non	Non
39	Sur le coté	8	Oui	Oui
40	Sur le coté	9	Oui	Oui
41	PS	5	Non	Oui
42	Sur le coté	9	Oui	Oui
43	PS	5	Non	Oui
44	Sur le coté	8	Oui	Oui
45	Sur le coté	8	Oui	Oui
46	Sur le coté	9	Oui	Oui
47	Sur le coté	7	Oui	Oui
48	Sur le coté	6	Oui	Oui
49	Sur le coté	8	Oui	Oui
50	Sur le coté	9	Oui	Oui
51	Sur le coté	7	Oui	Oui
52	Sur le coté	7	Oui	Oui
53	Sur le coté	9	Oui	Oui
54	PS	4	Non	Oui

Annexe 10 : Tableau statistiques de recueil - refus patientes

	Date dernier frottis	Frottis régulier	Connaissance position	Examen ds cette position	Refus
1	2015	Oui	Oui	Non	2
2	2016	Oui	Non	Non	2,3

	Age	Situation	Profession	Nbre d'enfant	Suivi gynéco	Date début suivi
1	28	Couple	Sage-femme	2	Sage-femme	2005
2	34	Couple	Chargée de gestion	1	Sage-femme	2005

Annexe 11 : Tableau statistiques de recueil - professionnels de santé

	Profession	Age	Nbr de frottis/mois	Connaissance de position coté	Examen sur le côté déjà réalisé
1	Médecin	30	5-10	Oui	Non
2	Médecin	26	5-10	Oui	Non
3	Médecin	38	5-10	Non	Non
4	Médecin	29	<5	Oui	Non
5	Médecin	33	<5	Oui	Non
6	Médecin	45	5-10	Non	Non
7	SF	44	>10	Oui	Oui
8	SF	40	5-10	Oui	Non
9	SF	35	5-10	Oui	Non

	Simplicité de l'installation	Simplicité / PS	Difficulté pour introduire le speculum	Difficulté / PS	Difficulté pour trouver le col	Difficulté / PS
1	Oui	Oui	Non	Moins difficile	Non	Moins difficile
2	Oui	Non	Non	Plus difficile	Non	Plus difficile
3	Oui	Oui	Oui	Plus difficile	Oui	Plus difficile
4	Oui	Oui	Non	Pas de différence	Non	Pas de différence
5	Oui	Non	Non	Pas de différence	Oui	Plus difficile
6	Oui	Oui	Non	Pas de différence	Non	Pas de différence
7	Non	Non	Non	Pas de différence	Non	Pas de différence
8	Oui	Oui	Oui	Pas de différence	Oui	Plus de difficultés au début puis idem
9	Oui	Oui	Non	Pas de différence	Non	Pas de différence

	Gene vis à vis de l'absence de contact visuel	Préférence pour l'examen	Échelle de satisfaction globale	Continuer à examiner les patientes dans cette position	Recommandation de la position sur le coté
1	Non	Sur le coté	9	Oui	Oui
2	Non	PS	5	Oui	Oui
3	Non	PS	5	Oui	Oui
4	Non	PS	8	Oui	Oui
5	Non	PS	5	Oui	Oui
6	Non	Pas de différence	5	Oui	Oui
7	Non	PS	4	Oui	Oui
8	Non	PS	9	Oui	Oui
9	Non	Sur le coté	8	Oui	Oui

Annexe 12 : Analyses statistiques concernant les patientes

Tableau 1

Patientes ayant entendues parler de la position sur le côté	
NON	76 %
OUI	24 %

Tableau 2

Avez-vous déjà été examinée dans la position sur le côté	
NON	94 %
OUI	6 %

Tableau 4

Nombre d'enfants	
Sans enfants	72 %
Avec enfants	28 %

Tableau 5

Situation personnelle des patientes	
Célibataire	19 %
Couple	81 %

Annexe 13 : Analyses statistiques concernant les professionnels de santé

Tableau 23

Nombre de frottis/mois	
<5	22 %
Entre 5 et 10	67 %
>10	11 %

Tableau 24

	Connaissance de la position sur le coté	Examen sur le coté déjà réalisé
Non	22 %	89 %
Oui	78 %	11 %

