



HAL
open science

État des lieux de la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes lors de l'examen gynécologique chez les femmes sexuellement actives : étude quantitative

Anissa Badis

► To cite this version:

Anissa Badis. État des lieux de la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes lors de l'examen gynécologique chez les femmes sexuellement actives : étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03413045

HAL Id: dumas-03413045

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03413045>

Submitted on 3 Nov 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER - NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anissa BADIS

Le 16/09/2021

État des lieux de la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes lors de l'examen gynécologique chez les femmes sexuellement actives : étude quantitative.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Lucie RIEU CLOTET

JURY

Président :

M. Renaud DE TAYRAC

Professeur des Universités de Gynécologie

Assesseurs :

Mme Marie Catherine REBOUL

Maitre de Conférence Associée de Médecine Générale

Mme Lucie RIEU CLOTET

Docteur en Médecine

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER - NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anissa BADIS

Le 16/09/2021

État des lieux de la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes lors de l'examen gynécologique chez les femmes sexuellement actives : étude quantitative.

Directeur de thèse : Madame le Docteur Lucie RIEU CLOTET

JURY

Président :

M. Renaud DE TAYRAC

Professeur des Universités de Gynécologie

Assesseurs :

Mme Marie Catherine REBOUL

Maitre de Conférence Associée de Médecine Générale

Mme Lucie RIEU CLOTET

Docteur en Médecine

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	CALLIS Albert	JAFFIOL Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JANBON Charles	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON François	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	CIURANA Albert-Jean	JARRY Daniel	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	CLOT Jacques	JOURDAN Jacques	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	COSTA Pierre	LAFFARGUE François	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LALLEMANT Jean Gabriel	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAPEYRIE Henri	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LE QUELLEC Alain	RIEU Daniel
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LESBROS Daniel	ROCHEFORT Henri
BALMES Pierre	DUJOLS Pierre	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BANSARD Nicole	DUMAS Robert	LORIOT Jean	SAINT AUBERT Bernard
BAYLET René	DUMAZER Romain	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Hélène
BILLIARD Michel	ECHENNE Bernard	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BLARD Jean-Marie	FABRE Serge	MARY Henri	SEGNARBIEUX François
BLAYAC Jean Pierre	FREREBEAU Philippe	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BLOTMAN Francis	GALIFER René Benoît	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BONNEL François	GODLEWSKI Guilhem	MICHEL François-Bernard	SOLASSOL Claude
BOURGEOIS Jean-Marie	GRASSET Daniel	MION Charles	THEVENET André
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean- Jacques	MION Henri	VIDAL Jacques
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre
BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	NAVARRO Maurice	

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MILLAT Bertrand
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	MOURAD Georges
DAURES Jean-Pierre	PREFAUT Christian
DAUZAT Michel	PUJOL Rémy
DAVY Jean-Marc	RIBSTEIN Jean
DEDET Jean-Pierre	SCHVED Jean-François
ELEDJAM Jean-Jacques	SULTAN Charles
GROLLEAU RAOUX Robe	TOUCHON Jacques
GUERRIER Bernard	UZIEL Alain
GUILLOT Bernard	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain	Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier	Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LARREY Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MESSNER Patrick	Cardiologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
HAYOT Maurice	Physiologie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie

TOUITOU Isabelle

Génétique

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic

Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

CAPDEVIELLE Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent

Radiologie et imagerie médicale

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAIEN Vincent

Ophtalmologie

DORANDEU Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris

Radiologie et imagerie médicale

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

HOUEDE Nadine

Cancérologie ; radiothérapie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAURY Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier	Néphrologie
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion
HILLAIRE-BUYS Dominique	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PUJOL Joseph	Anatomie
RICHARD Bruno	Médecine palliative
RISPAIL Philippe	Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline	Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline	Hématologie biologique
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès	Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

JEZIORSKI Éric

Pédiatrie

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ;
addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire	Rhumatologie
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Je vous suis grandement reconnaissante de votre réactivité pour chacune de mes demandes. Veuillez accepter l'expression de ma plus sincère gratitude.

A Madame le Docteur Marie Catherine REBOUL,

Je suis honorée de pouvoir être jugée par mes pairs de Médecine Générale. J'espère que vous apprécierez ce travail qui a pour but de participer à l'évolution de l'exercice libéral de notre spécialité. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements.

A Lucie,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée au cours de la réalisation de cette thèse, ton aide m'a été précieuse.

A mes parents,

Maman et Papa..., la vie en a décidé autrement. Mais votre présence est et sera toujours là avec moi. C'est grâce à toutes les valeurs que vous m'avez inculquées que j'ai réussi à avancer. J'espère que de là-haut vous êtes fiers de moi. Vous me manquez, je vous aime !

A Sophia, A Walid,

Mes petits frères ! J'ai de la chance de vous avoir avec moi, à mes côtés. Merci d'avoir été là, de m'avoir suivi dans mes démarches et partagé mes espoirs (et mes désespoirs...). Merci pour votre présence, votre soutien, votre écoute.

A Dorra,

Que dire ! A toi qui m'as connu en 1^{ère} année de médecine, et qui est devenue plus qu'une amie. Merci de m'avoir accompagnée, soutenue, écoutée, dans tous ses moments : de doutes, de peur, de joie. Par contre promis, c'est vrai : je ne te mens pas, c'est vraiment fini :) !!!

A Doriane,

A ta bonne humeur et ta joie de vivre, merci d'avoir été là ! On s'est rencontrée, je venais de me casser le poignet et le coude en tombant dans les escaliers du CHU de Nantes. Tu es non seulement devenue ma kiné mais également une très grande amie.

A Marc,

Mon tonton, merci !!! Les mots ne suffiront pas pour te dire à quel point je suis heureuse que nos chemins se soient croisés. C'est aussi grâce à toi que j'ai réussi à aller de l'avant. Tu m'as toujours écoutée, soutenue, tu m'as remonté le moral dans les moments compliqués. Merci pour tout ce que tu m'as apporté.

A ma belle-famille : Viviane, Jean Georges, Margaux, Maxime,

Merci pour votre gentillesse, votre soutien et votre accueil si chaleureux.

A celles qui l'ont rendue meilleur : Barbara, Laura, Justine, Flore, Clémence,

Merci d'avoir été là les filles !!! Très long parcours : on s'est soudée, soutenue tout du long et on a réussi !!! A nos prochains voyages ensemble et à la vie !!!

A mes amis Sarthois : Nolwen, Thibault, Elahé, Claudia, Yseline, Marlène, Isaure, Emilie,

« Le temps passe, passe et beaucoup de choses ont changé... » mais on ne s'est pas oublié !!! A tous nos souvenirs ! Et à tous les prochains à se créer.

A mon Benjamin,

Au cours de ce long parcours, j'ai eu la chance de te rencontrer. Je suis très heureuse que tu fasses parti de ma vie. Tu m'as accompagnée, écoutée, soutenue, tu as réussi à me motiver et à me booster dans les moments difficiles, à me changer les idées. Merci d'être là. Une grande page qui se tourne, une nouvelle qui arrive avec tous nos projets !

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	20
INTRODUCTION.....	21
METHODOLOGIE.....	24
1. Choix de la méthode.....	24
2. Matériel.....	24
2.1 Élaboration du questionnaire.....	24
2.2 Population étudiée.....	25
2.3 Nombre de sujets nécessaire.....	25
3. Déroulement de l'enquête.....	25
4. Exploitation des résultats.....	25
RESULTATS.....	26
1. Description de la population étudiée.....	26
2. Description de l'activité générale des médecins généralistes.....	26
3. Réalisation du toucher pelvien.....	27
3.1 Résultats.....	27
3.2 Influence du sexe.....	27
3.3 Influence du milieu d'exercice et de l'âge.....	28
3.4 Influence du délai de consultation avec un spécialiste.....	29
3.5 Influence du sentiment d'aisance.....	29
4. Réalisation du toucher pelvien chez les patients symptomatiques.....	30
4.1 Influence des symptômes.....	30
4.2 Diagnostics réalisés à l'aide du toucher pelvien.....	30
5. Réalisation du toucher pelvien chez les asymptomatiques.....	31
5.1 Dépistage des cancers.....	31
5.2 Influence de l'âge du médecin.....	31
5.3 Influence du sexe.....	32
5.4 Les facteurs de risque.....	32
5.5 Fréquence réalisation du toucher pelvien.....	33
5.6 Contraception.....	33
5.6.1 Réalisation du toucher pelvien.....	33
5.6.2 Types de contraception.....	34
5.6.3 Raisons.....	34
6. Facteurs limitant la réalisation du toucher pelvien.....	35

