



HAL
open science

Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne

Alice Pascal

► To cite this version:

Alice Pascal. Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03583931

HAL Id: dumas-03583931

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03583931v1>

Submitted on 22 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.

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PASCAL Alice, Suzon

Présentée et soutenue publiquement le 19 janvier 2021

Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne.

Directrice de thèse : Madame LÉLAN Céline, Docteur, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Médecine Générale
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BOURDEL Nicolas, Professeur, Gynécologie-Obstétrique
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférence, Médecine Générale
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

PASCAL Alice, Suzon

Présentée et soutenue publiquement le 19 janvier 2021

Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne.

Directrice de thèse : Madame LÉLAN Céline, Docteur, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, Médecine Générale
UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur BOURDEL Nicolas, Professeur, Gynécologie-Obstétrique
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand
Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de Conférence, Médecine Générale
UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine
Mme BOUTELOUP Corinne

Bactériologie Virologie
Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mlle GOUMY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Radiologie et Imagerie Médicale
Hématologie
Gastroentérologie

M. LIBERT Frédéric
Mlle COSTE Karen
Mlle AUMERAN Claire
Mme CASSAGNES Lucie
M. LEBRETON Aurélien
M. BUISSON Anthony

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. BOUVIER Damien
M. COLL Guillaume
Mme SARRET Catherine
M. MAQDASY Salwan
Mme NOURRISSON Céline

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Biochimie et Biologie Moléculaire
Neurochirurgie
Pédiatrie
Endocrinologie, Diabète et Maladies
Métaboliques
Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mlle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

- DÉDICACES PERSONNELLES -

À mes petits Marceau et Armelle, qui n'y sont pas pour grand chose mais qui font partie intégrante de moi maintenant.

À Jean, pour... , qui... Merci.

À mes parents Elisabeth&Jean, qui me portent jusqu'au reste de ma vie. Vous avez fait de moi le médecin que je deviens.

À ma sœur Marie, sans qui tout serait beaucoup plus dur. Je ne sais pas si j'arriverais un jour à te retourner tout ce que tu m'as donné (mise à part la joie d'être tante : merci Poupounette !). À Max, le roi de la pagination.

À mes frères Lucas&Victor, merci simplement d'être là les bro' !

À Mamie Margot, qui a été tellement bottée par ce sujet de thèse. Et à Mamie Mamie, qui en aurait probablement ri avec elle.

À Nini, puisqu'il est question ici de toutes les femmes de ma vie.

À mes coupines à tout jamais Cracotte, Hiba, Lolo, Marion, Mathilde, Milé, Nénette.

À mes chères fifonnes Carole, Eugénie, Laurine, Manon, Marion.

Aux poteaux/amis/copaings/BFF Meumeu, Robin&Camille, Antoine&Lizze, Tom&Aline (sûre que ça t'aurait plu!), Marie J., Malie, Marie T., Sophie...

Aux nombreux docteurs qui m'ont appris le vrai cœur du métier, et plus tendrement à Aziz, Céline, David, Edwige & Patrick.

Aux jeunes pousses de médecin qui m'ont un moment accompagnée ou aidée sur ce long chemin d'études, H&M, Quentin, Charlotte, Maryline, Clem, Séverine, Thaïs, Martial, Alexandre, Meggy, Vincent, Emilie, Clotilde, Catherine, Elise, Youssef, ...

À mes co-internes du semestre des Urgences, parfait exemple de compagnonnage.

Aux sages-femmes Coline, Stéphanie,... et plus personnellement à Marielle&Charlotte.

Aux soignants qui ont participé à cette étude. Merci énormément de m'avoir consacré de votre temps.

Aux patientes.

- À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE -

MONSIEUR LE PROFESSEUR PHILIPPE VORILHON

Merci de votre implication, votre disponibilité et votre bienveillance auprès des futurs médecins généralistes. Vous m'avez personnellement démontré ces qualités pendant l'élaboration de cette thèse.

A présent, vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie pour cela et pour le temps que vous consacrez à juger ce travail.

Veillez trouver dans ces quelques lignes le témoignage de mon profond respect et de ma plus grande reconnaissance.

- À MA DIRECTRICE DE THÈSE -

MADAME LA DOCTEUR CÉLINE LÉLAN

Tu as été ma toute première Maître de stage en Médecine Générale où tu forçais déjà mon admiration par ta générosité. Te voilà à présent à mes côtés pour clore mon parcours et je n'aurais pas pu mieux espérer !

Merci pour ton enthousiasme et ton grand soutien dans ce projet. Merci pour le temps, l'énergie, la patience que tu y as consacré ! Voici le fruit de notre travail et peut-être la première d'une grande lignée de thèses sous ta direction !

Merci d'être là, pour moi et ma famille, avec tout le pétillant et l'altruisme qui te caractérisent.

- À NOTRE JURY DE THÈSE -

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS BOURDEL

J'ai eu l'occasion de consulter avec vous au cours de mon externat et votre bienveillance envers les patientes m'avait touchée.

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

MADAME LA MAITRE DE CONFÉRENCE HÉLÈNE

VAILLANT-ROUSSEL

Je vous remercie de votre implication dans notre projet dès ses premiers débuts, au Forum des thèses. Vous avez su donner un deuxième élan à ce sujet qui me tenait à cœur.

A présent, vous me faites l'honneur de juger la thèse qui en découle.

Pour l'intérêt et la disponibilité que vous portez à ce travail, soyez assurée de ma grande gratitude. Veuillez également recevoir mes sentiments les plus respectueux.

- À MONSIEUR LE DOCTEUR LAURENT MARTY -

Je vous remercie de nous avoir honorées de votre expertise, avec autant de simplicité et de philanthropie. Nos quelques entrevues ont été très intéressantes et riches, et j'espère avoir réussi à en transposer une partie dans cet écrit.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

Table des matières

- INTRODUCTION -	15
- MÉTHODE -	18
1. TYPE D'ÉTUDE	18
2. POPULATION ÉTUDIÉE	18
3. RECRUTEMENT	19
4. RETOURS	21
5. RECUEIL DES DONNÉES	22
6. ANALYSES DES DONNÉES	23
- RÉSULTATS -	24
1. ÉCHANTILLON ET POPULATION ÉTUDIÉE	24
2. PRÉAMBULE : PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE SOIN GYNÉCOLOGIQUE	26
2.1. La relation patiente-soignant : une relation de confiance	26
2.1.1. Une relation centrée sur l'échange	26
2.1.1.1. Écouter les patientes	26
2.1.1.2. Informer les patientes	27
2.1.2. Une relation d'honnêteté	28
2.1.3. Une question de temps ?	28
2.1.4. Une relation neutre et le droit de choisir son praticien	29
2.1.5. La position particulière du médecin généraliste dans cette relation	30
2.1.5.1. Une position privilégiée ?	30
2.1.5.2. Mais une perte de pratique?	31
2.2. Les « règles d'or » de l'examen gynécologique	33
2.2.1. La recherche du bien-faire par les praticiens	33
2.2.1.1. Un examen expert mais non systématique	33
2.2.1.2. Une réponse au problème médical	34
2.2.1.3. Un respect du dépistage	34
2.2.1.4. Une nécessité de confort	34
2.2.1.5. Un besoin de preuves scientifiques	35
2.2.2. Le respect du bien-être des patientes	35
2.2.2.1. Consentement et adhésion	36
2.2.2.2. Confort	37
2.2.2.3. Gestion de la douleur	37
2.2.2.4. Intimité et pudeur	38
2.3. Leur vision de la Santé de la Femme	40
2.3.1. Aspects négatifs	40
2.3.2. Pistes et aspects positifs	44
3. PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE EN DÉCUBITUS LATÉRAL	46
3.1. Connaissances et transmissions de connaissances	46
3.1.1. Une pratique marginale	46
3.1.1.1. Non enseignée	46
3.1.1.2. Des contacts sporadiques avec le sujet	48
3.1.1.3. Peu discutée entre médecins, plus chez les sages- femmes ?	48
3.1.1.4. Peu documentée	50
3.1.1.5. Peu pratiquée	51
3.1.2. Sollicitation des patientes	52
3.1.3. Vision de l'apprentissage	53

3.1.4. Leur pratique.....	54
3.2. Conception de la mise en pratique.....	56
3.2.1. Réponses à la recherche du bien-être des professionnels.....	56
3.2.1.1. Positionnement.....	56
3.2.1.2. Organisation et matériel.....	57
3.2.1.3. Gestes médicaux.....	60
3.2.1.4. Attente de preuves scientifiques.....	66
3.2.1.5. Manque de formation.....	67
3.2.1.6. Difficulté à changer ses pratiques.....	68
3.2.2. Réponses au respect du bien-être des patientes.....	71
3.2.2.1. Acceptabilité.....	72
3.2.2.2. Intimité et pudeur.....	72
3.2.2.3. Confort.....	75
3.2.2.4. Gestion de la douleur.....	77
3.2.2.5. Anxiété.....	77
3.2.2.6. Perte de contact visuel.....	79
3.3. Ressenti global dans le soin de la Femme.....	80
3.3.1. Comparaison avec l'examen gynécologique en décubitus dorsal.....	80
3.3.2. Ressenti pour leur pratique personnelle.....	82
3.3.2.1. Intérêt pour le sujet.....	82
3.3.2.2. Pratique ponctuelle.....	83
3.3.2.3. Pratique courante.....	84
4. PARALLÈLE AVEC LA PROFESSIONNELLE AYANT PRATIQUÉ COURAMMENT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE EN DÉCUBITUS LATÉRAL.....	87
- DISCUSSION -.....	91
1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	91
2. FORCES ET FAIBLESSES.....	94
2.1. Sujet de l'étude.....	94
2.2. Type de l'étude.....	94
2.3. Recrutement des professionnels.....	95
2.4. Population étudiée.....	95
2.5. Réalisation des entretiens.....	96
2.6. Analyse.....	96
3. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	97
3.1. L'enjeu positif de l'examen gynécologique en décubitus latéral perceptible par les professionnels de santé.....	97
3.2. Des freins encore trop marqués.....	104
3.3. Perspectives dans le cadre de la Médecine Générale.....	107
- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -	111
- ANNEXES -.....	115
Annexe I - Courrier de présentation de l'étude	115
Annexe II - Questionnaire pour l'échantillonnage.....	116
Annexe III - Guide d'entretien.....	117
Annexe IV - Schémas utilisés pour certains entretiens	118

