



HAL
open science

Enquête sur la pratique du toucher rectal chez les médecins généralistes de Basse-Normandie

Emmanuel Bodergat

► **To cite this version:**

Emmanuel Bodergat. Enquête sur la pratique du toucher rectal chez les médecins généralistes de Basse-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03577379

HAL Id: dumas-03577379

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03577379v1>

Submitted on 16 Feb 2022

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

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 13 octobre 2021

par

M. BODERGAT Emmanuel

Né le 31 mai 1991 à Saint-Lô (50)

TITRE DE LA THÈSE :

**ENQUETE SUR LA PRATIQUE DU TOUCHER RECTAL CHEZ LES
MEDECINS GENERALISTES DE BASSE-NORMANDIE**

Président : Monsieur le Professeur TILLOU Xavier
Directeur de thèse : Madame le Docteur ENGUEHARD Pascale
Membres : Monsieur le Docteur HUMBERT Xavier
Monsieur le Docteur PITHON Anni

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes

Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUÉNOLE Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri- opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico- faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé

M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	----------------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire

M. LE COUTOUR Xavier
prévention

Epidémiologie, économie de la santé et

M. LEPORRIER Michel

Hématologie

M. RAVASSE Philippe

Chirurgie infantile

M. TROUSSARD Xavier

Hématologie

Année Universitaire 2021/2022**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

AssesseursProfesseur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

M. VILLAIN Cédric

Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme ARMAND Audrey Médecine générale

M. BANSARD Mathieu Médecine générale

M. COUETTE Pierre-André Médecine générale

Mme NOEL-DE JAEGHER Sophie Médecine générale

M. PITHON Anni Médecine générale

M. SAINMONT Nicolas Médecine générale

Mme SCHONBRODT Laure Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme DEBRUYNE Danièle

Pharmacologie fondamentale

Remerciements

A Monsieur le professeur Xavier TILLOU, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Vous avez accepté facilement cette tâche sans que l'on connaisse auparavant. Je vous remercie d'accepter de présider le jury de ma thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le docteur Pascale ENGUEHARD qui a accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de m'avoir soutenu tout du long de la thèse malgré ma lenteur à m'y mettre. Sois assurée de ma gratitude.

A Monsieur le docteur Xavier HUMBERT qui me fait l'honneur de juger mon travail. Vous m'avez déjà accompagné dans ma formation d'interne et je sais à quel point vous êtes investi dans notre enseignement de médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le docteur Anni PITHON qui a accepté d'être dans le jury de ma thèse. Je vous en suis d'autant plus reconnaissant que vous avez accepté de remplacer notre confrère sans hésitation. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de répondre à mon questionnaire.

A Marc Bailleul, qui m'a permis d'utiliser l'analyse statistique implicite et qui a eu la gentillesse de me relire pour garantir la validité mathématique à la fois de la présentation de cette méthode et des analyses que j'ai ensuite proposées. Sans toi cette thèse n'aurait pas pu nous éclairer autant sur les différents liens entre les réponses. Un grand merci donc !

Au Dr Hélène Ricard pour le coup de main donné et sur ta réactivité, merci !

A mon papa, Jean-Yves, qui m'a soutenu et accompagné tout le long de mon travail. Sans toi le travail aurait été nettement plus éreintant et démoralisant. Ton œil expert a su trouver les défauts et les corriger tout en étant compréhensif. Tu es toujours aussi curieux du travail universitaire quelle qu'en soit la branche et je t'en remercie !

A ma maman, Marie-Claire, qui avec toujours autant d'énergie et de bonne humeur a su me pousser jusqu'au bout de cette thèse. Tes remarques m'ont permis de rendre une thèse que je pense maintenant plus cohérente. Marie-Claire et Jean-Yves je vous remercie également plus globalement car depuis 30 ans vous me soutenez tout au long de ma vie et je ne vous le dis pas assez mais je vous aime profondément.

A mes frères, Yoann et Mickaël, qui m'ont soutenu moralement en proposant leurs aides respectives quand j'étais au point mort. Nos soirées jeux de société me manquent et j'ai hâte de écraser à nouveau à Catane.

A Catherine et Bernard, qui m'ont proposé leur aide ainsi que celle de leurs amis ! Vous êtes l'éclaircie de Flers et il est toujours sympathique de partager un moment avec vous.

A François qui m'a donné envie de faire ce métier. Je n'ai pas le goût comme toi de la chirurgie mais je pense qu'on partage ce plaisir d'entraider notre prochain. Que l'empereur nous protège !

Au reste de ma famille, Annie, petite et grande Clara, Théo, Jacqueline, Jean-Paul et Simone avec qui on partage toujours de bons moments. Bon courage pour ton internat Théo !

À mes amis qui sauront se reconnaître, je ne vais pas tous vous citer mais chacun sait que je pense à lui. Vous avez su me faire respirer durant cette thèse et j'en remercie chacun d'entre vous. Vous êtes ma seconde famille et nous resterons à jamais solidaires.

À toi Samuel, tu sais à quel point tu nous manques tous avec ton sourire et ta bonne humeur quelles que soient les circonstances.

Abréviations

AFU = Association française d'urologie

ASI = Analyse statistique implicative

ECBU = Examen Cytobactériologique des Urines

HAS = Haute autorité de santé

MG = Médecin Généraliste

PSA = Prostate Specific Antigènes

Q1, Q2,... = Question 1, Question 2,...

TR = Toucher rectal

Table des matières

Table des matières.....	
1. Introduction	1
1.1 État actuel des connaissances.....	1
1.1.1 Indications du toucher rectal	1
1.2 Les obstacles connus du toucher rectal.....	2
1.2.2 Une gêne attestée.....	2
1.2.3 Des difficultés techniques et diagnostique accentuées par le manque d'expérience	3
1.2.4 Le manque de temps	3
1.3 Des stratégies possibles à la question de recherche.....	3
1.3.1 Maintenir le geste ou le contourner ? Les stratégies	3
1.3.2. Question de recherche.....	4
2. MÉTHODOLOGIE.....	5
2.1 Type de la méthode	5
2.2 Le questionnaire.....	5
2.2.1 Élaboration du questionnaire	5
3. Résultats.....	10
3.1 Les réponses au questionnaire	10
3.1.1 Question 1	10
3.1.2 Question 2	11
3.1.3 Question 3	12
3.1.4 Question 4	13
3.1.5 Question 5	14

3.1.6 Question 6	14
3.1.7 Question 7	15
3.1.8 Question 8	16
3.1.9 Question 9	17
3.1.10 Question 10	17
3.1.11 Question 11	18
3.1.12 Question 12a	19
3.1.13 Question 12b	20
3.1.14 Question 13	21
3.1.15 Question 14	22
3.1.16 Question 15	22
3.1.17 Question 16	23
3.1.18 Question 17	24
3.1.19 Question 18	25
3.1.20 Question 19	26
3.2 Résultats et enseignements de l'Analyse statistique implicative	26
3.2.1 Les chemins implicatifs entre variables de réponses	27
3.3 Les deux réseaux : présentation et analyse	34
3.3.1 Le réseau de la confiance	34
3.3.2 Le réseau de la technicité	35
3.3.3 L'opposition des réseaux dans leurs réponses	36
3.3.4 Deux pratiques de la médecine générale se dessinent	36
4. DISCUSSION.....	37

4.1	Limites de l'étude	37
4.2	Les enseignements de l'étude :.....	38
4.2.1	Les enseignements des réponses.....	38
4.2.2	Des pratiques différentes, signes de deux conceptions de la médecine générale qui divergent ?.....	39
5.	CONCLUSION	42
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	43
7.	ANNEXES	45

1. Introduction

Le toucher rectal a longtemps été un geste que le médecin généraliste pratiquait régulièrement et qu'il considérait comme constitutif de sa pratique.

Les indications de ce geste continuent d'être bien admises même si les sociétés savantes peuvent diverger sur le caractère systématique de cette pratique.

Néanmoins, les ressources qu'apporte l'ensemble des examens complémentaires peuvent remettre en cause cette pratique, notamment en raison de la gêne qui lui est souvent associée. Est-ce réellement le cas ? Est-ce l'ensemble des médecins qui réduiraient la fréquence de ce geste ? Ou peut-on observer des différences entre eux ?

Nous ferons d'abord le point sur l'état actuel des connaissances relatives au toucher rectal. Les indications médicales seront présentées avec leurs limites. Ensuite, pour savoir comment les médecins généralistes intègrent ces recommandations à leurs pratiques, nous chercherons des éléments de réponse dans une enquête par questionnaire conduite en Basse-Normandie.

1.1 État actuel des connaissances

1.1.1 Indications du toucher rectal

Les indications sont multiples et bien admises au sein de l'univers médical. Nous retenons les principales indications. Elles sont à la fois :

- Urologiques : dépistage et surveillance du cancer prostatique, prostatite ;
- Digestives : bilan d'hémorragie digestive basse, fécalome, recherche de tumeurs ano-rectales, examen proctologique ;
- Gynécologiques : exploration des paramètres de chaque côté du col (indispensable dans les cancers, l'endométriose et certaines affections) ;
- Neurologiques : examen de la tonicité du sphincter anal notamment dans le cadre du syndrome de la queue de cheval.

Ces indications se trouvent confrontées à plusieurs obstacles spécifiques à ce geste.

1.2 Les obstacles connus du toucher rectal

1.2.1 Des recommandations divergentes

Selon l'Association Française d'Urologie (AFU), le toucher rectal est indiqué dans les *pathologies prostatiques* comme suit(1) :

Cancer de la prostate :

- dépistage annuel et individuel du cancer de la prostate entre 50 ans et 75 ans en association avec les Prostate Specific Antigènes (PSA), si l'espérance de vie est supérieure ou égale à 10 ans ;
- dépistage individuel du cancer de la prostate entre 45 ans et 75 ans chez les afro-antillais, si l'espérance de vie estimée est supérieure ou égale à 10 ans ;
- dépistage individuel du cancer de la prostate entre 45 ans et 75 ans en cas d'antécédent familial de cancer de la prostate, si l'espérance de vie estimée est supérieure ou égale à 10 ans.

L'intervalle entre 2 tests de dépistage peut varier selon les données du Toucher rectal (TR), la valeur la plus récente du PSA total et la cinétique du PSA total.

Le dosage du PSA dans cette indication ne suffit pas seul. En effet, un TR suspect (induration) est une indication à la réalisation de biopsies prostatiques, indépendamment de la valeur du PSA(2). Sur ce point la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'AFU se rejoignent.

En revanche, les recommandations divergent sur le dépistage précoce ou non du cancer prostatique chez les hommes. En effet l'AFU le préconise alors que la Haute autorité de santé (HAS) ne l'estime pas nécessaire. Cette divergence peut entraîner une incertitude sur l'efficacité du dépistage.

Cette incertitude peut donc constituer pour les professionnels de santé un obstacle à la systématisation et à l'habitude du toucher rectal. Mais d'autres obstacles à la pratique du TR existent.

1.2.2 Une gêne attestée

Plusieurs travaux (Cashignard, Le Coaziou M.F., Elchardus J.-M. et al., 2010(3), Vorilhon et al., 2012 (4); Braverman, L., 2017(5) ; ...) ont établi que le toucher rectal même s'il n'est pas considéré comme un geste intrusif constitue une source de gêne. Cette gêne peut être ressentie directement par eux-mêmes ou être induite par celle qu'ils perçoivent chez le

patient. Pourtant elle n'empêche pas une grande majorité de patients d'accepter le toucher rectal quand il est proposé(6) et de plutôt bien le tolérer(7) quand il est pratiqué.

Néanmoins, cette gêne peut conduire à éviter ce geste en faisant appel à des procédures substitutives.

1.2.3 Des difficultés techniques et diagnostique accentuées par le manque d'expérience

Le doigt trop court, l'obésité du patient, les personnes difficiles à mobiliser au cabinet, les maladies psychiatriques sont autant d'exemples des difficultés que le praticien peut rencontrer lors de la pratique du TR.

Ces obstacles ne sont pourtant pas infranchissables mais sont autant de difficultés qui peuvent se surajouter à un geste pour lequel le praticien n'est pas forcément à l'aise. Une meilleure expérience de ce geste pourrait contre-balancer ses difficultés, ce qui passe par plus de pratique de celui-ci. On peut donc dire que la précision du test dépend de la compétence du personnel qui dépend elle-même de la régularité de la pratique. Pour reprendre un article sur la formation des étudiants : « La pratique est nécessaire pour acquérir la compétence et la confiance »(8).

1.2.4 Le manque de temps

Le toucher rectal est un geste qui demande un certain temps en raison de la préparation physique (déshabillage, préparation du médecin) et psychologique (explication des raisons et de l'importance du geste). C'est donc, pour certains généralistes, une potentielle raison de ne pas pratiquer le toucher rectal. Pourtant cette difficulté peut facilement être contournée par une autre consultation dédiée à ce geste.

On notera que dans l'étude de Vorilhon et al.(4) cette caractéristique est mise en avant dans les entretiens alors qu'elle est peu évoquée dans les réponses aux questionnaires, probablement parce que ce n'est pas un obstacle que l'on choisit en premier dans une liste évoquant les différents obstacles potentiels.

1.3 Des stratégies possibles à la question de recherche

1.3.1 Maintenir le geste ou le contourner ? Les stratégies

Comme nous l'avons vu précédemment, l'obstacle du manque de temps peut être contourné par une seconde consultation.

En revanche, pour les difficultés de diagnostic, le généraliste peut recourir aux méthodes suivantes pour s'abstenir d'un geste jugé « délicat » :

- La prescription d'examens complémentaires tels que les PSA (même si dans les recommandations, le geste du TR doit accompagner ce dosage), l'ECBU, la coloscopie, l'échographie
- Le recours au spécialiste ou à un confrère généraliste.

Sachant que le toucher rectal reste utile quand il est utilisé dans un ensemble pour l'aide au diagnostic, il ne faut donc pas rejeter non plus ces examens complémentaires.

L'accumulation des obstacles et des difficultés peut-elle conduire à se tourner vers des examens complémentaires non pas comme complément mais comme stratégie de contournement ?

1.3.2. Question de recherche

L'intérêt de ce geste souligné dans plusieurs indications se heurte aux problèmes de l'examen clinique que le médecin généraliste peut rencontrer : divergences dans les recommandations, gêne, difficultés techniques et diagnostiques, manque d'expérience et manque de temps. En raison de ce contraste, est-ce que les praticiens généralistes continuent de pratiquer régulièrement ce geste, ou ont-ils tendance à le réduire et dans les deux cas, quels facteurs mettent-ils en avant pour rendre compte de leur pratique ?

Nous tentons d'y répondre par une enquête par questionnaire basée sur le dernier toucher rectal effectué par les médecins généralistes en Basse-Normandie.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Type de la méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective auprès des médecins généralistes de Basse-Normandie.

Chaque médecin devait remplir un auto-questionnaire à propos de son expérience sur le dernier toucher rectal réalisé.