DISCUSSION	36
1. Synthèse des principaux résultats.....	36
2. Forces.....	38
3. Limites.....	38
4. Perspectives.....	39
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE	41
ANNEXE	43
SERMENT	50
RESUME	51

LISTE DES ABREVIATIONS

TP : Toucher Pelvien

TV : Toucher Vaginal

TR : Toucher Rectal

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

HAS : Haute Autorité de Santé

DIU : Dispositif Intra Utérin

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

FDR : Facteurs de Risque

ATCDS : Antécédents

HPV : Human Papilloma Virus

THS : Traitement Hormonal Substitutif

MG : Médecin Généraliste

NSN : Nombre Sujets Nécessaire

INTRODUCTION

L'examen pelvien intervient dans la plupart des consultations gynécologiques. Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (1), l'examen gynécologique chez les patientes sexuellement actives est réalisé dans 2 situations :

- Soit les patientes présentent des symptômes se rapportant à la sphère gynécologique (leucorrhées, douleurs pelviennes, trouble du climatère, saignements anormaux, ...), il s'agit d'une démarche diagnostique.
- Soit elles ne présentent aucun symptôme mais consultent pour un bilan systématique, dans ce cas-là, ce sera du dépistage.

Cet examen comprend plusieurs étapes : inspection de la vulve et du périnée, les touchers pelviens (toucher vaginal et le toucher rectal) et l'examen au spéculum.

Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire en France mais est fortement recommandé. Le CNGOF conseille un examen gynécologique systématique tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle. Cette surveillance permet le dépistage précoce de pathologies notamment néoplasiques.

A ce jour, la Haute Autorité de Santé n'a pas élaboré de recommandations sur l'examen pelvien. En revanche, dans ses recommandations pour la prescription de contraception chez l'adolescente, elle précise que « l'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la première consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du premier entretien et programmé pour une consultation ultérieure ». (2)

La HAS a par contre élaboré des recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (3). Depuis mai 2018, ce dépistage s'appuie sur un programme national de dépistage organisé. Il s'adresse à toutes les femmes entre 25 et 65 ans. Les modalités de dépistage varient en fonction de l'âge :

- Entre 25 et 29 ans : test de dépistage par examen cytologique tous les 3 ans après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux.
- Entre 30 et 65 ans : test de dépistage avec le test HPV-HR tous les 5 ans, à réaliser 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal.

L'examen gynécologique est un moment délicat pour les femmes et peut être source de beaucoup d'anxiété.

Amandine Yvon (4) a mis en évidence la difficulté de cet examen en étudiant le vécu du premier examen gynécologique chez les femmes. Dans son étude qualitative, elle explique d'une part que

l'examen gynécologique ne doit pas intervenir trop tôt dans la vie d'une femme et d'autre part, que le médecin généraliste a un rôle prépondérant de préparation de sa patiente par une information adaptée et rassurante sur le déroulement de cet examen.

Plusieurs thèses comme celles de M. Ripaud (5), de C. Kristner (6), de P. Bernard (7) étaient orientées sur le vécu de l'examen gynécologique par les femmes et les médecins généralistes. Toutes s'accordaient et montraient une concordance entre les problématiques des patientes et des médecins sur le vécu de l'examen pelvien. « Il s'agit d'une consultation dédiée avec un temps adapté. ».

Au vu de l'invasivité de cet examen, on peut regretter qu'il n'y ait pas de recommandations plus claires dictant quand le faire, pourquoi et à quelle fréquence.

Suite à un cours de gynécologie s'intéressant à la contraception en médecine générale, organisé par la faculté de médecine, la question de la pratique du toucher pelvien chez les femmes sexuellement actives a été posée. Il ne semblait pas y avoir de bonne réponse.

Je me suis rendue compte que chaque médecin généraliste avait son propre raisonnement : certains le réalisaient lors de la première prescription de contraception ou quelques années plus tard, d'autres dès les premiers rapports sexuels, quelques-uns le réalisaient à partir de 25 ans et pas avant et certains ne le réalisaient pas du tout.

Dans la littérature, peu d'études s'interrogeaient sur la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes et les indications de réalisation.

Un article publié dans Santé Public en 2005 (8) s'intéressait à l'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Il mettait en avant le rôle important que les médecins généralistes peuvent jouer dans le dépistage des cancers féminins. Il expliquait que « l'activité de gynécologie des médecins généralistes s'inscrit donc dans une double perspective : pallier le déficit des gynécologues dans certaines zones et permettre l'accès au dépistage d'un nombre important de femmes. »

Dans cette étude quantitative, sur 139 réponses obtenues, trois quarts des répondants réalisaient sans problème des touchers vaginaux. Cependant, pour 40% des médecins généralistes, ce geste pose problème sans qu'on puisse dire s'il s'agit de réticences du médecin, de la patiente, ou des difficultés d'interprétation.

Il serait intéressant d'avoir un aperçu de la pratique des médecins généralistes et de connaître dans quelles indications cet examen est effectué.

L'objectif principal de cette thèse quantitative était de décrire la pratique des médecins généralistes concernant la réalisation du toucher pelvien chez les femmes sexuellement actives.

L'objectif secondaire était de connaître les déterminants à la réalisation de cet examen et le sentiment de compétence dans la réalisation de ce geste par le médecin lui-même.

METHODOLOGIE

1. Choix de la méthode

L'objectif de ce travail était de décrire la pratique du toucher pelvien auprès des médecins généralistes. Avec ma directrice de thèse, nous avons opté pour une étude quantitative descriptive transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire rédigé sur Google Forms.

2. Matériel

2.1 Élaboration du questionnaire

Un questionnaire a été élaboré sur la plateforme en ligne Google Forms. Il comprenait 17 questions en 3 parties distinctes :

- Une première partie composée de 7 questions permettait d'avoir des données socio démographiques (sexe, âge, lieu d'exercice, condition d'exercice) et l'activité générale de la population étudiée (pourcentage de consultations dédiées à la santé de la femme, délai habituel pour avoir un rendez-vous avec le gynécologue, la réalisation du toucher pelvien).
- Une deuxième partie concernait seulement les médecins réalisant le toucher pelvien. 9 questions ouvertes ou fermées interrogeaient l'activité des médecins chez des patientes symptomatiques et asymptomatiques.
- Une troisième partie ne comprenait qu'une question, elle demandait aux médecins généralistes les raisons freinant la réalisation du toucher pelvien.

Les médecins généralistes qui ne pratiquaient pas le toucher pelvien ne répondaient pas aux questions 8 à 16. Ils étaient directement dirigés à la question 17.

J'ai réalisé ce questionnaire à l'aide des items de gynécologie du CNOGF. Il a été lu et corrigé par ma directrice de thèse et par le Dr Elodie MILLION, maître de conférence et responsable du pôle mère enfant du département universitaire de médecine générale de Montpellier-Nîmes.

Le questionnaire figure en Annexe 1.

2.2 Population étudiée

Cette étude a été réalisée auprès des médecins généralistes exerçant en Occitanie, installés ou remplaçants.

2.3 Nombre de sujets nécessaire

Je me suis servie des données d'une étude décrivant l'activité des médecins généralistes en Bretagne en 200(où 75% des médecins généralistes réalisaient des touchers pelviens (sur un échantillon de 139 réponses). Le calcul du nombre de sujets nécessaire réalisé à l'aide du site info.univ-angers.fr était de 289 avec un risque alpha à 5%.

3. Déroulement de l'enquête

J'ai obtenu l'accord du Conseil de l'Ordre des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et de Lozère pour diffuser mon questionnaire auprès des médecins généralistes exerçant dans leur département respectif. Je leur ai communiqué le lien du questionnaire Google Forms.

Le Conseil de l'Ordre du département des Pyrénées Orientales n'a jamais fait suite à ma demande de diffusion du questionnaire auprès des médecins généralistes malgré plusieurs relances.

Les envois ont débuté en janvier 2020, une relance a été faite en mai 2020. La limite du recueil des questionnaires était fixée à début juillet 2020.

4. Exploitation des résultats

Le recueil et l'analyse des données issues des réponses du formulaire Google Forms ont été effectuées de manière anonyme.

Les résultats ont été saisis sur un tableur Excel. Ils ont fait l'objet dans un premier temps d'une analyse descriptive puis de comparaisons pour analyse univariée. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et en pourcentage et les variables quantitatives en moyenne et écart type.