- LISTE DES TABLEAUX-

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des professionnels rencontrés p 25

- LISTE DES ABRÉVIATIONS -

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

DD : décubitus dorsal

DIU : dispositif intra-utérin

DL : décubitus latéral

DMP : Décision Médicale Partagée

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EG: examen gynécologique

FCU : frottis cervico-utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

loi HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoires

MG : médecin généraliste

MT : médecin traitant

SF : sage-femme

TV : toucher vaginal

- INTRODUCTION -

Le suivi gynécologique prend une place importante dans la vie d'une femme. Selon les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus (CCU), une femme devrait réaliser au minimum 11 frottis cervico-utérins (FCU) au cours de sa vie. Selon un rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) (1), une femme connaîtrait en moyenne 50 consultations pour motif gynéco-obstétrical entre ses 15 et 45 ans, la plupart conduisant à un examen gynécologique (EG). Après 45 ans, la ménopause est un nouvel événement dans la vie d'une femme qui peut également nécessiter un traitement et un suivi gynécologique, sans donnée statistique retrouvée à ce jour quant à sa fréquence.

Une revue de la littérature en 2017 sur le vécu de l'EG (2) ayant inclus 38 documents internationaux, retenait que ce suivi était globalement vécu de façon négative par les patientes. Cette étude proposait plusieurs lignes directrices visant à optimiser le vécu de l'EG en réponse aux besoins retenus des patientes, parmi lesquelles figurait le libre choix dans la position d'examen. Pour le versant collectif, les objectifs de Santé Publique concernant le dépistage du CCU ne sont toujours pas atteints en France en 2019, pour ce douzième cancer le plus fréquent (3000 nouveaux cas par an) et douzième le plus mortel (1100 décès par an) chez la femme (3). En effet, les dernières statistiques sur la période 2016-2018 (4) révèlent que la couverture globale pour l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans est de 59,5%, pour un objectif de 80%. Ce taux est sans variation notable depuis 2012. Il s'avère donc que depuis bientôt une décennie, 40% des

femmes ciblées par le FCU ne réalisent toujours pas, ou pas correctement, ce dépistage. Un rapport de l'Institut National du Cancer se questionnait en 2018 sur les freins à ce dépistage (5) et soulignait le « caractère intrusif de l'examen gynécologique » parmi les freins liés à la patiente et identifiés par la HAS.

Dans ce contexte de santé individuel ou collectif, toute stratégie visant à améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi gynécologique est à considérer. C'est dans ce cadre-là que plusieurs études universitaires (6–12) réalisées en France depuis 2015 cherchaient à interpellier sur un « nouveau » positionnement pour l'EG : le décubitus latéral (DL). Ces études rebondissaient pour certaines sur un concept romancé par le médecin-auteur Martin Winckler dans son livre Le Chœur des Femmes (13) publié en 2009. Dans ces études, l'EG en DL était alors présenté comme une position alternative simple d'application, pouvant apporter des bénéfices aux patientes suivant différents critères, centrés autour du confort, de l'anxiété, de la douleur et de la pudeur. Son application paraissait davantage ciblée autour de la réalisation du FCU mais ouvrait également des perspectives de soin plus larges, notamment la pose de dispositif intra-utérin (DIU).

Avant d'amorcer cette étude, un projet de revue de la littérature sur l'EG en DL a été débuté en février 2020 dans le but de définir plus clairement les indications et limites de ce positionnement. Bien que se questionnant sur un grand nombre de sujets éthiques en Gynécologie, la littérature médicale internationale -outre la littérature grise susmentionnée- ne fait quasiment pas mention de cette pratique alternative. De la même façon, aucune place n'est laissée à la possibilité d'une position accessoire à la position classique de décubitus dorsal (DD), dans nos cursus médicaux ou para-médicaux (14,15). Pourtant, la communauté médicale se questionne depuis plusieurs années sur l'amélioration du vécu des patientes pour cet EG. Dans ce sens, elle travaille régulièrement sur des pistes afin d'adapter au mieux le positionnement des patientes (16,17), et notamment au travers du possible retrait des étriers (18–21).

Comment peut-on expliquer que le positionnement en DL ne fait pas, lui aussi, partie des pistes à étudier pour améliorer le vécu des patientes au cours des consultations gynécologiques de premier recours ? À l'échelle plus réduite de notre système de soin français, à quoi est dû l'écart entre un EG en DL majoritairement décrit comme positif dans la littérature grise, et sa relégation de nos pratiques et de notre formation ?

- OBJECTIF DE L'ÉTUDE -

En vue de chercher des éléments de réponse à cette interrogation, nous avons décidé de recueillir la perception vis à vis de l'EG en DL de professionnels de santé qui ne le pratiquent pas couramment.

L'objectif de cette étude est d'éprouver la vision de ces soignants quant aux potentiels avantages et limites de l'EG en DL, à la suite des études déjà réalisées sur le sujet. De plus, en nous concentrant sur la perception de professionnels non-adeptes de cette pratique, nous chercherons à mettre en lumière les éventuels schémas réflexifs à l'origine de sa marginalité.

- MÉTHODE -

1. TYPE D'ÉTUDE

Comme vu en introduction, la question d'une position d'EG alternative à celle de lithotomie a rarement été étudiée. La période de recrutement a également souligné le nombre peu important de professionnels de santé ayant déjà entendu parler de la position gynécologique en DL ou s'étant déjà posé la question d'une alternative.

Aussi, sur cette thématique impopulaire et peu documentée, une étude qualitative s'est avérée être la plus adaptée. Elle aura permis de prospecter plus largement des expériences professionnelles et de chercher à comprendre les différents ressorts d'un phénomène de santé que peut être une position d'examen. Le but n'était donc pas d'attendre un fort niveau de preuve d'une Médecine fondée sur les données probantes (22).

2. POPULATION ÉTUDIÉE

Pour cette étude, ont été recrutés :

- des professionnels de santé en activité réalisant des consultations gynécologiques de premiers recours : gynécologues, médecins généralistes (MG) et sages-femmes (SF),
- travaillant en Auvergne,
- ayant déjà entendu parler de l'EG en DL, mais ne le pratiquant pas ou pas de manière courante.

Au cours de l'étude, suite à plusieurs entretiens organisés auprès de participants n'ayant jamais entendu parlé de cette position, ce qui laissait supposer que les méthodes de recrutement

n'avaient pas été suffisamment efficaces, le dernier critère sus-cité a été élargi. En effet, il est apparu que la nécessité d'avoir déjà entendu parler de l'EG en DL avant ce travail de thèse n'était pas essentiel pour répondre à l'objectif de cette étude. De plus, le délai entre le premier contact et l'entretien avait permis à ces professionnels de débiter des schémas réflexifs tout aussi intéressants.

En conséquence, ont été inclus dans la population recrutée :

- des professionnels de santé en activité réalisant des consultations gynécologiques de premiers recours : gynécologues, MG et SF,
- travaillant en Auvergne,
- acceptant de participer à l'étude,
- ne pratiquant pas l'EG en DL ou pas de manière courante.

Les critères de variabilité appliqués à cette population ont été : le sexe, l'âge, la profession, le type d'exercice (libéral en cabinet individuel, libéral en cabinet de groupe ou hospitalier), le milieu d'exercice (prédominance rurale ou urbaine) et si le praticien avait une activité universitaire parallèle ou non.

De plus, à ces professionnels de santé répondant aux critères d'inclusion sus-cités et qui font le substrat de l'étude, un professionnel de santé pratiquant couramment l'EG en DL a été recruté afin de mettre en perspective l'analyse principale.

3. RECRUTEMENT

Afin de préserver au mieux la protection des données des participants et dans le but d'obtenir la visibilité la plus large possible, le recrutement des praticiens s'est fait par voie postale. Le courrier comprenait une feuille de présentation de l'étude¹, un questionnaire socio-

¹ Voir Annexe I en page 115

démographique² et une enveloppe pré-timbrée pour le renvoi du questionnaire dans le cas où le professionnel remplissait les critères de recrutement et acceptait de participer à l'étude. Le questionnaire comprenait les 6 critères de variabilité, il était anonyme et seul un numéro de téléphone était demandé afin de remonter au participant pour organiser l'entretien, le cas échéant.

3.1. Recrutement des sages-femmes et des gynécologues:

Les SF et les gynécologues pratiquant en Auvergne ont été listés de la manière la plus exhaustive possible grâce aux différents annuaires publiés en ligne³. Ces professionnels étaient regroupés par adresses postales afin de n'avoir qu'un courrier à envoyer par cabinet. De cette façon, début juin 2020, 93 courriers ont été adressés à des SF libérales (15 dans l'Allier, 10 dans le Cantal, 21 en Haute-Loire et 47 dans le Puy-de-Dôme) et 29 courriers ont été envoyés à des gynécologues libéraux (8 dans l'Allier, 3 dans le Cantal, 4 en Haute-Loire et 14 dans le Puy-de-Dôme).

De plus, les différents services hospitaliers de Gynécologie et les maternités d'Auvergne ont également été listés. Un premier contact par téléphone a ensuite été pris pour présenter le projet et faire préciser l'organisation des services afin de définir le nombre de courriers à envoyer et leurs destinataires. Ainsi, 21 courriers supplémentaires ont été postés sur cette même période (5 dans l'Allier, 4 dans le Cantal, 3 en Haute-Loire et 9 dans le Puy-de-Dôme).