Les questionnaires leur ont été envoyés par mail, courrier ou remis en main propre avec un traitement du questionnaire réalisé sur Google Forms.

Le début des envois a été fixé le 5 novembre 2020 et la date d'arrêt des réponses le 20 mars 2021 soit un délai de 4 mois et demi.

Le questionnaire a été validé par la directrice de thèse avant envoi.

2.2 Le questionnaire

2.2.1 Élaboration du questionnaire

2.2.1.1 Orientations

Le questionnaire a été réalisé dans l'optique de le faire court et concis pour que nos confrères puissent y répondre rapidement sans être découragés et pour obtenir ainsi le maximum de réponses. Nous avons eu 47 réponses à traiter.

Le choix a été fait de questionner sur le dernier toucher rectal et non pas sur leur pratique en général afin d'éviter un biais dans les réponses. En effet, celles-ci pourraient être déterminées par leurs représentations générales de la « bonne pratique » (ce qu'il convient ou ce qu'il est souhaitable de faire pour être un bon médecin) beaucoup plus que par la réalité de leur pratique. Focaliser leur attention sur le dernier geste effectif permet ainsi de répondre au plus près des faits.

2.2.1.2 Deux dimensions de questions dans le questionnaire

Les considérations précédentes nous ont conduit à conférer deux dimensions à ce questionnaire.

- une dimension à visée diagnostique, sur les pratiques médicales. Nous avons, par exemple, la première question sur l'indication du toucher rectal (Q1) mais aussi sa fréquence

(Q2), la prescription ou non d'examen complémentaire (Q6), l'envoi à un spécialiste ou non (Q9) et les difficultés techniques du geste (Q11).

Une question (Q12a) sur le renoncement au toucher rectal malgré une indication à le faire a été posée, suivie d'une autre sur les raisons d'un tel renoncement (Q12b) car il semblait intéressant de voir ce qui pouvait « bloquer » le geste.

– une dimension relationnelle, manifeste pour un geste « délicat », en l'envisageant par rapport à ce qui est perçu du patient et ce qui est ressenti par le médecin. Les questions ont porté sur l'acceptation du geste (Q3 -Q5) et la gêne (Q10 –Q13).

D'autres questions, qui portent explicitement sur la fonction diagnostique, peuvent aussi mobiliser implicitement l'autre dimension : le caractère dédié de la séance (Q4), le ressenti d'utilité du geste (Q7), le jugement sur la fonction nécessaire de celui-ci (Q8) et la formation (Q14 –Q15) avec une question sur le mannequin d'entraînement dont on sait qu'il peut aider les étudiants (9).

2.2.1.3 Une discussion autour du toucher en général.

Malgré le focus de la thèse sur les pratiques médicales et relationnelles centrées sur le toucher rectal, il nous a paru important d'élargir le sujet et de voir s'il s'inscrivait dans une perspective plus large de la pratique médicale. C'est pourquoi une question sur le toucher en général (palpation, auscultation, percussion...) et sur le maintien ou la réduction de sa fréquence a été posée (Q16).

Cette question a été formulée de manière un peu détachée (on ne leur demandait pas directement s'ils le pratiquaient eux-mêmes autant ou moins) afin d'éviter ce qu'on appelle un « effet de conformité » (donner la « bonne réponse » attendue d'un professionnel) ou un « effet de désirabilité » (répondre à l'attente supposée de l'enquêteur).

2.2.1.4 Les variables d'identification retenues pour le questionnaire

Nous avons retenu trois variables correspondant aux caractéristiques sociodémographiques et générales du médecin.

Elles comprennent :

- le genre (Q17)

- la durée de l'exercice professionnel depuis la date de l'année de thèse (Q18) ; cette durée est répartie en trois catégories (les « jeunes » de moins de 10 ans depuis leur thèse, les « intermédiaires » entre 10 et 20 et les « plus expérimentés » de plus de 20 ans de carrière)
- le milieu d'exercice, avec trois catégories, dont le choix a été laissé à l'appréciation des répondants : milieu urbain, semi-rural, rural (Q19).

2.3. Le traitement statistique

2.3.1 Le traitement classique

Le traitement classique des résultats d'un questionnaire examine les réponses une par une, c'est ce que nous proposons de faire dans un premier temps. Nous établirons ainsi comment la population médicale qui a répondu se répartit par rapport aux différentes dimensions du toucher rectal et du toucher en général. Nous pourrions de plus savoir à chaque fois, grâce aux trois variables d'identification, si tel type de réponse est davantage le fait de telle ou telle de ces variables : par exemple, est-ce que les hommes et les femmes répondent de manière significativement différente à telle ou telle question, comme la fréquence du TR ou la gêne ?

Cependant, on peut aller plus loin non plus seulement en examinant séparément les réponses à chaque question mais en cherchant à savoir si les mêmes individus qui ont fourni telle réponse ont tous fourni la même réponse à une autre question. Nous pouvons imaginer l'exemple suivant qui pourrait constituer une hypothèse : si un répondant déclare avoir ressenti de la gêne lors du dernier TR effectué par lui, déclare-t-il ne pratiquer le TR que peu fréquemment ou très rarement ? Ou encore un répondant dont la pratique du TR est peu fréquente estime-t-il que le toucher a tendance à se réduire ?

Nous voyons à travers ces deux interrogations que nous cherchons quelles dynamiques de réponses peuvent se manifester, susceptibles de révéler des logiques d'acteurs. Est-il possible de faire émerger des « choix enchaînés » d'items : quand un individu choisit tel item pour telle question, peut-on affirmer de façon quasi-certaine qu'il a aussi choisi tel autre item pour telle autre question ?

Un outil évaluant ce phénomène permettrait de mettre en évidence l'aspect dynamique des prises de position des individus à travers des réseaux d'items. C'est dans cette optique que nous avons utilisé l'analyse statistique implicite (Gras, Kuntz & Briand, 2001) qui met en rapport de manière systématique toutes les réponses du questionnaire entre elles.

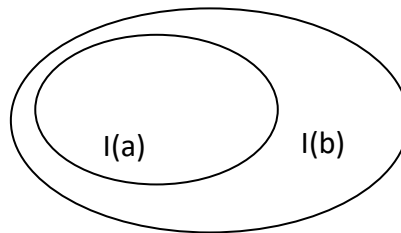
2.3.2 L'analyse statistique implicative

L'outil utilisé pour le traitement statistique du questionnaire est l'ASI (Analyse Statistique Implicative). Le logiciel CHIC (Classification Hiérarchique Implicative et Cohésitive) effectue le calcul. Le traitement statistique a été assuré et vérifié par Marc Bailleul (Docteur et Maître de Conférences en Sciences de l'éducation).

Cet outil mathématique permet de répondre à la question suivante : « Dans quelle mesure tel comportement de réponse à tel item entraîne-t-il, statistiquement parlant, tel comportement de réponse à tel autre item ? » par la liaison d'un indice de quasi-implication entre variables.

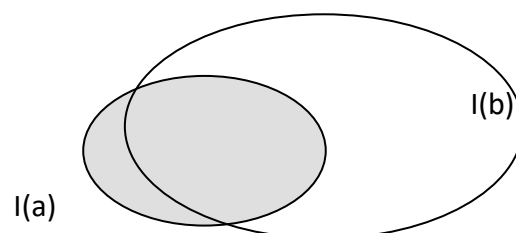
Cet outil recherche non pas une implication stricte entre deux mêmes réponses à deux questions différentes mais une quasi-implication.

S'intéresser à une implication stricte entre deux variables a et b correspondrait à la configuration ci-dessous, dans laquelle « a implique b » : (les deux schémas suivants sont inspirés d'un texte de Marc Bailleul et Richard Wittorski –voir le passage complet en annexe n° 1) :



Les réponses à des questionnaires adressés à des professionnels et qui portent sur leurs pratiques ou leurs représentations offrent rarement cette configuration. S'en tenir à une implication stricte rendrait impossible l'analyse dans la plupart des cas. En revanche, des liens plus nombreux peuvent apparaître dès qu'on adopte une approche statistique en retenant les cas où non pas tous mais *presque tous* ceux qui ont répondu de telle manière à telle question ont répondu de la même manière à telle autre.

On rencontre en effet beaucoup plus souvent la configuration du schéma ci-dessous.



On dira alors que nous avons une « quasi-implication » de a sur b. Un indice a été élaboré pour évaluer cette quasi-implication. Il s'agit d'une probabilité, comprise donc entre 0 et 1, dont on peut dire que plus il est proche de 1, plus il rend compte d'une quasi-implication significative.

Cet indice est calculé par le logiciel entre toutes les variables de réponse : l'ASI donne les résultats automatiquement et systématiquement entre chaque variable (exemple : 5b) et toutes les autres : 1a et 2a, 2b, 2c, etc...).¹ Des liens de quasi-implication, auxquels on n'aurait pas pensé, peuvent ainsi apparaître.

Des logiques de réponses peuvent ainsi être identifiées, d'autant que des liens peuvent s'établir entre plusieurs réponses : dans ces cas-là, nous parlerons de « chemins », qui peuvent être plus ou moins longs entre des variables, trois, quatre, cinq, parfois plus. On peut alors faire une représentation graphique des liens implicatifs entre les différentes variables et cet ensemble constitue ce qu'on appelle le « graphe implicatif ». Dans cet ensemble, les chemins implicatifs peuvent converger vers une extrémité commune : ils forment alors des « sous-graphes » ou « réseaux ».

Ce que fournit ainsi le logiciel constitue une étape. L'analyse des liens entre les réponses appelle alors l'interprétation : quelle signification peuvent avoir ces liens ? Quelle cohérence dans les représentations et en quoi est-elle susceptible de faire apparaître une logique d'acteurs ?

¹ Le logiciel calcule « toutes les intensités d'implications pour tous les couples de variables » (Bailleul et Wittorski –voir annexe n° 1).

3. Résultats

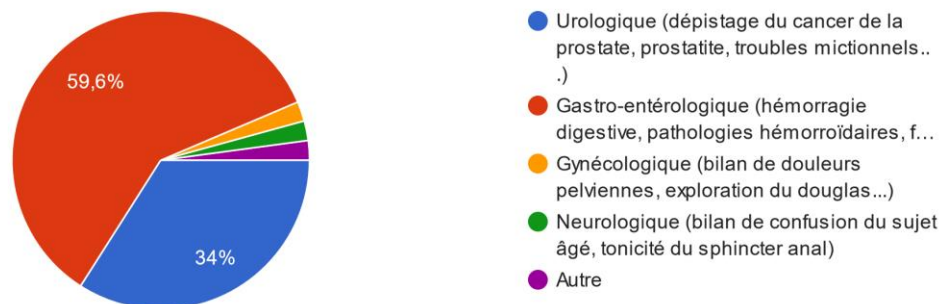
Nous commençons par présenter et examiner les résultats question par question, avant de passer à l'analyse statistique implicative.

3.1 Les réponses au questionnaire

3.1.1 Question 1

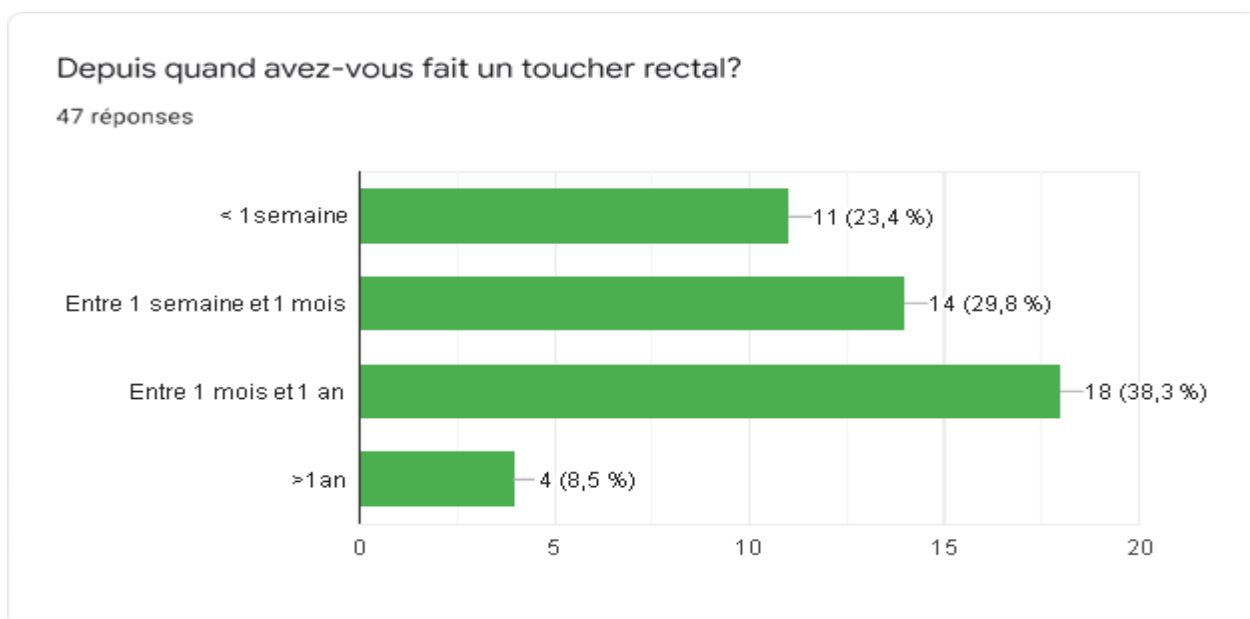
Quelle était l'indication de votre dernier toucher rectal réalisé?

47 réponses



Une indication majoritairement gastroentérologique à 59 % et secondairement prostatique à 34%. L'indication gastroentérologique apparaît en première position. Pourtant les thèses et articles concernant le toucher rectal s'étaient pourtant plutôt concentrés sur le dépistage du cancer prostatique en médecine générale(10). Dans cet échantillon de médecins généralistes en Basse-Normandie, cette indication n'arrive qu'en 2e position. Le toucher rectal dans les indications gynécologique et neurologique reste exceptionnel.

3.1.2 Question 2



Sur la fréquence du toucher rectal, 25 des médecins généralistes, soit 53%, ont réalisé un toucher rectal dans le mois. Et 22 médecins, soit 47%, ont réalisé un toucher rectal il y a plus d'un mois dont 4 médecins il y a plus d'un an.

Le toucher rectal semble donc toujours se pratiquer mais de façon occasionnelle en majorité. Seuls 8% des praticiens généralistes ne le font que de façon très rare ou ne le font quasiment plus.

