Performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Rédaction d'un protocole pour une étude en soins primaires

Louise Chevet

▶ **To cite this version:**

Louise Chevet. Performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Rédaction d'un protocole pour une étude en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03373143

HAL Id: dumas-03373143

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03373143

Submitted on 11 Oct 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.

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2021

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État de Médecine Générale)

Par

Louise CHEVET

Née le 15/11/1994 à Bordeaux

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2021

Performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral : Rédaction d'un protocole pour une étude en soins primaires

PRÉSIDENT DU JURY :	Professeur Eric VERSPYCK
DIRECTRICE DE THÈSE :	Docteur Eglantine FERRAND DEVOUGE
MEMBRES DU JURY :	Docteur Laëtitia BOURDON
	Professeur Elisabeth MAUVIARD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc **BASTE**	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric **DI FIORE**	CHB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CHB	Radiothérapie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER** *(surnombre)*	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mme Julie **GUEUDRY**	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude **HOUDAYER**	HCN	Génétique
Mr Fabrice **JARDIN**	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HCN	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET** *(détachement)*	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN** *(détachement)*	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian **SCHWARZ**	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Hervé **TILLY** *(surnombre)*	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HC	Rhumatologie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH**	HCN	Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT**	HCN	Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney **GILARD**	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET**	HCN	Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR**	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien **MIRANDA**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ** *(détachement)*	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	UFR	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
M. Abdellah **TEBANI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Julien **WILS**	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE A MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**	UFR	Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy **BELLIEN** (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Thomas **CASTANHEIRO MATIAS**	Chimie Organique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique

Mr Chervin **HASSEL**	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline **LECOINTRE**	Physiologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBÉ**	Parasitologie
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mme Caroline **BERTOUX**	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**	Virologie
M. Henri **GONDÉ**	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**	Informatique
Mme Clémence **MEAUSOONE**	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**	Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **EL OMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**	UFR	Médecine Générale
Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**	UFR	Médecine Générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine Générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO**	Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN**	Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre Henri Becquerel

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

SJ – Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Aux membres de mon jury, je vous remercie pour l'attention que vous portez à mon travail

A Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK,
Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Vous apportez à ce travail votre expérience de spécialiste en gynécologie-obstétrique, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Professeur Elisabeth MAUVIARD,
Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie de m'avoir guidée et accompagnée tout au long de mon internat, veuillez trouver en ces mots l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Laetitia BOURDON,
Tu me fais l'honneur d'accepter d'être membre du jury de ma thèse. Merci pour tous tes conseils et pour cette vision très sincère de la médecine que tu as partagé avec nous.

A Madame le Docteur Eglantine FERRAND DEVOUGE,
Tu m'as fait l'honneur de me proposer ce sujet de thèse très inspirant. Je te remercie de m'avoir prévenue de ton attachement à la rigueur et à la précision. Ce furent, avec ton expérience médecin de recherche, des qualités inestimables que tu m'as apportées tout au long de ce travail.

Aux Médecins qui ont participés à l'élaboration de ce travail,

A Madame le Docteur Laure LEFEBVRE,
Merci d'avoir partagé votre expérience de médecin et de pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral, votre implication auprès de vos patientes est très inspirante.

A Monsieur le Docteur Thibaut PRESSAT LAFFOUILHERE,
Ce fut un honneur de travailler avec vous. Merci pour ton implication, ta disponibilité et surtout ta patience tout au long de ce travail, Mr de la pâte feuilletée.

A Monsieur le Dr BORÉE,
Je vous remercie pour votre gentillesse et d'avoir partagé votre expérience. Vos dessins permettent à tous d'appréhender un peu mieux l'utilisation du décubitus latéral pour l'examen des patientes.

A Monsieur le Docteur et Artiste Kachan CHAHINE,
Merci infiniment d'avoir participé à ce projet par tes dessins.

Au Docteurs GIRAUDEAU, BOTALLA, GRANGÉ, HENRIOT, GUILLON, RALANTOARITSIMBA,
Merci d'avoir accepté de partager votre expérience.

Aux Docteurs PARENT et DE GOLMARD, à l'équipe de médecins et sages-femmes de gynécologie à Pont-Audemer,
Je vous remercie de m'avoir enseigné la gynécologie et de m'avoir fait part de votre expérience et de vos remarques pour l'élaboration de ce travail.

A mes relecteurs,
Merci pour vos remarques et vos conseils, mention spéciale aux premiers qui ont eu le courage de me relire.

A mes maîtres de stage,

Aux Docteurs FRICOUT, HEDIN, STROZYK, PARENT, DE GOLMARD, aux équipes qui m'ont accueillies en stage,
Vous avez participé à former le médecin que je suis, par vos précieux conseils et votre expérience. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

A ma famille,

A mes parents,
A ma maman pour son soutien et son accompagnement infaillible, A mon papa qui de facto m'a inspiré le premier ce métier, je vous aime.
Je me découvre tous les jours de petits bouts de votre personnalité et j'en suis fière, (du moins la plupart du temps…).

A mes frères et soeurs, Henry, Lara, Céline,
Merci de m'avoir guidée, soutenue, accompagnée, conseillée jusqu'ici.
Je sais que je peux toujours compter sur vous !
Ne voyez tout de même pas dans ces mots, un renoncement à notre bataille pour l'héritage…

Aux +1 de cette famille,
Merci pour ce que vous nous apportez, vous méritez une place dans le paragraphe précédent.

A mes amis,

Aux Frères, Manon, Tiph, Ciclette et Cadou
Merci d'être apparues au fur et à mesure, d'avoir toujours été là, vous êtes le sang.

A la Crème de la crème, Cam, Blandon, Lolo, Hortou, Banban, Loulou, Khris, Sounsoun, Nass, BM, Tibo, Matga, Dhénain, Doudou, Juju 1 et 2, Popo, Cacao, Mirette, Bertille, Marion,
On aura bien profité de nos études de médecine, vous êtes incroyaux, merci pour ces soirées inoubliables, et que cela dure!

A Hasan,
Qui a réclamé un remerciement pour lui tout seul.

A mes colocataires,
Merci de m'avoir supportée, Popo 2 fois malgré toutes ces fois où je suis dans la lune et Marie qui m'a fait partager sa passion de la cuisson à la poêle ;)

A mes co-internes de choc,
Merci pour ces bons moments passés.

A ceux qui trinquent aux marins perdus en mer,
J'apprécie de partager cet hommage avec vous.

A la team du Havre,
Un semestre haut en couleurs et de très belles rencontres !

A ma famille de la voile,
J'ai grandi avec vous.

A Toto,
Merci de m'avoir supportée, mais surtout portée, tout au long de ce travail.
Le reste se résume en 3 mots :

Caramels, Bonbons, et Chocolats.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS 18

PRÉAMBULE 19

INTRODUCTION 20
1. L'examen gynécologique 20
2. L'examen gynécologique en décubitus latéral, une alternative possible ? 21
3. L'examen gynécologique en décubitus latéral, une pratique anglaise 23
4. L'avis des praticiens sur le décubitus latéral 24
5. Une efficacité à évaluer 26

PROTOCOLE DE L'ÉTUDE 28
1. Objectifs de l'étude 28
    1.1. Objectif principal 28
    1.2. Objectifs secondaires 28
2. Conception de l'étude 29
    2.1. Critères de jugement principaux et secondaires et justification 29
        2.1.1. Critère de jugement principal 29
        2.1.2. Critères de jugement secondaires et justification 30
    2.2. Description du type d'étude 32
3. Population 33
    3.1. Critères d'inclusion 33
    3.2. Critère de non-inclusion 33
    3.3. Modalités de recrutement 34
        3.3.1. Recrutement des praticiens 34
        3.3.2. Recrutement des patientes 35
4. Procédures de l'étude 35
    4.1. Description de l'intervention 35
    4.2. Formation des praticiens-investigateurs 36
    4.3. Risques de la procédure 36
5. Déroulement de l'étude 36
    4.1. Calendrier de l'étude 37
    4.2. Tableau récapitulatif du suivi de la personne se prêtant à la recherche 37
    4.3. Visite d'inclusion 38
    4.4. Contact téléphonique de suivi 39
6. Statistiques 39
    6.1. Nombre de personnes à inclure 39
    6.2. Description des méthodes statistiques 40
        6.2.1. Description de la population 40
        6.2.2. Analyses de l'objectif principal 40
        6.2.3. Analyses des objectifs secondaires 40
    6.3. Degré de signification prévu 41
    6.4. Gestion des données manquantes ou non valides 41

DISCUSSION 42
1. Discussion de la méthode 42
1.1. Choix de la population étudiée 42
1.2. Choix du critère de jugement principal 42
1.3. Absence de groupe contrôle 44
1.4. Biais anticipés et mesure de réduction des biais 44
1.4.1. Facteurs de confusion 44
1.4.2. Biais de sélection : 45
2. Forces et limites de l'étude 47
2.1. Forces de l'étude 47
2.2. Limites de l'étude 47
3. Perspectives 48
3.1. Enjeu pour les patientes 48
3.2. Enjeu pour les soignants 48
3.3. Recherche complémentaire 49
3.4. Améliorer le ressenti de l'examen gynécologique 49
BIBLIOGRAPHIE 51
ANNEXE 1 : Questionnaire patiente 54
ANNEXE 2 : Questionnaire praticien 55
RÉSUMÉ 56

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHU : Centre hospitalier universitaire

DIU : Dispositif intra-utérin

FCU : Frottis cervico-utérin

IMC : Indice de masse corporelle

PRÉAMBULE

Ce travail reprend les éléments d'un protocole en cours d'élaboration.
L'étude consiste à former des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de ville à l'examen gynécologique en décubitus latéral afin d'évaluer la faisabilité de son utilisation en soins primaires. L'intérêt d'une telle étude est de pouvoir argumenter la diffusion de cette méthode d'examen en soins primaires, qui semble mieux convenir à certaines femmes et pourrait participer à améliorer leur suivi.

Afin de faciliter la mise en place de ce protocole en soins primaires, nous prévoyons de soumettre un dossier de candidature à un appel d'offre, au moment où ce travail de thèse sera soutenu avec l'appui de la direction de la recherche clinique du CHU de Rouen. Si la candidature de ce protocole est retenue, cela permettra le financement des investigateurs qui consacreront de leur temps de consultation pour sa mise en œuvre.

INTRODUCTION

1. L'examen gynécologique

L'examen gynécologique est constitué de l'examen sénologique, de l'examen abdominal, de l'inspection de la vulve, du toucher vaginal et de l'examen pelvien au spéculum.
Ce dernier est indispensable pour la pose et le retrait de Dispositif Intra-Utérin (DIU), pour le diagnostic et le dépistage de pathologies pouvant entraîner des symptômes pelviens (saignements, douleurs pelviennes, leucorrhées pathologiques), pour l'inspection de la paroi vaginale et pour le dépistage régulier du cancer du col de l'utérus.