Les tests de Chi-2 et de Fisher ont été utilisés à l'aide du logiciel BiostaTGV avec un seuil de significativité choisi à 5% pour le risque de première espèce.

RESULTATS

220 questionnaires reçus sur 2 641 envoyés soit 8% de réponse.

1. Description de la population étudiée

		Total	
		N	%
Sexe	Féminin	125	57%
	Masculin	95	43%
Age	Moyenne	46	
	Écart type	12	
Type de territoire	Milieu semi rural	119	54%
	Milieu urbain	76	35%
	Milieu rural	24	11%
Condition d'exercice	Cabinet libéral de groupe	122	56%
	Cabinet libéral individuel	43	20%
	Maison de santé pluri professionnelle	40	18%
	Remplacement	7	3%
	Établissements de soins	5	2%
	Mixte libéral et salariat	2	1%

Tableau 1 : Répartition de la population étudiée selon les caractéristiques socio démographiques.

2. Description de l'activité générale des médecins généralistes

		Total	
		N	%
Pourcentage de consultations dédiées à la santé de la femme	< 10%	70	32%
	10-30%	75	34%
	30-50%	55	25%
	> 50%	19	9%
Délai de rendez-vous avec un gynécologue	< 1 mois	23	11%
	1-3 mois	99	45%

3-4 mois	63	29%
> 4 mois	32	15%

		Total	
		N	%
Nombre de toucher pelvien réalisé par mois			
	< 1	53	34%
	Entre 1-5	71	46%
	Entre 5-10	24	15%
	Entre 10-20	5	3%
	> 20	3	2%

Tableaux 2 et 3 : Répartition des médecins généralistes selon leur activité globale.

3. Réalisation du toucher pelvien (TP)

3.1 Résultats

		N	%
Réalisation du TP			
	Oui	158	71%
	Non	62	29%

Tableau 4 : Répartition des médecins généralistes concernant la question de la réalisation du toucher pelvien.

3.2 Influence du sexe

Sexe	Réalisation du toucher pelvien	
	Non N (%)	Oui N (%)
Un homme	46 (48%)	49 (52%)
Une femme	16 (13%)	109 (87%)

*Test statistique Chi2 p<0,01

Tableau 5 : Médecins généralistes réalisant le TP en fonction du sexe.

Les femmes médecins réalisaient significativement plus de TP que les hommes médecins (p <0,01).

67% des femmes médecins généralistes avaient 30 à 50% de consultations dédiées à la santé de la femme contre 33% des hommes médecins généralistes (p = 0,20).

3.3 Influence du milieu d'exercice et de l'âge

Type de territoire	Réalisation du toucher pelvien	
	Non N (%)	Oui N (%)
Urbain	8 (33%)	16 (67%)
Rural	32 (27%)	87 (73%)
Semi rural	22 (29%)	54 (71%)
* Test statistique Chi2 p=0,80		
Age		
< 50 ans	42 (30%)	96 (70%)
> 50 ans	19 (24%)	61 (76%)
* Test statistique Chi2 p=0,28		

Tableau 6 : Médecins généralistes réalisant le TP en fonction du milieu d'exercice et de l'âge

67% des médecins généralistes exerçant dans une zone urbaine réalisaient des touchers pelviens, 73% en zone rurale, p = 0,80.

Il n'y avait pas de lien significatif quant au milieu d'exercice et la réalisation du toucher pelvien.

70% des médecins généralistes âgés de 50 ans ou moins réalisaient le toucher pelvien contre 76% des médecins généralistes de plus de 50 ans (p = 0,28).

3.4 Influence du délai de consultation avec un spécialiste

Les délais de rendez-vous avec le gynécologue semblaient moins importants en zone urbaine (< 1 mois pour 61% des médecins interrogés) qu'en zone rurale (<1 mois pour 9% des médecins interrogés). La différence n'était pas, statistiquement significative ($p=0,07$).

3.5 Influence du sentiment d'aisance

	Pratique du TP	
	Oui N (%)	Non N (%)
A l'aise		
Oui	85 (94%)	5 (6%)
Non	73 (56%)	57 (44%)

*Test statistique Chi2 $p<0,01$

Tableau 7 : Médecins généralistes réalisant le TP en fonction du sentiment d'aisance.

	A l'aise	
	Oui N (%)	Non N (%)
Sexe		
Homme	24 (27%)	71 (55%)
Femme	66 (73%)	59 (45%)

*Test statistique Chi2 $p<0,01$

Tableau 8 : Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe et de leur sentiment d'aisance à la pratique du TP.

48% des médecins généralistes hommes ne réalisent pas de toucher pelvien contre 13% des femmes. Parmi ces hommes médecins généralistes, 55% ne réalisent pas le geste car ils ne se sentent pas à l'aise avec cet examen. On note que les femmes semblent plus à l'aise que les hommes.

4. Réalisation du toucher pelvien chez les patients symptomatiques

4.1 Influence des symptômes

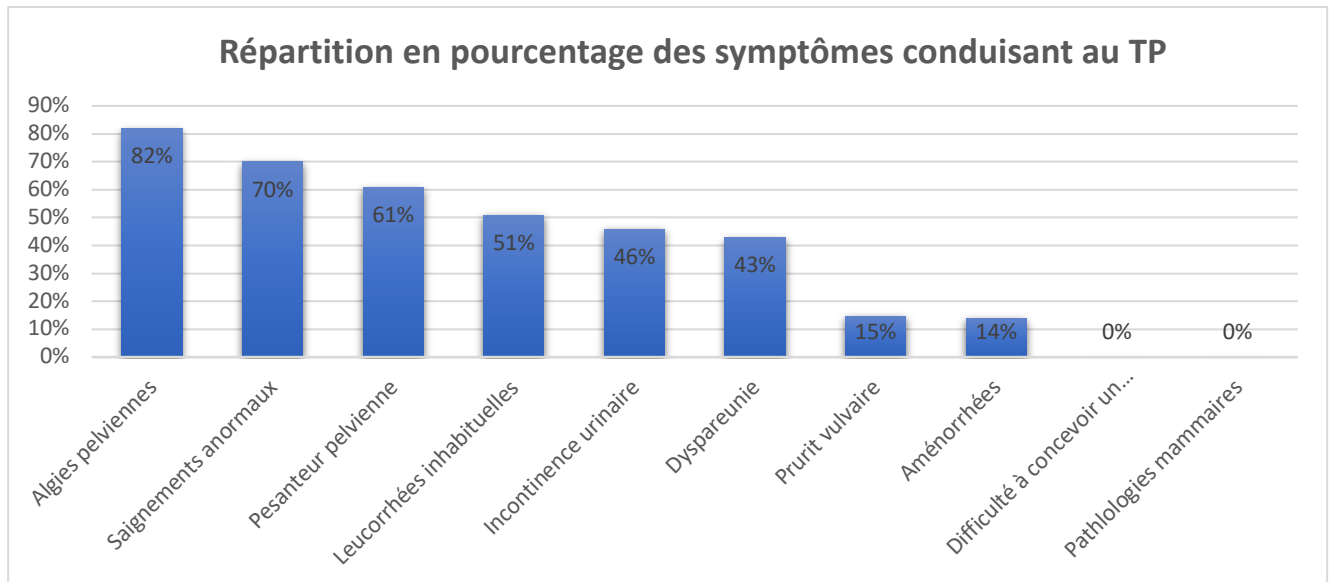


Figure 1 : Répartition en pourcentage des différents symptômes motivant le toucher pelvien par les médecins généralistes.