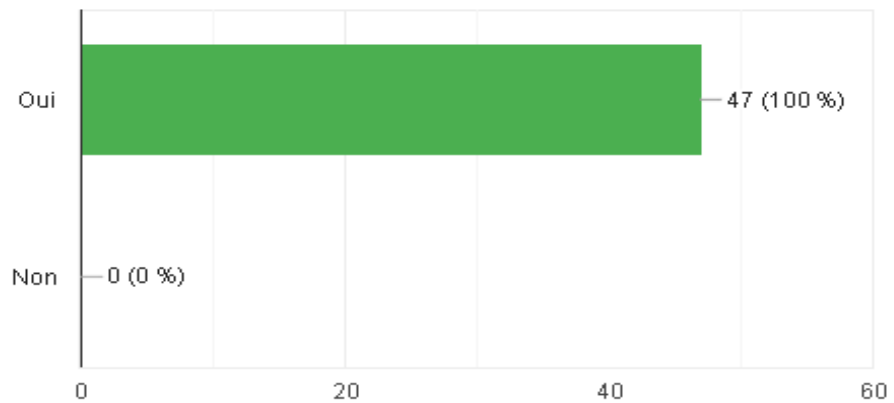
Ces taux de fréquence sont en cohérence avec l'article de la revue *exercer* sur la pratique du toucher rectal dans le cadre du dépistage du cancer prostatique où 51% des médecins généralistes répondaient faire le toucher rectal régulièrement, 45% de temps en temps et 4 % jamais.

Le toucher rectal est donc un acte clinique qui continue à se réaliser en médecine générale.

3.1.3 Question 3

Aviez-vous donné, lors de votre dernier toucher rectal, des explications sur l'intérêt du geste?

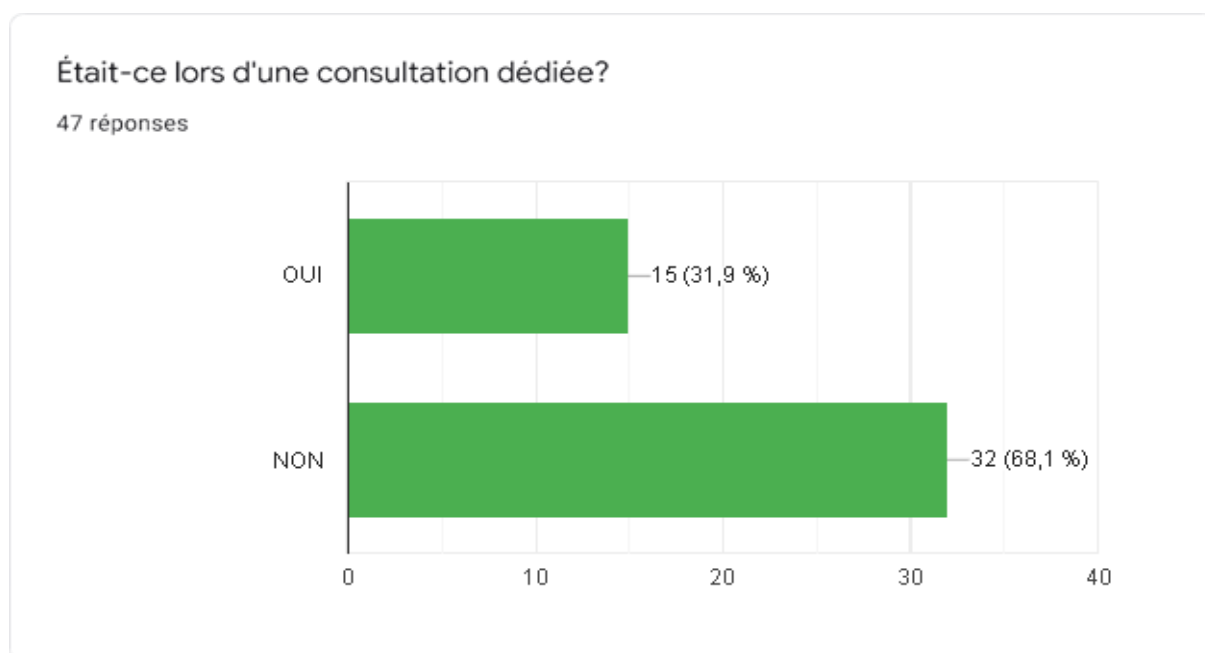
47 réponses



100% des médecins qui ont répondu au questionnaire ont donné des explications à l'intérêt du toucher rectal à leurs patients.

Une telle unanimité indique qu'un « bon » médecin se doit de donner une explication à ce geste. Alors que la plupart des gestes cliniques ne sont pas expliqués en amont, notamment la prise de tension, le toucher rectal est donc tenu pour un examen clinique plus délicat que les autres.

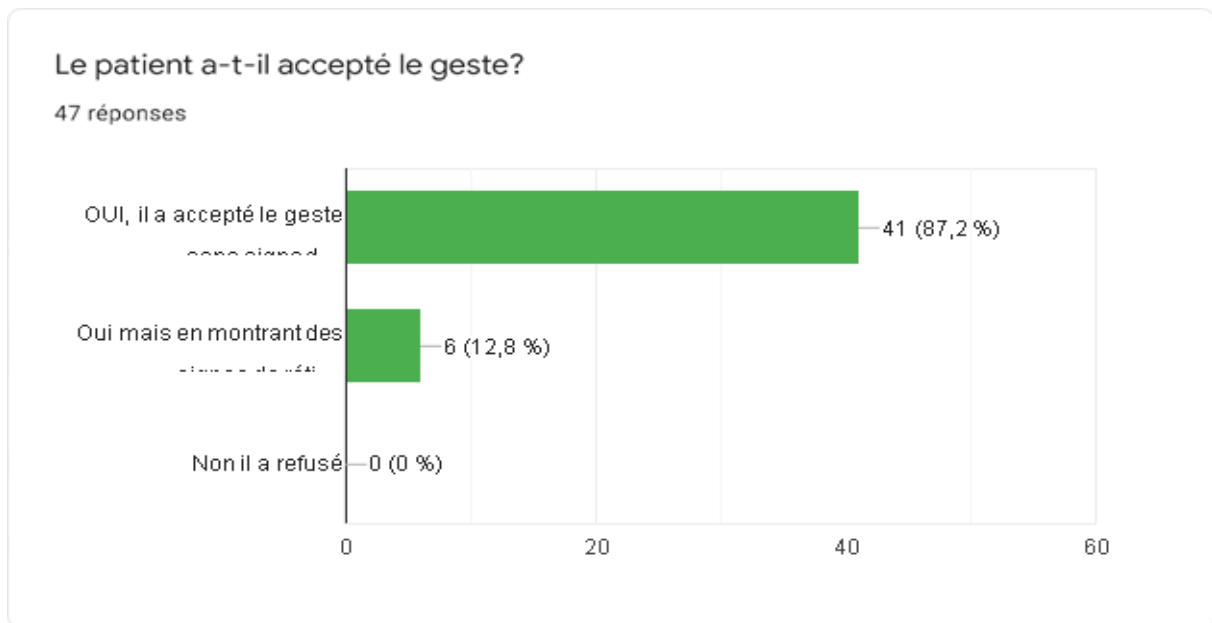
3.1.4 Question 4



La majorité des médecins généralistes (68%) font le toucher rectal de façon spontanée lors de leur consultation.

Cette majorité de médecins généralistes qui le font spontanément semble correspondre à la fréquence du toucher rectal où 55% le font régulièrement.

3.1.5 Question 5



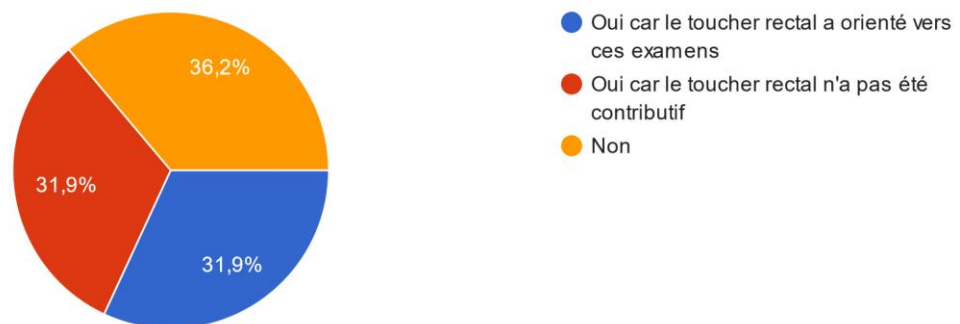
Le geste est majoritairement bien accepté par les patients à 87%. Il n'y a aucun refus de la part des patients, signe de confiance dans le médecin. Ses résultats sont en lien avec que l'on peut trouver dans la littérature sur la bonne acceptabilité du toucher rectal chez les patients(7). Les explications données au geste de façon systématique (question 3) peuvent expliquer ce résultat.

Cette réponse est limitée au point de vue du médecin, les patients n'ayant pas été interrogés.

3.1.6 Question 6

Avez-vous prescrit des examens complémentaires suite à ce dernier toucher rectal?

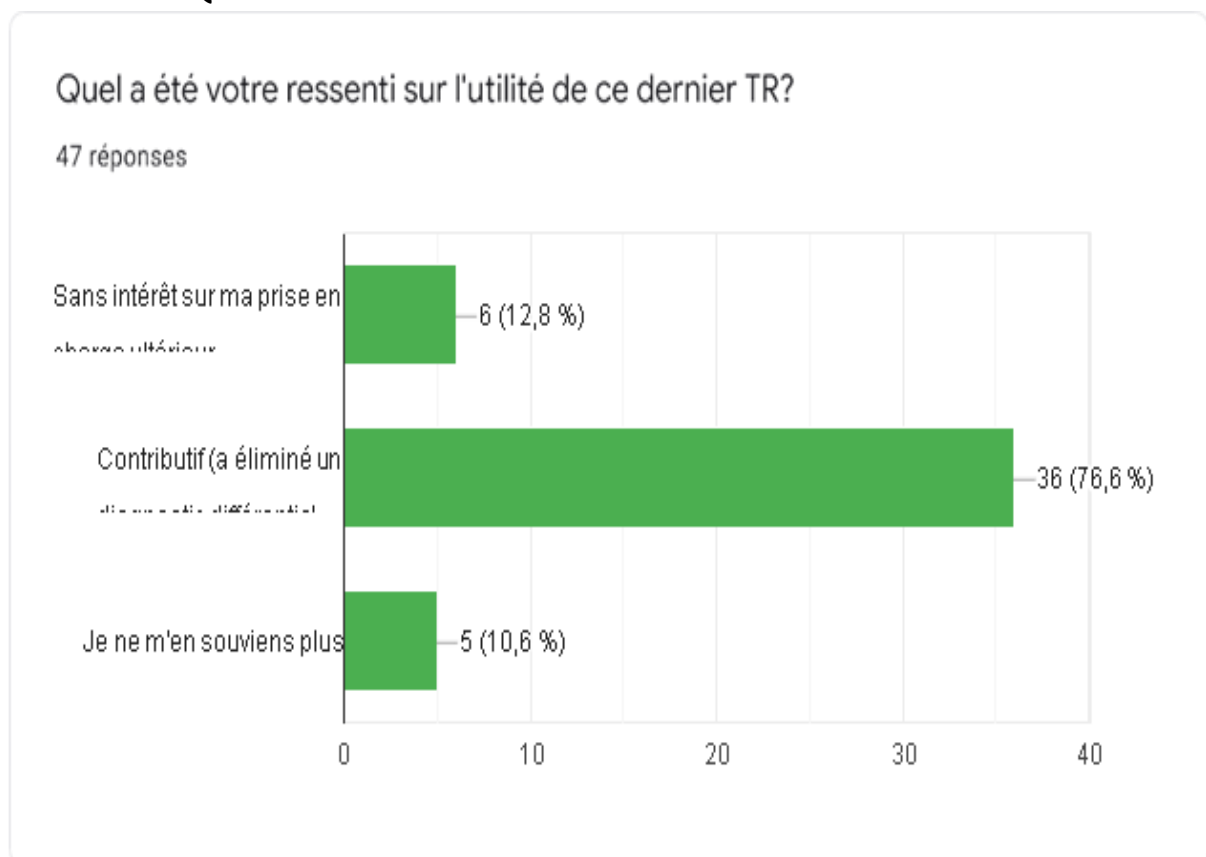
47 réponses



La prescription d'examens complémentaires après le toucher rectal est demandée dans 62 % des cas avec une répartition égale entre un toucher rectal qui n'a pas été contributif et le même geste qui, lui, a permis d'orienter vers un de ces examens. Il est donc difficile de cerner une vraie différence entre la prescription d'examens complémentaires et la contribution clinique ou non du toucher rectal.

36% des médecins n'ont pas demandé d'examens complémentaires après la réalisation de ce geste clinique. Ils ont donc estimé que le dernier TR pratiqué leur a fourni des informations suffisamment fiables pour ne pas avoir à recourir à d'autres ressources.

3.1.7 Question 7

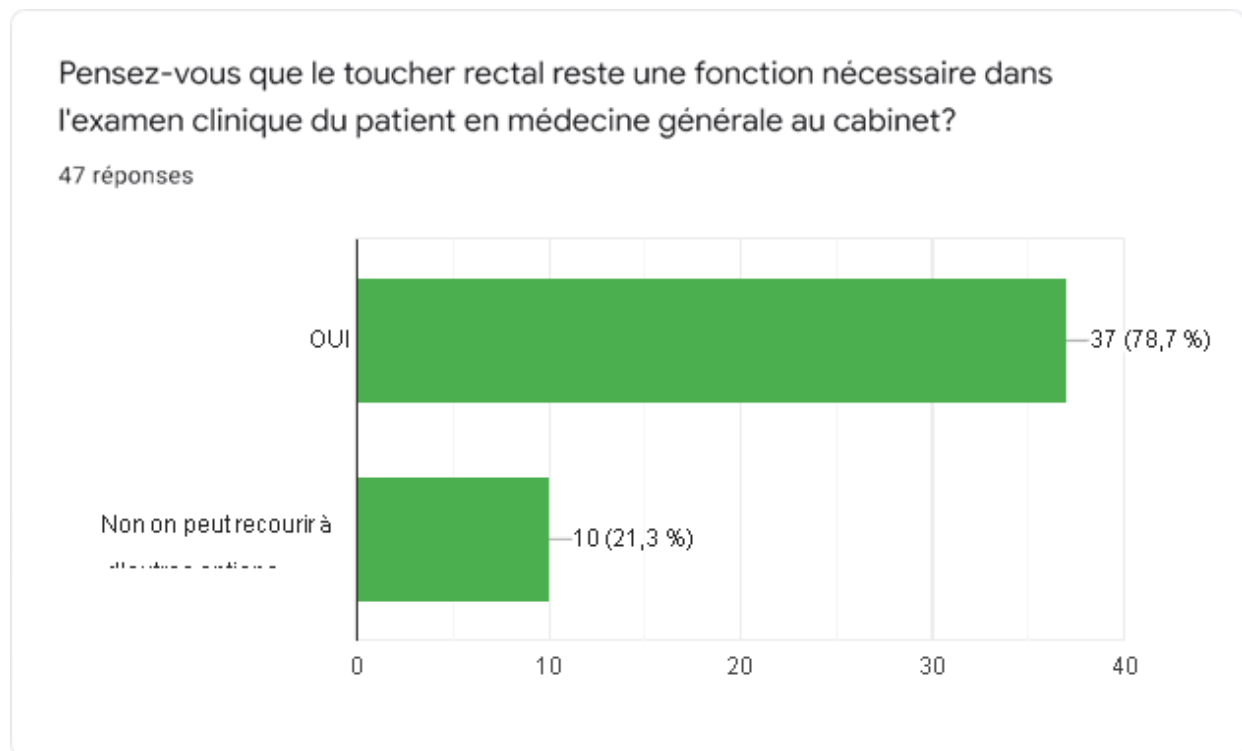


Le geste du toucher rectal est contributif dans 76% des cas alors qu'il est considéré sans intérêt sur la prise en charge ultérieure dans 12% des cas. Pour la majorité des médecins, cet examen

présente donc un intérêt pour la prise en charge du patient. Cela semble indiquer que le toucher rectal a encore sa place en médecine générale dans l'examen clinique du patient.