Les étapes pelviennes de l'examen sont réalisées en position gynécologique : la patiente est allongée en décubitus dorsal ou en position demi assise, le périnée au bord de la table, les membres inférieurs en abduction et les pieds supportés par les étriers.
En élevant la table à hauteur du regard en position assise, le praticien peut insérer le spéculum pour examiner le vagin et le col de l'utérus (Figure 1).

Figure 1 : Position gynécologique classique.

Cette position est redoutée par beaucoup de femmes en raison de la sensation d'exposition, de vulnérabilité et de perte de contrôle lors de l'examen pelvien (1–3). Le parallèle avec une position sexuelle notamment dérange les patientes qui ne souhaitent pas voir cette représentation mêlée à une nécessité médicale (1,3). Lorsque cet inconfort est important, le suivi gynécologique peut devenir irrégulier, voire stoppé.

2. L’examen gynécologique en décubitus latéral, une alternative possible ?

Depuis une dizaine d’années, des thèses d’exercice de médecine et des mémoires de sage-femme évaluent l’intérêt d’une autre position pour l’examen pelvien au spéculum. Il s’agit de la position en décubitus latéral (4–10) pour laquelle il existe deux variantes selon la position des membres inférieurs.

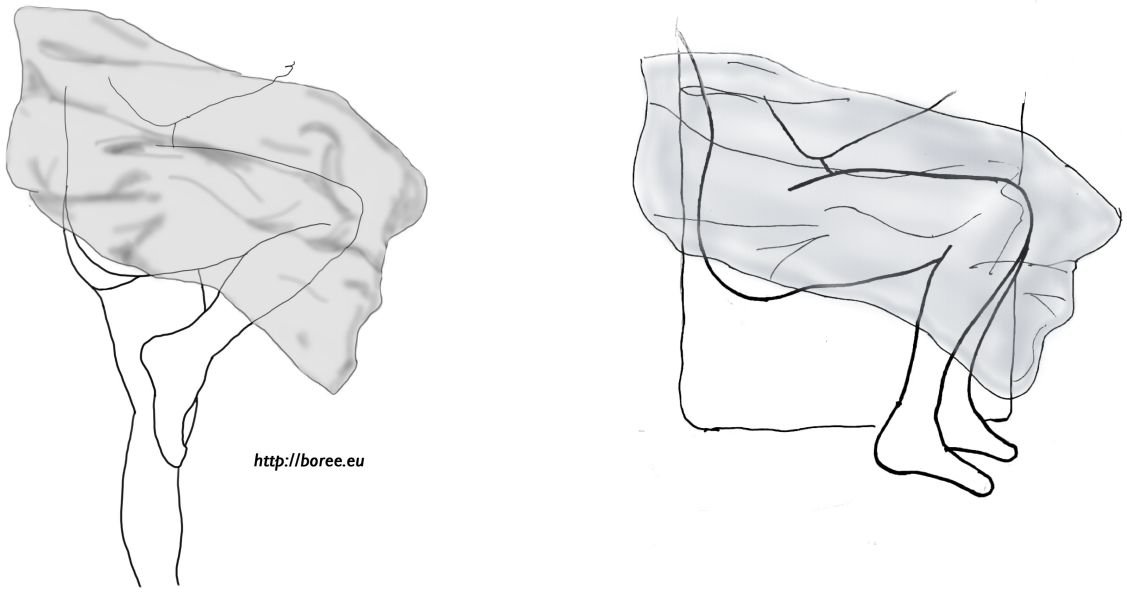

Figure 2 : Position en décubitus latéral vue du dessus,
à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles.

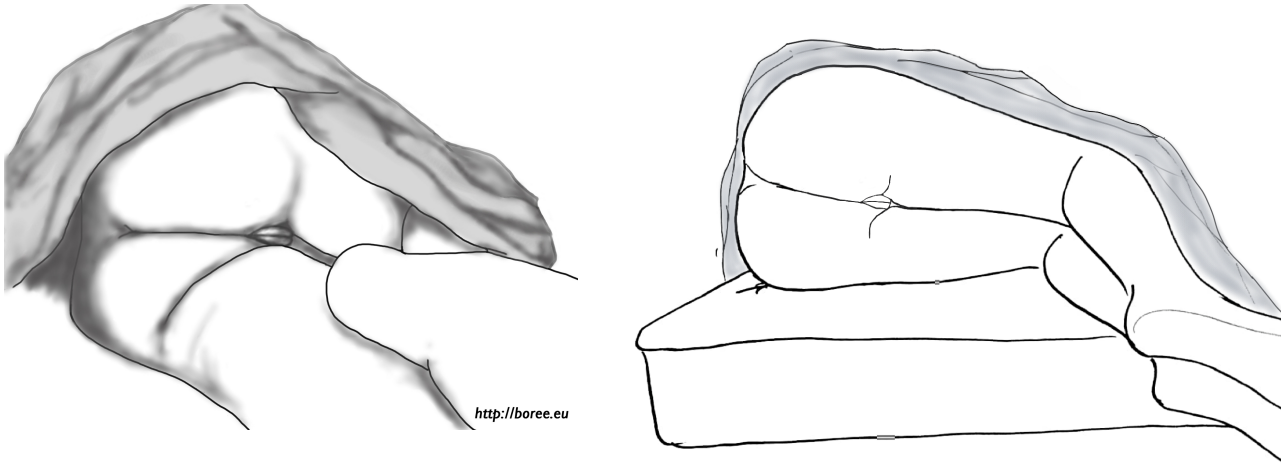

Figure 3 : Position en décubitus latéral vue du bout de la table,
à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles.

Dans ces 2 variantes de décubitus latéral, l'exposition de la vulve se fait en soulevant la fesse supérieure, ce qui permet d'insérer le spéculum (Figure 4).

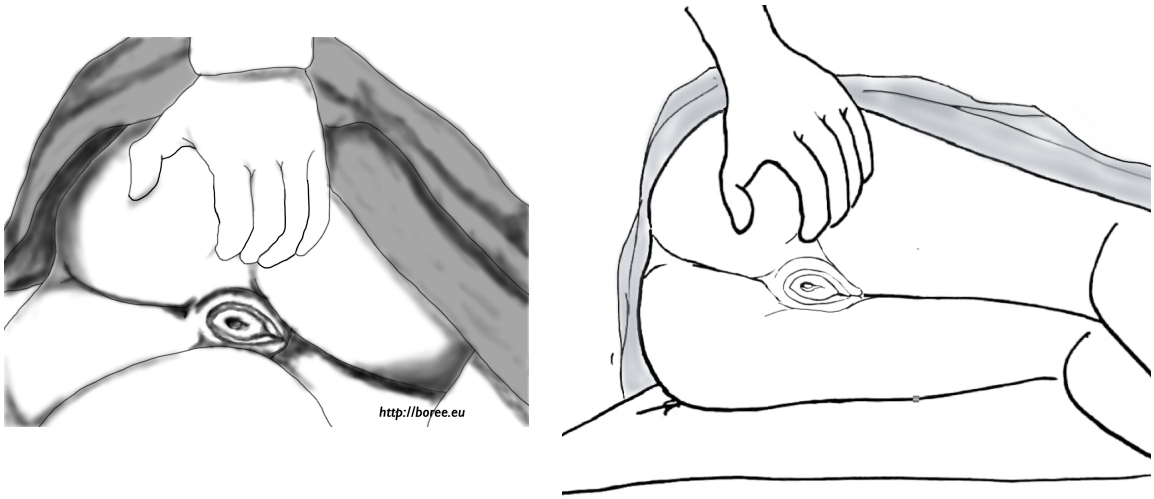

Figure 4 : exposition de la vulve vue du bout de la table,
à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles.

Cette pratique est très bien accueillie par les femmes interrogées. En effet, plusieurs travaux académiques quantitatifs (deux thèses et un mémoire de sage-femme) sur le ressenti de 54, 114 et 73 femmes concernant l'examen en décubitus latéral montrent respectivement que 83 %, 91 % et 89 % des femmes souhaitent demander à être examinées en décubitus latéral lors du prochain examen (6,8,10).
Dans ces études, la majorité des femmes ont trouvé un meilleur respect de la pudeur, du confort et de la douleur en ayant été examinées en décubitus latéral.

Pour expliquer ces résultats, les patientes interrogées par Dr Armelle Grange-Cabane dans sa thèse d'exercice rapportaient l'importance de ne pas avoir les cuisses écartées, ce qui renforçait leur sentiment de contrôle et diminuait leur vulnérabilité (8).
De plus, le décubitus latéral correspond à la position de sommeil de certaines femmes et ce confort contraste avec la position classique, comparée pour sa part à une position sexuelle (8).
La diminution de la douleur proviendrait d'une introduction facilitée du spéculum grâce à une moindre mise en tension du périnée et une moindre crispation de la patiente (5,7,8). Enfin, d'une manière plus générale, les patientes apprécient de pouvoir faire le choix d'une autre position et se sentent plus impliquées dans la prise en charge de leur santé (7).

Le décubitus latéral n'est cependant pas adopté par toutes les femmes. Certaines préfèrent la position qu'elles connaissent, et quelques-unes déplorent une plus grande exposition des fesses en décubitus latéral (5,7,8). D'autres (9 à 18 % des patientes) sont gênées par l'absence de contact visuel avec le praticien, qui diminue leur sentiment de contrôle sur l'examen (5–9). En effet, le regard de la patiente n'est plus dirigé vers l'examen mais vers le côté et le praticien, positionné derrière celle-ci, ne se trouve plus dans son champ de vision. Des patientes contournent cet inconvénient en s'appuyant sur le coude pour relever leur tête afin de mieux voir l'examinateur (5).

3. L'examen gynécologique en décubitus latéral, une pratique anglaise

L'origine de la pratique de l'examen pelvien en décubitus latéral est attribuée aux obstétriciens anglais à partir du XVIIIème siècle. Il est intéressant de retrouver dans les écrits d'époque, les controverses entre obstétriciens anglais et français, concernant la meilleure position pour l'examen des parturientes. En France, le décubitus latéral était jugé comme peu commode pour l'examinateur et on raillait les anglais qui « [sacrifient]l'utilité médicale de la position dorsale à la pudeur de leurs patientes » , pudeur présentée comme démesurée (11).