4.2 Diagnostics réalisés à l'aide du toucher pelvien

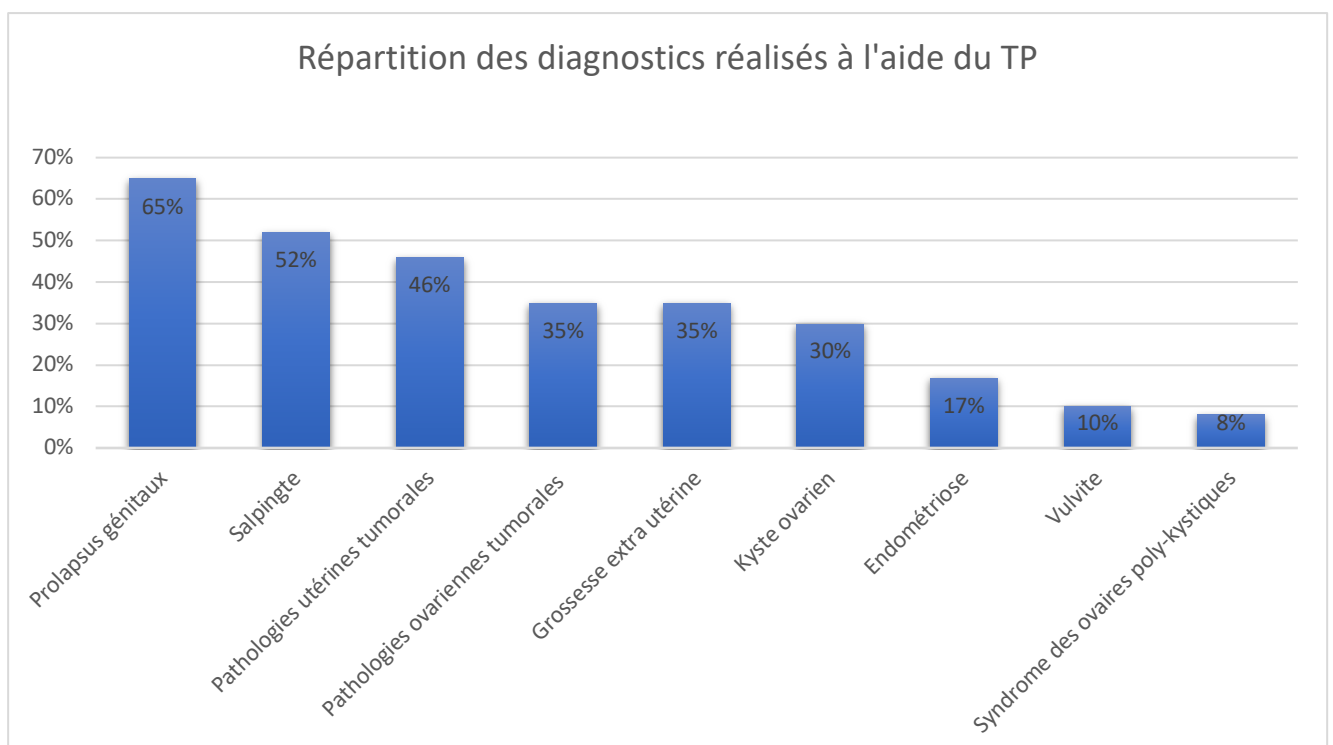


Figure 2 : Répartition en pourcentage des pathologies diagnostiquées à l'aide du toucher pelvien par les médecins généralistes.

5. Réalisation du toucher pelvien chez les patients asymptomatiques

5.1 Dépistage des cancers gynécologiques

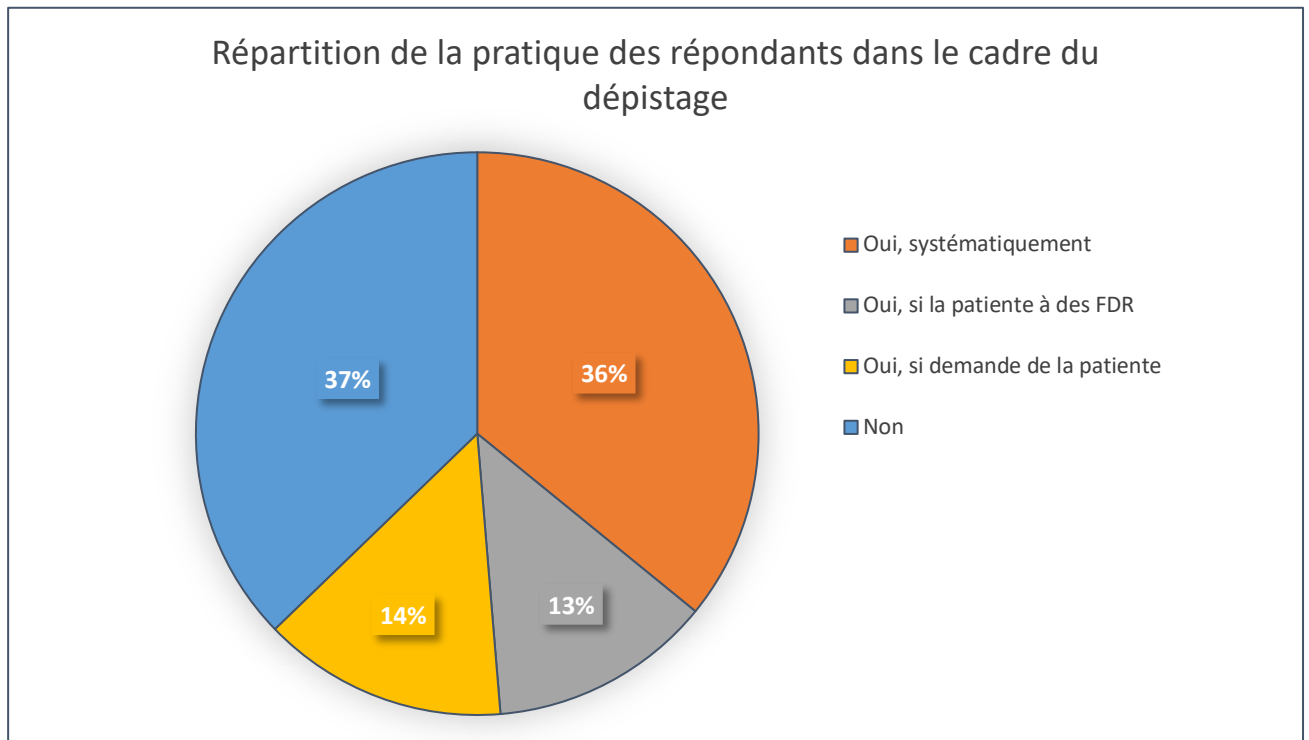


Figure 3 : Répartition en pourcentage de la pratique des médecins généralistes concernant le dépistage de cancers gynécologiques.

5.2 Influence de l'âge du médecin

Réalisez-vous un toucher pelvien pour le dépistage de cancers gynécologiques ?	< 50 ans	> 50 ans
Non	64%	36%
Oui, en cas de demande de la patiente	50%	50%
Oui, si la patiente présente des facteurs de risque	60%	40%
Oui, systématiquement	64%	36%

*Test statistique Chi2 $p = 0,67$

Tableau 9 : Répartition des médecins généralistes en pourcentage en fonction de l'âge et de l'indication à la réalisation du toucher pelvien lors d'un dépistage de cancers gynécologiques

5.3 Influence du sexe

Réalisez-vous un toucher pelvien pour le dépistage de cancers gynécologiques ?	Un homme	Une femme
Non	36%	64%
Oui, en cas de demande de la patiente	59%	41%
Oui, si la patiente présente des facteurs de risque	30%	70%
Oui, systématiquement	14%	86%

*Test statistique Chi2 p = 0,001

Tableau 10 : Pratique du toucher pelvien dans le cadre d'un dépistage de cancer gynécologique en fonction du sexe du médecin.