3.2. Recrutement des médecins généralistes :

Nous avons pris le parti que, du fait de leur spécialité et de l'organisation actuelle des soins, les MG avaient une chance moindre de remplir les critères de recrutement de cette étude. Il n'était par ailleurs que peu envisageable d'envoyer des courriers à tous les MG pratiquant en Auvergne. C'est pourquoi, après avoir listé selon la même procédure le maximum de MG⁴ et les

2 Voir Annexe II en page 116

3 Par exemple : Pages Jaunes®, Doctolib®, Keskeces®

4 596 adresses postales professionnelles de cabinet de Médecine Générale ont été listées.

avoir randomisés grâce au logiciel The Hat®, approximativement 300 cabinets ont été contactés par téléphone au hasard tout au long du mois de juin 2020. Le courrier n'était alors envoyé qu'aux MG intéressés par l'étude et qui remplissaient les critères de recrutement. De ce fait, 45 courriers ont été adressés à des MG (respectivement 13 dans l'Allier, 2 dans le Cantal, 9 en Haute-Loire et 21 dans le Puy-de-Dôme).

4. RETOURS

Soixante-trois courriers-retours ont été reçus parmi lesquels 9 n'étaient pas exploitables (non-souhait de participation, absence du numéro de téléphone). Les 54 autres professionnels qui nous ont retourné leur questionnaire sociodémographique se répartissaient ainsi : 5 gynécologues, 26 MG et 23 SF.

Les rapports sociodémographiques des gynécologues étaient comme suit : 2 femmes pour 3 hommes ; 2 hospitaliers (dont 1 en milieu à prédominance urbaine et 1 en milieu à prédominance rurale) pour 3 libéraux en cabinet individuel (dont 2 en milieu à prédominance urbaine et 1 en milieu à prédominance rurale) ; 2 dans la tranche d'âge 30-50 ans et 3 ayant plus de 50 ans.

Les rapports sociodémographiques des MG étaient comme suit : 20 femmes pour 6 hommes ; 19 exerçant en milieu à prédominance rurale pour 7 en milieu à prédominance urbaine ; 18 installés en groupe pour 8 en installation individuelle ; 2 âgés de moins de 30 ans, 18 dans la tranche d'âge 30-50 ans et 6 ayant plus de 50 ans.

Les rapports sociodémographiques des SF étaient comme suit : 1 homme pour 22 femmes ; 6 hospitaliers (dont 3 en milieu à prédominance urbaine et 3 en milieu à prédominance rurale) pour 17 libéraux (dont 4 en cabinet de groupe pour 13 en cabinet individuel, et 13 en milieu à prédominance rurale pour 4 en milieu à prédominance urbaine) ; 3 âgés de moins de 30 ans, 15 dans la tranche d'âge 30-50 ans et 5 ayant plus de 50 ans.

Parmi ces retours, une professionnelle de santé s'est fait connaître comme ayant pratiqué couramment l'EG en DL. Elle a donc été incluse comme telle pour l'analyse parallèle, sans prendre en compte ses critères sociodémographiques.

5. RECUEIL DES DONNÉES

Pour le recueil des données, l'enquêtrice (moi-même) a réalisé des entretiens individuels et semi-dirigés, d'une durée prédéfinie à environ 30 minutes. Les professionnels ont été sélectionnés afin de permettre la plus large variabilité sur leurs critères sociodémographiques. Ils ont ensuite été contactés via le numéro de téléphone inscrit sur le questionnaire de retour pour convenir d'une date et heure d'entrevue.

Les entretiens se sont déroulés du 9 juillet 2020 au 14 octobre 2020, sur le lieu d'exercice des répondants ou à leur domicile dans 2 cas. Avec leur accord, l'entretien était enregistré sur un dictaphone manuel, après une courte présentation du sujet d'étude et un rappel du respect de l'anonymat et des données personnelles. Le guide d'entretien⁵ a volontairement été conçu pour produire des entretiens courts, en vue de permettre la pleine vigilance chez des professionnels de santé pour qui le temps de travail est précieux.

Des questions ouvertes et larges cherchaient à organiser l'entretien autour des 4 grands thèmes suivants : étendue des connaissances sur le sujet ; transmissions sur le sujet ; avantages et leviers de l'EG en DL ; inconvénients et freins de l'EG en DL. Deux questions d'ordre général sur les attentes des patientes et celles des professionnels de santé quant à un EG ont été rajoutées après 3 entretiens où les informations partagées restaient plutôt pratiques ou factuelles. Par la suite, ces questions étaient utilisées en introduction et ont également permis une accroche plus neutre que précédemment. Les autres questions n'ont pas été posées dans un ordre prédéfini et ont été orchestrées en réponse aux dires du participant. Des techniques d'intervention par

5 Voir l'Annexe III p 117

reformulation et d'écoute par le silence de l'investigatrice avant les relances, visaient l'exhaustivité des propos des interviewés et une grande liberté d'expression (23–25).

Le schéma de l'EG en DL le plus repris dans la littérature⁶ a été présenté aux quelques professionnels qui ne parvenaient pas à visualiser certains détails du positionnement, et dans le but de leur permettre de se figurer davantage les tenants et aboutissants potentiels du DL.

6. ANALYSES DES DONNÉES

Dr Laurent MARTY, Docteur en Anthropologie et en Histoire contemporaine, nous aura fait l'honneur par 2 fois d'exprimer son expertise et sa réflexion sur le protocole, puis sur l'analyse de cette étude.

Les enregistrements des entretiens ont été retranscrits sur un logiciel de traitement de texte, au mot et silence près. Les mimiques, rires et onomatopées ont également été retracés afin de permettre une retranscription puis une analyse les plus fidèles possibles.

Une analyse thématique a ensuite été réalisée pour chaque entretien avec triangulation avec le Dr Céline LÉRAN, Directrice de la thèse, avant de les analyser de façon transversale. Plusieurs professionnels ont abordé le versant obstétrical du DL qui est nettement plus étudié dans la littérature médicale. Ces passages ont été retranscrits mais non analysés et *a fortiori* non relatés dans cette étude.

Les verbatims seront utilisés dans les résultats de l'étude afin d'illustrer les propos, présentés entre guillemets et en italiques, et précédés ou suivis par le code du praticien. Ils seront présentés sous une version abrégée des hésitations, reformulations et tics de langage, afin de permettre une lecture facilitée et concise.

6 A savoir celui de « Borée », avec son autorisation, voir l'Annexe IV p 118

- RÉSULTATS -

1. ÉCHANTILLON ET POPULATION ÉTUDIÉE

Dans cette étude, 14 professionnels de santé qui ne pratiquaient pas couramment l'EG en DL ont été inclus. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont synthétisées dans le tableau I. Leur département d'exercice ainsi que leur lieu de formation initiale ont été relevés *a posteriori* afin de juger de leur participation ou non à la variabilité de l'échantillon. Ils n'ont donc pas fait partie, à proprement parlé, des critères de variabilité.

Cet échantillon contient 4 gynécologues, 5 MG et 5 SF, parmi lesquels 8 femmes et 6 hommes. Deux professionnels avaient moins de 30 ans, 6 avaient entre 30 et 50 ans et 6 avaient plus de 50 ans. Onze avaient une activité libérale (pour 6 d'entre eux, ils sont installés en cabinet de groupe et les 5 autres étaient en cabinet individuel) et 3 avaient une pratique hospitalière. La moitié des professionnels exerçait en milieu à prédominance urbaine, l'autre à prédominance rurale. Six praticiens avaient une activité universitaire parallèle (essentiellement des Maîtres de Stages Universitaires (au nombre de 4) mais également un Professeur à la faculté de Médecine de Clermont-Ferrand et une enseignante ponctuelle à l'École de Sage-Femme de Clermont-Ferrand). Concernant le lieu d'exercice, 9 de ces praticiens pratiquaient dans le Puy-de-Dôme, 2 dans l'Allier, 3 dans le Cantal et aucun en Haute-Loire. La majorité d'entre eux (8) avaient étudié à la faculté de Médecine de Clermont-Ferrand. Il a été également possible d'inclure un MG ayant été formé à Dijon et un autre à Poitiers, une SF ayant été formée à Amiens et une autre en Belgique, ainsi qu'un gynécologue ayant été formé en Biélorussie et un autre à Paris.

Les entretiens ont duré de 16min54 à 34min37, ce qui correspond à l'estimation de durée faite lors de l'élaboration du guide d'entretien et annoncée aux potentiels participants.

Tableau I: Caractéristiques sociodémographiques des professionnels rencontrés :

	Sexe	Age	Type d'activité (Installation)	Prédominance Milieu d'exercice	Département D'exercice	Durée de l'Enregistrement
MG1	Femme	>50 ans	Libérale (En groupe)	Urbaine	Allier	18min05
MG2	Homme	30-50 ans	Libérale (En groupe)	Rurale	Allier	16min54
MG3	Homme	30-50 ans	Libérale (Individuelle)	Rurale	Puy de Dôme	21min29
MG4	Homme	>50 ans	Libérale (En groupe)	Rurale	Puy de Dôme	34min37
MG5	Homme	30-50 ans	Libérale (Individuelle)	Urbaine	Puy de Dôme	25min49
SF1	Femme	30-50 ans	Libérale (En groupe)	Rurale	Puy de Dôme	20min45
SF2	Femme	<30 ans	Libérale (En groupe)	Urbaine	Puy de Dôme	20min35
SF3	Femme	30-50 ans	Hospitalière	Rurale	Cantal	25min04
SF4	Femme	>50 ans	Libérale (En groupe)	Urbaine	Puy de Dôme	26min57
SF5	Femme	<30 ans	Libérale (Individuelle)	Rurale	Cantal	34min27
G1	Homme	30-50 ans	Hospitalière	Urbaine	Puy de Dôme	30min36
G2	Femme	>50 ans	Libérale (Individuelle)	Urbaine	Puy de Dôme	29min50
G3	Homme	>50 ans	Libérale (Individuelle)	Urbaine	Cantal	31min39
G4	Femme	>50 ans	Hospitalière	Rurale	Puy de Dôme	20min07

À ces participants s'ajoute une professionnelle ayant pratiqué couramment l'EG en DL. Il s'agissait d'une femme, SF, âgée de plus de 50 ans, ayant une pratique hospitalière dans un milieu à prédominance urbaine, n'ayant pas d'activité universitaire parallèle actuelle. Elle a été formée à l'école de Sage-Femme de Clermont-Ferrand. Son entretien s'est déroulé dans le Puy-de-Dôme et a duré 19min30.