En Angleterre, cette position d'examen s'est progressivement étendue à toute la gynécologie, puis a peu à peu disparu de l'enseignement universitaire au XXème siècle, au profit de la position dorsale, malgré les contestations des « latéralistes ». Dans un questionnaire de pratique en 1987, « latéralistes » et « dorsalistes » déclaraient que leur position respective était plus confortable, plus commode que l'autre pour la réalisation de prélèvements, pour l'insertion d'un DIU, et pour l'examen des patientes obèses. Ils reconnaissaient tous que le décubitus latéral offrait un avantage pour l'examen des patientes dyspnéiques ou dont l'abduction de hanche était limitée, ainsi que pour l'évaluation des prolapsus et de l'incontinence urinaire (12). La position en décubitus dorsal était jugée meilleure pour l'examen de la vulve, le toucher vaginal en particulier pour le cul de sac du côté où la patiente est allongée. Les « dorsalistes » y voyaient une plus grande rapidité d'exécution de l'examen pelvien (12).

Aux États-Unis, l'intérêt du positionnement en décubitus latéral est diffusé au XIXe siècle par le chirurgien James Marion Sims pour le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. En effet, cette position et une nouvelle forme de spéculum lui permettent de mieux visualiser la fistule dont les techniques de traitement étaient jusqu'alors médiocres. Il est ainsi considéré comme pionnier en gynécologie, si bien que la position latérale d'examen est renommée « Sims' position » outre atlantique (13). Mise à part la chirurgie gynécologique, cette position peut également être utilisée en proctologie et semble être la moins inconfortable pour le patient (14,15).

En France, le décubitus latéral réapparaît au début des années 2000 avec les travaux sur l'accouchement du Dr Bernadette de Gasquet (16). En gynécologie, c'est la description d'un examen gynécologique « à l'anglaise » plus respectueux du confort de la patiente par Martin Winckler dans son livre « Le Chœur des femmes » en 2009 qui popularise l'examen pelvien en décubitus latéral (17). Il s'agit de la position membres inférieurs pliés et parallèles.
Inspiré de ce roman, Dr Borée dans son blog éponyme relate son initiation au décubitus latéral et illustre le positionnement de la patiente dans une version avec la jambe inférieure tendue (18).
C'est par ces trois intermédiaires et par le compagnonnage, que des praticiens se sont initiés à l'examen en décubitus latéral (5).

4. L'avis des praticiens sur le décubitus latéral

Dans les travaux de thèse réalisés sur ce sujet, les praticiens décrivent les avantages et inconvénients de cette méthode d'examen.
Les praticiens interrogés par Dr Botalla-Piretta évoquaient une plus grande facilité à visualiser le col de l'utérus, notamment pour les cols très antérieurs. Les cols postérieurs étaient cependant plus difficiles d'accès.
Cela se faisait aux prix d'effort d'adaptation concernant les repères anatomiques dont l'axe était modifié, et à l'inconfort de la posture, penché en avant pour se mettre dans l'axe de la vulve (Figure 5).

<u>Figure 5 :</u> Position possible du praticien pour un examen en décubitus latéral.

La quasi-totalité des 12 praticiens pondéraient les difficultés initiales en rapportant un apprentissage rapide. Un praticien déclarait s'être senti à l'aise après 3 ou 4 examens réalisés en décubitus latéral.

Pour améliorer leur posture, certains praticiens préféraient la position latérale membres inférieurs pliés parallèles. En plaçant la patiente avec les fesses plutôt au bout de la table, ils pouvaient s'installer plus confortablement, assis face à la vulve, comme lors de l'examen en position classique.

Enfin, quelques soignants déploraient la réduction du contact visuel limitant l'évaluation de la douleur et de l'anxiété des patientes au cours de l'examen (5).

A l'inverse, dans la thèse du Dr Brun-Cottan, les 9 praticiens n'étaient pas gênés par l'absence de contact visuel. Ils avaient tous l'intention de continuer à proposer le décubitus latéral à leurs patientes mais 67 % d'entre eux préféraient examiner les patientes en position standard (6).

Les praticiens des deux études s'accordaient à dire que proposer le décubitus latéral semblait favoriser l'adhésion des patientes au suivi gynécologique. Cette technique était particulièrement utile pour les patientes les plus réticentes à se faire examiner et pour celles atteintes de pathologie de hanche.

Pour examiner les patientes obèses, l'avis des praticiens était partagé, notamment car l'examen est difficile quelle que soit la position (5). Une étude américaine parue en 2020 suggère un bénéfice de la position latérale qui a permis d'examiner des patientes atteintes d'obésité sévère (IMC moyen = 57,7), dont la visualisation du col de l'utérus était jusqu'alors un échec en décubitus dorsal (19).

5. Une efficacité à évaluer

L'examen pelvien en décubitus latéral semble être une alternative de confort et de respect de la pudeur, plébiscitée par les patientes. Celui-ci présenterait des avantages dans les situations de position anatomique antérieure du col de l'utérus, de prolapsus, d'obésité sévère, de pathologie de hanche ou de réticence importante à l'examen. Les inconvénients liés à l'acquisition de la technique pourraient être contrebalancés par un apprentissage rapide.
L'efficacité de cette technique en termes de performance d'examen nécessite d'être évaluée pour promouvoir sa diffusion.

Pour ce qui est de la réalisation d'actes techniques, des arguments sont apportés par une thèse sur la comparaison de frottis cervico-utérin réalisés en décubitus latéral et en position classique. Il n'y avait pas de différence de qualité des prélèvements pour leur interprétation au laboratoire (4).

Il n'y a pas eu, à notre connaissance, d'étude sur la pose de DIU en position latérale. Ce geste est reconnu comme plus technique et nécessite une pratique régulière. En position classique, il arrive d'échouer à poser un DIU dans 4 à 17,8 % des cas selon les études (20–23), lors d'un spasme du col, en raison de la position de l'utérus ou du manque d'expérience du praticien (24). Pour ce qui est des complications liées à la pose de DIU en position classique, on retrouve dans la littérature 0,2% à 3% d'expulsions à un mois (25), 10% de malpositions décrites échographiquement ne nécessitant pas toujours un retrait, un risque d'environ 1% d'infection génitale haute à 20 jours, et de rares cas de perforation utérine estimés entre 0,1 et 3 cas pour 1000 patientes (26).

En décubitus latéral, on imagine que la pose du DIU peut être différente, en raison de la pesanteur s'appliquant différemment sur l'axe col-utérus. Malgré tout, les thèses sur le décubitus latéral ne font pas état de difficulté particulière, on notait même une proportion élevée (41 %) de pose ou de retrait de DIU chez les patientes examinées en décubitus latéral (8), ce qui laisse penser que les poses et retrait de DIU n'était pas une difficulté pour les praticiens en décubitus latéral. Dans l'étude de pratique d'Amias, « les latéralistes » anglais rapportaient aussi une pose simple des DIU (12).

Par ailleurs, le retour d'expérience de quelques praticiens examinant leurs patientes en décubitus latéral depuis plusieurs années, suggère que cette position permet de mener tout aussi bien les différents actes de gynécologie de ville. En cas de difficulté, ils rapportent repasser en position classique ou simplement essayer l'examen sur l'autre côté car certains utérus sont latéro-déviés et plus faciles d'examen sur un côté que sur l'autre.
En outre, le risque d'événement indésirable en examinant les patientes en décubitus latéral paraît nul et un éventuel changement de position pour terminer l'examen semble acceptable pour les patientes.

Comme, nous l'avons souligné précédemment, quelques femmes préfèrent être examinées en position classique. Ce travail n'a donc pas pour vocation de montrer une supériorité de l'examen en décubitus latéral mais de collecter des arguments pour que cette position d'examen puisse être proposée aux patientes, comme une alternative leur permettant un choix.
Ainsi, l'objectif de cette étude est de valider que la performance de l'examen pelvien en décubitus latéral est suffisante pour constituer une alternative à la position classique.

PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

1. Objectifs de l'étude

1.1. Objectif principal

Cette étude vise à évaluer le taux de succès de l'examen en décubitus latéral, afin de vérifier si l'examen gynécologique au spéculum en décubitus latéral a une performance suffisante pour pouvoir être proposé en alternative à l'examen en position classique.

Cet objectif a été choisi pour apporter des arguments d'efficacité sur cette position. Permet-elle d'examiner les patientes sans trop de difficulté ou est-il nécessaire de repasser trop souvent en position dorsale ?

1.2. Objectifs secondaires

Plusieurs objectifs secondaires ont été définis :

- Évaluer la satisfaction du clinicien et des patientes concernant le positionnement en décubitus latéral pour l'examen pelvien au spéculum

  S'il est important de continuer à recueillir l'avis des patientes, il faut également s'assurer de la satisfaction des praticiens sur cette nouvelle position d'examen.

- Vérifier que les premiers examens (examens précoces) ont une faible performance.

  Nous avons fait l'hypothèse, pour la méthodologie de cette étude, que les 6 premières patientes par praticiens n'étaient pas représentatives de la performance du décubitus latéral car les praticiens nécessitent d'acquérir de l'expérience (Cf.§ 7.1.2). Cet objectif vise à vérifier cette hypothèse.

- Déterminer les facteurs prédictifs d'un échec de l'examen en décubitus latéral

  Cela pourrait permettre au besoin de cibler les indications ou de prévoir les situations difficiles.

- Recueillir la position de réalisation du toucher vaginal et s'il est réalisé

  Cette problématique a été soulevée dans la littérature car la réalisation du toucher vaginal en décubitus latéral modifie les repères anatomiques. Les praticiens interrogés dans une thèse rapportaient qu'il pouvait être nécessaire de réaliser le toucher vaginal en position classique (5) ce qui impliquait un examen en deux temps.

- Quantifier la survenue de complication à 3 mois pour les cas de pose de DIU en position latérale uniquement.

> *Aucun élément dans la littérature ne fait état d'une survenue plus fréquente de malposition de DIU, d'expulsion, d'infection génitale haute ou de perforation utérine en position latérale. Ces données seront tout de même recherchées et recueillies en objectif secondaire de sécurité.*
> *Il est a noter que ces événements sont tout de même rares à très rares en position classique, comme précisé dans l'introduction.*

- Réaliser une analyse de sensibilité en excluant d'une part les doubles échecs d'examen, (à la fois en décubitus latéral et en décubitus dorsal) ; et d'autre part, en excluant les poses de DIU.

> *En effet, comme cité en introduction, il semblerait que la réussite de certains actes tels que la pose du DIU soit également dépendante de facteurs autres que la position d'examen. On s'attend dans ce cas à obtenir un échec dans les deux positions d'examen (double échec).*
> *Cette analyse a pour but d'évaluer l'impact de ces facteurs confondants en comparant les résultats de succès avec et sans les doubles échecs, et avec et sans les poses de DIU.*

2. Conception de l'étude

2.1. Critères de jugement principaux et secondaires et justification

2.1.1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est « le succès de l'examen au spéculum en décubitus latéral », défini par la réponse "oui" à la question :
« Êtes-vous parvenu à votre objectif d'examen au spéculum en positionnant la patiente en décubitus latéral ? »
Il peut s'agir de l'examen du col, de la muqueuse ou de la paroi vaginale, d'écoulements, de la réalisation de prélèvements, d'un frottis cervico-utérin ou de la pose d'un DIU.