5.4 Les facteurs de risque

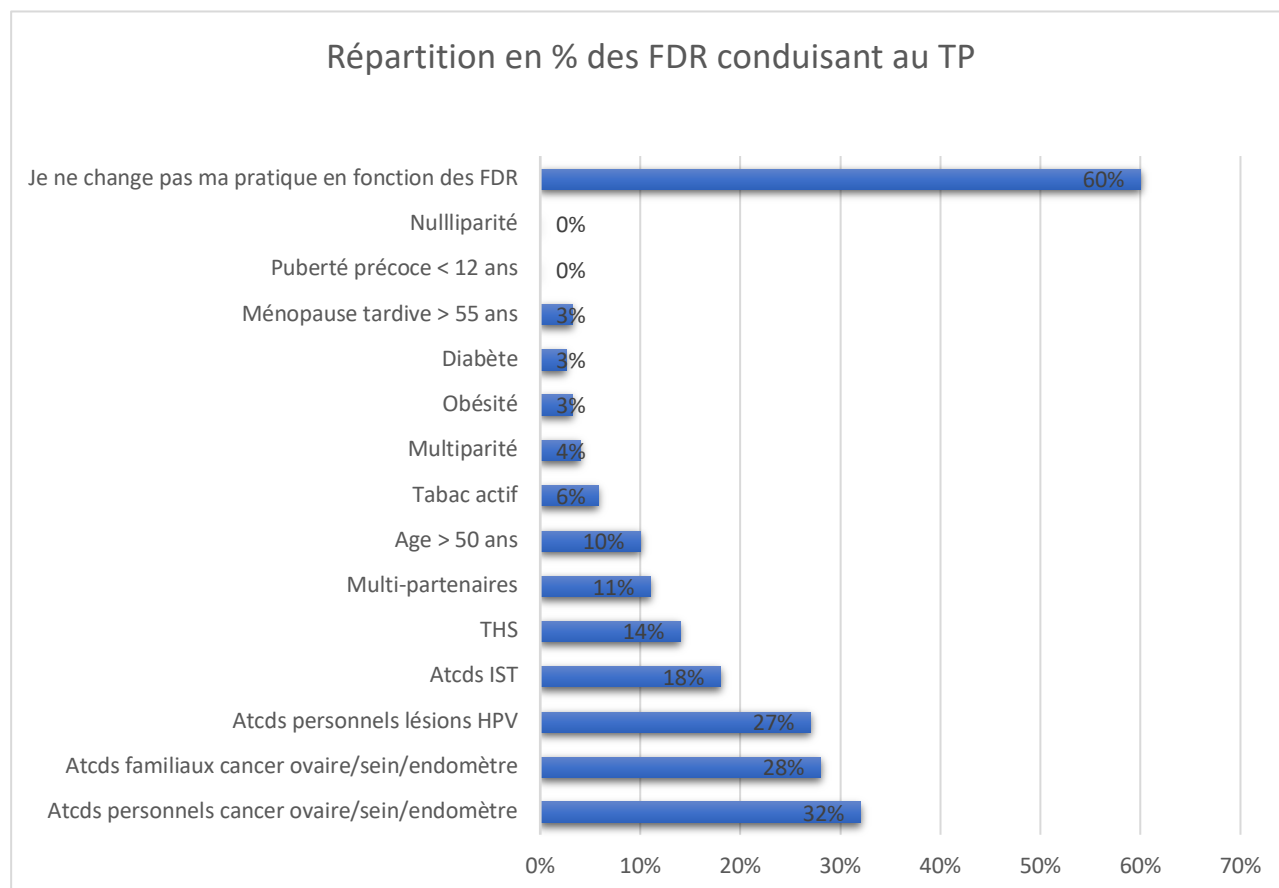


Figure 4 : Facteurs de risque conduisant à la réalisation du toucher pelvien par les médecins généralistes.

5.5 Fréquence de réalisation du toucher pelvien

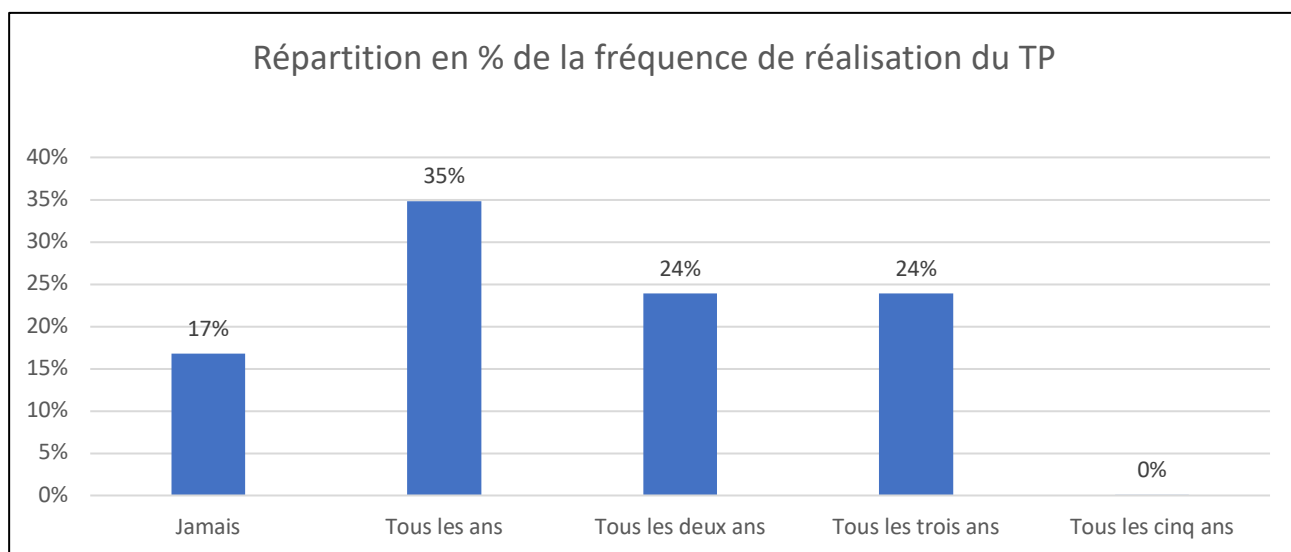


Figure 5 : Répartition en pourcentage de la fréquence de réalisation du toucher pelvien selon les médecins généralistes dans le cadre du dépistage des cancers gynécologiques.

5.6 Contraception

5.6.1 Réalisation du toucher pelvien

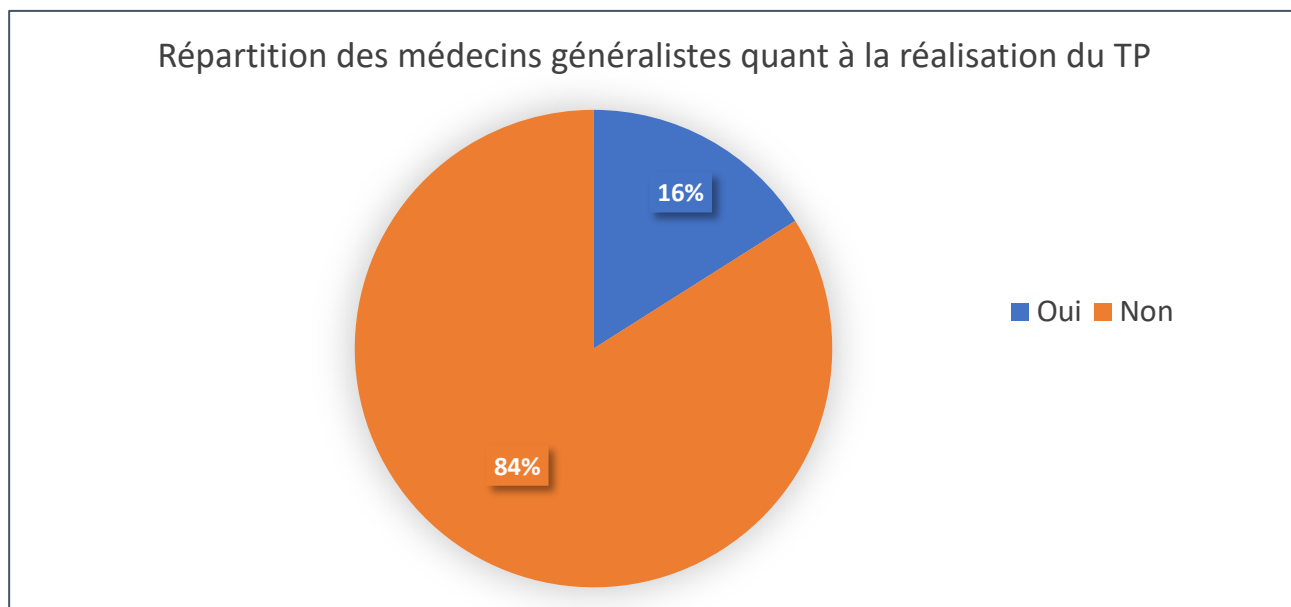


Figure 6 : Répartition en pourcentage des médecins généralistes quant à la réalisation du toucher lors de la prescription initiale ou le renouvellement d'une contraception (DIU y compris).