2. PRÉAMBULE : PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE SOIN GYNÉCOLOGIQUE

Avant de se concentrer sur leur perception vis à vis du DL, il paraissait nécessaire de chercher à comprendre la vision que ces professionnels de santé portaient sur leur soin gynécologique, sur leurs attentes et sur les grands principes qu'ils appliquaient pendant leurs consultations.

2.1. La relation patiente-soignant : une relation de confiance

L'importance de la relation patiente-soignant a été largement abordée au cours de ces entretiens. Le fait que la confiance soit à la base de la relation était, par exemple, soulignée par deux fois dans le domaine gynécologique : « *J 'pense qu'il faut qu'elles soient en confiance, c'est la première chose* » MG2 L38⁷ ; « *Mais, globalement, les patientes elles arrivent pour leur examen systématique et elles se confient vraiment au professionnel de santé* » G3 L15. Cette relation de confiance paraissait être l'objectif relationnel à atteindre le plus rapidement possible, pour le bien du vécu de la consultation : « *Y a déjà cette relation de confiance qui est là, même si je ne les ai vu qu'une fois et... on prend le temps quoi* » SF5 L54.

Il apparaissait donc primordial aux praticiens de travailler sur différents outils en vue de l'installation de cette relation de confiance.

2.1.1. Une relation centrée sur l'échange

2.1.1.1. Écouter les patientes

Pour le praticien, cette relation de confiance passait par la nécessité d'échanger avec les patientes. Elle naîtrait en premier lieu d'une écoute attentive du professionnel sur ce qu'ont à dire les patientes : « *Je dirais d'abord, qu'elles ont besoin d'une écoute, d'un temps d'écoute et d'un*

⁷ Pour plus de lisibilité, les références aux verbatims seront écrits entre guillemets et en italique, suivis ou précédés du code du praticien pour respecter l'anonymat.

temps d'échange qui, pour moi aussi, est très important » SF4 L7. Il s'agirait donc d'un temps d'écoute, mais la qualité de cette écoute devrait être poursuivie tout au long de l'examen, d'après cette autre SF, afin de limiter le risque de faire mal aux patientes : « Dès qu'une femme est à l'aise et se sent en confiance et qu'on l'écoute, je vois pas comment on peut lui faire mal » SF5 L366.

2.1.1.2. Informer les patientes

La participation orale du soignant était également fondamentale puisqu'il était attendu qu'il explique et informe ses patientes. Cette propension à verbaliser leur savoir médical apparaîtrait pour cette SF, comme l'« *attente principale* » des patientes : « *Je pense que l'information, c'est l'attente principale, de ce qui se passe, de ce qu'on va faire et des résultats, bien sûr, s'il y a des examens* » SF2 L41.

Une autre professionnelle présentait ce besoin d'information dans le cadre particulier des gestes de l'EG, que cela vienne d'une attente tacite des patientes : « *Moi je dirais que ce qu'elles attendent c'est que je respecte leur pudeur... que j'explique⁸ ce que je vais faire* » SF4 L9, ou de ce que le soignant s'impose à lui-même : « *Après, que je puisse expliquer c'que je vais faire avant ! De le faire. L'examen !* » SF4 L21. Peu importe le geste, le fait de donner les informations nécessaires à ce que les patientes comprennent serait primordial, voire contribuerait à l'adhésion de ces dernières au soin : « *Moi j'essaie de travailler, en tout cas sur l'examen gynécologique, sur le respect de la pudeur, du corps et surtout sur donner l'information maximum avant de démarrer l'examen, pour que chaque acte soit mieux accepté. Donc, à chaque fois, je vais même prendre la tension ou faire un toucher vaginal ou faire le frottis, j'explique toujours avant comment je vais procéder, est-ce que l'examen va être douloureux ou pas* » SF2 L7. De la même façon, comme les conséquences d'un acte ne peuvent être totalement maîtrisées, l'important serait donc, pour certains soignants, de prévenir : « *Si on prévient, si on*

8 Ici, la participante avait accentué le mot « explique ».

gère tout ça et il n'y a rien qui se passe, tant mieux. Si on a prévu et qu'il s'est passé quelque chose de pas très bien bah.... pareil ! Bon. [...] ça se comprend aussi... Mais si on fait rien, et qu'on fait mal et que c'est pour un geste simple comme pour faire le frottis, ça, c'est dommage ! »

G2 L176. Cette gynécologue développait sur les sensations potentiellement ressenties par les patientes : « *Il y a certains gestes qui peuvent être inconforts, il faut prévenir, la patiente doit être prête à une douleur, à un inconfort, à une gêne.* » G2 L174. Elle soulignait également la nécessité de la discussion dans le cas particulier des patientes souffrant de vaginisme : « *Pour ces patientes-là, qui ont du mal à accepter le côté psychologique plutôt que physique... [...] on discute beaucoup avant* » G2 L157.

Il apparaissait donc que, dans une grande majorité des cas, même pour des consultations de routine, les soignants s'appliquaient à prendre toutes les précautions verbales nécessaires : explication de l'acte et information quant aux sensations que les patientes pourraient ressentir. Les praticiens faisaient par ailleurs attention à prendre en compte des cas particuliers, illustrés ici par les patientes souffrant de vaginisme.

2.1.2. Une relation d'honnêteté

Dans le cadre de nouveaux acquis notamment, cette relation de confiance pouvait également se manifester par un rapport d'honnêteté avec les patientes. Ainsi, une SF soulignait « *jouer la carte de l'honnêteté* » lorsqu'elle voulait « *expérimenter* » de nouvelles pratiques (SF5 L123). De la même façon, une gynécologue avait répondu, au sujet de sa réaction si une patiente voulait être examinée en DL : « *Bah, je sais pas parce que j'ai jamais... je mens jamais devant mes patientes ! Je vais lui répondre « Je ne sais pas le faire ! »* » G2 L103.

2.1.3. Une question de temps ?

Construire une relation de confiance demanderait parfois du temps. Une participante a clairement exprimé sa volonté de proposer des consultations « *de ¾ à 1 heure* », ce qu'elle

justifiait par le fait que : « *Qui dit examen gynécologique dit qu'on touche souvent à l'intime, et donc pour moi, c'est important d'avoir une relation de confiance et ça c'est une histoire de temps aussi, tu peux pas le faire en... 10 min, 1/4 d'heure* » SF5 L7. Elle précisait cependant que la nécessité de prendre le temps était plus importante sur les premiers rendez-vous, et diminuait rapidement aux consultations suivantes : « *Après, ça peut prendre du temps, sur le premier rendez-vous, quand on se rencontre la première fois. Là, [...] je revois certaines de mes patientes, et en ½ heure, on a fait le tour et tout va très bien, quoi !* » SF5 L52. D'autres professionnels se sont également exprimés sur ce besoin de temps, mais plutôt dans le cadre de l'examen clinique. Cette notion sera détaillée dans un chapitre suivant.⁹

2.1.4. Une relation neutre et le droit de choisir son praticien

Un professionnel de santé se doit de ne pas développer une relation trop personnelle avec ses patients, au risque de perdre son objectivité et de porter préjudice à cette relation de soin. Dans le cadre gynécologique qui touche à l'intimité, une position détachée du praticien pourrait donc doublement contribuer à cette relation de confiance, comme le soulignait un gynécologue : « *Elles attendent une certaine distance, de la neutralité, des médecins* » G3 L28.

Si ce gynécologue ne faisait pas de lien explicite entre cette nécessité de neutralité et son genre, la question du sexe du soignant a été abordée spontanément par deux MG. Cela pourrait rendre la mise en place d'une relation basée sur la confiance plus compliquée, dans le cas où le soignant serait de sexe masculin : « *Il faut justement la rassurer parce que moi je suis un homme !* » MG2 L36 ; « *Moi, en fait, c'est compliqué parce que... un homme... un homme... déjà pour faire un examen gynécologique, il y a quand même beaucoup de réticences chez les femmes. Ce que je peux comprendre* » MG5 L21. Une attitude neutre pourrait s'avérer être une projection des attentes des patientes pour dépasser cette barrière du sexe du soignant.

⁹ Voir chapitres 2.2.2.1 p 36 et 2.2.2.4 p 38

Pour résoudre cette problématique, un des MG évoquait la nécessité de laisser aux patientes le choix du professionnel qui les suivrait d'un point de vue gynécologique : « *Ça, c'est important, et moi je ne m'impose pas du tout, en disant « Allez, on va y aller ! » Je leur laisse le choix !* » MG2 L45. Il continuait de façon plus générale, en annonçant que « *que ce soit moi, un gynéco ou mes collègues, on s'en fiche ! Ce qui compte, c'est que ce soit fait. Donc rien que ça déjà, ça les met en confiance* » MG2 L48.

Dans ce cadre du choix du professionnel, la vision que certains participants portaient spécifiquement à leur corps de métier va être maintenant abordée. Pour certains, leur spécificité leur semblait contribuer à cette relation de soin.

2.1.5. La position particulière du médecin généraliste dans cette relation

La place que le médecin traitant (MT) tiendrait dans cette relation de soin a été soulevée au cours de quatre entretiens de MG et une SF en a également parlé. Cette relation particulière au MT était exposée de façon paradoxale : il s'agissait d'une relation que certains considéraient comme privilégiée tandis qu'à l'inverse, elle coïncidait parfois avec le sentiment d'une perte de pratique gynécologique.