L'échec est défini par la nécessité de repasser en position classique pour mener à bien l'examen gynécologique au spéculum. Il est à noter qu'un échec de pose de DIU en position latérale nécessite d'essayer de nouveau en position dorsale.

Le double-échec correspond à un examen qui n'aura pas abouti ni en position latérale ni en position dorsale.

Afin de limiter le biais lié à l'expérience des praticiens, l'étude du critère de jugement principal est réalisée à partir de la 7ème inclusion de patientes après la formation initiale commune des praticiens (Cf.§ 9.2).

Le critère de jugement principal a été choisi en considérant que l'examen au spéculum est réalisé dans un objectif précis. Il semble pertinent de quantifier le taux de succès de cet objectif en utilisant la position latérale. Ainsi, un taux de succès satisfaisant permettrait de valider la performance de la position latérale pour l'examen gynécologique au spéculum.

De plus, la mesure du critère de jugement principal doit se faire en condition de maîtrise de la nouvelle technique d'examen lorsqu'on mesure la performance. 6 examens d'apprentissage en position latérale sont donc réservés pour chaque praticien avant de commencer la mesure du critère de jugement principal.

Ce chiffre a été choisi en considérant, d'une part, le retour d'expérience des praticiens sur l'apprentissage de l'examen en position latérale, et d'autre part, en prenant en compte les connaissances préalables des praticiens recrutés, sur l'anatomie pelvienne, l'insertion d'un spéculum, les prélèvements et la pose d'un DIU.

2.1.2. Critères de jugement secondaires et justification

Satisfaction du praticien :

La satisfaction du praticien concernant l'examen en décubitus latéral de chaque patiente est évaluée par les critères suivant :

- Le confort d'installation du praticien (échelle de Likert de 0 à 5)
- La satisfaction globale concernant l'examen (échelle de Likert de 0 à 5)
- Le souhait de continuer à proposer à cette patiente d'être examinée en décubitus latéral (Oui/Non)

Dans la thèse qualitative de Anne-Sophie Botalla-Piretta, la nécessité de changer ses habitudes et la perception d'une position d'examen inconfortable pour le praticien étaient des freins à s'initier à l'examen en décubitus latéral (5).

L'intention de poursuivre la pratique de l'examen en décubitus latéral au décours de l'étude est un critère qui nous semble concret pour évaluer l'adhésion et l'intérêt du praticien pour cette nouvelle pratique.

Satisfaction des patientes :

La patiente évalue sa satisfaction de l'examen en décubitus latéral grâce à une échelle de Likert de 0 à 5 pour chacun des critères suivant :

- Le confort d'installation
- L'anxiété
- La douleur ressentie
- Le respect de la pudeur

La satisfaction des patientes est également évaluée par :

- Le souhait d'être examinée en décubitus latéral plutôt qu'en position classique lors du prochain examen gynécologique (Oui/Non)
- La recommandation de cette expérience à une amie (Oui/Non)

Les 4 premiers éléments ont été rapportés dans les thèses qualitatives comme facteurs déterminants de la satisfaction des patientes (5,7). Leur analyse nous permettra de comprendre les éléments positifs et négatifs du ressenti des patientes concernant le décubitus latéral. Le souhait de continuer à être examinée en position latérale ou la recommandation à une amie semblent représentatifs de l'adhésion à cette nouvelle pratique.

Succès précoce

Le taux de succès chez les 6 premières patientes de chaque praticien sera analysé afin de vérifier sa faible performance.

Si cette hypothèse se vérifie, cela permettra de justifier que ces patientes aient été retirées de l'analyse principale ; et si cette hypothèse est réfutée, cela apportera des arguments pour une phase d'apprentissage plus courte.

Facteurs prédictifs d'échec :

L'analyse des facteurs prédictifs d'échec se fera en fonction des variables d'intérêt suivantes :

Chez les patientes :

- Âge de statut ménopausique certain (> 55 ans)
- Obésité supérieure au grade 2 (IMC > 35 kg/m2)
- Parité (0, 1-2, > 2)

Selon le motif de l'examen au spéculum :

- Pose de DIU
- Douleurs pelviennes
- Inconfort vaginal (brûlures/prurit)

Ces facteurs ont été choisis car ils étaient susceptibles d'affecter l'introduction du spéculum, soit du fait de douleurs ou de manque de lubrification (ménopause, mycose), soit en rendant difficile la visualisation du col du fait de la longueur du vagin ou de la présence de replis (obésité importante, effet de la parité). On regardera également si la pose de DIU est un facteur de risque d'échec

Réalisation du toucher vaginal :

La réalisation d'un toucher vaginal (Oui/Non) sera également recueillie pour chaque patiente. En cas de réponse affirmative, le praticien notera la position de réalisation du toucher vaginal selon 3 variables (position classique/décubitus latéral/position autre).

Complications à 3 mois pour les cas de pose de DIU:

La fréquence de survenue d'expulsion de DIU ou d'infection génitale haute et la fréquence de diagnostic de malposition ou de perforation utérine sera recueillie 3 mois après l'inclusion des patientes. La malposition est définie par la nécessité de retirer le stérilet car son positionnement ne permet pas une contraception efficace ou entraîne des douleurs.

Analyses de sensibilité :

Les analyses de sensibilité utiliseront comme critère de jugement le taux de succès. Elles se feront d'une part dans un sous-groupe excluant les doubles échecs, et d'autre part dans un sous-groupe excluant les cas de pose de DIU.

2.2. Description du type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, non contrôlée.

La comparaison se fait par rapport à une borne de performance minimale acceptable de 85 % de succès.

> *Nous avons fait le choix de ne pas utiliser de groupe contrôle (groupe de patientes examinées en position classique) étant donné que l'objectif de cette démarche n'est pas de remplacer l'examen gynécologique classique mais d'être une alternative suffisamment efficace à proposer à la patiente.*
>
> *De plus, nous considérons qu'un taux d'échecs modéré peut être toléré puisque ceux-ci seront rattrapés lors de la consultation, en retournant à la position classique, qui a un taux de succès proche de 100 %.*
>
> *Le taux d'échec de l'examen au spéculum en décubitus latéral avec nécessité de poursuivre l'examen en position classique n'a pas été étudié dans la littérature. Il a été estimé autour de 90% par les praticiens que nous avons interrogés pour la conception de cette étude.*
>
> *Ainsi, en l'absence de données fiables dans la littérature, nous avons choisi de montrer que l'examen en décubitus latéral est supérieur à une performance minimale acceptable de 85 % de succès. Nous considérons donc qu'un maximum de 15% d'échec est tolérable pour garantir une performance suffisante de l'examen en position latérale pour son utilisation dans la pratique courante. Ceci, en prenant en compte l'absence de perte de chance pour les patientes, qu'on examinera en position classique en cas d'échec.*
>
> *Le test statistique se fait alors en comparaison avec une valeur seuil. La valeur théorique de la position classique ne sert que de figure de référence, sans comparaison statistique.*

3. Population

3.1. Critères d'inclusion

- Femme >18 ans
- Ayant déjà eu un examen gynécologique en décubitus dorsal
- Nécessitant un examen gynécologique au spéculum dans le cadre d'un acte de dépistage, de diagnostic ou de prévention.
- Ayant lu et compris la lettre d'information et signé le formulaire de consentement
- Affiliée à la sécurité sociale

L'âge, la capacité à comprendre le français, le fait accepter de participer à l'étude et l'affiliation à la sécurité sociale sont des critères directement liés à la recherche médicale et ses contraintes.
Pour rester en situation de soins courants, seules les patientes nécessitant un examen au spéculum pourront être incluses. Elles devront également avoir été examinées au moins une fois en position gynécologique classique afin de pouvoir exprimer leur préférence pour le prochain examen.

3.2. Critère de non-inclusion

- Femmes enceintes
- Personne privée de liberté par une décision administrative ou judiciaire ou personne placée sous sauvegarde de justice / sous tutelle ou curatelle
- Antécédent de maladie ou anomalie psychologique ou sensorielle susceptible d'empêcher le sujet de bien comprendre les conditions requises pour sa participation au protocole ou l'empêchant de donner son consentement éclairé

La recherche sur les femmes enceintes fait l'objet de beaucoup de restrictions et d'une surveillance accrue. Ces contraintes nous ont fait choisir de ne pas inclure les femmes enceintes, d'autant plus qu'il n'y a pas d'examen au spéculum spécifique de la grossesse, hormis la recherche de streptocoque B au 8ème mois par un prélèvement vaginal. La technique de cet examen est identique à un prélèvement vaginal classique.
Malgré ce choix de non-inclusion, la morphologie du ventre lors de la grossesse ne nous semble pas conditionner le succès d'examen et nous n'avons pas de raison de craindre un impact de la grossesse sur la sécurité de cette pratique chez les femmes enceintes.
Les autres critères sont réglementaires.

3.3. Modalités de recrutement

3.3.1. Recrutement des praticiens

Les praticiens réalisant des consultations de gynécologie (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes) seront recrutés sur la région Normandie par liste de diffusion d'e-mail dans le réseau de médecin investigateur en médecine générale, les syndicats, la formation continue et le collège des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes ou par bouche à oreille.
La proportion de praticiens de chaque profession sera égale pour permettre une bonne représentativité des différents modes d'exercices.

Il est attendu que les praticiens sages-femmes et gynécologues aient plus d'opportunités d'inclure que les praticiens médecins-généralistes. C'est pourquoi un nombre maximal d'inclusion sera défini par praticien afin d'obtenir une répartition homogène du nombre de patientes entre eux (Cf § 6.1).

Les praticiens doivent répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Réalisation de plus de 2 examens gynécologiques pelviens par semaine
- Exercice principal de soins primaires, libéral ou non
- Participation à la formation initiale commune sur l'examen gynécologique en décubitus latéral

En cas de sortie précoce d'un praticien de l'étude, un remplaçant validant les critères d'inclusion des praticiens pourra être envisagé.