5.6.2 Types de contraception

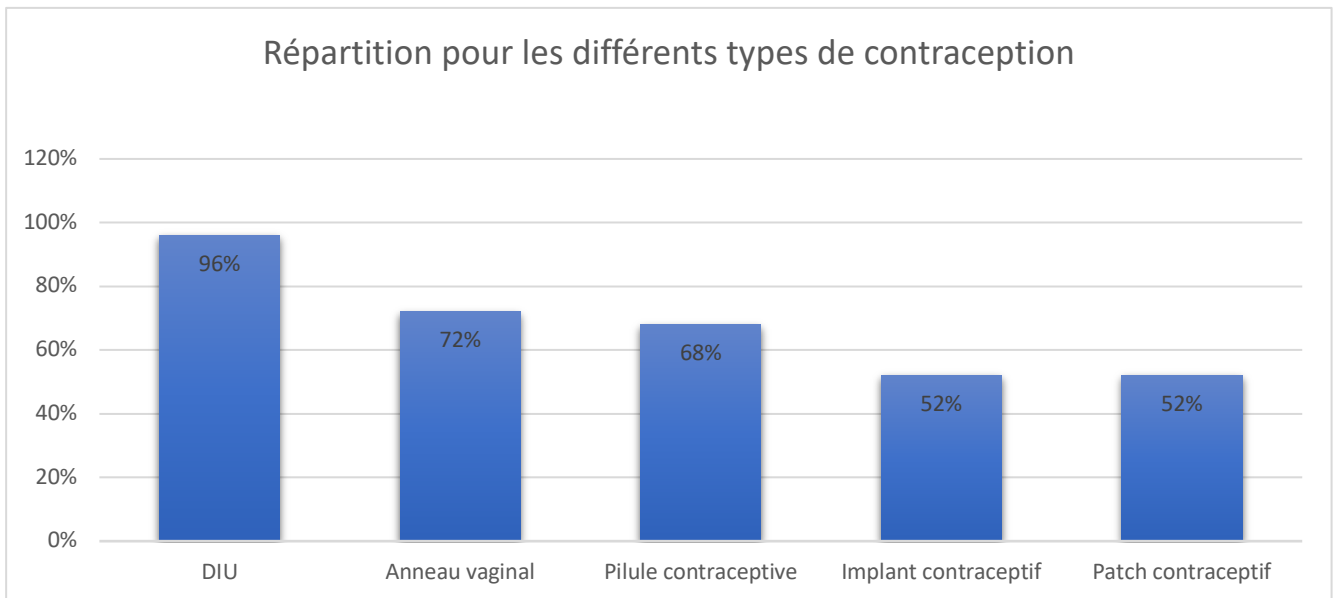


Figure 7 : Répartition en pourcentage des différents types de contraception menant à la réalisation du toucher pelvien par les médecins généralistes.

5.6.3 Raisons

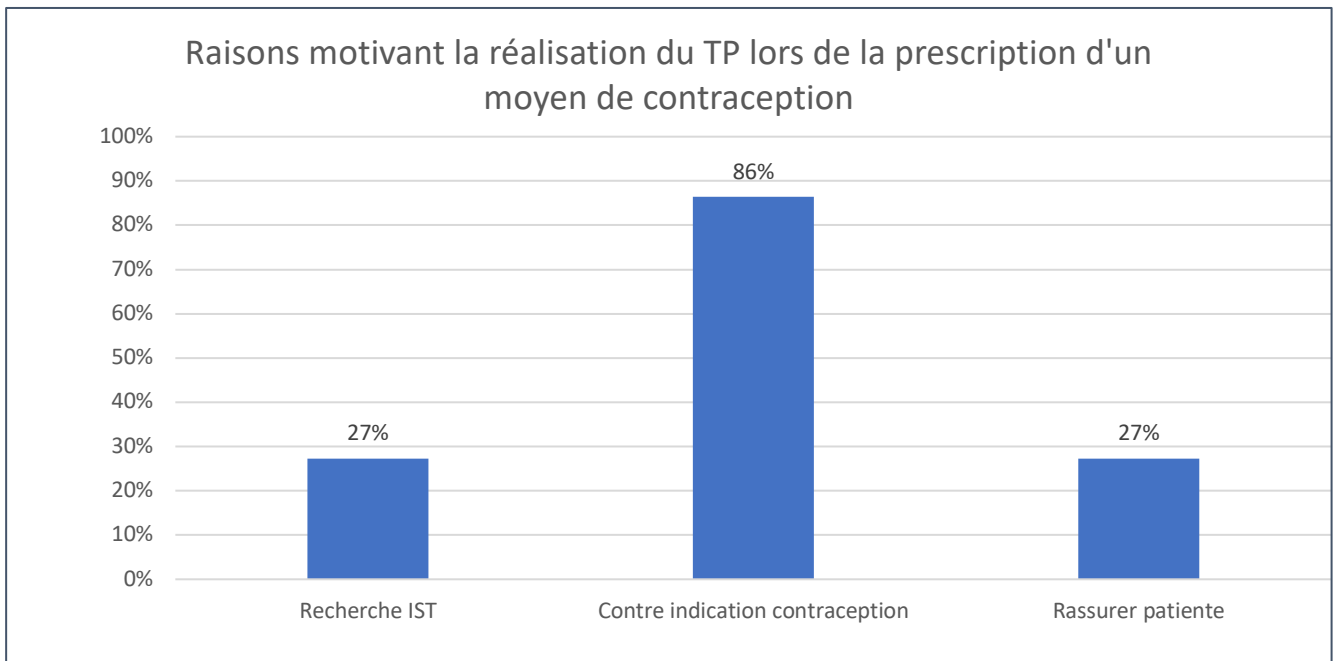


Figure 8 : Raisons données par les médecins généralistes quant à la réalisation du toucher pelvien lors de la mise en place d'une contraception.

Selon les données recueillies, parmi les 16% des médecins généralistes réalisant le toucher pelvien lors de la prescription d'une contraception, 40% sont des femmes de moins de 50 ans.

6. Facteurs limitant la réalisation du toucher pelvien

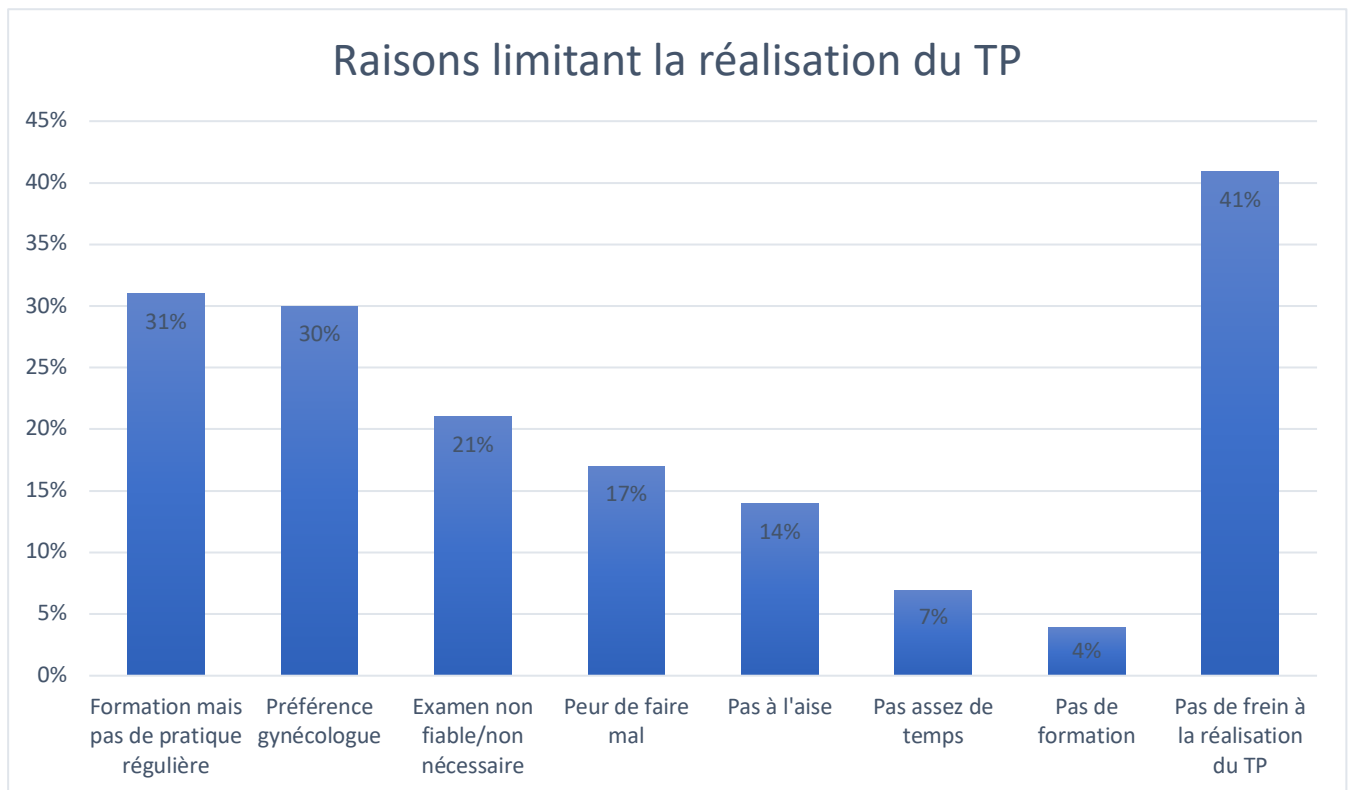


Figure 9 : Répartitions des différents facteurs limitant la réalisation du toucher pelvien chez les médecins généralistes questionnés.