2.1.5.1. Une position privilégiée ?

Si elle apparaissait comme privilégiée, cela était tout d'abord dû au fait que les patientes recherchaient une médecine « *familiale* ». L'un d'entre eux exprimait que, de bien connaître le « *dossier* », l'« *histoire de la famille* », les « *complications* » rassurerait les patientes : « *Ça convient, cette relation de confiance de médecin de famille, qu'on a avec les patientes, pour cet examen* » MG2 L10. Un tel argument s'expliquerait encore par le fait que le MT voit plus régulièrement ses patientes : « *Elles sont en confiance, en fait, avec nous, peut-être plus que quelqu'un qu'elles ne connaissent pas ou qu'elles voient une fois tous les 3 ans* » MG2 L28.

Des médecins faisaient aussi valoir le fait que certaines patientes attendaient d'avoir « *un seul médecin, un seul référent* » MG1 L49, se tournant donc vers le MT pour ce soin gynécologique. Ainsi, cela permettait qu' « *elles se sentent vraiment suivies en fait, dans notre centre. Le but c'est vraiment qu'elles aient l'impression qu'on soit suivi de A à Z* » MG2 L42.

Enfin, certains MG se décrivaient comme étant plus disponibles que d'autres spécialistes, d'un point de vue géographique et concernant le délai de consultation. Cela permettait d'entretenir cette relation patiente-soignant : « *Si elles vont voir leur médecin généraliste aussi, c'est parce qu'il y a une raison : c'est qu'elles veulent pas forcément aller en ville, chez un gynécologue, avec des rendez-vous un peu longs* » MG2 L7 ; « *Pour aller chez le médecin généraliste, je pense que c'est la proximité, le facteur le plus favorisant !* » MG3 L6. Cette accessibilité concrète du MG deviendrait donc un « *gros atout* », « *décisif* », notamment pour les soins de « *prévention primaire* » MG3 L9.

Cette idée de relation privilégiée du MT avec ses patientes était également relayée par une SF. En effet, elle exprimait que : « *Si il y a des pratiques qui peuvent être changées, c'est peut-être aussi via le médecin traitant. Parce qu'après tout, vous voyez vos patientes plus souvent que nous !* » SF5 L422. Ainsi, les démarches de soin entreprises avec le MT pourraient « *vraiment être beaucoup plus porteuses que* « *Une fois, j'ai vu une sage-femme qui m'a proposé ça et vu que je la revois pas tous les ans, ou tous les 2/3 ans* ». *Ça a moins d'impact, je pense !* » SF5 L425.

2.1.5.2. Mais une perte de pratique?

Pourtant, malgré cette foi dans une relation privilégiée, trois MG évoquaient clairement la perte du suivi gynécologique de leurs patientes : « *Je les examine, finalement, uniquement quand il y a des symptômes et pas du tout dans le cadre d'un examen de dépistage, d'un examen de routine en fait...* » MG1 L12. Leur nombre de FCU annuels se compterait sur les doigts d'une

main : « *Je fais des frottis, trois frottis par an...* » MG4 L353, ou ils seraient seulement proposés à « *des p'tites dames qui veulent pas aller chez le gynéco* » MG1 L38.

Cette perte de suivi semblait s'apparenter à un désinvestissement pour certains d'entre eux, quelle qu'en soit la raison. Ils avoueraient alors à leurs patientes : « *Oh non, j'ai la flemme, faites-le faire chez une sage-femme du quartier ou un gynéco* » MG1 L146 ; « *Si vous pouvez plutôt aller voir un gynéco* » MG5 L196.

D'autre part, certains MG appuyaient également sur leurs compétences limitées en la matière et sur un recours primordial, peut-être fréquent, aux spécialistes gynécologues. Si MG3 « *affich[ait] clairement [s]es limites* » L25, une consœur suivait la même idée en ce qui concerne sa pratique de la Gynécologie : une « *Gynécologie de base, pour parler un peu vulgairement* » MG1 L29. Ainsi, pour ce médecin, les patientes sauraient « *jusqu'où vont [ses] compétences et quand il y a besoin, à ce moment-là, [il] délègue!* » MG3 L25. Cela ferait partie du « *contrat moral [qui] est explicité comme ça* » MG3 L26.

Pour toutes ces raisons, il apparaissait alors pour cet autre MG, que les patientes avaient souvent « *en tout cas en médecine de ville des gynécologues attirés, pour les frottis, pour les suivis, de cancer du sein, etc* » MG5 L242. Les gynécologues, quant à eux, ne se sont pas exprimés quant à la particularité de leur profession sur cette relation de soin.

Concernant les SF, seule l'une d'entre-elles a émis un avis sur la place particulière de son propre métier. Elle précisait que, pour elle : « *la Gynéco, c'est quand même récent* » L271, du fait que ça ne faisait « *pas si longtemps que ça que [les sages-femmes] [font] de la Gynécologie finalement* » SF4 L91. C'est pourquoi « *[elle] n'[avait] pas encore mené [sa] réflexion plus loin* » SF4 L92, laissant entrevoir l'idée que les SF ne seraient pas encore référentes en Gynécologie, mais qu'elles pourraient être amenées à avoir de plus en plus d'influence dans ce domaine.

Après le recueil de leurs avis sur la relation de soin gynécologique, il s'agit à présent d'exposer la vision des professionnels sur leurs attentes de l'examen en tant que tel.

2.2. Les « règles d'or » de l'examen gynécologique

Les soignants se sont largement exprimés sur les grands principes qu'ils comptaient respecter au cours d'un EG, répartis sur 2 piliers que sont le « bien-faire » du praticien et le « bien-être » des patientes.

2.2.1. La recherche du bien-faire par les praticiens

2.2.1.1. Un examen expert mais non systématique

Plusieurs professionnels ont mis en avant la nécessité d'un examen clinique expert, notamment par l'importance d'un savoir-faire du praticien. Pour G3, il faudrait « *bien entendu, que l'examen se fasse dans une situation correcte sur le point de la gestuelle !* » G3 L24.

Cette expertise pouvait être perçue pour certains par la nécessité d'un examen clinique exhaustif. Il faudrait alors : « *systématiquement regarde[r] le ventre, pour moi c'est très important, je fais un toucher vaginal et un spéculum forcément ! Voilà ! Pour moi, ça, c'est l'examen gynécologique classique et je m'interroge pas. Frottis ou pas frottis selon les recommandations* » SF3 L28 ; ou « *appréhender tout l'appareil génital de façon complète !* » G3 L36, « *chirurgicale* » G3 L214, car « *dans les examens systématiques, on trouve tout un tas de chose* »¹⁰ G3 L190. Tous deux présentaient donc cette obligation de moyen comme leur principale attente, de façon à ce que les patientes consultent un « *professionnel de santé qui sait ce qu'il a à faire* » G3 L16.

Certains soignants précisait cependant que cet examen clinique ne devait pas être systématique à chaque consultation : « *L'examen gynéco, la première chose qui est dite, quand c'est la première fois, c'est qu'il est pas systématique. Donc des fois, elles viennent avec ça et au*

¹⁰ Ici, le terme « systématique » a été interprété comme « méthodique », suivant l'une de ses définitions.

final, elles repartent sans ! » SF5 L11. Il faudrait ainsi « valoriser l'examen clinique et le fait de ne pas examiner aussi » SF5 L211, « surtout s'il n'y a pas de symptôme ». SF3 la rejoignait sur cette non-systématisation d'un examen encore trop souvent perçu par les patientes comme faisant partie intégrante de la consultation gynécologique : « En général, dans ma pratique quotidienne, je me rends compte qu'il y a beaucoup de patientes qui s'attendent à être examinées, alors qu'on n'examine pas forcément » SF3 L7.

2.2.1.2. Une réponse au problème médical

Le bien-faire du soignant résidait également dans une certaine obligation de résultats, par l'attente « *de réponse à une question, à un problème médical précis* » MG1 G17, et parfois même jusqu'au sentiment qu'*« il faut que cet examen mène à un diagnostic »* MG1 L34. De la même façon, MG4 souhaitait « *répondre déjà à la question de la femme : avoir un diagnostic, sortir avec une ordonnance pour guérir son problème* » L20. L'EG devait donc être « *bien entendu efficace* » G3 L142.

2.2.1.3. Un respect du dépistage

Plusieurs professionnels ont appuyé sur la nécessité de suivre les recommandations quant au dépistage du CCU chez les patientes : « *Mes patientes, je leur dis : « Nous, ici, on fait les examens gynécologiques, on fait les frottis ! » Je leur dis : « Moi, ce qui compte, c'est que vous le fassiez, après je m'en fiche si c'est moi, si c'est ma collègue. » [...] Ce qui compte, c'est que ce soit fait* » MG2 L39. De la même façon, une SF a fait référence 4 fois à ces « *recommandations* » sur une minute de discussion, lorsqu'elle décrivait ses attentes de pratique.

2.2.1.4. Une nécessité de confort

Pour pouvoir être efficaces dans l'acte de soin, plusieurs médecins précisait donc la nécessité d'un certain confort pour le praticien : « *On apprend, en Médecine, de manière*

générale, à bien s'installer, bien exposer la lumière, pour que, à la fois la patiente et le médecin soient confortables » MG3 L95. Ce confort devrait être à la fois physique et matériel, puisqu'il passerait par la gestion de la lumière pour « bien voir le col, bien pouvoir faire le prélèvement » MG3 L185 ; par la réduction au maximum des mouvements du soignant et des patientes : « J'ai la lumière où il faut dans cette direction et peu de mouvement ! » G2 L255 ; et surtout par la nécessité d'une table d'examen adaptée. Une gynécologue s'attardait particulièrement sur les exigences impératives de cette table qui devait « faciliter le travail » du praticien tout en étant « adaptée pour tout le monde ! » G2 L280.

Un MG synthétisait le besoin de confort du praticien de cette façon: « Du moment que je puisse faire mon travail et être bien exposé, et bien voir le col, bien pouvoir faire le prélèvement, moi, j'ai pas d'a priori quoi ! » MG3 L185, sans expliciter où la limite demeurait entre le confort du praticien et celui de la patiente.