> *Ces critères visent à recruter des praticiens expérimentés et habitués à la pratique de la gynécologie afin de limiter le biais lié au manque d'expérience des praticiens dans l'évaluation des succès d'examen.*
> *Le critère de réalisation d'examens gynécologiques fréquents concerne surtout les médecins généralistes qui ont une autre activité que la gynécologie. Il est considéré que réaliser au moins 2 examens gynécologiques pelviens par semaine garantit la maîtrise de l'examen en position classique.*
> *Ces soignants doivent avoir une activité principalement de soins de premier recours, étant donné que c'est dans ces conditions qu'ont été réalisés les travaux sur le décubitus latéral.*
> *Par ailleurs, il est demandé à tous les praticiens de participer à la même formation commune afin de standardiser l'intervention.*

3.3.2. Recrutement des patientes

L'étude est présentée lors d'une consultation de gynécologie en soins courants sur le lieu d'exercice habituel du praticien-investigateur.
L'intérêt des patientes peut également être soulevé par un affichage sur l'étude dans la salle d'attente, avec prise de rendez-vous auprès du praticien-investigateur via le secrétariat.

> *De même que pour les praticiens, c'est en situation de soins courants que les patientes ont été interrogées dans les thèses. Elles seront donc recrutées ainsi pour cette étude. Cela permet de ne pas imposer d'examen gynécologique à des patientes qui n'en nécessitent pas, afin de respecter la prise en charge recommandée des patientes.*

4. Procédures de l'étude

4.1. Description de l'intervention

Le positionnement de la patiente en décubitus latéral fera l'objet d'une formation préalable, commune à tous les praticiens-investigateurs et standardisée. Le contenu de cette formation est détaillé au paragraphe suivant.
En cas de consultation pour un symptôme ou un suivi gynécologique nécessitant un examen au spéculum, une information sera donnée à la patiente afin de lui proposer de participer à cette étude. Puis, selon la décision de la patiente, elle sera guidée par le praticien pour s'installer en décubitus latéral pour l'examen, dans l'une des positions présentées en introduction (avec une jambe tendue ou membres inférieurs pliés parallèles). Le praticien réalise alors l'examen au spéculum en position latérale. En cas d'échec, il invite la patiente à se positionner en décubitus dorsal et termine l'examen.

Le praticien ne doit effectuer dans le cadre de l'étude que les actes médicaux déjà maîtrisés dans sa pratique habituelle, au risque d'interférer avec l'évaluation du succès d'examen.

> *Le fait de reconduire l'examen en position dorsale dans l'éventualité d'un échec permet d'éviter une perte de chance et d'assurer un risque minimal pour la patiente.*
> *Cela permettra également de recueillir les double-échecs, c'est-à-dire les situations d'examen non réussi quelle que soit la position de la patiente, pour l'analyse de sensibilité.*

4.2. Formation des praticiens-investigateurs

Les praticiens seront formés au positionnement standardisé des patientes et à l'examen en décubitus latéral dans les deux variantes décrites en introduction.
Lors de cette formation, les praticiens apprendront l'origine de l'examen en décubitus latéral, le positionnement de la patiente et du praticien, la technique d'examen et les bénéfices et inconvénients attendus.

Une partie de la formation sera également dédiée à sensibiliser les praticiens aux principes de bonne pratique en recherche biomédicale, avec le remplissage des documents sources, l'anonymisation et la manière d'informer les patientes sur l'étude, afin d'optimiser le temps d'inclusion.

> *Pour cette étude, les praticiens sont des investigateurs. Selon les règles de bonne pratique en recherche biomédicale, la formation des investigateurs doit être contrôlée par le promoteur (27). Une formation théorique et pratique (mise en situation) sur le décubitus latéral permettra aux praticiens-investigateurs de comprendre les objectifs de l'étude et de répondre aux questions des patientes. Nous avons fait le choix de laisser à l'appréciation des praticiens, la version de décubitus latéral qu'ils souhaitent utiliser, en fonction de leur confort et de celui de leurs patientes.*
> *La formation sur le remplissage des documents sources servira à éviter les données non interprétables et à optimiser le temps des praticiens.*

Suite à cette formation en présentiel, le praticien pourra inclure des patientes. En ce qui concerne le critère de jugement principal, la mesure ne se fait qu'à partir de la 7è patiente incluse, pour limiter le biais lié à l'inexpérience initiale des praticiens.

4.3. Risques de la procédure

Cette procédure ne comporte pas de risque. En cas d'impossibilité de mener à bien l'examen gynécologique en décubitus latéral, la patiente est invitée à se positionner sur le dos en position classique pour poursuivre l'examen pelvien.

> *Cette absence de risque permet de classer cette étude en recherche interventionnelle à risque et contrainte minime, catégorie 2 de la loi Jardé (28).*

5. Déroulement de l'étude

5.1. Calendrier de l'étude

- Durée de la période d'inclusion : 12 mois
- Durée de la participation des patientes : 15 à 30 minutes
- Une seule visite

La période d'inclusion est prévue sur un an afin de pouvoir recruter un nombre suffisant de patientes et pour ne pas surcharger les praticiens avec les procédures d'inclusion, au risque de les décourager à inclure des patientes.

5.2. Tableau récapitulatif du suivi de la personne se prêtant à la recherche

	Inclusion T0	Contact téléphonique T+ 60 jours
Information de la personne se prêtant à la recherche	✓	
Recueil du Consentement	✓	
Examen pelvien en décubitus latéral	✓	
Succès /Échec	✓	
Paramètres démographiques patiente	✓	
Questionnaire satisfaction patiente	✓	
Questionnaire satisfaction praticien	✓	
Recueil complications pose de DIU		✓

5.3. Visite d'inclusion

Le praticien-investigateur recueille le motif de consultation et valide la nécessité d'un examen au spéculum. La patiente est ensuite informée à propos de la nature de l'étude, des bénéfices et inconvénients, de l'absence de risques pour sa santé et de la nécessité éventuelle de devoir repasser en position gynécologique classique en cas d'échec de l'examen en décubitus latéral. L'investigateur informe la patiente sur la procédure, les informations recueillies et sur les risques de l'intervention et répond à toutes ses questions.
Après consentement éclairé, la patiente est invitée à se préparer pour l'examen gynécologique en décubitus latéral tel que décrit précédemment.

A la fin de la consultation, la patiente reçoit un questionnaire comprenant une analyse démographique et l'évaluation de la satisfaction ainsi qu'une enveloppe de confidentialité prétimbrée. Elle est invitée à remplir ce questionnaire immédiatement en sortant de la consultation et à le remettre sous pli à la secrétaire ou à l'envoyer par voie postale.
Le praticien remplit également un questionnaire avec le motif de consultation de la patiente, le succès ou non de l'examen, la réalisation ou non d'un toucher vaginal, ainsi que sa satisfaction de l'examen pour la patiente.

> *Cette étude étant destinée à être réalisée en soins primaires et donc principalement en exercice libéral, il est important d'optimiser le temps de remplissage des documents pour ne pas pénaliser le recrutement des patientes. Celles-ci seront par conséquent invitées à remplir leur questionnaire en dehors de la consultation et à le remettre directement, afin de limiter les données manquantes. Pour ce qui est des praticiens, le questionnaire sera organisé sous forme de cases à cocher de manière rapide. (Cf Annexe 2)*
> *Conformément au code de la santé publique concernant la recherche impliquant la personne humaine, les praticiens-investigateurs doivent informer les patientes des bénéfices et inconvénients, ainsi que des risques (ici à priori nul, hormis la nécessité de réaliser de nouveau l'examen en position classique) afin qu'elles puissent donner leur consentement éclairé. Il est également fortement conseillé de les faire signer un formulaire de consentement de participation à la recherche clinique (28).*

5.4. Contact téléphonique de suivi

Pour les cas de pose de DIU, un contrôle est en général réalisé par le praticien dans le cadre du soin courant dans les 2 mois suivants la pose (contrôle clinique des fils du DIU ou échographie pelvienne) afin de vérifier le bon positionnement du DIU.
Un appel téléphonique sera donc réalisé à 3 mois de la pose par le praticien auprès de la patiente, pour recueillir si une complication liée aux soins est survenu, telle qu'une infection, une expulsion du DIU, une mauvaise position du DIU ou une perforation utérine.

> *Le délai de 3 mois a été choisi pour laisser le temps de réaliser l'échographie en cas d'anomalie du contrôle des fils dans les 2 premiers mois.*

6. Statistiques

6.1. Nombre de personnes à inclure

Le nombre de sujet nécessaire pour l'évaluation de l'objectif principal s'élève à 455 patientes, en prenant les paramètres suivants :

- Une valeur théorique de 90 % de succès d'examen en décubitus latéral
- Une borne de « performance minimale acceptable » de 85 % de succès
- Une puissance à 90 %
- Un risque alpha unilatéral à 2,5 %

En considérant une période d'inclusion de 12 mois, 18 praticiens-investigateurs formés seront nécessaires.
Comme décrit précédemment l'analyse du critère de jugement principal se fait après l'inclusion des 108 premières patientes (6 par praticien) pour minimiser le biais lié à l'acquisition de cette nouvelle pratique.

Au total, 563 patientes sont à inclure dans l'étude.

Nous fixons donc un nombre maximal de 32 patientes par praticien afin d'obtenir un nombre équivalent de patiente par praticien, notamment pour les médecins généralistes qui risquent d'avoir moins d'opportunités d'inclusion.

> *Le nombre de 18 praticiens a été choisi en tenant compte des capacités d'inclusion des médecins généralistes pour ce qui est des examens gynécologiques au spéculum. Il y aura donc trois groupes de 6 praticiens de chaque spécialité. Chaque praticien devra inclure environ 32 patientes, ce qui représente moins d'une patiente par semaine sur la période d'inclusion de 1 an. Ce rythme d'inclusion est cohérent avec le critère de recrutement des praticiens à propos de la réalisation d'au moins 2 examens gynécologiques au spéculum par semaine.*

6.2. Description des méthodes statistiques

6.2.1. Description de la population

Les caractéristiques initiales des patientes et des praticiens inclus seront décrites en utilisant les paramètres suivants : moyenne, écart-type, médiane, intervalles interquartiles 25-75 et valeurs extrêmes pour les caractéristiques de nature quantitative ; fréquence et fréquence cumulée (si pertinent) pour les caractéristiques qualitatives.

> *Ces caractéristiques de la population permettront d'identifier des facteurs pouvant influencer le succès de l'examen. Par ailleurs, nous pourrons avoir une description de l'échantillon de patientes et de praticiens de l'étude.*

6.2.2. Analyses de l'objectif principal

Analyse de l'objectif principal :

Le taux de succès observé en position latérale sera comparé à une borne de performance minimale de 85 % grâce à un test binomial unilatéral de supériorité à 2,5 %.

Analyses de sensibilité de l'objectif principal :

La pose de DIU et de manière générale la possibilité d'un échec d'examen, indépendamment de la position, pourraient diminuer artificiellement le taux de succès.