Parmi les médecins généralistes ne ressentant pas de frein à la réalisation du toucher pelvien, 94% le réalisent vraiment.

DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

Cette étude avait pour objectif principal de décrire la pratique des médecins généralistes quant à la réalisation du toucher pelvien et d'identifier les déterminants à cette réalisation.

Ainsi, **71 % des médecins généralistes** questionnés réalisaient le toucher pelvien. Ce premier résultat est en accord avec l'étude réalisée par G. LEVASSEUR (8) en 2005, décrivant l'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Dans son étude, 75% des médecins généralistes questionnés le réalisaient.

On remarque parmi les médecins réalisant des touchers pelviens, **87% sont des femmes et 52% des hommes** ($p < 0,01$).

Ces résultats significatifs dans l'étude tendent à dire que les femmes médecins le font plus que les hommes. Ces résultats sont en accord avec ceux de I. BONHOMME et C. MORETTI (9) sur l'état des lieux de la pratique Gynéco Obstétrique en Savoie et Haute Savoie en 2017.

D'autre part, on note une féminisation de la profession : **43% hommes et 57% femmes** ont répondu au questionnaire. En comparaison avec l'étude de G. LEVASSEUR en 2005, 82,7% des répondant étaient des hommes.

Les femmes sont de plus en plus nombreuses dans la profession médicale. Selon les données requises par la DRESS (10), elles représentent désormais 44% des médecins. Elles devraient être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60% des médecins en exercice en 2034. Il peut être supposé que la prise en charge gynécologique des femmes par leur médecin traitant aille augmenter.

L'âge du médecin traitant n'influe pas sur la pratique du toucher pelvien, ce qui est également retrouvé dans la thèse de C.TIMSIT (11). Par contre dans le travail I. BONHOMME et C. MORETTI (9), elles font la remarque que si la pratique globale n'était pas différente selon l'âge du médecin, les actes gynécologiques n'étaient pas les mêmes : en effet, les jeunes médecins semblaient plus volontaires par les gestes techniques que les plus âgés qui avaient tendance à prendre en charge davantage les femmes ménopausées.

De plus, le lieu d'exercice ne semblerait pas impacté la pratique du toucher pelvien. L'étude de C. TIMSIT (11) retrouvait que les médecins généralistes des grandes villes (> 5 000 habitants) pratiquaient davantage de gynécologie que les plus petites. Cette discordance est peut-être liée au manque de puissance de notre étude.

Les symptômes menant à la réalisation du toucher pelvien sont multiples, principalement les algies pelviennes, les saignements anormaux, la pesanteur pelvienne et les leucorrhées inhabituelles mais aucun symptôme ne s'est réellement distingué.

Les résultats concernant la réalisation du toucher pelvien dans le cadre d'un suivi montrent une disparité entre les professionnels de santé, en fonction de l'expérience de chacun, chacun réalise le toucher pelvien dans différentes situations.

Ainsi, une question se pose : le toucher pelvien est-il nécessaire ?

Un groupe d'expert américain s'est penché sur l'intérêt de l'examen gynécologique (toucher vaginal et/ou examen visuel du col grâce à un spéculum) en 2017 (12). L'étude conclue que « l'état des connaissances est insuffisant pour évaluer la balance bénéfice/risque du toucher vaginal chez les patientes asymptomatiques et non enceintes dans la recherche et le traitement de pathologies gynécologiques ». Les chercheurs affirment qu'ils ne peuvent statuer pour ou contre cet examen sur ce profil de patiente. Cet avis à l'intérêt de montrer que la pratique du toucher pelvien est largement répandue et qu'il est regrettable qu'aucune évaluation n'ait été réalisée, rien ne permet à ce jour de savoir s'il contribue à diminuer la mortalité.

On peut noter que même si la majorité des médecins généralistes réalisent le geste au cabinet, dans notre étude 30% d'entre eux déclarent préférer laisser cet examen à un spécialiste notamment le gynécologue.

Le frein principal à la réalisation du toucher pelvien est le manque de pratique, est-ce par ce qu'il y a un manque de demande de la part des patientes ?

Selon l'institut de sondage BVA en 2008 (13), 85% des femmes interrogées déclarent avoir un suivi gynécologique, assuré pour 82% d'entre elles par un gynécologue contre 18% seulement par un médecin généraliste.

De même que dans la thèse de V. MAGRET en 2010 (13) sur la vision de la consultation gynécologique par les femmes en médecine générales : 45% des patientes répondent préférer un gynécologue mais 55% ne refusaient pas le suivi par un généraliste.

12% ignorent que le médecin généraliste est compétent pour le suivi gynécologique et 7% supposent qu'il avait une formation insuffisante.

Dans la thèse de M. BROSSET en 2013 (14), 42% des médecins généralistes interrogés pensent qu'une meilleure information des patientes faciliterait leur suivi par eux-mêmes.

Étant donné que la densité des gynécologues est en régression et donc que l'attente d'un rendez-vous va être de plus en plus importante, il serait intéressant d'informer des champs de compétences du médecin généraliste qui a déjà la confiance des patientes.

Dans une étude réalisée en 2013 en Indre et Loire (14), la méconnaissance des compétences des médecins généralistes à la pratique de la gynécologie par les patientes est une des principales difficultés rencontrées. Le rapport rémunération/temps passé et matériels manquants en était une autre. Cette problématique n'a pas été abordée dans notre étude mais mériterait en effet d'être évaluée dans un autre travail.

2. Forces

L'objectif de ce travail était de décrire la pratique des médecins généralistes concernant le toucher pelvien. Ce sujet n'a été que très peu exploré en France jusqu'à ce jour, ce qui constitue la principale force de cette thèse.

Pour calculer le NSN, nous avons utilisé une fréquence de réalisation du TP de 75%. Elle a été de 71% dans nos résultats. Nous pouvons donc estimer que le calcul est fiable.

Il s'agit d'une étude multicentrique sur 4 départements différents entre métropoles, villes et villages.

Le questionnaire a été relu et corrigé par 2 personnes différentes, afin qu'il soit le plus clair et synthétique possible. Les questionnaires étaient anonymes. Il y a eu une relance. Tout cela a permis d'obtenir un maximum de résultat sans biais d'information.

3. Limites

Le nombre de questionnaires recueillis était inférieur au NSN, suggérant un manque de puissance. Toutefois les résultats sont comparables à d'autres publications, notamment celle réalisée en 2005 par G. LEVASSEUR en Bretagne (8) ou celle de I. BOHOMME et C MORETTI (9). On retrouve une concordance avec le pourcentage de médecins généralistes réalisant le toucher pelvien.

Concernant la partie analyse statistique, peu de résultats sont significatifs dans cette étude, probablement en lien avec un faible échantillonnage par rapport à la population générale et d'un manque de puissance.

Il s'agit d'une enquête par questionnaire basée sur le volontariat. On peut faire l'hypothèse que les médecins généralistes qui ont répondu étaient les plus motivés par le thème. Le fait de ne pas répondre laisse-t-il présager d'une moindre pratique de la gynécologie ?

Le questionnaire concernait les touchers pelviens. Il aurait peut-être mieux valu préciser « toucher vaginal ». Certains médecins ont pu répondre à propos du toucher rectal. Mais vu l'orientation gynécologique des questions, il est probable que seul le toucher vaginal ait été considéré.

4. Perspectives

La pratique de la gynécologie au cabinet fait entièrement partie des missions du médecin traitant. De part sa facilité d'accessibilité aux consultations d'un médecin généraliste, et les délais de rendez-vous avec un spécialiste, il y a une véritable amélioration du service médical rendu aux patientes.

Les différents praticiens aptes à réaliser le toucher pelvien au cabinet médical doivent être connues des patientes.

Pour aller plus loin, notre travail pourrait être complété par une étude qualitative afin de recueillir le ressenti des médecins généralistes sur l'utilité du toucher pelvien au cabinet dans le cadre de dépistage ou de diagnostic de pathologies.

CONCLUSION

Notre enquête quantitative basée sur un questionnaire complété par 220 médecins généralistes a permis d'avoir un aperçu de la pratique du toucher pelvien lors de consultations gynécologiques des médecins généralistes.