5 médecins ne s'en souviennent plus soit 10% des médecins. Ces 5 médecins ont tous une fréquence de toucher rectal moins importante (pour 1 médecin le dernier toucher rectal date de plus d'1 an et pour 4, entre 1 mois et un an). Le lien semble donc logique entre la fréquence du geste et le souvenir de celui-ci quant à son intérêt.

3.1.8 Question 8



78% des médecins considèrent que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique du patient en médecine générale.

Il y a donc une cohérence avec le taux de la réponse précédente qui montrait qu'à 76% le toucher avait été contributif.

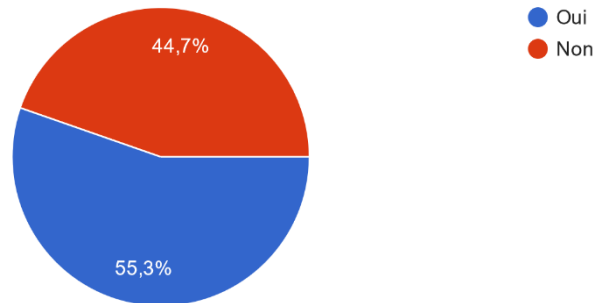
La grande majorité des médecins généralistes reconnaissent donc que le toucher rectal reste un geste à pratiquer en médecine générale.

À noter que sur les 10 réponses « non, on peut recourir à d'autres méthodes », 9 sont des femmes.

3.1.9 Question 9

Avez-vous confié votre patient à un spécialiste suite à ce dernier toucher rectal ?

47 réponses



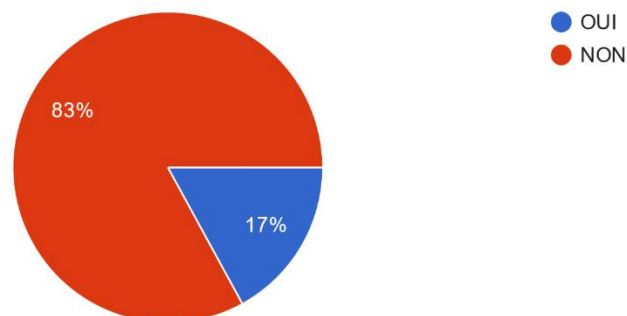
55,3% des médecins interrogés ont adressé le patient à un spécialiste suite au toucher rectal contre 44,7% qui ne l'ont pas fait.

Au premier abord, on ne peut pas dégager de tendance sur cette question d'envoi chez le spécialiste mais on verra par la suite que cette question est assez discriminante entre deux conceptions de la pratique du toucher rectal.

3.1.10 Question 10

Avez-vous ressenti une gêne concernant ce geste ?

47 réponses



8 médecins sur 47 soit 17% déclarent ressentir une gêne concernant la pratique du toucher rectal.

Dans cette phase de traitement du questionnaire, nous avons eu l'idée d'aller rechercher comment ces 8 médecins ont répondu à la Q16 et on remarquera que tous ont répondu que le toucher de façon générale en médecine générale avait tendance à se réduire.

Il n'y a également aucun médecin exerçant en milieu rural qui a déclaré ressentir une gêne concernant ce geste. Peut-être est-ce en lien avec l'éloignement et donc avec la capacité à s'adapter en pratiquant plus ce geste.

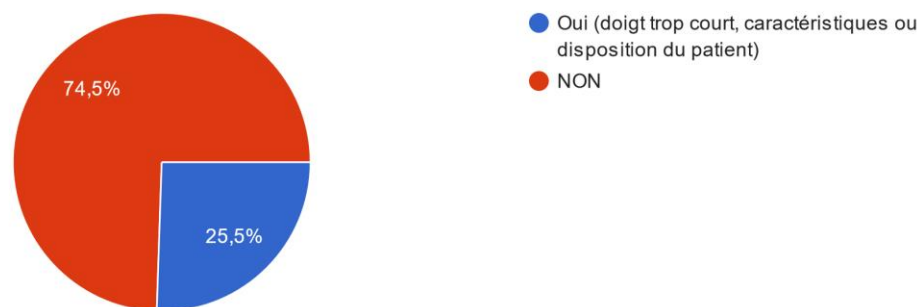
La très grande majorité des médecins déclarant une gêne sont des femmes (7 médecins sur 8).

Plusieurs facteurs semblent donc en lien avec la gêne du médecin (milieu d'exercice et sexe).

3.1.11 Question 11

Avez-vous eu des difficultés d'ordre technique à faire ce geste?

47 réponses



74,5% (soit 35) des médecins généralistes n'ont pas de difficultés techniques à faire ce geste.

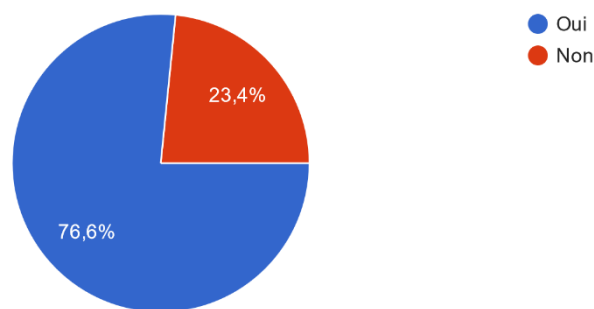
La majorité des médecins semblent donc à l'aise d'un point de vue technique même si ça ne veut pas dire que l'interprétation ensuite du toucher rectal ne présente pas de difficultés.

Parmi les 12 médecins (soit 25%) qui ont déclaré avoir des difficultés techniques, 10 ont déclaré à la question suivante avoir déjà renoncé à faire le toucher rectal malgré une indication théorique à le faire. Même si on verra que la majorité des refus tient au refus du patient, peut-être que cette variable rentre en jeu.

On peut penser que le sexe intervient dans les difficultés à réaliser le geste puisque les difficultés sont en majorité invoquées par les femmes (8/12, donc 75%)

3.1.12 Question 12a

Avez-vous déjà renoncé à faire un toucher rectal malgré une indication théorique à le pratiquer?
47 réponses



Une majorité des médecins généralistes (36 médecins soit 76,6%) déclarent avoir déjà renoncé à faire un toucher rectal malgré une indication théorique à le faire.

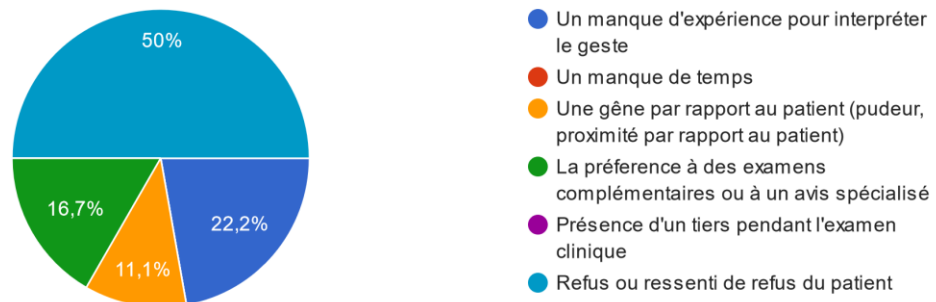
Ce qui démontre bien que le toucher rectal reste un examen « délicat » d'autant plus que la question peut être considérée comme un peu culpabilisante.

La prochaine question concerne ceux qui ont répondu OUI à cette question et elle cherche à déterminer les raisons de ce renoncement.

3.1.13 Question 12b

Si OUI, pour quelle raison principale ne l'avez-vous pas fait?

36 réponses



La principale raison donnée par 50% des réponses sera le refus ou le ressenti de refus du patient. Cela sera ensuite suivi du manque d'expérience à 22,2% puis de la préférence aux examens complémentaires (16,7%) avant de finir sur une gêne par rapport au patient (pudeur, proximité par rapport au patient) à 11,1%.

On notera que la présence d'un tiers pendant l'examen clinique n'a aucune réponse et donc ne semble pas rentrer en jeu dans la réponse. Cependant un biais peut exister car la présence d'un tiers est loin d'être systématique en consultation.

Le manque de temps également ne recueille aucune réponse. Ce qui est un peu surprenant car on peut penser que le geste du toucher rectal demande une préparation notamment pour l'explication de son intérêt qui, rappelons-le, est systématiquement assurée (question 3).

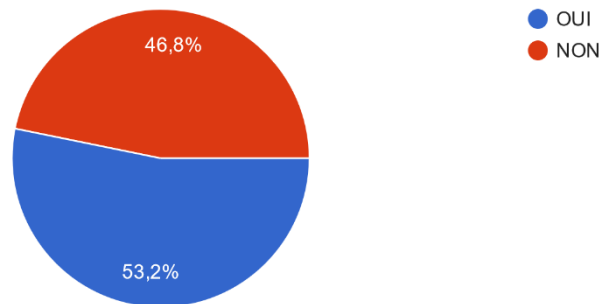
Ces réponses dégagent deux tendances. La moitié des médecins y renoncent en raison d'un refus, réel ou pressenti, du patient : c'est donc une cause liée davantage au patient. L'autre moitié ne le fait pas pour des raisons propres au médecin (manque d'expérience, préférence à des examens complémentaires, gêne).

On notera une discordance des résultats avec la thèse du Dr Jacob Nathalie(11) qui sur la même question en 2011 retrouvait en première place la préférence aux examens complémentaires, suivie de la proximité du spécialiste avant de retrouver seulement en troisième place le refus du patient. À noter que la population de médecin généraliste était différente (Loire Atlantique et Vendée).

3.1.14 Question 13

Pensez-vous qu'être du sexe opposé au patient constitue une gêne au geste du TR?

47 réponses



53,2% soit 25 des médecins interrogés répondent qu'être du sexe opposé constitue une gêne par rapport au toucher rectal.

En posant la question du sexe opposé du médecin, la réponse de plus de la moitié des médecins confirme la gêne que suscite ce geste, en la mettant ici en relation avec l'intimité du patient et son identité sexuelle.

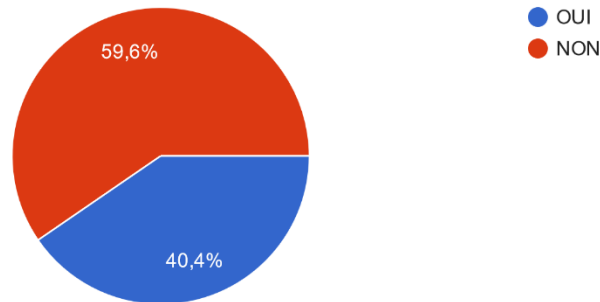
Remarquons que l'on pouvait s'attendre à une réponse plus élevée quant à la gêne.

À noter que les femmes ne sont pas surreprésentées dans les répondants qui disent « oui » (12 sur 25 réponses). Alors que l'on pourrait penser qu'il y ait une part de gêne plus accentuée due à un geste touchant l'intimité sexuelle du patient (le plus souvent masculin), le geste est probablement intégré dans une logique professionnelle qui permet à une majorité de médecins femmes de passer cette barrière symbolique ou, en tout cas, de déclarer la dépasser.

3.1.15 Question 14

Pensez-vous avoir été suffisamment formé(e) sur le toucher rectal pendant votre formation universitaire?

47 réponses



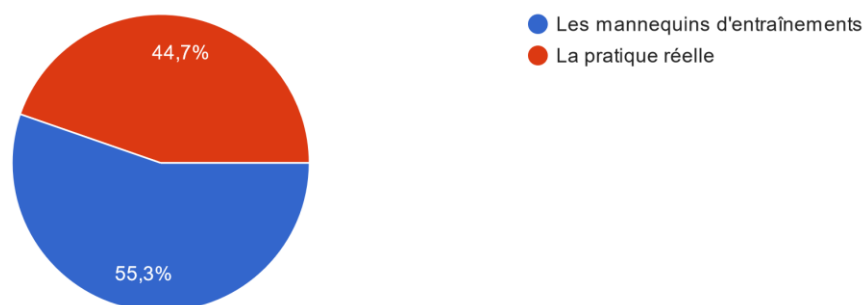
59,6% soit 28 des médecins généralistes déclarent ne pas avoir été suffisamment formés sur le geste du toucher rectal en formation universitaire.

Il y a donc du progrès à réaliser pour former à ce geste. La prochaine question leur demande quelle est la manière de mieux former les étudiants à ce geste.

3.1.16 Question 15

En terme de formation à ce geste chez les étudiants en médecine, pensez-vous qu'il fasse privilégier les mannequins ou la pratique réelle du toucher rectal?

47 réponses

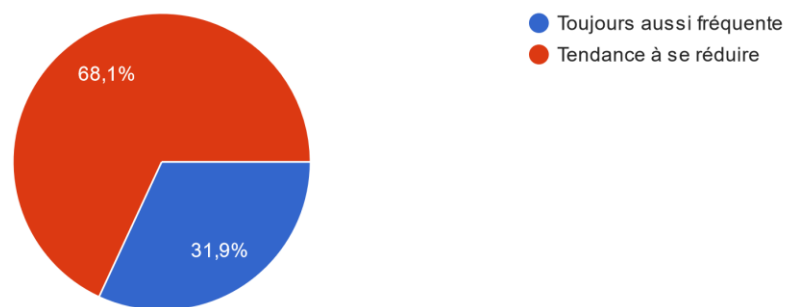


26 médecins soit 55,3% des répondants déclarent préférer la formation avec les mannequins d'entraînement pour le toucher rectal contre 44,7% privilégiant la pratique réelle.

On retrouvera parmi les 26 médecins ayant répondu « les mannequins d'entraînements », une majorité de femmes avec 17 femmes soit 65%. Les femmes sont donc plus représentatives que leur poids dans l'échantillon (53,2 %) pour préférer la formation par les mannequins alors que les hommes sont bien plus représentatifs que leur poids dans l'échantillon (46,8%) pour préférer la pratique réelle : est-ce une indication d'une gêne plus grande chez les femmes ? Remarquons, en ce cas, que la gêne pourrait avoir une dimension éthique, dans la mesure où le geste en formation sur un patient se fait en présence de tiers (au moins le formateur) et que le formateur est amené le plus souvent à reproduire le geste pour vérifier la pertinence du diagnostic du stagiaire. Le patient devient « objet de savoir ».