Ainsi, deux analyses en sous-groupe seront réalisées :

- L'une excluant les examens pour pose de DIU
- L'autre dans un sous-groupe excluant les cas de double échec d'examen

6.2.3. Analyses des objectifs secondaires

Évaluation de la satisfaction :

L'évaluation de la satisfaction ne nécessite aucun test statistique et sera présentée en moyenne, écart type mais aussi en tant que variable qualitative ordonnée pour mesurer les pourcentages par catégorie. Des intervalles à 95 % seront fournis.

Évaluation du taux de succès précoce :

Pour vérifier que les examens précoces sont moins performants, une comparaison entre le succès chez les 108 premières patientes (soit 6 premières patientes par praticien) et un taux de succès à 85 % sera réalisée. L'hypothèse est que le succès au cours des premiers examens est inférieur à 85 % au risque alpha unilatéral de 2,5 %.

Analyse des facteurs prédictifs de l'échec :

Un modèle de régression logistique sera calculé pour prédire l'échec d'examen en position latérale.

Les variables utilisées seront un IMC > 35 kg/m2, un âge ménopausique (> 55 ans), la parité (0 grossesse, 1-2, > 2), et les motifs d'examen suivants : pose de DIU, douleurs pelvienne, inconfort vaginal (prurit, brûlure).

Les résultats seront exprimés en Odds-Ratio avec intervalle de confiance à 95 %.

Une courbe ROC avec calcul d'aire sous la courbe ainsi qu'avec une matrice de confusion seront utilisées pour évaluer la performance du modèle.

Complications à 3 mois pour les cas de pose de DIU :

La survenue d'expulsion de DIU, d'infection génitale haute, de malposition du DIU et de perforation utérine sera présentée sous forme de pourcentage.

Réalisation du toucher vaginal :

La toucher vaginal fera l'objet d'un simple recueil avec présentation du pourcentage de sa réalisation et de la position utilisée.

6.3. Degré de signification prévu

Le degré de signification prévu pour chacun des tests réalisés est 0,05.

La multiplicité des tests n'est pas prise en compte. Les résultats des analyses secondaires sont à titre exploratoire.

6.4. Gestion des données manquantes ou non valides

Une patiente avec une donnée manquante ou aberrante ne sera pas prise en compte dans l'analyse de la variable concernée.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Choix de la population étudiée

Le suivi gynécologique des patientes se fait très majoritairement en ville. Du fait de la diminution d'effectif des gynécologues médicaux, ce suivi peut également être réalisé par des médecins généralistes ou encore des sages-femmes.

Parce que l'examen gynécologique est un examen fréquent et que la régularité du suivi est primordiale pour le dépistage de cancers gynécologiques, l'enjeu particulier de la médecine de ville est de favoriser l'adhésion des patientes à cet examen.

C'est pourquoi les praticiens (gynécologues médicaux, médecins généralistes et sages-femmes) et les patientes de cette étude sont recrutés en soins primaires au cabinet.

1.2. Choix du critère de jugement principal

Dans la démarche de validation d'une nouvelle intervention, l'innocuité et l'efficacité de la procédure doivent être évaluées afin de justifier son utilisation.

Quelques données des thèses suggèraient un taux de succès d'examen important en décubitus latéral, qui pourra être précisé avec un échantillon plus conséquent de patientes examinées au cours de notre étude.

Ailleurs dans la littérature, deux études évaluant une procédure alternative pour améliorer l'examen pelvien ont utilisé des critères de performance dans leurs analyses secondaires.

La première étude portait sur l'auto-insertion du spéculum par la patiente. En analyse secondaire, les critères de faisabilité/efficacité pour l'examen pelvien étaient le nombre de manipulations du spéculum nécessaires par le praticien après introduction par la patiente, la qualité des frottis cervico-utérin (FCU) comparés à un groupe contrôle et l'impact de la procédure sur le temps de consultation (29).

La seconde étude comparait le ressenti de deux groupes de patientes examinées en décubitus dorsal avec ou sans les étriers. Le critère de jugement secondaire d'efficacité était également la qualité des FCU (30).

Le rationnel de l'analyse des FCU comme critère de qualité repose sur l'idée qu'un FCU réussi nécessite d'avoir bien exposé le col et que l'objectif de la majorité des examens au spéculum sont remplis si le col a bien été exposé. C'est le cas par exemple pour l'évaluation de leucorrhées ou pour l'identification d'un saignement d'origine utérine.

Cependant, lors d'un saignement ou de leucorrhées ne provenant pas du col, lors de l'évaluation d'un prolapsus ou encore de la muqueuse vaginale, l'exposition du col n'est pas la garantie d'un examen réussi. Pour le cas de pose de DIU, le fait d'exposer correctement le col n'est pas le seul facteur de succès.
On ne peut donc pas généraliser la notion de bonne exposition du col à celle d'un examen au spéculum réussi.
D'autre part, selon la dernière classification Bethesda pour l'interprétation des FCU, la présence de cellules de l'endocol n'est pas nécessaire pour l'interprétation. L'absence de ces cellules est seulement notifiée au prescripteur : si elle est trop fréquente parmi les échantillons d'un praticien, elle pourrait soulever un problème de qualité des prélèvements (31).
Ainsi l'interprétabilité du FCU n'est pas entièrement représentative d'une bonne exposition du col. C'est pourquoi pour la présente étude, ce critère de jugement principal n'a pas été retenu.

Dans l'optique d'inclure l'ensemble des objectifs d'examen au spéculum possibles, le choix le plus simple et le plus pertinent nous a semblé être de mesurer le taux de succès de l'examen au spéculum en positionnant la patiente en décubitus latéral. Ainsi si cette technique d'examen permet au praticien de remplir son objectif (diagnostique ou interventionnel) alors cet examen est performant.
De plus, il ne semble pas y avoir de risque pour la patiente ni dans les études réalisées ni sur le plan physiopathologique. Afin de pallier l'éventuelle perte de chance des patientes chez lesquelles l'objectif de l'examen pourrait ne pas être rempli du fait de l'intervention, il a été décidé de leur proposer la suite de l'examen en position classique. Ceci paraît acceptable puisque les patientes ont déjà expérimenté cette position.

Le critère de gestion du temps de consultation nous a également semblé important car il représente un frein potentiel à cette pratique. Il est cependant moins pertinent et surtout difficilement mesurable sans risquer de perturber l'organisation des consultations. Afin de ne pas amener le praticien à précipiter inconsciemment la réalisation de l'examen, nous avons choisi de ne pas retenir ce critère.

1.3. Absence de groupe contrôle

Concernant le type d'étude, il a été choisi de réaliser une étude prospective, et de remplacer le groupe contrôle par une borne de performance minimale.
L'absence de groupe contrôle a l'avantage d'éviter des problématiques importantes organisationnelles et d'adhésion des différents participants.
En effet, l'idéal en termes de qualité d'étude aurait été une randomisation des patientes au cabinet lors de l'inclusion. Malheureusement, dans un contexte de pratique libérale dominante, cette organisation et le temps nécessaire auraient sérieusement compromis l'adhésion des praticiens à l'étude. Examiner successivement les patientes dans les 2 positions aurait permis une forte comparabilité des 2 groupes, mais ceci n'est absolument pas acceptable pour les patientes. Une alternative aurait été de choisir un schéma « ici et là » , c'est-à-dire, de répartir les praticiens eux-mêmes soit dans le groupe intervention, soit dans le groupe contrôle. Cela se serait fait au prix d'un biais majeur de comparabilité de la manière d'examiner des praticiens entre les 2 groupes.

Par ailleurs, nous avons considéré que le taux de succès en position classique est proche de 100 %. Cette quasi perfection nous permet de nous affranchir d'un groupe contrôle, en comparant la performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral à la valeur idéale de 100 % de succès. Ce, d'autant plus que notre objectif n'est pas de remplacer l'examen en décubitus dorsal, mais d'être une alternative pour le confort des patientes.
De plus, la possibilité d'effectuer l'examen en position classique en cas d'échec du décubitus latéral nous permet de garantir une prise en charge adéquate des patientes.
Ainsi, à titre exploratoire en l'absence de données solides sur le taux de succès attendu en décubitus latéral (estimé autour de 90 % par les praticiens interrogés au préalable) et en l'absence de perte de chance pour les patientes, nous avons choisi de montrer que le taux de succès en décubitus latéral est supérieur à une borne de performance minimale de 85 %.

1.4. Biais anticipés et mesure de réduction des biais

1.4.1. Facteurs de confusion

Comme explicité auparavant, le choix d'analyser la pose de DIU pourrait diminuer artificiellement le taux de succès car l'échec est potentiellement lié à d'autres facteurs que la position d'examen. Exclure les poses de DIU aurait pu être une solution simple pour éviter ce biais, mais n'aurait pas permis de recueillir des données sur l'effet du décubitus latéral concernant la pose de DIU.

Une analyse de sensibilité est donc prévue pour mesurer l'influence des biais de confusion générés par le DIU. Il en est de même pour les doubles échecs afin d'identifier les facteurs d'échec que nous n'aurions pas anticipés.

Pour ce qui est de la satisfaction des patientes, le mémoire de fin d'étude de sage-femme de Cassandre Feauveau montre que l'utilisation d'un drap est un facteur de confusion (9). Le choix a été fait de ne pas imposer l'utilisation d'un drap aux praticiens pour être représentatif de la situation des soins courants.

1.4.2. Biais de sélection :

Le choix d'un recrutement des patientes en soins courants a pour bénéfice d'augmenter la validité externe mais introduit un biais de sélection. En effet, les patientes seront recrutées par leur médecin lors d'une consultation pour motif gynécologique, donc on peut s'attendre à ce que les patientes échappant à ce suivi ne soient pas représentées, particulièrement les patientes en situation de précarité.
On peut également imaginer que les praticiens seraient tentés d'inclure davantage les patientes pour qui l'examen en décubitus latéral paraît plus simple.

L'exclusion des patientes mineures diminue également la représentativité de l'échantillon. Cependant, en France, il est recommandé de réaliser le premier examen de dépistage du cancer de l'utérus à l'âge de 25 ans (32), et de ne pas réaliser un examen pelvien systématique lors de la première consultation de contraception si la patiente est asymptomatique et n'a pas d'antécédent le justifiant (33). On peut donc considérer que les examens au spéculum sont plus rares chez les patientes mineures.

Par ailleurs, nous n'avons inclus que les patientes ayant déjà été examinées en position classique afin qu'elles puissent exprimer la position qu'elles souhaitent adopter pour le prochain examen dans l'analyse secondaire de satisfaction. L'examen en décubitus latéral pourrait pourtant avoir un intérêt pour ces patientes étant donné que le premier examen pelvien au spéculum est moins bien vécu (34). Nous considérons cependant que les patientes consultant pour leur premier examen représentent une petite proportion des consultations gynécologiques.