2.2.1.5. Un besoin de preuves scientifiques

En vue de parfaire leur travail, quelques participants ont tenu compte de leur besoin de s'appuyer sur des preuves scientifiques, régulièrement, de façon indirecte ou directe, comme pour SF5 qui précisait au cours de l'entretien : « Je peux te dire que les études, c'est la base parce que c'est comme ça qu'on arrive à avoir de la crédibilité auprès de nos pairs en disant « Bah, je fais ça et puis, les études vont dans ce sens-là » » SF5 L251. Elle semblait signifier que ce respect des preuves scientifiques serait essentiel afin d'asseoir sa pratique auprès de ses confrères.

2.2.2. Le respect du bien-être des patientes

Pour autant, l'ensemble des professionnels associait cette recherche du bien-faire au respect du bien-être des patientes. Dans la continuité de la relation de confiance, il apparaissait comme essentiel de poursuivre ces principes de bienveillance au cours de l'examen : « L'examen gynéco, quand il est fait avec beaucoup de bienveillance, il pose aucun souci » SF5 L371. Ainsi,

MG2 présentait ce bien-être des patientes comme une condition nécessaire au bien-être de l'EG :
« *Le but c'est qu'elles soient détendues pour qu'on puisse faire l'examen correctement* » L234.

2.2.2.1. Consentement et adhésion

Dans la suite d'une relation de confiance basée sur l'échange, il paraissait impératif que les patientes adhèrent à l'examen, et de façon explicite. L'accord des patientes n'était, de ce fait, pas considéré comme tacite pour de nombreux praticiens. Selon MG1, « *le critère à respecter c'est l'accord de la patiente !* » L23 avec en premier lieu, son acceptation orale avant de commencer tout EG : « *Si elle le refuse, on l'obligera pas à le faire* » L26. Une SF exprimait la même exigence : « *L'examen gynéco [...] c'est si elles le souhaitent* » SF5 L11.

Dans la même suite d'idées, SF2 « *leur demand[ait] toujours l'autorisation avant de les examiner, qu'elles soient OK et prêtes pour le moment où on va faire le geste* » L14. Une demande d'« *autorisation* » avant l'examen qu'elle reproduisait pour chaque geste : « *Quel que soit l'examen -un toucher vaginal, un frottis, un examen au spéculum, même prendre une tension- je pense que c'est hyper important* » SF2 L55.

Ce consentement effectif des patientes était préservé durant l'examen avec le droit également, de l'arrêter. Un MG faisait état de cette éventualité en disant : « *Je veux pas forcer ou quoi que ce soit : si ça se passe pas bien, on arrête tout de suite quoi !* » MG2 L117, ce qui était aussi souligné par une autre soignante : « *S'il y a quoi que ce soit, on arrête tout !* » SF5 L39.

Une gynécologue illustre différemment cette exigence dans le cadre particulier de patientes souffrant de vaginisme, par la nécessité de suivre leur rythme, sur plusieurs consultations si besoin : « *Je fais pas le geste en totalité au départ... Voilà, elle revient une deuxième fois donc on prend confiance* » G2 L157, pour finalement « *arriver à faire l'examen, tout doucement* » G2 L198.

2.2.2.2. Confort

Le confort des patientes était également une attente majeure de nombreux professionnels, tant pour le temps d'installation : « *S'il faut monter pour s'installer sur une table plus haute, c'est plus compliqué* » MG1 L98 ; que pour le temps d'examen : « *Moi, je les installe comme ça... je mets un petit coussin sous les fesses pour faire mon examen gynécologique* » MG1 L100. L'idée était reprise par les SF qui voulaient « *s'assurer du confort de la patiente pendant l'examen* » SF2 L51 ; « *qu'elle soit dans une position qu'elle supporte mieux !* » SF4 L24 ; et par un autre MG: « *Tout ce que je peux dire, c'est qu'il faut que la femme soit confortable* » MG3 L185. Le confort était là encore important pour une gynécologue, attentive aux retours des patientes : « *J'ai demandé aux patientes, en fait, comment elles se sentaient, pas trop glissées en avant, pas trop pliées au niveau du ventre, et pas trop, non plus, dépliées, pour l'examen* » G2 L264.

Cependant, une exigence antagoniste venait se confronter à leur confort, à savoir le besoin que les patientes aient les fesses dans le vide : « *À chaque fois, je leur dis qu'elles doivent être dans le vide, carrément et comme ça, elle peut inverser le bassin [...], pour que j'aie pas de problème avec le col* » G2 L229. Cette exigence a régulièrement été soulignée par d'autres professionnels de santé. Elle viendrait une nouvelle fois mettre en lumière la fragilité de la frontière entre les exigences du bien-faire du soignant et le désir de respecter le confort des patientes.

2.2.2.3. Gestion de la douleur

Le respect de la non-douleur a été souligné par un grand nombre de professionnels. Un gynécologue le présentait de façon inconditionnelle et évidente : « *Bien entendu, l'examen doit être indolore* » G3 L42.

D'autres étaient plus pondérés, cherchaient à ce que leurs patientes aient « *le moins mal possible* » SF4 L11, à être « *le moins douloureux possible, au moment de l'examen ! Vraiment*

faire vraiment attention à la sphère génitale, il y a des endroits qui sont plus douloureux que d'autres » SF2 L50. Nombre d'entre eux tiendraient compte du fait qu'il y ait « des examens qui sont plus ou moins douloureux » SF 2 L154, ce qu'évoquerait aussi un MG : « Quand tu vas faire un frottis, tu te dis [...] « est-ce que je vais réussir à trouver le col sans lui faire mal ? » » MG2 L169. Pour eux, le tout était donc de combiner la règle de non-douleur autant que possible, avec la nécessité d'informer les patientes avant le geste possiblement douloureux.

Pour une répondante, les gestes qui apparaissaient particulièrement à risque de douleur étaient le toucher vaginal (TV) en déclarant ne pas insister « sur les touchers vaginaux très sensibles et très douloureux » G2 L182 ; et l'introduction du spéculum : « C'est le spéculum qui reste le point le plus marqué pour la patiente à appréhender. De ne pas faire mal... » G2 L188. Plusieurs SF partageaient cet avis : « Ça reste quand même pas le moment le plus agréable de l'examen, la pose du spéculum » SF3 L203. Certaines portaient ainsi une grande attention sur le choix du matériel, évitant d'utiliser « des gros spéculums, volontairement des petites tailles » SF5 L32, et optaient pour des « spéculums en plastique et pas en métal non plus parce que c'est dur, c'est froid » SF5 L36.

2.2.2.4. Intimité et pudeur

Enfin, la gestion de l'intimité et de la pudeur des patientes a été discutée par la grande majorité des participants, quel que soit leur corps de métier. Un MG essayait « d'être moins agressif, du point de vue du respect de l'intimité de la personne » MG4 L26. Des SF s'exprimaient ainsi : « J'essaie de travailler, en tout cas sur l'examen gynécologique, sur le respect de la pudeur, du corps » SF2 L7 ; « Je dirais que ce qu'elles attendent c'est que je respecte leur pudeur » SF4 L9.

Les participants développaient ensuite leurs stratégies visant à respecter cette intimité, en premier lieu en couvrant les patientes. Cette SF nous expliquait qu'avant la crise sanitaire

actuelle, elle avait « *un petit plaid sur [sa] table d'examen [...] pour la position gynéco, pour être sur les jambes et pour le respect de la pudeur en fait, tout simplement* » SF5 L24. Depuis, elle avait troqué ce plaid par « *le drap d'examen* » L27. De la même façon, une de ses collègues voulait que la patiente « *soit couverte*¹¹ *pour éviter qu'elle soit vraiment nue, même si on est que toutes les deux* » SF4 L25.

Concernant la nudité intégrale des patientes, les avis divergeaient. Deux SF précisait organiser leur temps de consultation afin de l'éviter : « *Pour l'examen des seins je leur fais d'abord déshabiller le T-shirt, on déshabille le bas en dernier ! Ensuite, on remet le T-shirt, on déshabille le bas* » SF2 L23 ; ce qui était repris par une collègue qui racontait les étapes successives de son examen : « *Il se fait en plusieurs temps, contrôle de la tension entièrement habillée ; contrôle des seins, on s'occupe du haut mais on est toujours habillée en bas ; une fois qu'on a contrôlé les seins, on s'occupe du bas mais une fois qu'on s'est rhabillée en haut* » SF5 L20. Un MG parlait également d'un déshabillage partiel et ciblé en fonction des gestes prévus : « *Il faut leur demander de se dévêtir la partie basse de leur corps* » MG4 L148. Il précisait dans la même phrase qu'« *elles le font à la vitesse qu'elles veulent.* » Cela laissait supposer que le respect de la pudeur entraînait en corrélation avec le respect du rythme des patientes. Une nouvelle fois, la question du besoin de temps se poserait.

A l'inverse, en faveur de la nudité intégrale des patientes, une gynécologue examinait toujours une patiente « *déshabillée* » parce qu'elle tenait « *à ce qu'elle se déshabille pour l'examen total* » G4 L30. La patiente devait alors être recouverte « *systématiquement*¹² *avec un papier qui vient jusqu'en haut des cuisses* » G4 L31. C'est pourquoi elle trouvait « *insupportable* » d'avoir « *beaucoup de collègues qui couvrent pas la patiente* » G4 L29.

11 Ici, la participante avait accentué le mot « couverte ».

12 Ici, la participante avait accentué le mot « systématiquement ».

Une dernière stratégie visant à améliorer le respect de la pudeur a été évoquée par une SF, concernant la possibilité d'auto-gestes par les patientes : « *Il y a tout ce qui est prélèvement aussi pour moi [...] qui-se-fait-par auto-prélèvement ! Je fais rien du tout ! Elles vont aux toilettes, elles le réalisent d'elles-mêmes* » SF5 L40. La possibilité d'isolement pour certains gestes médicaux sur leur corps pourrait ainsi permettre à certaines patientes de se sentir plus respectées intimement.