3.1.17 Question 16

De façon plus générale, vous semble-t-il que le toucher en médecine générale (palpation, auscultation, percussion..)est une pratique toujours aussi fréquente ou qu'elle se tend a se réduire?
47 réponses

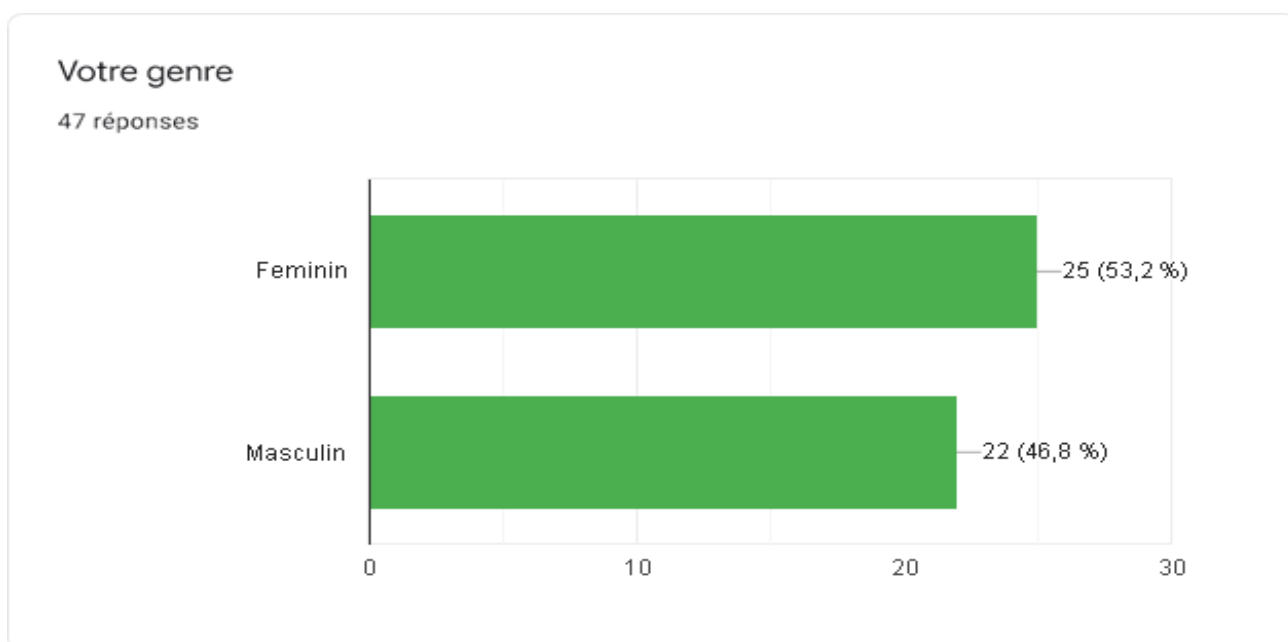


68,2% soit 32 des 47 médecins déclarent que la pratique du toucher a tendance à se réduire. Le toucher était ici entendu dans le sens général du terme avec notamment la palpation, l'auscultation et la percussion.

Parmi ses 68,2% on notera une sur-représentativité des femmes avec 65% des répondants (alors qu'elles représentent 53,2% de la totalité des répondants).

On notera une discordance avec la question 8 où 78% des répondants pensent que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique.

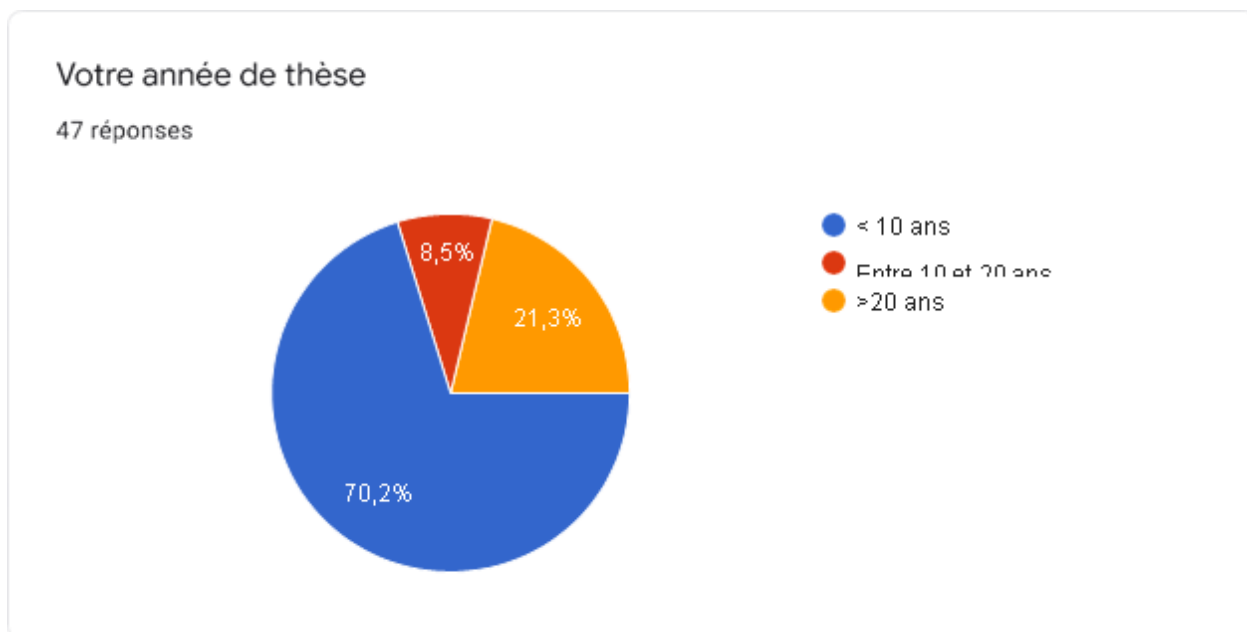
3.1.18 Question 17



La répartition de l'échantillon en fonction du genre est de 25 femmes et de 22 hommes (46,8%).

Les femmes sont surreprésentées car les hommes représentent 66% des 1 273 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Basse-Normandie(12). Cela s'explique par la population majoritairement jeune qui a répondu au questionnaire car parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 50% des effectifs (cf. question suivante).

3.1.19 Question 18



La répartition de l'échantillon en fonction du nombre d'années de pratique est de :

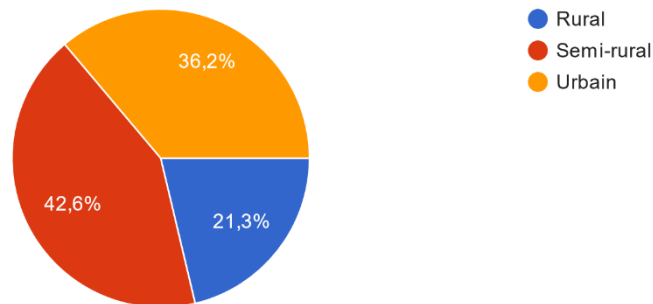
- 33 médecins ayant moins de 10 ans depuis leur année de thèse
- 4 médecins entre 10 et 20 ans
- 10 ayant plus de 20 ans d'expérience.

Les jeunes générations sont surreprésentées car l'âge moyen est de 53 ans en Basse-Normandie(12).

3.1.20 Question 19

Votre milieu d'exercice

47 réponses



Le milieu d'exercice est réparti dans l'échantillon entre :

- 17 en milieu urbain
- 20 en semi-rural
- 10 en rural

3.2 Résultats et enseignements de l'Analyse statistique implicite

Nous nous intéresserons d'abord aux liens de quasi-implication entre une réponse et une autre ou plusieurs autres (appelés alors « chemins implicites »). Nous signalerons en plus les cas où nous pouvons repérer et calculer quelle(s) populations de répondants ont contribué de manière significative à tel ou tel chemin. Nous disposons pour ce faire des trois catégories de variables supplémentaires que présentait le questionnaire : le genre, la durée de l'expérience professionnelle depuis la thèse, le milieu d'exercice professionnel.

Les résultats font apparaître certaines comme typiques de quelques chemins. Soit telle variable est typique de tel ou tel chemin, par exemple soit les hommes pour tel chemin, soit les femmes pour tel autre. Mais les variables de catégories différentes peuvent aussi se conjuguer : par exemple, il n'y a que des hommes et tous de milieu d'exercice rural pour le chemin Q.10-non (*pas de gêne*) - Q.5-oui-SR (*acceptation sans réticence*).

Nous n'examinerons pas tous les chemins afin de ne mettre en avant que les plus intéressants.

Nous présenterons ensuite les deux réseaux (appelés aussi « sous-graphes implicatifs ») qui apparaissent lorsque les chemins eux-mêmes se regroupent, en convergeant vers une même extrémité.

3.2.1 Les chemins implicatifs entre variables de réponses

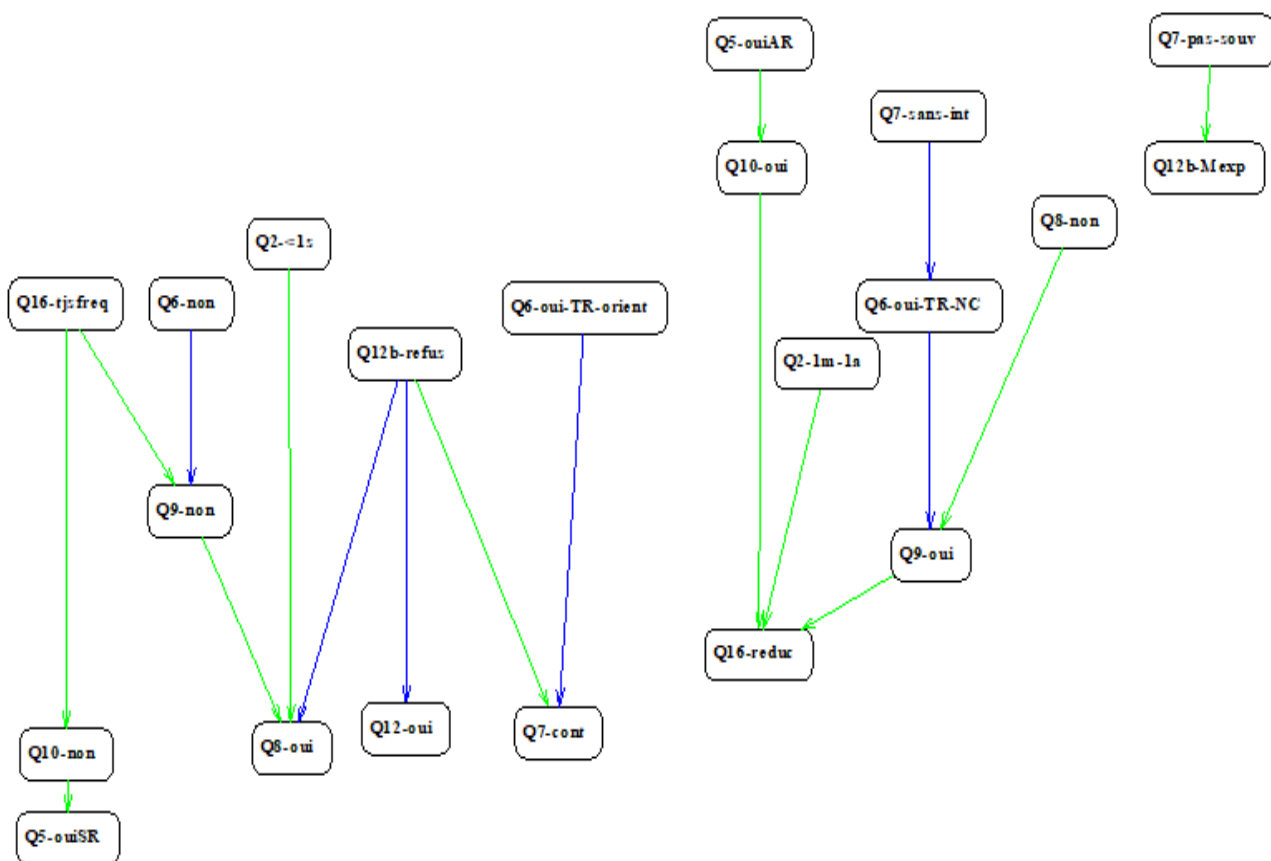


Figure n°1

Liens de quasi-implication entre certaines variables du questionnaire

Cette figure fait apparaître les liens entre certaines réponses. Nous présentons d'abord les liens qui sont favorables au TR (situés à gauche du graphe) puis ceux qui manifestent des réserves (à droite du graphe).

3.2.1.1 Des implications et chemins favorables au TR

Une même fréquence du toucher implique l'absence de ressenti de gêne.

Q16-tjs-freq → Q10-non

Ceux qui estiment que la pratique du toucher en général est toujours aussi fréquente, (Q.16-tjs frq.) déclarent alors presque tous aussi qu'ils n'ont pas ressenti de gêne concernant le geste (Q.10-non)

Nous comprenons ainsi ce lien : l'importance reconnue au toucher en général inclut le TR comme une des formes du toucher. Cette régularité du TR ne va pas mettre en difficulté technique le praticien et réduit sa gêne.

Cette implication est typique des hommes.

Une confiance qui se transmet au patient

Q10-non → Q5-oui-SR

Ceux qui n'ont pas ressenti de gêne au toucher rectal (question 10) disent que le patient a accepté le geste sans signe de réticence (question 5).

Ne pas ressentir de gêne semble indiquer une confiance dans son propre geste. Et celle-ci met en confiance le patient qui accepte plus volontiers le geste.

Les variables indiquent que ce sont des hommes exerçant en milieu rural qui sont typiques de ce chemin (avec un risque de 0 dans les deux cas).

Une assurance dans le geste du toucher rectal

Q6-non → Q9-non → Q8-oui

Tous ceux qui n'ont pas prescrit d'examen complémentaire suite au toucher rectal (question 6) sont aussi ceux qui n'ont pas confié leur patient à un spécialiste (question 9) et qui pensent également que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique (question 8).

On voit ici que ceux qui n'adressent pas leur patient à un spécialiste ou ne prescrivent pas d'examen complémentaire, établissent eux-mêmes leur diagnostic. Ils font confiance au toucher rectal pour la prise en charge médicale.

Une fréquence de TR élevée implique l'affirmation de son utilité

Q2 - <1 semaine → Q 8-oui

Ceux qui ont répondu faire leur dernier toucher rectal il y a moins d'une semaine (Q.2) pensent que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique du patient (Q.8).

Les médecins faisant régulièrement un toucher rectal sont donc persuadés de son utilité dans l'examen clinique du patient.

Quand le respect du patient conduit à renoncer à un geste jugé pourtant utile et nécessaire

Q12b-refus → Q7-oui-CR

Q12b-refus → Q12a

Q12b-refus → Q8-oui

Trois chemins qui partent tous de Q12b refus du patient. Il s'agit des cas où les praticiens ont renoncé au TR alors qu'ils jugeaient qu'une indication théorique le recommandait.