Les patientes enceinte n'ont pas non plus été incluses. Comme explicité précédemment nous n'avons pas de raison de penser que le fait d'être enceinte influe sur le succès ou la sécurité de l'examen en décubitus latéral. Les indications d'examens au spéculum sont les mêmes que pour la femme non enceinte, hormis le prélèvement vaginal systématique au 8ème mois de grossesse. Le décubitus latéral pourrait donc vraisemblablement être utilisé de la même manière chez les femmes enceintes si sa performance se montre suffisante dans cette étude.

D'autre part, le recrutement des praticiens se fera via leur intérêt pour l'examen en décubitus latéral et pour le confort des patientes. On peut donc s'attendre à ce que les praticiens de cette étude soient plus attentifs au confort des patientes que d'autres, et soient plus persévérants en cas de difficulté rencontrée. Cela induit un potentiel biais de sélection des praticiens de notre étude, influençant la satisfaction des patientes et le succès de l'examen. Cependant pour ce qui est de la satisfaction, on s'attend à ce que la majorité des patientes retournent chez le même professionnel du fait du recrutement en soins courants au cabinet. Elles auront donc pour la plupart été examinées par le même praticien dans les deux positions, leur préférence ne sera donc pas biaisée par la personnalité de l'examinateur.

Par ailleurs, pour homogénéiser l'expérience des praticiens et notamment des médecins généralistes, nous avons choisi de ne recruter que des médecins qui pratiquent régulièrement l'examen gynécologique, avec au moins deux examens pelviens au spéculum par semaine. En conséquence, les moins expérimentés ne seront pas représentés. Étant donné le nécessité d'adaptation pour les praticiens lors de l'examen en décubitus latéral, nous avons jugé que la mesure de la performance de la position latérale devait se faire chez des praticiens à l'aise avec l'examen gynécologique classique, et plus à même de s'approprier la nouvelle position qui n'est pas enseignée lors des études de santé.

Enfin, les 6 premières patientes examinées par chaque praticien ne seront pas incluses dans l'analyse de l'objectif principal car nous avons fait l'hypothèse que les praticiens nécessitent un apprentissage et que le succès d'examen des premières patientes n'est pas représentatif du succès une fois la technique maîtrisée. Cette hypothèse sera testée dans une analyse secondaire.

2. Forces et limites de l'étude

2.1. Forces de l'étude

Cette étude a pour mérite de traiter un sujet original et inédit. Aucune étude, à notre connaissance, n'a évalué la performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

C'est également une étude « centrée patient » qui vise à intégrer le patient, son ressenti et ses choix dans la relation soignant-soigné. Cette initiative s'inscrit dans la dynamique de reconnaissance des droits des patients et du concept de décision médicale partagée.
Elle fait également écho à une époque d'affirmation de la femme, marquée en matière de santé par la polémique des violences gynécologiques et obstétricales. Le haut conseil à l'égalité homme femme a rendu un rapport en 2018, selon lequel la formation et la sensibilisation des acteurs de santé au vécu des patientes sont des axes majeurs de travail (35).

Enfin cette étude est conçue pour être menée en soins primaires, ce qui est le cas d'une minorité des études publiées.
Le recrutement d'une population importante permettra de continuer à recueillir des informations de satisfaction des patientes.

2.2. Limites de l'étude

Bien que cette étude prévoie le recrutement d'un échantillon conséquent de patientes, la population des praticiens sera limitée. De ce fait, les données issues de la satisfaction des professionnels de santé ne pourront pas être généralisées.

Par ailleurs, un des freins à l'utilisation du décubitus latéral soulevés par les soignants est la problématique de la réalisation de l'examen de la vulve et de la palpation bimanuelle en position latérale. Nous n'avons pas trouvé de critère objectif pour mesurer ces contraintes.
On peut tout de même tenter de répondre partiellement à ces problématiques.
En premier lieu, il semble que le toucher vaginal et l'examen de la vulve soient tout de même réalisables en décubitus latéral (12). Pour le toucher de l'utérus et du col, les parturientes en travail sont examinées sans difficulté en décubitus latéral. Pour ce qui est des annexes, l'inquiétude se porte sur la palpation de l'annexe du côté sur lequel la patiente est couchée. D'après deux publications du Dr Amias, plusieurs praticiens interrogés dans les années 1980 avaient pris l'habitude de réaliser le toucher vaginal en position latérale (12,36).

D'autre part, il est toujours possible de demander à la patiente de basculer sur le dos en cas de difficulté. L'examen de la vulve et le toucher vaginal ne nécessitent pas d'étriers et peuvent être réalisés simplement avec les membres inférieurs en abduction et les plantes de pied jointes par exemple.

Enfin, pour ce qui est du toucher vaginal, l'American College of Physician et le Groupe d'Étude Canadien sur les Soins de Santé Préventifs recommandent de ne pas réaliser de toucher vaginal ou d'examen au spéculum (en dehors de la réalisation de frottis) chez les patientes asymptomatiques ne présentant pas de sur-risque de cancer ovarien et non enceintes. En effet, ces deux sociétés savantes s'appuient sur les résultats d'études montrant l'absence de bénéfice du toucher vaginal ou de l'examen au spéculum dans la détection du cancer de l'ovaire ou d'une infection bactérienne chez des patientes asymptomatiques (37,38).
Ainsi, le toucher vaginal n'est peut-être pas à faire systématiquement.
Nous avons tout de même prévu de réaliser une étude de pratique du toucher vaginal chez les praticiens de l'étude, en demandant pour chaque patiente si un toucher vaginal a été réalisé et dans quelle position (dorsale classique, latérale ou autre).

3. Perspectives

3.1. Enjeu pour les patientes

Le positionnement en décubitus latéral pour l'examen gynécologique peut présenter une amélioration du ressenti de l'examen pour une partie non négligeable des patientes et ainsi améliorer leur suivi.
La thèse du Dr Brun-Cottan et le Mémoire de Mme Feauveau montrent que les patientes les plus satisfaites de l'examen en décubitus latéral sont celles qui avaient le suivi le plus irrégulier (6,9).
Par ailleurs, les patientes seront plus impliquées dans leur prise en charge en choisissant la position d'examen qui leur convient.

3.2. Enjeu pour les soignants

Tout d'abord, cette étude aura pour bénéfice secondaire de faire découvrir cette méthode d'examen à des praticiens. Ces derniers auront l'opportunité d'être formés à une position d'examen qui présente vraisemblablement un intérêt pour les patientes.

Cela demande de s'investir dans l'apprentissage d'une nouvelle technique mais cet apprentissage semble être court car l'essentiel de la technique de pose du spéculum est identique à la procédure classique.
Cette technique demande peu de matériel mais nécessite cependant impérativement une table suffisamment large pour que la patiente puisse tenir avec la largeur d'une cuisse, membre inférieur plié (5). Il est à noter qu'un médecin généraliste interrogé par nos soins pour l'élaboration de ce protocole, considère que le décubitus latéral a simplifié l'utilisation de sa table. Il n'avait plus à la transposer entre les consultations gynécologiques et non gynécologiques.

Enfin, un bénéfice secondaire possible retrouvé dans une thèse était l'expérience d'un généraliste dont la demande de consultation gynécologique s'était majorée après s'être initié au décubitus latéral (8).

3.3. Recherche complémentaire

Comme explicité précédemment, la présente étude ne prévoit le recrutement que de 12 praticiens et les données sur leur satisfaction nécessiteraient d'être étoffées.

Une fois que ce protocole de recherche aura été mené à son terme, selon les résultats obtenus, d'autres études pourront être envisagées. Par exemple, si l'examen gynécologique en décubitus latéral permet une performance d'examen suffisamment correcte, il pourra être utile d'évaluer la proportion de patientes pour lesquelles l'examen en position latérale faciliterait l'adhésion au suivi gynécologique.

Par ailleurs, cette étude menée en soins primaires n'a pas vocation à se transposer à la pratique spécialisée.

Enfin pour certains gestes complexes tels que la pose de DIU, des données complémentaires seraient nécessaires concernant le succès de pose, la bonne position et la survenue de complication.

3.4. Améliorer le ressenti de l'examen gynécologique

La problématique de l'appréhension des patientes concernant l'examen gynécologique est connue depuis de nombreuses années. Pour tenter d'y remédier, d'autres études ont testé des positions alternatives telles que la position semi assise (39) ou l'examen sans les étriers (30).

Améliorer le ressenti de l'examen gynécologique ne passe pas seulement par le positionnement de la patiente, les pistes mises en évidence dans la littérature sont de réaliser le premier examen gynécologique le plus tard possible chez les adolescentes asymptomatiques (40), de programmer ultérieurement l'examen si la patiente ne l'avait pas anticipé (41), d'expliquer à la patiente l'examen et son utilité (41,42), d'avoir un espace confidentiel pour se déshabiller hors du champs de vision de l'examinateur (42), de demander la permission avant d'examiner (40,41) et d'être attentif au vécu de l'examen par la patiente (41).

D'autres études ont montré l'intérêt de l'utilisation d'une jupe d'examen (43), de l'auto-insertion du spéculum par la patiente (29) ou encore d'utiliser un lubrifiant à base d'eau même lors de la réalisation de frottis cervico utérins (44).