Pour clore sur le sujet concernant ces différentes méthodes, une SF exprimait la forme perpétuellement améliorable de ce respect de la pudeur et de l'intimité des patientes : « *Je pense qu'on a toujours des progrès à faire ! C'est-à-dire que même si on veut être très respectueux, qu'on fait attention à beaucoup de choses... On peut encore faire mieux, je pense* » SF4 L296.

2.3. Leur vision de la Santé de la Femme

2.3.1. Aspects négatifs

En soulevant la problématique d'un élargissement des compétences gynécologiques par le biais d'une adaptation de la position d'examen, les professionnels de cette étude ont été nombreux à approfondir leur avis pour réfléchir à la problématique de la Santé de la Femme, telle qu'ils la vivaient actuellement. Plusieurs idées négatives sont alors ressorties, à commencer par la difficulté du suivi gynécologique chez les femmes.

En premier lieu, plusieurs praticiens ont exprimé la forme de résignation qu'ils pensaient percevoir chez certaines de leurs patientes pour cette consultation gynécologique qui s'apparenterait souvent à un mauvais vécu : « *L'examen gynécologique, [...] dans la grande majorité des cas, aucune femme n'y va de gaieté de cœur !* » SF3 L20 ; « *Il y a des femmes qui viennent aussi parce que bon, il faut le faire donc on y va ! On fait l'examen gynéco, c'est pas du tout agréable mais bon ! C'est un mauvais moment à passer* » SF4 L12.

Pour certains, cette résignation semblait même s'être élargie aux professionnels eux-mêmes : « *Sincèrement, j'allais dire, l'examen gynéco est pas un examen agréable, point ! Pas douloureux non plus, normalement, si on fait doucement mais, mais pas agréable* » G4 L128 ; « *Elle est quand même chez le médecin, elle n'est pas chez le coiffeur donc ça se comprend aussi* » G2 L177. Une SF exprimait son refus de « *créer une sphère pathologique ou anxiogène sur cette zone* » SF2 L306, son refus que cet EG devienne « *un moment où on est traumatisé* » SF2 L297, comme elle constatait parfois que c'était le cas dans sa patientèle.

À ce sentiment général de mauvais vécu de l'EG pour les femmes, plusieurs professionnels associaient la persistance d'une certaine passivité des patientes : « *Les patientes sont quand même assez passives ! Je trouve, en majorité ! Sauf peut-être les jeunes qui savent un peu plus ce qu'elles veulent et ce qu'elles ne veulent pas ! Mais je trouve qu'il y a quand même beaucoup de patientes qui acceptent ! ... Qui acceptent absolument... peut-être tout ! Malheureusement.* » SF4 L244 ; « *Les femmes, soit elles ne le savent pas, soit c'est un peu mis de côté, je suppose* » SF1 L157 ; « *Elles ont tellement eu cette habitude de « Le médecin fait ! » ... et puis : « Je suis, quoi ! » donc leur redonner un peu de pouvoir dans cette relation, c'est pas simple ! Quand on n'a pas été éduqué dans ce sens-là, aussi !* » SF5 L218. Cette dernière professionnelle faisait le parallèle avec le sujet de l'étude en soulignant que si on leur demandait « *instinctivement dans quelle position [les patientes] se mettraient* », qu'« *on en serait déçu parce qu'on est tellement formaté que la plupart se mettraient sur le dos* » SF5 L327, indiquant le fait que les patientes ne cherchaient pas forcément de changement de pratiques.

D'autres professionnels soulignaient indirectement la passivité de leurs patientes. En premier lieu, une SF l'exprimait par la persistance de fausses croyances : « *J'ai l'impression que dans leur tête, examen gynécologique égal frottis, alors que le frottis c'est que tous les trois ans ! [...] donc j'ai l'impression quand même qu'elles viennent pour le frottis. Et les jeunes, elles ont peur d'être examinées alors que je les examine pas* » SF3 L14. Cette persistance de fausses

croyances pourrait s'approcher d'un manque d'implication des femmes dans leur suivi. Pour ce MG, il s'agissait plutôt de « *tabous encore importants* » MG3 L220 autour du suivi gynécologique. Ainsi, il poursuivait en expliquant avoir de « *grandes difficultés à convaincre les femmes de faire leur suivi du frottis* » MG3 L209. Ce médecin considérait donc le choix de la position comme « *l'étape au-dessus* » MG3 L211 : « *Je pense que la patiente, elle va pas discuter dans son entourage de quelle position elle va avoir pour l'examen gynécologique* » MG3 L217. Un tabou qui ne faciliterait en rien l'implication des patientes dans leur soin.

Mais si les patientes pouvaient avoir certains torts, la majorité des participants ont remis plus largement en cause certaines prises en charge gynécologiques. Ainsi, plusieurs praticiens ont mis en avant le manque de visibilité de la parole des femmes sur leurs soins face à un « *pouvoir* » médical : « *Le médecin a raison et c'est comme ça et c'est pas autrement* » SF4 L252. En insistant sur le pôle du « *savoir* » qu'elle mettait en parallèle avec le pôle du « *pouvoir* », cette SF poursuivait : « *Je pense qu'il y a un savoir médical, un pouvoir médical, qui est beaucoup trop important d'ailleurs !* » SF4 L256. La parole des femmes sur leurs soins serait encore en partie occultée : « *Ça change un peu mais je trouve que la parole des femmes, en ce qui concerne leur prise de pouvoir sur la Médecine, sur la manière dont on les traite etc., c'est toujours difficile* » SF2 L149.

À cette idée de « *pouvoir médical* » était associée intrinsèquement un aspect dogmatique que la Médecine poursuivrait parfois. A la question « *Comment expliqueriez-vous qu'on n'en parle pas plus ou qu'on ne l'étudie pas plus ?* », plusieurs praticiens ont exprimé des avis allant dans ce sens : « *Voilà, la Médecine a beaucoup de dogmes, ça marche très bien comme ça depuis 107 ans, pourquoi est-ce qu'on changerait ?* » MG4 L441 ; « *Des habitudes séculaires, on a appris une certaine Médecine qu'on essaye de reproduire et qu'on essaye de transmettre aux suivants ! [...] C'est probablement parce qu'on est tous formatés dans le même moule* » G3 L242 ; « *Parfois, d'un point de vue de la formation, on est plus sur ce qui a été éprouvé depuis*

plusieurs années, les choses sont comme ça et pas autrement, notamment du point de vue de l'examen... On ne change pas facilement les choses » MG5 L181 ; « C'est un peu le problème de la Médecine en général ! [...] Donc je pense que c'est pareil pour la position gynéco ! C'est juste que ça concerne des femmes qui viennent à un examen, enfin qui viennent faire un examen, on nous demande de faire ça, ça et ça, on ne se pose pas la question de si c'est mieux ou pas pour la patiente ! On suit ce qu'on nous demande de faire, c'est très protocolisé » SF3 L260.

À cela, deux SF ont également dressé un tableau sombre de certains aspects de la formation gynécologique actuelle. L'une d'entre elles faisait une allusion directe aux « *étudiants de Médecine, aux internes* » SF2 L287 à qui l'on expliquerait parfois des gestes techniques sans « *apprendre à ne pas faire mal, à ne pas appuyer sur les zones qui font mal* » SF L288 et qu'il ne fallait pas oublier que l'« *on insèr[ait] quelque chose sur quelqu'un* » L290. Une de ses collègues, bien que déresponsabilisant les praticiens individuellement dans leur pratique, s'attardait sur la thématique des violences obstétricales et gynécologiques. Elle soulignait le fait que « *beaucoup se sont indignés et c'est normal ! Parce qu'on a des métiers qui nous tiennent à cœur ! Tous hein ! Un médecin généraliste qui fait de la gynéco, les sages-femmes ou les gynécos ou enfin voilà ! On n'a pas fait ce métier pour faire mal aux femmes !* » SF5 L196. Cette intervenante poursuivait pourtant qu'à une échelle plus large : « *Les violences, elles existent et on nous a même formé à ça* » SF5 L200.

En parallèle, un MG notait qu'il n'y avait « *peut-être pas assez de femmes gynécologues dans les universités, qui sont professeures* » MG5 L179, insinuant que la faible proportion de femmes au sein des grandes instances pourrait avoir contribué au problème. Cette supposition a également été soulevée par une SF: « *Peut-être que ça changera parce qu'il y a de plus en plus de femmes en Gynéco mais voilà, pendant très longtemps, il n'y avait pas eu de femmes en Gynéco !* » SF3 L272.

2.3.2. Pistes et aspects positifs

Bien que les professionnels contestaient certains aspects du soin gynécologique actuel, plusieurs pistes ont également été évoquées au cours de nombreux entretiens, sur les changements de pratique en cours ou à venir. Il est important de noter ici que ces pistes comprenaient notamment les différentes « règles d'or » que les praticiens ont largement abordées au cours de leurs entretiens et qui sont répertoriées en totalité dans les premiers paragraphes de ce préambule.

À celles-ci s'ajouterait l'idée de la prise de parole des femmes. Précédemment décrite comme inaudible pour certains participants, elle ne paraissait pas l'être pour d'autres. Deux SF soulignaient ce début de médiatisation de la parole des patientes : « *J'ai vu qu'il y a un site internet qui s'est monté, je ne sais pas si vous connaissez « Gyn&co » ?* » SF2 L251 ; « *Il y a énormément maintenant de magazines féminins qui s'emparent de toutes ces questions Santé Gynéco, il faudrait en parler de cette manière-là parce que c'est quand même relativement consulté ! La culture internet !* » SF5 L234. Cette prise de parole s'apparenterait alors à une vraie occasion d'améliorer les soins et les pratiques gynécologiques : « *Avec la dynamique actuelle, justement, sur les dénonciations des violences obstétricales, tout ça, je pense qu'on est dans une très bonne dynamique où on peut faire changer les choses ! Les dames sont vraiment beaucoup plus actrices de leur suivi, et elles sont preneuses de toutes ces choses-là !* » SF5 L349 ; « *Cette histoire de violences obstétricales et gynécologiques, ça nous fait peut-être un peu plus avancer, aussi !* » SF4 L296.