Ce qui est important à signaler chez ces praticiens qui ont perçu un refus de la part du patient, c'est qu'ils n'ont pas voulu passer outre (donc par respect de la sensibilité du patient) alors qu'ils étaient convaincus de l'intérêt du TR (« indication théorique » pour le faire). Leur renoncement n'était pas imputé au manque d'expérience qui aurait pu les dissuader de le pratiquer ni à la gêne ni à la préférence à des examens complémentaires (ils n'ont coché aucune de ces trois cases).

Ceux qui déclarent y avoir renoncé à cause d'un refus perçu déclarent aussi :

- que le dernier TR qu'ils ont effectué a été utile car contributif (Q7),
- qu'ils ont déjà renoncé à faire un TR (c'est ici une simple confirmation, Q12a)
- et enfin qu'ils attribuent au TR « une fonction nécessaire » (Q8).

Ces quasi-implications, en explicitant et en confirmant leur réponse en Q12b, renforcent la cohérence de leurs réponses quant à l'intérêt qu'ils attribuent au TR.

Ceux qui ont moins de 10 ans de pratique médicale depuis leur thèse contribuent de manière significative à ces trois chemins.

Ces résultats méritent d'être soulignés car on aurait pu penser que la nouvelle génération se tournerait préférentiellement vers ce que les techniques nouvelles mettent à disposition comme examens complémentaires.

Le TR comme une étape utile du diagnostic

Q6-oui-TR-orienté → Q7-cont

Tous ceux qui ont répondu que le toucher rectal a orienté vers des examens complémentaires (Q.6) ont aussi trouvé que leur dernier toucher rectal a été contributif (Q. 7).

Ceci semble logique comme lien mais la seconde réponse explicite la première. Elle confirme l'efficacité diagnostique du geste qui n'est certes pas suffisant dans un certain nombre de cas mais qui a permis d'avancer.

A la différence des liens implicatifs précédents, nous allons maintenant examiner des chemins qui divergent par rapport à cette première partie.

3.2.1.2 Des réticences à l'égard du TR

Notons d'emblée, avant d'examiner chaque chemin, que sur les sept implications ou chemins qui manifestent des réticences marquées, six convergent vers la variable « réduction du toucher en MG ».

Une convergence entre une pratique raréfiée du TR et une réduction du toucher en MG

Q2c-1m-1a → Q16-reduc

Ceux qui déclarent pratiquer assez peu ce geste (-Q.2c -entre 1 mois et 1 an) estiment aussi que la pratique du toucher en général a tendance à se réduire (Q.16-reduc).

Une pratique déclarée peu fréquente du TR entraîne l'estimation d'une baisse de la fréquence du toucher en général. On peut penser que l'estimation de cette baisse se réfère, au-delà de leur pratique du TR, à leur propre pratique du toucher en général.

Il nous semble important que ce lien soit établi car en interrogeant sur la fréquence du toucher en général, nous voulions éviter, comme souligné dans la présentation du questionnaire, ce que nous avons appelé un « effet de conformité » ou un « effet de désirabilité ».

Si une pratique (déclarée) peu fréquente du TR induit comme réponse une fréquence moins grande du toucher en général, cela signifie donc pour ces répondants une pratique évolutive de la médecine elle-même sur le contact physique.

Cette indication d'une pratique évolutive de la médecine pour une partie des praticiens concerne significativement les femmes. Elles sont surreprésentées : 22 femmes sur 25 estiment que le toucher se réduit. À l'inverse, elles ne sont que 20 % des répondants (3 sur 15) à penser que la pratique est aussi fréquente alors qu'elles représentent 55 % de l'échantillon global.

Si nous renvoyons aux deux premiers chemins examinés dans la sous-partie précédente, nous avons donc une contribution quasi exclusive d'hommes d'un côté (dont pour le second chemin, d'hommes de milieu rural), et de femmes de l'autre à des chemins d'orientations non seulement différentes mais aussi opposées.

La dimension émotionnelle du TR met en jeu les deux parties.

Q5 oui avec réticence → Q10 oui gêne → Q16 réduction

Ceux qui ont perçu des réticences malgré l'acceptation du patient (Q5) ont eux-mêmes ressenti une gêne (Q 10). Ces deux réponses convergent vers le sentiment de réduction du toucher en médecine (Q 16).

La dimension émotionnelle du TR met en jeu les deux parties.

On peut analyser de trois manières ce lien :

- soit le fait de sentir une réticence induit une gêne du praticien ;
- soit c'est la propre gêne du praticien qui rend plus attentif au signe de réticence de la part du patient ;
- soit l'absence d'assurance montrée par la gêne du généraliste entraîne une acceptation moins forte.

On perçoit ici que les difficultés émotionnelles du TR pour ces praticiens concernent aussi le toucher en général.

Q7 sans intérêt → Q6 oui TR non contributif → Q9 vers spécialiste → Q16 réduction

Le commentaire de ce long chemin sera intégré dans la partie suivante.

Une réduction tant du toucher rectal pour le transférer au spécialiste que du toucher en général

Q8 non, pas nécessaire → Q9 vers spécialiste → Q16 réduction

Ceux qui déclarent que le toucher rectal n'est plus nécessaire dans l'examen clinique du patient (Q 8) confient leur patient à un spécialiste (Q 9). Ces deux réponses convergent vers le sentiment de réduction du toucher en médecine (Q 16).

Le lien est très net, le fait de ne plus considérer le TR comme nécessaire implique le fait de s'adresser à un spécialiste.

On peut penser que le sentiment de geste non essentiel à la pratique en cabinet s'étend à leur propre pratique du toucher en général envisagée comme moins fréquente.

Un autre chemin de « désaffection »

Q7-pas-souv → Q12b-mexp

Enfin, ceux qui n'ont pas de souvenir quant à l'utilité de leur dernier TR (Q.7-pas-souv) ont (presque) tous renoncé au TR par manque d'expérience (Q.12b-mexp).

On voit là aussi une cohérence dans cette implication entre les deux réponses. Ils semblent moins pratiquer puisqu'ils ne se souviennent pas de leur dernier TR ; en effet ne pas se souvenir d'un tel geste signifie qu'ils ne l'ont pas pratiqué depuis un certain temps ou qu'ils n'y ont pas accordé beaucoup d'importance. Or ce sont ceux-là qui déclarent alors manquer d'expérience (raison de leur renoncement), donc ils pratiquent peu.

On peut donc parler d'une difficulté à la fois émotionnelle et technique à pratiquer le TR et d'une certaine désaffection : pas de souvenir de l'utilité éventuelle du dernier TR, pratique réduite du TR liée au manque d'expérience.

Les « semi-ruraux » sont typiques de ce chemin.

Nous passons maintenant à la présentation et à l'analyse des deux réseaux.

3.3 Les deux réseaux : présentation et analyse

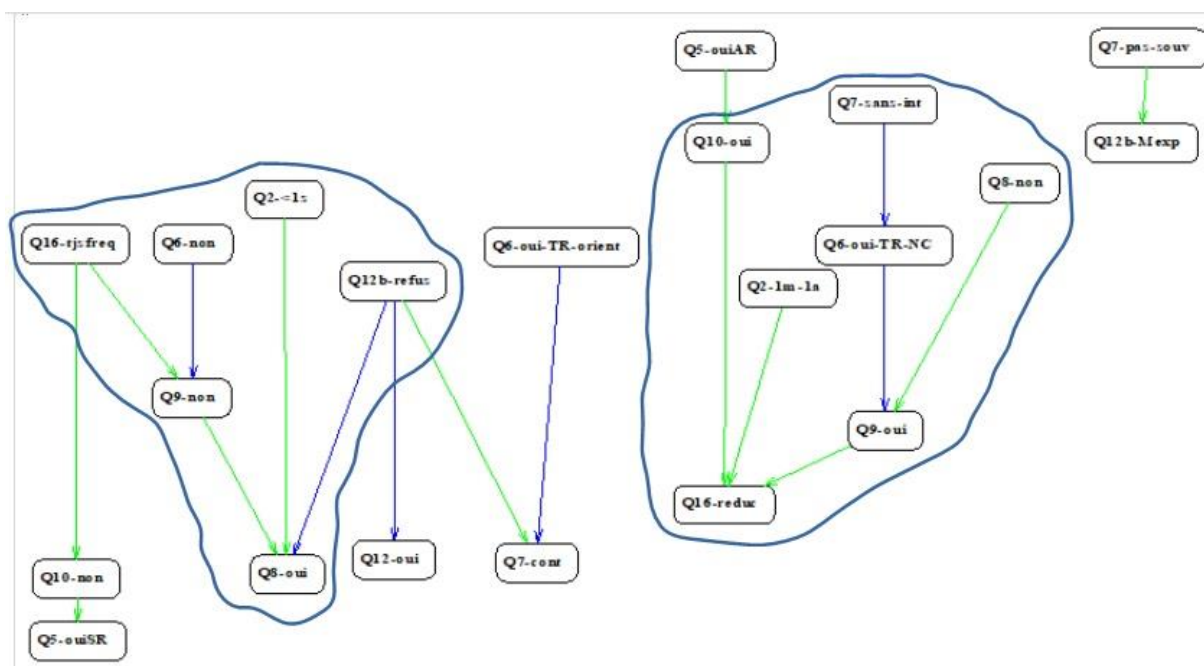


Figure n°2

Deux réseaux opposés sur le TR et le toucher

Ce graphe récapitule les chemins décrits précédemment. Il permet de mettre en lumière deux réseaux de réponse qui sont entourés. D'autres chemins ne sont pas entourés car ils ne s'inscrivent pas dans un réseau de chemin qui convergent vers une même réponse.

3.3.1 Le réseau de la confiance

On remarque que le réseau situé à gauche est constitué de ceux :

- qui font souvent le toucher rectal (question 2 : dernier toucher rectal datant de moins d'une semaine)
- qui ne prescrivent pas d'examen complémentaire après le toucher rectal (question 6)
- qui ne confient pas le patient à un spécialiste suite au toucher rectal (question 9)

- qui ont renoncé à pratiquer le geste du toucher rectal en raison d'un refus ou d'un ressenti de refus de la part du patient, donc pour des raisons strictement relationnelles (question 12b)

- qui pensent que le toucher en médecine générale est toujours aussi fréquent (question 16).

Tous ceux-là, au moins à un de ces titres, convergent vers la réponse 8 : « Oui le toucher rectal a toujours une fonction nécessaire dans l'examen clinique en médecine générale ».

Les variables d'identification de ce réseau nous disent que ce sont des hommes exerçant en milieu rural qui sont typiques de ce réseau.

C'est donc un réseau de confiance dans le toucher qui englobe plus que le TR.

3.3.2 Le réseau de la technicité

Quant au réseau situé à droite, on remarque qu'il est constitué de ceux :

- qui font moins souvent le toucher rectal (question 2 : « entre 1 mois et 1 an »)
- qui ont trouvé que le patient a accepté le geste du toucher rectal en montrant des signes de réticence (question 5)
- qui ont ressenti une gêne lors du dernier toucher rectal (question 10)
- qui n'ont pas trouvé d'intérêt sur la prise en charge ultérieure suite au toucher rectal (question 7).
- qui ont prescrit des examens complémentaires suite au TR (question 6)
- qui ont confié leur patient à un spécialiste suite à ce dernier toucher rectal (question 9)
- et qui ne pensent pas que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique du patient en médecine générale (question 8).

Tous ceux-là, au moins à un de ces titres, convergent vers la réponse à la question 16 : « le toucher en médecine générale [...] tend à se réduire ».

Ainsi tous ceux qui raréfient le TR et qui, gênés par le geste et dubitatifs sur son intérêt, récusent sa nécessité, conçoivent la pratique en médecine générale sous le signe d'une réduction du toucher en privilégiant examens complémentaires et appel aux spécialistes.

Ce second réseau fait apparaître des contributions significatives bien plus marquées : la génération intermédiaire est particulièrement contributive de ce réseau (6 chemins), puis les « semi-ruraux » (trois chemins) et enfin les femmes (pour la pratique réduite tant du TR que du toucher en général).

3.3.3 L'opposition des réseaux dans leurs réponses

Il est remarquable que les deux réseaux s'opposent aussi nettement terme à terme :

- sur la fréquence du TR en MG - toujours aussi fréquent vs tendance à se réduire
- sur l'intérêt diagnostique ou non du TR - contributif vs sans intérêt
- sur la dimension relationnelle du TR - pas de gêne et accepté sans réticence vs gêne et accepté avec réticence
- sur trois variables-clés (Q.8, Q.9 et Q.16) :
 - pas de recours vs recours aux examens complémentaires,
 - pas d'envoi au spécialiste vs envoi au spécialiste,
 - même fréquence vs réduction du toucher en MG.

Nous proposons de nommer respectivement ces deux réseaux :

« Le TR comme le toucher en médecine générale assumé et contributif »

et

« Des réserves fortes sur le TR convergeant vers une réduction du toucher en médecine générale ».

3.3.4 Deux pratiques de la médecine générale se dessinent

L'une des pratiques maintient la fréquence du toucher, lequel est bien assumé, même pour un TR, en lui-même toujours « délicat ». La dimension relationnelle entre le médecin et le patient passe davantage par le contact physique qui reste décisif pour assurer une plus grande autonomie du praticien dans la construction du diagnostic.

L'autre pratique réduit la fréquence du toucher pour privilégier les ressources offertes par les différents examens complémentaires et par le recours au spécialiste. Le médecin, dans cette optique, s'appuie non pas sur l'interprétation d'un geste, mais sur celle des données extérieures à la consultation elle-même et fournies par des calculs, des analyses ou de l'imagerie. Son rôle consiste à apprécier, à partir des résultats, s'il faut ou non recourir à un spécialiste et à aiguiller, si nécessaire, vers la personne (spécialiste) appropriée.

Les contributions respectives à chaque réseau distinguent de manière significative :

- hommes et femmes,
- ruraux et semi-ruraux,
- la nouvelle génération et la génération intermédiaire.

Nous verrons, dans la discussion, en quoi ces pratiques peuvent exprimer deux conceptions de la médecine générale et nous proposerons quelques explications sur cette répartition.

4. DISCUSSION

Nous allons ici présenter les limites puis les enseignements de l'étude.

4.1 Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs limites :

- Le nombre limité de réponses. Remarquons néanmoins que des chercheurs qui se sont associés pour une enquête similaire en Loire-Atlantique obtiennent des pourcentages du même ordre quant au taux de participation des médecins : 4,7%(13)
- La forme du questionnaire qui est déclaratif. Ce n'est pas une observation directe de la pratique.
- La représentativité par rapport à la population des médecins généraux de Basse Normandie : il y a plus de femmes qui ont répondu au questionnaire (53,2%) alors qu'en Basse-Normandie elles ne représentent « que » 34% des effectifs. Il y a

également une différence générationnelle puisque seulement 12% des médecins généralistes en Basse-Normandie ont moins de 40 ans alors qu'ils représentent 70,2% des répondants. Cet écart peut s'expliquer par le mode de diffusion du questionnaire qui était essentiellement en ligne et par mon propre entourage médical qui est plus jeune.