Ainsi, on se rend compte que le toucher pelvien est un examen qui est pratiqué chez plus de 75% des médecins interrogés, préférentiellement chez les femmes.

Dans cette étude, il ressort que les motifs quant à leur réalisation sont plus diversifiés, les médecins généralistes ont chacun leur propre démarche.

A l'heure actuelle, ni les données de la littérature internationale, ni notre enquête ne permettent de conclure sur la périodicité de l'examen gynécologique systématique. Des études évaluant la balance bénéfice risque de la pratique du toucher pelvien ainsi que des recommandations seraient nécessaires afin d'harmoniser les pratiques et de proposer une prise en charge adaptée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. sept 2005 [cité 2 déc 2020];34(5):513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
2. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
3. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans
4. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
5. Ripaud M, Rialland A. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active: étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
6. Kristner P. Analyse du vécu de la première consultation de gynécologie: place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2017.
7. Bernard J. Suivi gynécologique: représentations et ressentis des patientes [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.
8. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Sante Publique (Bucur) [Internet]. 2005 [cité 6 déc 2020];Vol. 17(1):109-19. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm>
9. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative. :74.
10. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et résultats DRESS. Mai 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
11. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique: étude chez 126 patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
12. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: US

Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA [Internet]. 7 mars 2017 [cité 13 avr 2021];317(9):947. Disponible sur:
<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.0807>

13. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. BVA Group. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/>

14. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.

15. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.

ANNEXE

Etat des lieux de la pratique du toucher pelvien lors de l'examen gynécologique chez les femmes auprès des médecins généralistes.

Concernant la réalisation ou non d'un toucher pelvien, chaque médecin généraliste a sa propre démarche.

Dans le cadre d'une thèse, je sollicite votre expérience professionnelle dans l'objectif de décrire la pratique des médecins généralistes quant à la réalisation du toucher pelvien.

Le temps de réalisation est d'environ 5 minutes.

En vous remerciant.

BADIS Anissa, interne de médecine générale

Informations générales :

1. 1/. Vous êtes ?

Une seule réponse possible.

Un homme

Une femme

2. 2/. Quel âge avez-vous ?

3. 3/. Dans quel type de territoire exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

Milieu urbain

Milieu rural

Milieu semi rural

4. 4/. Dans quelle condition exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Cabinet libéral individuel
- Cabinet libéral de groupe
- Maison de santé pluri professionnelle
- Autre : _____

5. 5/. Quel pourcentage de vos consultations concerne la santé de la femme ?

Une seule réponse possible.

- < 10%
- 10-30%
- 30-50%
- > 50%

6. 6/. Sur votre lieu d'exercice, quel est le délai habituel pour avoir rendez-vous avec un gynécologue (hors urgence) ?

Une seule réponse possible.

- Inférieur à un mois
- Entre un mois et trois mois
- Entre trois et quatre mois
- Supérieur à quatre mois
- Autre : _____

7. 7/. Réalisez-vous des touchers pelviens dans votre cabinet ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 8*
- Non *Passer à la question 17*

Vous réalisez des examens gynécologiques avec toucher pelvien dans votre cabinet :

8. 8/. A quelle fréquence en moyenne ? (Nombre de touchers pelviens/mois)

Une seule réponse possible.

- < 1
- Entre 1-5
- Entre 5-10
- Entre 10-20
- > 20

9. 9/. Quelles sont les symptômes exprimés par les patientes motivant le toucher pelvien ?

Plusieurs réponses possibles.

- Leucorrhées inhabituelles
- Prurit vulvaire
- Saignement anormaux
- Aménorrhées
- Algies pelviennes
- Difficulté à concevoir un enfant
- Dyspareunie
- Pathologies mammaire (douleurs, masses, écoulement)
- Sensation de pesanteur pelvienne
- Incontinence urinaire
- Vous ne faites des touchers pelviens dans aucunes de ces situations.

Autre : _____

10. 10/. Pour quel(s) diagnostic(s) faire un toucher pelvien vous a aidé ?

Plusieurs réponses possibles.

- Syndrome des ovaires poly-kystiques
- Pathologies ovariennes tumorales
- Pathologies utérines tumorales
- Kyste ovarien
- Grossesse extra utérine
- Salpingite
- Endométriose
- Vulvite
- Prolapsus génitaux
- Aucun

Autre : _____

11. 11/. Réalisez-vous un toucher pelvien pour le dépistage de cancers gynécologiques ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, systématiquement
- Oui, si la patiente présente des facteurs de risque
- Oui, en cas de demande de la patiente
- Non

12. 12/. Quelles sont les facteurs de risque vous conduisant à réaliser un toucher pelvien ?

Plusieurs réponses possibles.

- Antécédents familiaux de cancer ovaire/sein/endomètre
 - Antécédents personnels de cancer ovaire/sein/endomètre
 - Antécédents d'infections sexuellement transmissibles
 - Antécédents personnel de lésions liées au HPV (condylome, antécédent de FCU anormal, colposcopie, cancer du col de l'utérus)
 - Multi-partenaires
 - Nulliparité
 - Multiparité
 - Tabagisme actif
 - Age > 50 ans
 - Obésité
 - Diabète
 - Ménopause tardive > 55 ans
 - Puberté précoce < 12 ans
 - Traitement hormonal substitutif de la ménopause
 - Je ne change pas ma pratique de toucher pelvien en fonction des facteurs de risque de cancer.
- Autre : _____

13. 13/. Quelle est selon vous, la fréquence d'examen avec toucher pelvien qu'il convient de faire dans le cadre d'un dépistage de cancers gynécologiques ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Tous les ans
- Tous les deux ans
- Tous les trois ans
- Tous les cinq ans
- Autre : _____

14. 14/. Réalisez-vous un toucher pelvien lors de la prescription initiale ou le renouvellement d'une contraception (DIU y compris) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 17*

Toucher pelvien dans le cadre d'une prescription de contraception

15. 15/. Pour quel(s) type(s) de contraception, réalisez-vous un examen avec toucher pelvien

Plusieurs réponses possibles.

- Pilule contraceptive
 Stérilet
 Anneau vaginal
 Implant contraceptif
 Patch contraceptif

16. 16/. Pour quelle(s) raison(s) réalisez vous un toucher pelvien lors de la mise en place d'une contraception ?

Plusieurs réponses possibles.

- Recherche une Infection Sexuellement Transmissible
 Vérifier l'absence d'affection constituant une contre indication à la prescription d'une contracepti
 Rassurer la patiente
Autre : _____

17. 17/. Quelles sont les raisons qui vous freinent à réaliser un toucher pelvien ?

Plusieurs réponses possibles.

- Vous n'avez jamais reçu de formation à leur réalisation.
- Vous avez reçu une formation mais vous ne pratiquez pas assez souvent.
- Vous ne vous sentez pas suffisamment à l'aise pour le faire.
- Vous ne pensez pas que ce soit un examen fiable et/ou nécessaire.
- Vous avez peur de faire mal ou de paraître trop intrusif.
- Vous préférez que la patiente le fasse avec le gynécologue.
- Vous n'avez pas assez de temps.
- Je n'ai pas de frein à réaliser un toucher pelvien.

Autre : _____

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction

L'examen pelvien intervient dans la plupart des consultations gynécologiques. Dans la littérature, peu d'études s'interrogeaient sur la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes en ville et les indications de réalisation.

L'objectif principal de cette étude quantitative est de décrire la pratique des médecins généralistes quant à la pratique du toucher pelvien. L'objectif secondaire est de connaître les déterminants à la réalisation de cet examen.

Méthodologie

Étude descriptive transversale quantitative par questionnaire en ligne envoyé aux médecins généralistes exerçants dans les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et de la Lozère entre janvier et juillet 2020.

Le questionnaire comprend trois parties : les données socio démographiques des médecins, la pratique du toucher pelvien, les raisons freinant les médecins généralistes à la réalisation du geste.

Résultats

220 questionnaires ont été obtenus sur 2 651 envoyés : soit 8% de réponse. 75% des médecins généralistes réalisaient le toucher pelvien au cours d'une consultation gynécologique. On remarque parmi les médecins réalisant des touchers pelviens, 87% sont des femmes et 52% des hommes ($p < 0,01$). Les motifs restent divers.

Conclusion

Cette étude montre qu'un nombre important de médecins généralistes réalisent le toucher pelvien au cabinet, avec une prédominance pour les femmes.

Mots-clés

Médecine Générale, Gynécologie, Toucher pelvien, Pratique, Dépistage