Notre travail ne représente donc qu'une partie des améliorations possibles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. Fam Pract. avr 1997;14(2):148-52.
2. Tugut N, Golbasi Z. Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: A study of Turkish women: Discomfort in gynecological examination. J Obstet Gynaecol Res. juin 2014;40(6):1777-84.
3. Grundström H, Wallin K, Berterö C. « You expose yourself in so many ways »: young women's experiences of pelvic examination. J Psychosom Obstet Gynaecol. juin 2011;32(2):59-64.
4. Ralantoaritsimba T. Evaluation de la qualité des frottis cervico-utérins réalisés en décubitus latéral : étude comparative rétrospective menée en Seine Maritime et dans l'Eure [Thèse d'exercice]. Rouen; 2020.
5. Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral: ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse d'exercice]. Rouen, France: s.n.; 2015.
6. Brun-Cottan C. 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 d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019.
7. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral, exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative [Thèse d'exercice]. 2015.
8. Grange-Cabane AG. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice]. 2015.
9. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes [Mémoire de sage-femme]. 2016.
10. Marmier M. Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine : intérêt pour les patientes [Mémoire de sage-femme]. 2013.
11. Arnaud-Lesot S. Pudeur et pratique obstétricale au XIXème siècle. 2009. (Histoire des sciences médicales; vol. Tome XLIII).
12. Amias AG. Pelvic examination: a survey of British practice. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 1987;94(10):975-8.
13. Sartin JS. J. Marion Sims, the Father of Gynecology: Hero or Villain?: South Med J. mai 2004;97(5):500-5.
14. Romero FR, Romero AW, Tambara Filho R, Brenny Filho T, Oliveira Júnior FC de. Patient positioning during digital rectal examination of the prostate: preferences, tolerability, and results. Int Braz J Urol. juin 2011;37(3):371-9.
15. Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Patients' views of medical positioning for proctologic examination. Clin Exp Gastroenterol. 1 déc 2009;2:133-8.
16. De Gasquet B. Accouchement : La méthode De Gasquet. Marabout. 2012.
17. Winckler M. Le Chœur des femmes. P.O.L. 2009.
18. Dr Borée. L'examen "à l'anglaise" - et autres mises au point gynécologiques [Internet]. Le blog de Borée. 2011. Disponible sur: http://boree.eu/?tag=position-anglaise
19. Breitkopf DM. Lateral decubitus position to facilitate pelvic examination of the patient with severe obesity. BMC Womens Health. 7 avr 2021;21(1):143.
20. Matthews LR, O'Dwyer L, O'Neill E. Intrauterine Device Insertion Failure After Misoprostol Administration: A Systematic Review. Obstet Gynecol. nov 2016;128(5):1084-91.
21. Harvey C, Bateson D, Wattimena J, Black KI. Ease of intrauterine contraceptive device insertion in family planning settings. Aust N Z J Obstet Gynaecol. déc 2012;52(6):534-9.
22. Dermish AI, Turok DK, Jacobson JC, Flores MES, McFadden M, Burke K. Failed IUD insertions in community practice: an under-recognized problem? Contraception. févr 2013;87(2):182-6.

23. Dermish A, Turok DK, Jacobson J, Murphy PA, Saltzman HM, Sanders JN. Evaluation of an intervention designed to improve the management of difficult IUD insertions by advanced practice clinicians. Contraception. juin 2016;93(6):533-8.
24. Farmer M, Webb A. Intrauterine device insertion-related complications: can they be predicted? J Fam Plann Reprod Health Care. 1 oct 2003;29(4):227-31.
25. Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM. The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. Contraception. janv 2017;95(1):17-39.
26. Faucher P. Orthogénie - Morbidité des dispositifs intra-utérins. CNGOF. sept 2005;34(5):513.
27. Journal officiel de la République française. Décision du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain.
28. Code de la santé publique. Chapitre Ier : Principes généraux relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Articles L1121-1 à L1121-17) - Légifrance.
29. Wright D, Fenwick J, Stephenson P, Monterosso L. Speculum « self-insertion »: a pilot study. J Clin Nurs. oct 2005;14(9):1098-111.
30. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. BMJ. 20 juill 2006;333(7560):171.
31. Nayar R, Wilbur DC, éditeurs. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology: Definitions, Criteria, and Explanatory Notes. Cham: Springer International Publishing; 2015
32. HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Synthèse de la recommandation en santé publique; 2019.
33. Agostini A. Recommandation pour la pratique clinique Contraception. CNGOF; 2018.
34. Wijma B, Gullberg M, Kjessler B. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women: Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. Acta Obstet Gynecol Scand. avr 1998;77(4):422-8.
35. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.
36. Amias AG. LEFT LATERAL, PLEASE. The Lancet. juill 1984;324(8396):220.
37. 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. Ann Intern Med. 1 juill 2014;161(1):67-72.
38. Frcpc MTS, Gorber SC, Ccfp AM, Thombs BD. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique.
39. Seymore C, DuRant RH, Jay MS, Freeman D, Gomez L, Sharp C, et al. Influence of position during examination, and sex of examiner on patient anxiety during pelvic examination. J Pediatr. févr 1986;108(2):312-7.
40. Gupta S, Hogan R, Kirkman RJE. Experience of the first pelvic examination. Eur J Contracept Reprod Health Care. janv 2001;6(1):34-8.
41. 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.
42. Freyens A, Dejeanne M, Fabre E, Rouge-Bugat M-E, Oustric S. Young women describe the ideal first pelvic examination: Qualitative research using semistructured interviews. Can Fam Physician Med Fam Can. août 2017;63(8):e376-80.
43. Williams JG, Park LI, Kline J. Reducing distress associated with pelvic examinations: a replication. Women Health. 1992;19(2-3):107-15.
44. Uygur D, Guler T, Yayci E, Atacag T, Comunoglu C, Kuzey GM. Association of speculum lubrication with pain and Papanicolaou test accuracy. J Am Board Fam Med JABFM. déc 2012;25(6):798-804.

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Position gynécologique classique
Ferreyra S, Hughes K. Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women and Health Care Providers. San Francisco; 1984.

Figure 2 : Position en décubitus latéral vue du dessus, à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles
Illustration de gauche :
Borée. L'examen « à l'anglaise » et autres mises au point gynécologiques. Le blog de Borée. http://boree.eu/?p=1349 (consulté le 08/04/2021)
Illustration de droite : Réalisée par nos soins.

Figure 3 : Position en décubitus latéral vue du bout de la table, à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles
Illustration de gauche :
Borée. L'examen « à l'anglaise » et autres mises au point gynécologiques. Le blog de Borée. http://boree.eu/?p=1349 (consulté le 08/04/2021)
Illustration de droite : Réalisée par nos soins.

Figure 4 : Exposition de la vulve vue du bout de la table, à gauche avec un membre inférieur tendu, à droite membres inférieurs parallèles
Illustration de gauche :
Borée. L'examen « à l'anglaise » et autres mises au point gynécologiques. Le blog de Borée. http://boree.eu/?p=1349 (consulté le 08/04/2021)
Illustration de droite : Réalisée par nos soins.

Figure 5 : Position du praticien pour un examen en décubitus latéral.
Ferreyra S, Hughes K. Table Manners: A Guide to the Pelvic Examination for Disabled Women and Health Care Providers. San Francisco; 1984.

ANNEXE 1 : Questionnaire patiente

Madame, vous venez d'être examinée en position latérale dans le cadre de notre étude,
Merci de remplir ce questionnaire afin de nous aider à l'interprétation des résultats.
Toutes les informations sont anonymes et ne seront utilisées que dans le cadre de la recherche.
Une fois le questionnaire rempli, mettez le dans l'enveloppe jointe et déposez le au secrétariat ou envoyez le nous par la poste (enveloppe pré timbrée).

I- Démographie :

1) Quel est votre âge ? ……. ans

2) Quelle est votre taille ? ……..cm

	OUI	NON
3) Avez vous vous eu un frottis dans les 3 dernières années ?	☐	☐

4) Combien avez vous eu d'enfants?
(Entourez la valeur correspondante)

0	1	2	3 et plus

II- Concernant l'examen

5) Concernant le confort d'installation, l'examen en position latérale vous a semblé :
(entourez le chiffre correspondant)

Pas du tout confortable	0	1	2	3	4	5	Très confortable

6) Concernant la pudeur, l'examen en position latérale vous a semblé :
(entourez le chiffre correspondant)

Pas du tout respectueux de la pudeur	0	1	2	3	4	5	Très respectueux de la pudeur

7) Concernant l'anxiété, l'examen en position latérale vous a semblé :
(entourez le chiffre correspondant)

Très anxiogène	0	1	2	3	4	5	Pas du tout anxiogène

8) Concernant la douleur, l'examen en position latérale vous a semblé :
(entourez le chiffre correspondant)

Très douloureux	0	1	2	3	4	5	Pas du tout douloureux

	OUI	NON
9) Souhaitez vous être examinée en position latérale plutôt qu 'en position classique lors du prochain examen gynécologique ?	☐	☐
10) Recommanderiez vous cette position d'examen à une amie ?	☐	☐

ANNEXE 2 : Questionnaire praticien

I- Critère de jugement principal :

	OUI	NON
1) Êtes-vous parvenu à votre objectif d'examen au spéculum en positionnant la patiente en décubitus latéral ?	☐	☐
Si NON, **2) Avez vous réussi l'examen en repositionnant la patiente en position classique ?**	☐	☐

II- Concernant l'examen

1) Motif d'examen au spéculum ?

Frottis Cervico Utérin ☐ Pose de DIU ☐ Douleurs pelviennes ☐

Prolapsus ☐ Inconfort vaginal (brûlures/prurit) ☐ Saignement gynécologique ☐

Leucorrhées pathologiques ☐ Examen systématique du col sans prélèvement ☐

Prélèvement vaginal de dépistage (IST) ☐

☐ Autre : ……..

	OUI	NON
2) Un toucher vaginal a t-il été réalisé ?	☐	☐

- Si réalisé
  - En décubitus latéral ☐
  - En position classique ☐
  - En position autre ☐

3) Évaluation du confort d'installation : échelle de Likert

Pas du tout confortable	0	1	2	3	4	5	Très confortable

4) Satisfaction concernant le décubitus latéral chez cette patiente : échelle de Likert

Pas du tout satisfait	0	1	2	3	4	5	Très satisfait

	OUI	NON
5) Souhaitez vous continuer à proposer l'examen en décubitus latéral chez cette patiente ?	☐	☐

RÉSUMÉ

Introduction
L'examen gynécologique en décubitus latéral (DL) utilisé auparavant en Angleterre, a fait l'objet de travaux récents et semble présenter une alternative de confort plébiscitée par certaines patientes.
Objectif
Ce protocole d'étude a pour but de vérifier la performance suffisante de l'examen gynécologique en DL pour justifier son utilisation en alternative au décubitus dorsal (DD).
Méthode
Étude prospective non contrôlée réalisée auprès de 455 patientes majeures suivies en ville, nécessitant un examen gynécologique et ayant déjà bénéficié d'un examen gynécologique en DD. L'examen en DL sera enseigné à 18 praticiens (médecins et sages-femmes). Après une phase d'apprentissage, le taux de succès d'examen en DL sera comparé à une borne de performance minimale. En cas d'échec, l'examen sera reconduit en DD. La satisfaction des patientes et des praticiens sera recueillie en analyse secondaire, ainsi qu'une recherche des facteurs prédictifs d'échec de l'examen en DL et une analyse de sécurité quant à la pose de DIU.
Résultats attendus :
Cette étude vérifiera si l'examen gynécologique en DL n'est pas inférieur à un taux de performance minimale acceptable d'au moins 85% de succès.
Conclusion :
Aujourd'hui, les patients sont replacés au centre de leur prise en charge. L'évaluation de la performance de l'examen en DL permettra de valider l'intérêt de cette approche. En cas de performance correcte, elle pourra être enseignée aux praticiens et surtout être proposée aux patientes. Nous espérons ainsi faciliter le suivi des patientes habituellement réfractaires au suivi gynécologique et améliorer leur santé

Mots clés :
positionnement du patient, position en décubitus latéral, examen gynécologique, décision médicale partagée