- Les limites d'un questionnaire par rapport à ce que des entretiens permettent d'affiner ou de faire émerger. L'article de Vorilhon et *al.* (2012)(4) donne deux exemples d'une assez grande différence entre ces deux modes de recueil des données :

- Les réticences plus grandes des MG femmes s'expriment peu dans le questionnaire (10,7 %) mais fortement dans les entretiens : le TR y est alors jugé « très pénalisant » (p. 200)

- Le manque de temps pour le TR n'est pas allégué dans les réponses du questionnaire (« pas un obstacle » pour 90 %), mais il est fortement signalé dans les entretiens (p. 200 : il est « consommateur de temps » pour beaucoup).

4.2 Les enseignements de l'étude :

4.2.1 Les enseignements des réponses

Tel qu'est constitué l'échantillon, nous pouvons dégager les enseignements suivants :

- le TR n'est pas délaissé par les répondants appartenant à la nouvelle génération (moins de 10 ans de pratique après la thèse)
- la gêne peut être surmontée et l'acceptabilité du geste est importante
- les critiques sur la formation sont majoritaires (insuffisante pour 28 sur 47) et sont par exemple plus fortes qu'en Haute-Loire
- les médecins femmes sont plus réticentes à l'égard de ce geste jugé moins nécessaire dans l'examen clinique du patient et elles estiment beaucoup plus que les hommes que la fréquence du toucher tend à se réduire
- Et surtout l'estimation d'une tendance à la réduction du toucher est partagée par plus des 2/3 des répondants.

C'est ce point que nous allons maintenant examiner et qui va faire apparaître un enseignement plus large sur deux conceptions divergentes de la pratique en médecine générale.

4.2.2 Des pratiques différentes, signes de deux conceptions de la médecine générale qui divergent ?

L'analyse des résultats du questionnaire obtenu par l'analyse statistique implicative permet d'identifier deux réseaux. Nous avons vu que les réponses à l'intérieur de chaque réseau sont orientées et convergentes entre elles, mais systématiquement opposées, quasiment terme à terme, d'un réseau à l'autre. Les deux pratiques de la médecine nous semblent pouvoir exprimer – mais pas nécessairement dans tous les cas – deux conceptions divergentes de la pratique médicale.

La pratique qui réduit le toucher, **si elle est poussée jusqu'au bout de sa logique**, tend à l'éviter dès que des examens techniques extérieurs à la consultation fournissent de leur côté des données sur la question, jugées à la fois plus fiables et sans le risque d'inconfort que le geste qui implique un contact physique. On peut concevoir un généraliste qui renonce au geste comme approche, complémentaire ou non, pour se concentrer lors de la consultation sur la prescription ou l'analyse de dosages et d'images. Il n'examine pas le corps du patient mais des seuils et des courbes avant d'établir son diagnostic et de le communiquer, sans nécessairement établir plus d'interactions avec la personne en face de lui. Il pratique alors une médecine d'allure technicienne, séquentialisée.

L'autre pratique maintient la même fréquence du toucher, lequel implique de faire attention à la sensibilité du patient, de lui expliquer le geste, de le rassurer et d'obtenir son consentement dès que le geste est "délicat". Le médecin construit alors son diagnostic de manière autonome à partir des informations recueillies lors de la consultation, notamment par le toucher.

4.2.2.1 Le toucher contributif au lien

Le contact physique incite en effet à prêter un minimum d'attention au patient en tant que personne, même pour un geste courant comme la prise de tension artérielle, afin de ne pas le brusquer (un tel geste peut être ressenti comme « sec » ou « brusque »). Certains médecins estiment même que le geste offre l'occasion de manifester un minimum d'empathie(14).

Et quand le geste est « délicat », il exige de prendre en compte plus avant la sensibilité du patient, et ce de trois manières.

Tout d'abord, il appelle un échange avec le patient pour lui expliquer le geste (tous les répondants déclarent l'avoir fait, voir Q. 3) puis pour solliciter son consentement (obligatoire

dans certains cas, *article L1111-4 et article 36 du code*). Cet échange s'adresse à l'autre en tant qu'être humain.

Ensuite, même quand le patient fait part de son accord formel, le médecin peut considérer qu'un tel accord est donné dans une situation asymétrique où lui-même dispose d'un certain pouvoir, au moins d'influence. Il peut alors renoncer à ce geste lorsqu'il perçoit un « ressenti de refus » (voir *Q.12b*). Cela signifie qu'il se rend attentif à des indices qui peuvent être relativement discrets liés à la personnalité de celui qui est en face de lui alors que la seule considération des symptômes amènerait au contraire à en faire abstraction (voir la formulation de *Q.12*).

Enfin, la pratique même du geste a une portée relationnelle. Tout d'abord, elle doit être conduite avec tact pour ne pas heurter le patient et pour limiter son inconfort, dans toute la mesure du possible, voire pour le mettre à l'aise, afin qu'il soit détendu. Cela facilitera la réalisation du geste. Ensuite, des études ou des thèses comme celles de Charlotte Lasserre (2018) ou celle de Sabine Bancon, attestent du fait que le geste facilite les confidences du patient, plus enclin à parler de sa souffrance ou de ses inquiétudes quant à sa santé. Enfin, le geste est ressenti par nombre de patients comme un signe d'attention à leur personne qui semble compter beaucoup pour eux. *C'est au point que « l'attention portée au corps est vécue comme un soin : l'inspection, la palpation, l'auscultation sont vécues comme un regard, un toucher et une écoute de la personne elle-même ».*(15)

4.2.2.2 Une dimension relationnelle mise en jeu par le geste mais que le généraliste peut aussi activer autrement

Plus le geste physique concerne l'intimité, plus il génère chez les deux protagonistes des attitudes et des émotions qui s'inscrivent dans une relation intersubjective. Celle-ci, de toute façon, s'installe nécessairement entre le médecin et le patient même en cas d'indifférence réelle ou imaginée de l'un des deux protagonistes. Une pratique qui maintient la même fréquence du toucher conduit le médecin non pas à établir la relation mais à veiller à sa qualité.

Bien sûr, il est tout à fait possible de manifester autrement son intérêt pour cette dimension relationnelle et pour la prise en compte de la personne dans sa singularité : ce peut être par l'écoute, par le soin apporté à des explications adaptées à la sensibilité de la personne, par une attitude d'empathie, par le sourire ou encore par l'humour qui crée une connivence. Mais si la réduction significative du toucher n'est pas compensée, elle contribue à distendre le lien et à atténuer les enjeux émotionnels pour se centrer sur les seuls calculs. *Elle tend en ce cas à mettre à distance le patient comme personne.*

4.2.2.3 Quels pourraient être les facteurs de cette divergence ?

La distinction entre exercice en milieu rural et exercice en milieu semi-rural apporte des éclairages. Dans le milieu rural, les spécialistes sont éloignés et moins accessibles. C'est ce que font remarquer les auteurs de l'article sur le TR en Haute-Loire qui signalent le peu de spécialistes dans les zones rurales de ce département :

« Les MG ayant répondu au questionnaire étaient en grande majorité des hommes dans la tranche d'âge concernée par le dépistage, ce qui renforce peut-être leur intérêt pour le sujet. Leur répartition est conforme à celle des MG du département pour l'âge, le sexe et le lieu d'activité. Ils exercent dans un département à dominante rurale, où le recours à l'urologue est difficile en raison de leur faible nombre. » (Vorilhon et al., 2012, p. 200)(4).

Pour la distinction hommes-femmes, on peut penser que le toucher rectal pose plus de problèmes aux médecins femmes, dans la mesure où ce geste concerne davantage les patients masculins. Le fait d'être du sexe opposé peut constituer une gêne, comme le pensent une majorité de répondants (25 sur 47). Soit certains patients sont réticents à être examinés par une femme, soit ces dernières n'apprécient pas d'avoir à gérer des connotations sexuelles particulièrement « déplacées » de la part de certains patients masculins.

En revanche, nous ne voyons pas d'explications pour la distinction entre la nouvelle génération et la génération intermédiaire. Nous pouvons seulement faire remarquer que la nouvelle génération est sortie plus récemment de formation : soit elle tient plus compte des recommandations de celle-ci soit elle a plus le souci d'affirmer sa professionnalité en accomplissant tous les gestes qui en étaient le signe.

Les réseaux de réponses que nous avons pu dégager mettent en évidence que la fréquence n'est pas fonction de l'aide au diagnostic qu'on attribue à ce geste mais est liée pour une majorité de répondants à l'importance accordée ou non au toucher sous ses différentes modalités dans la pratique.

Et cette importance variable peut tenir à deux logiques différentes qui traversent la médecine générale : l'une qui sectorise sur tel organe ou sur telle fonction du corps, l'autre qui prend en compte la personne dans sa globalité et appréhende la complexité des liens. La première extériorise plus fréquemment avec les examens complémentaires pour établir le diagnostic. La seconde cherche davantage à poser le diagnostic dans la consultation elle-même.

5. CONCLUSION

Plusieurs enseignements intéressants sont à tirer de cette enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes de Basse-Normandie concernant leur pratique du toucher rectal.

Tout d'abord, ce geste est perçu comme délicat et la formation devrait être plus développée. Toutefois, il est en général bien accepté du patient et il reste pratiqué et contributif dans la majorité des cas mais avec une disparité entre les praticiens. Cette disparité s'observe notamment entre les « jeunes » praticiens et le reste de la population de généralistes.

L'Analyse Statistique Implicative a permis d'éclairer cette disparité en faisant apparaître deux réseaux que l'on a qualifiés l'un de « toucher assumé et contributif » et l'autre de « réserves sur le TR convergeant vers une réduction du toucher en médecine générale ». A partir d'une enquête sur un geste précis qu'est le toucher rectal, on voit se dessiner deux conceptions de la médecine. L'une assume le toucher avec moins de gêne ressentie et recourt moins aux examens et l'autre semble plus réfractaire à ce geste et fait appel à des solutions alternatives, à base d'examens ou d'avis, pour assurer une bonne prise en charge du patient sans le rapport gênant à ce geste clinique.

Il faut néanmoins relativiser sur la projection faite sur le toucher en général à partir du toucher rectal. Ce n'est pas parce que tel praticien ne pratique pas le toucher rectal qu'il n'a pas une approche holistique du patient : notre approche a été statistique. De plus ce n'est pas parce qu'on fait plus appel à des solutions externes à sa pratique que la prise en charge n'est pas adaptée. Ce qui est valable en revanche sur cette projection, c'est qu'il y a bien deux schémas qui sont opposés sur nombre de réponses. Cette opposition fait l'intérêt de cette enquête car elle permet d'intégrer le toucher rectal dans un registre plus large qui permet de mieux en comprendre la pratique.

On pourrait approfondir les facteurs de cette différence entre ces deux conceptions. Sont-elles uniquement liées au genre, au milieu d'exercice et à l'ancienneté de la pratique ?

6. BIBLIOGRAPHIE

1. BOSSET P-O, DE LA TAILLE A. Association française d'urologie - Tumeurs de la prostate [Internet]. 2016 [cité 19 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
2. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Guide HAS Janvier 2012 - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer de la prostate [Internet]. HAS; [cité 15 avr 2020] p. 52. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/plugin/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1228378
3. BANCON-GASCHIGNARD S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale: analyse du vécu des patients à partir de 37 entretiens semi-dirigés [Internet]. 2008 [cité 25 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=129568953>
4. VORILHON P, MOUSNIER B, CAMBON B, TANGUY G, GUY L. Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale. *exercer* 2012. 104:196-202.
5. BRAVERMAN L. « Il n'y jamais rien qui est entré par là ! » Résistances et malaises masculins face au toucher rectal. *rsa*. 1 sept 2017;48(1):45-64.
6. FURLAN AB, KATO R, VICENTINI F, CURY J, ANTUNES AA, SROUGI M. Patient's reactions to digital rectal examination of the prostate. *Int braz j urol*. oct 2008;34(5):572-6.
7. RAMALHO ROMERO F, WILSON ROMERO A, BRENNY FILHO T, MAMEDIO BARK N, SHINOBU YAMAZAKI D, OLIVERA JUNIOR FC de. Patients' perceptions of pain and discomfort during digital rectal exam for prostate cancer screening. *Arch Esp Urol* [Internet]. sept 2008 [cité 19 janv 2021];61(7). Disponible sur: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142008000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
8. LASS E, RAVEENDRAN L. Répercussions de la modification des lignes directrices pour l'examen rectal digital sur la formation des étudiants. *Canadian Family Physician*. 1 nov 2019;65(11):e497-9.
9. BALKISSOON R, BLOSSFIELD K, SALUD L, FORD D, PUGH C. Lost in translation: unfolding medical students' misconceptions of how to perform a clinical digital rectal examination. *The American Journal of Surgery*. avr 2009;197(4):525-32.

10. KOLLMANN Y. Obstacles au toucher rectal en médecine générale lors du dépistage individuel du cancer de la prostate [Internet] [Thèse d'exercice ; 2018LORR1159]. [France]: Université de Lorraine; 2018 [cité 30 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=3/TTL=1/SHW?FRST=2>
11. JACOB N. Etudes sur les facteurs influençant la non-réalisation du toucher rectal en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine ; 2011NANT030M]. Nantes; 2011 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=3>
12. BRETON-LEROUVILLOIS DJ-FGL. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS La démographie médicale en Région Basse-Normandie. [en ligne] [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
13. BURIN B, BOUCHOT O, RIGAUD J. Pratiques des médecins généralistes de Loire-Atlantique et connaissances de leurs patients sur le dépistage du cancer de la prostate. AFU. 20 oct 2006;(16):559-63.
14. LASSERRE C. Le toucher : un regard de médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Picardie Jules Verne; 2018 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02073850>
15. GASCHIGNARD S, LE GOAZIOU MF, ELCHARDUS J. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen clinique. exercer 2010. avr 2010;21(90 (1 suppl)):38-9.

7. ANNEXES

ANNEXE N°1

Présentation de l'outil : L'analyse statistique implicative

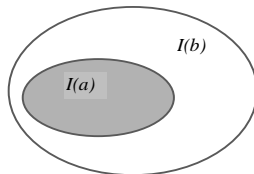
(Extrait d'un texte de M. Bailleul et R. Wittorski)

L'analyse statistique implicative

Présentation de l'analyse statistique implicative

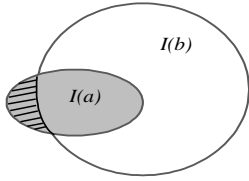
Cette approche, mise au point par Régis GRAS (1979) a pour but de mesurer la probabilité qu'un comportement ou un attribut (a) chez un individu, entraîne, statistiquement parlant, un comportement ou un attribut (b) chez ce même individu.

Considérons un questionnaire dont les réponses seraient, pour l'instant, binaires². Appelons $I(a)$ (respectivement $I(b)$) l'ensemble des individus qui possèdent l'attribut a (respectivement b) inclus dans un ensemble d'individus E . Le schéma ensembliste ci-dessous est une illustration de la situation $a \Rightarrow b$.