Tableau 25

Simplicité de l'installation sur le coté	
Oui	89 %
Non	11 %

Tableau 26

Simplicité d'installation par rapport à PS	
Non	33 %
Oui	67 %

Tableau 27

Difficulté pour introduire le speculum	
Non	78 %
Oui	22 %

Tableau 28

Difficulté pour introduire le speculum par rapport à PS	
Moins difficile	11 %
Pas de différence	67 %
Plus difficile	22 %

Tableau 29

Difficulté pour trouver le col	
Non	67 %
Oui	33 %

Tableau 30

Difficulté pour trouver le col par rapport à PS	
Moins difficile	11 %
Pas de différence	44 %
Plus de difficultés au début puis idem	11 %
Plus difficile	33 %

Tableau 31

Nombre de Préférence pour l'examen	
Pas de préférence	11 %
PS	67 %
Sur le coté	22 %

Tableau 32

Nombre de Échelle de satisfaction globale	
Entre 4 et 5	56 %
Entre 8 et 10	44 %

BRUN-COTTAN Clémence – L'examen gynécologique en décubitus latéral : Exploration du ressenti des patientes par une étude quantitative réalisée à travers l'établissement d'un protocole destiné aux professionnels de santé

66 f.- Thèse : Médecine générale ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Introduction : Le pourcentage de femmes se faisant régulièrement dépister pour le cancer du col de l'utérus par frottis cervico utérin (FCU) n'est pas suffisant malgré les campagnes gouvernementales et l'investissement des professionnels de santé. En effet, 50% des femmes n'ont pas fait de FCU de dépistage tous les 3 ans. Il est légitime de se demander si la réticence des femmes à se faire dépister ne proviendrait pas en partie de la façon de se faire examiner et donc de la position utilisée pour l'examen gynécologique. La position gynécologique en décubitus latéral ou sur le côté est une alternative à la position standard trop peu connue et utilisée. Objectif : Évaluation de la position gynécologique en décubitus latéral chez les femmes entre 25 et 65 ans lors de la réalisation d'un FCU par une étude quantitative. Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, comparative et prospective. Les patientes et les professionnels de santé ont été recrutés de juin 2018 à avril 2019. L'étude a été menée sur 54 patientes, âgées de 19 à 60 ans. Le ressenti des patientes est évalué par la douleur, l'anxiété, la pudeur, le confort et l'appréciation du contact visuel. L'évaluation par les professionnels de santé de cette nouvelle position est un objectif secondaire de l'étude. Résultats : 54 patientes et 9 professionnels de santé ont été inclus dans l'étude. Les patientes ont trouvé la position sur le côté plus simple d'installation dans 61% des cas, et plus confortable dans 68% des cas. Elles ont ressenti moins de douleur dans 50% des cas et ont trouvé leur pudeur d'avantage préservée dans 85% des cas. Les patientes qui ne se font pas dépister régulièrement recommandent plus souvent cette nouvelle position. Elles souhaitent se faire de nouveau examiner sur le côté. Dans 80% des cas la position préférée pour les patientes est la position sur le côté. L'absence de contact visuel n'a été déterminante, ni pour les patientes, ni pour les professionnels de santé. La position préférée des professionnels de santé reste la position standard. Conclusion : L'étude quantitative réalisée met en évidence la préférence des patientes pour la position sur le côté, et leur volonté de se faire de nouveau examiner dans cette position lors des futurs examens gynécologiques. Cette nouvelle position, si elle n'est pas à généraliser pour tous les examens, peut être une piste pour améliorer le suivi des patientes et le dépistage du cancer de l'utérus par FCU. Les professionnels de santé apprécient cette nouvelle position, mais ne se sentent pas forcément à l'aise pour la pratiquer et la proposer de façon régulière.

Rubrique de classement : Gynécologie

Mots-clés :

Frottis cervico utérin; Position gynécologique;
Position gynécologique en décubitus latéral;
Ressenti des patientes; Dépistage

Président :

Monsieur Jean LEVEQUE

JURY :

Assesseurs :

M Frédéric Beuneux [directeur de thèse]

M Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU

M Fabrice FOUCHER

Mme Sidonie CHHOR