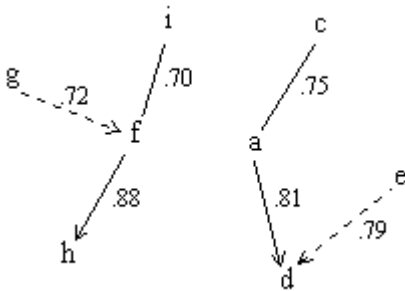
Cette configuration est rare ; on trouve le plus souvent une configuration comme celle qui est représentée dans le schéma ci-dessous, que nous qualifierons de quasi-implication et symboliserons comme suit : $a \rightarrow b$.

² Pour avoir plus de précisions quant aux aspects théoriques concernant l'analyse implicative, en particulier l'extension des notions présentées ici à des variables non binaires, on pourra se reporter à Gras et al. (2001)



L'idée de R. GRAS a été d'évaluer la taille de la partie hachurée du schéma $I(a) \cap \overline{I(b)}$ par rapport à ce que serait la taille de $X \cap \overline{Y}$ où X et Y seraient deux sous-ensembles aléatoires de E , respectivement de même cardinaux que $I(a)$ et $I(b)$. Plus la probabilité d'avoir le cardinal de $X \cap \overline{Y}$ plus petit que celui de $I(a) \cap \overline{I(b)}$ sera petite, plus on pourra accorder crédit à la quasi-implication $a \rightarrow b$, d'où la mesure de l'intensité de cette quasi-implication de a sur b par la formule : $\varphi(a, b) = 1 - \text{prob}(\text{card}(X \cap \overline{Y}) < \text{card}(I(a) \cap \overline{I(b)}))$

Après avoir calculé toutes les intensités d'implications pour tous les couples de variables, il est possible de construire un graphe, non nécessairement transitif, dont la spécificité sera d'être orienté, la relation de quasi-implication n'étant pas symétrique. Nous accorderons une attention toute particulière aux chemins dits significatifs dans ce graphe, chemins qu'on peut considérer comme transitifs, la condition de fermeture transitive d'un arc étant que l'intensité d'implication entre deux points non consécutifs de cet arc est toujours supérieure à 0,50. On trouvera une illustration ci-dessous.



Les chemins significatifs sont indiqués ici en gras. L'intensité d'implication de c sur d est supérieure à .50, de même pour celle de i sur h . Par contre, nous n'avons pas ici d'implication de g sur h (car $\varphi(g, h) < .50$).

On peut ainsi mettre en évidence des réseaux de variables reliées par des implications ou des chemins significatifs (deux réseaux ci-dessus).

Les liens implicatifs sont établis statistiquement. Mais seule l'analyse permet de leur attribuer un sens. Cependant, comme nous le montrons partiellement ci-dessous, l'analyse suppose de prendre en compte simultanément plusieurs chemins significatifs. L'intérêt d'un tel outil statistique est précisément qu'il mesure des relations entre tous les attributs de la population enquêtée (les réponses). Aucune mesure n'est faite « toutes conditions étant égales par ailleurs ». Cette propriété statistique nous semble particulièrement appropriée à l'interprétation de réponses dont nous faisons l'hypothèse qu'elles sont la trace de stratégies identitaires (supra 2.2), c'est-à-dire des réponses organisées, issues de transactions entre une offre institutionnelle, des professionnalités « installées » et une professionnalité en

construction, ainsi que d'une confrontation avec un questionnaire qui peut renvoyer les enquêtés aux unes et aux autres.

Extrait du chapitre 4 : « Entre professionnalisation et développement professionnel : croisement d'analyses statistiques », Richard Wittorski, Marc Bailleul.

Bailleul, M., Wittorski, R. « Entre professionnalisation et développement professionnel : croisement d'analyses statistiques ». In Bailleul, M., Thémines, J.-F. & Wittorski, R. (coord.). (2012). *Expériences et développement professionnel des enseignants : formation, travail, itinéraire professionnel* (chap. 4). Toulouse : Octares Éditions.

ANNEXES N°2

Questionnaire de thèse sur vos pratiques du toucher rectal en médecine générale

Rapide, fait en moins de 5 minutes ! Merci pour votre aide

Le questionnaire repose sur votre expérience lors de votre dernier toucher rectal réalisé

1. Quelle était l'indication de votre dernier toucher rectal réalisé ?

Une seule réponse possible.

Urologique (dépistage du cancer de la prostate, prostatite, troubles mictionnels...)

Gastro-entérologique (hémorragie digestive, pathologies hémorroïdaires, fécalome, dépistage de cancer ano-rectale...)

Gynécologique (bilan de douleurs pelviennes, exploration du douglas...)

Neurologique (bilan de confusion du sujet âgé, tonicité du sphincter anal)

Autre

2. Depuis quand avez-vous fait un toucher rectal ?

Une seule réponse possible.

< 1semaine

Entre 1 semaine et 1 mois

Entre 1 mois et 1 an

>1an

3. Aviez-vous donné, lors de votre dernier toucher rectal, des explications sur l'intérêt du geste ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

4. Était-ce lors d'une consultation dédiée ?

Plusieurs réponses possibles.

OUI

NON

5. Le patient a-t-il accepté le geste ?

Plusieurs réponses possibles.

OUI, il a accepté le geste sans signe de réticence

Oui mais en montrant des signes de réticence

Non il a refusé

6. Avez-vous prescrit des examens complémentaires suite à ce dernier toucher rectal ?

Une seule réponse possible.

Oui car le toucher rectal a orienté vers ces examens

Oui car le toucher rectal n'a pas été contributif

Non

7. Quel a été votre ressenti sur l'utilité de ce dernier TR ?

Plusieurs réponses possibles.

Sans intérêt sur ma prise en charge ultérieure

Contributif (a éliminé un diagnostic différentiel, a confirmé ou induit un diagnostic...)

Je ne m'en souviens plus

8. Pensez-vous que le toucher rectal reste une fonction nécessaire dans l'examen clinique du patient en médecine générale au cabinet?

Plusieurs réponses possibles.

OUI

Non on peut maintenant recourir à d'autres options

9. Avez-vous confié votre patient à un spécialiste suite à ce dernier toucher rectal ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10. Avez-vous ressenti une gêne concernant ce geste ?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

11. Avez-vous eu des difficultés d'ordre technique à faire ce geste ?

Une seule réponse possible.

Oui (doigt trop court, caractéristiques ou disposition du patient)

NON

12a. Avez-vous déjà renoncé à faire un toucher rectal malgré une indication théorique à le pratiquer ?

Une seule réponse possible.

Oui

Non

12b. Si OUI, pour quelle raison principale ne l'avez-vous pas fait ?

Une seule réponse possible.

Un manque d'expérience pour interpréter le geste

Un manque de temps

Une gêne par rapport au patient (pudeur, proximité par rapport au patient)

La préférence à des examens complémentaires ou à un avis spécialisé

Présence d'un tiers pendant l'examen clinique

Refus ou ressenti de refus du patient

13. Pensez-vous qu'être du sexe opposé au patient constitue une gêne au geste du

TR ?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

14. Pensez-vous avoir été suffisamment formé(e) sur le toucher rectal pendant votre formation universitaire ?

Une seule réponse possible.

OUI

NON

15. En termes de formation à ce geste chez les étudiants en médecine, pensez-vous qu'il fasse privilégier les mannequins ou la pratique réelle du toucher rectal ?

Une seule réponse possible.

Les mannequins d'entraînements

La pratique réelle

16. De façon plus générale, vous semble-t-il que le toucher en médecine générale (palpation, auscultation, percussion..)est une pratique toujours aussi fréquente

ou qu'elle se tend à se réduire ?

Une seule réponse possible.

Toujours aussi fréquente

Tendance à se réduire

17. Votre genre

Plusieurs réponses possibles.

Féminin

Masculin

18. Votre année de thèse

Une seule réponse possible.

< 10 ans

Entre 10 et 20 ans

>20 ans

19. Votre milieu d'exercice

Une seule réponse possible.

Rural

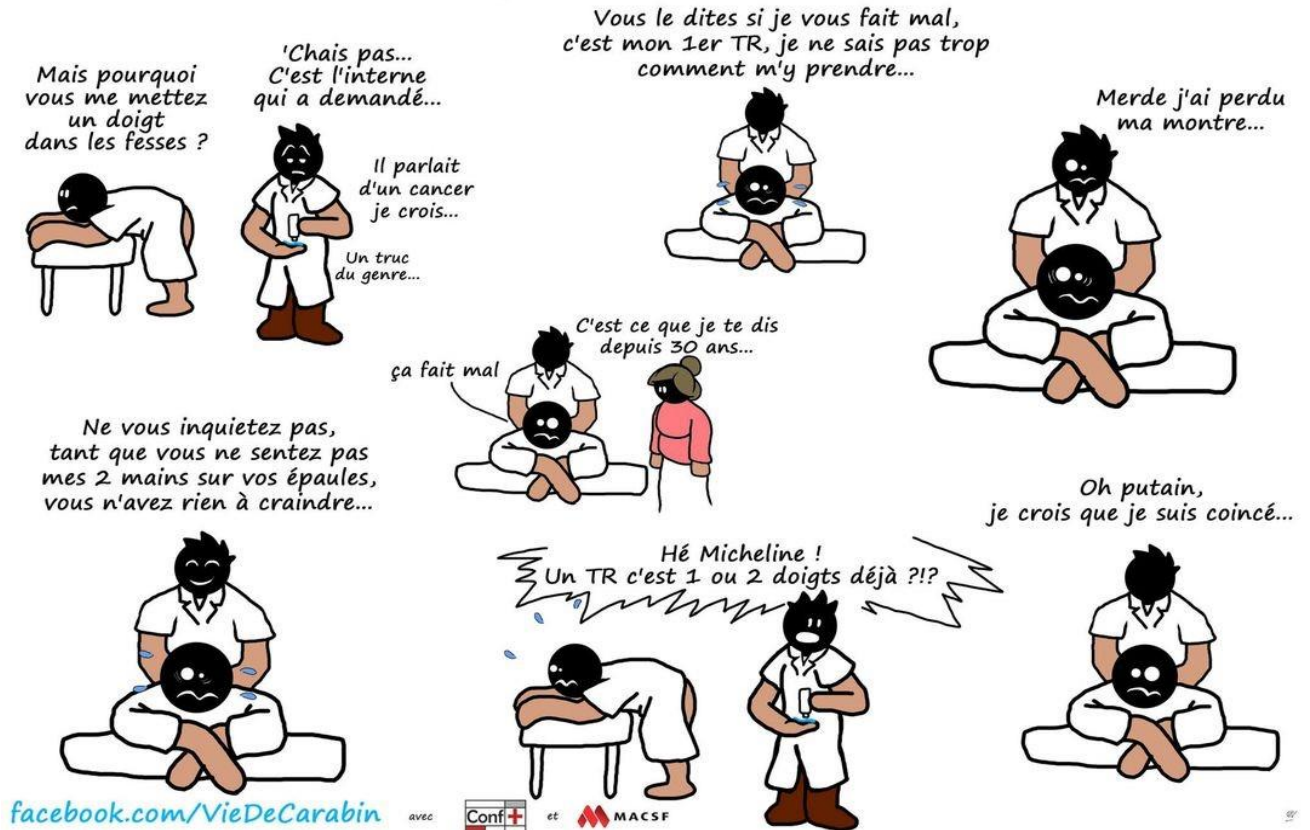
Semi-rural

Urbain

ANNEXES N°3

Ce geste étant tout sauf anodin, il donne lieu à caricature de la part des professionnels de santé (ici un externe de médecine) quant à leur « embarras » notamment en début d'apprentissage.

Toutes les choses à ne pas dire pendant un toucher rectal...



Dessin humoristique de Vie de Carabin

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BODERGAT EMMANUEL

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

ENQUETE SUR LA PRATIQUE DU TOUCHER RECTAL CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE BASSE-NORMANDIE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Introduction : Le toucher rectal est un geste clinique bien connu des médecins généralistes. Néanmoins il présente certains obstacles qui génèrent des conduites divergentes. L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques du toucher rectal en Basse-Normandie et de déterminer s'il existe un lien entre la fréquence du toucher rectal et la place du toucher en médecine générale.

Matériel et méthodes : Enquête rétrospective de novembre 2020 à mars 2021. Un questionnaire en ligne a récolté les réponses. En plus du traitement réponse par réponse, l'analyse statistique implicative a permis d'établir les liens entre toutes les réponses.

Résultats : Nous avons reçu 47 réponses. En premier lieu, le toucher rectal est un geste qui reste relativement fréquent et majoritairement sans gêne. Ensuite on distingue deux réseaux de réponses. Le premier converge sur le fait que le toucher rectal reste une fonction nécessaire de la pratique du médecin généraliste. Ce réseau est plus typique de médecins hommes exerçant en milieu rural et qui convergent sur plusieurs points : ils pratiquent plus souvent le geste, prescrivent moins d'exams complémentaires, confient moins leur patient à un spécialiste et pensent que le toucher en général est toujours aussi fréquent. Le second réseau converge vers un sentiment partagé que le toucher a tendance à se réduire. Il s'oppose au premier réseau sur les mêmes points. Il est plus typique de la génération intermédiaire (entre 10 et 20 ans de pratique), du milieu d'exercice semi-rural et des femmes.

Conclusion : A partir du toucher rectal, on distingue deux conceptions de la médecine qui s'opposent sur leur pratique du toucher en général.

MOTS-CLÉS : : toucher rectal, médecins généralistes, analyse statistique implicative, toucher

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

SURVEY ON THE PRACTICE OF RECTAL TOUCH AMONG GENERALIST PHYSICIANS OF BASSE-NORMANDY

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Introduction: The rectal examination is a clinical procedure well known to general practitioners. The objective of this study is to evaluate the practices of rectal examination in Basse-Normandy and to determine whether there is a link between the frequency of rectal examination and the place of touch in general medicine.

Material and methods: Retrospective survey from November 2020 to March 2021. An online questionnaire collected the responses. In addition to response-by-response processing, implicative statistical analysis made it possible to establish links between all responses.

Results: We received 47 responses. In the first place, the rectal examination is a gesture which remains mainly carried out and without expressed discomfort. Two networks of responses stood out. The first converges on the fact that the rectal examination remains a necessary function of the practice of the general practitioner. This network is more typical of male doctors practicing in rural areas and who have several points of convergence: they do digital rectal examinations more often, prescribe fewer additional examinations, do not entrust their patient to a specialist and think that the sense of touch in general medicine is still as frequent. The second network converges towards a shared feeling that touching tends to be reduced. He opposes the first network on the same points. It is more typical among the middle generation (between 10 and 20 years of practice), the semi-rural practice environment and among women.

Conclusion: From the digital rectal examination we can distinguish two conceptions of medicine that oppose their practice of touch in general.

Keywords : Digital Rectal Examination, General Practitioner, Implicative statistical analysis, sense of touch