La nécessité de répondre à la parole des femmes était prégnante dans une grande majorité des entretiens. De fait, plusieurs professionnels ont abordé la notion du retour de pratique, parfois de façon directe comme cette SF qui le soulignait comme un moyen d'aide aux changements de pratique : « *De la sensibilisation, aux congrès, avoir le retour des patientes* »

SF5 L254. Certains l'abordaient de façon indirecte : « *Et puis, je suis assez intéressé par rapport au ressenti de la femme !* » MG3 L87, « *Moi ce qui m'intéresse finalement c'est de savoir aussi le vécu de la patiente.* » SF4 L71. De la même façon, cette autre SF mettait ses principes de consultations en parallèle avec le retour de ses patientes : « *Elles appréc[ai]ent beaucoup que...* » SF2 L13, « *elles le précis[ai]ent bien que...* » SF2 L29, « *elles le soulign[ai]ent bien que...* » SF2 L37. Dans ce sens, MG5 constatait que les SF lui paraissaient particulièrement adeptes de cette démarche de prise en charge : « *Elles demandent beaucoup aux patientes ce qu'elles en pensent. C'est certainement sur des retours de satisfaction des patientes* » MG5 L267. De plus, cette approche thérapeutique du retour de pratique deviendrait un « cercle vertueux » du soin des patientes, comme l'exprimait cette SF : « *Je pense qu'elles n'ont pas vraiment d'attentes au départ et puis après, avec ce qu'on fait en consultation je pense que, tout compte fait, il y a des nouvelles attentes que maintenant, elles aimeraient bien avoir à chaque examen, quoi !* » SF2 L38.

Une SF a évoqué également la pertinence de l'analyse de pratique : « *L'analyse de pratique, c'est ce qui me fait le plus changer ma pratique évidemment parce que j'entends des consœurs ou confrères gynécologues ou sages-femmes qui disent : Tiens, j'ai essayé ça, et j'ai vu tel effet ! Ou j'ai rencontré telle problématique, qu'est-ce que vous me proposez ?* » Et là, les nouvelles pratiques, elles sont testées. Ça, l'analyse de pratique... Capital ! » SF5 L260.

De façon conjointe, cette praticienne soulignait l'importance de l'Éducation à la Santé comme une des pistes du soin gynécologique à venir : « *Parce qu'on n'est pas assez sur l'Éducation pour la Santé en général quoi ! Surtout sur la Santé des Femmes ! Et je parle de l'Éducation pour la Santé, c'est un acte thérapeutique* » SF5 L211 ; « *Après, on arrive aussi sur des nouvelles générations de praticiens où on est formé à cet empowerment, à cette relation transversale, transparente avec nos patientes* » SF5 L255.

3. PERCEPTION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE EN DÉCUBITUS LATÉRAL

Après avoir saisi la vision des professionnels sur le soin gynécologique, ce chapitre constitue le substrat des réponses à l'objectif de cette étude. Il débutera par un récapitulatif de l'étendue des connaissances des soignants sur l'EG en DL. Ensuite, il s'agira de rendre compte plus précisément de leur perception sur sa mise en pratique, en parallèle de leurs attentes générales inventoriées en préambule.

3.1. Connaissances et transmissions de connaissances

3.1.1. Une pratique marginale

Une très large majorité des professionnels interrogés ne connaissait que très superficiellement cette position d'examen alternative, *a fortiori* ceux qui ne la connaissaient pas et qui ont été inclus. Dans cet échantillon, cette position d'EG tendait à être présentée comme marginale, tant devant la sporadicité des contacts avec le sujet, que devant la quasi-absence de documentation.

3.1.1.1. Non enseignée

Quel que soit l'âge des MG, aucun d'entre eux n'en avait jamais entendu parler pendant leur formation médicale initiale, comme le résumait MG3 : « *Jamais entendu parler, jamais pratiqué, jamais vu à cette époque-là* » L75. MG5, plus jeune, constatait également que « *dans les manuels de gynécos, quand on apprend l'ECN, [...] on en parle pas* » L181. Ainsi, pour eux, l'EG, « *ça se faisait comme on avait appris, comme on avait vu quand on faisait nos études, quoi ! Ça se faisait, en décubitus dorsal* » MG1 L68. De la même façon, pour les gynécologues, les circonstances de découverte de l'EG en DL n'avaient pas été concomitantes à leur formation universitaire.

Sur cet échantillon, par contre, il s'avérait que la totalité des SF avaient connu cette pratique d'EG pendant leur formation. Pour la majorité d'entre elles, c'était au cours d'enseignement, mais de manière très superficielle. Par exemple, SF1 expliquait en avoir entendu parler au détour d'un cours : « *Je ne me rappelle pas exactement à vrai dire, ouais ! Oui, mais c'était de manière orale en tout cas !* » L10, à quoi elle ajoutait que « *c'était il y a un moment quoi ! Qu'on commence à en parler* » SF1 L6, mettant en évidence le paradoxe d'en avoir entendu parler il y a longtemps et le peu d'évocations sur le sujet depuis. SF5 disait l'avoir connu de cette façon : « *C'était en première année ! Première année d'étude sur les positions d'accouchements ! Et après, ben on vient à « Ça peut se faire aussi sur la Gynécologie de base »* » L75. Cette pratique paraissait lui avoir été présentée comme une simple anecdote, sans réel approfondissement pratique. C'était au cours de leur Diplôme Universitaire (DU) de Gynécologie que les autres SF avaient eu l'occasion d'en discuter entre « *collègues SF* » SF4 L35 ou d'« *en parler vaguement* » avec « *d'autres praticiens* » SF3 L72. Cette fois encore, il ne paraissait s'agir que de quelques déclarations peu formelles, comme SF3 l'indiquait : « *Mais c'était vraiment très très rapidement, il ne nous a pas montré les positions ni rien. [...] Il a dit « Oui oui, j'ai entendu parler que ça se faisait ». Puis pfiou, il est passé à autre chose !* » L117. Cette même SF précisait également qu'ils n'avaient « *pas creusé plus la question que ça parce que le médecin il était pas très à l'aise avec ça non plus. Lui, il nous a expliqué l'examen gynécologique en position décubitus dorsal, pas en décubitus latéral* » L75, revenant une nouvelle fois sur la marginalité de l'EG en DL, à l'origine d'un « *malaise* » à son évocation.

Une seule SF n'a pas décrit avoir eu de contact avec le sujet sur des temps de formation mais a connu cette pratique au cours d'une « *revue de littérature* » SF2 L93, lorsqu'elle réalisait son mémoire où « *il y avait Martin donc cet auteur qui parlait de ça* » SF2 L94, faisant référence à M. Winckler, auteur de Le Chœur des Femmes (13). La découverte de l'EG en DL relevait donc d'un approfondissement personnel plus ou moins lié à son cursus universitaire.

Quoi qu'il en soit, la grande majorité des SF ne l'avait ensuite ni vu ni pratiqué en stage pour une application gynécologique, ou *a minima* : « *Je pense que ça ne se faisait pas beaucoup... enfin, qu'on ne la voyait pas beaucoup en stage* » SF1 L15. Pour SF5 qui avait fait des stages à l'étranger et avait été en contact avec cette pratique, elle déclarait ne pas avoir été « *formée* » à la pratiquer pour autant : « *J'ai tellement pas été formée ! ... J'ai dû le faire trois fois quoi, en stage ! Et pas plus, quoi* » L68.

3.1.1.2. Des contacts sporadiques avec le sujet

Parmi les gynécologues, un seul praticien avait eu l'opportunité de découvrir cette position spécifiquement appliquée au domaine gynécologique « *par les sages-femmes au moment où on parlait de la position d'accouchement de De Gasquet* » G3 L97. Il s'agissait de la seule et unique fois où il en aurait entendu parler et « *c'était il y a 5 ou 6 ans* » L99.

Concernant les MG, une répondante l'avait connu il y a « *à peu près 10 ans* » MG1 L60, par une étudiante en Médecine qui comptait en faire son choix de sujet de thèse. Un autre mentionnait le roman de M. Winckler (13), lu « *2 ans après sa sortie. Donc il y a quelques années* » MG4 L32. Enfin, le dernier déclarait avoir connu cette pratique « *au contact d'un médecin remplacé qui [lui avait] dit comment il faisait avec ses patientes* » MG5 L13. Il ajoutait : « *Mais après, avec les autres praticiens que j'ai remplacé, il n'y en avait aucun qui pratiquait cette technique* » L63.

3.1.1.3. Peu discutée entre médecins, plus chez les sages-femmes ?

Au cours de cette étude, une différence notable entre les différents corps de métier a fait surface concernant la discussion entre pairs sur le sujet.

Plusieurs SF affirmaient avoir eu l'occasion d'en discuter entre elles : « *En m'installant en*

libéral aussi, par les collègues, j'en ai entendu parler un peu avec qui est-ce qui le fait, qui est-ce qui ne le fait pas » SF1 L15, « On a un groupe sur WhatsApp¹³ avec les collègues sages-femmes et des fois, on discute de sujets et d'autres et justement il y en a une qui disait « Est-ce que vous avez déjà tenté l'examen sur le côté ? » [...] Du coup, on en a discuté ! » SF2 L115. Il en ressortirait que l'EG en DL serait discuté voire débattu entre SF.

Entre médecins, à part les circonstances de découverte, le sujet semblerait rarement faire l'objet d'un débat, d'une discussion, voire même d'une évocation. MG2, qui entretenait de bonnes relations avec les spécialistes locaux, n'avait aucune idée de leurs connaissances sur l'EG en DL : *« Les médecins gynécos, je les connais un peu, à ***** et, je pourrais leur poser la question, comment elles font, si elles le font déjà. Et comment elles le font parce que moi, j'ai consulté un peu avec elles, et j'ai jamais vu cette pratique. [...] Mais je pense qu'elles doivent la connaître du coup, enfin... je sais pas ! » L148. Pour MG4, bien que connaissant l'EG en DL depuis longtemps, le sujet n'avait jamais été abordé avec d'autres médecins : « Je n'ai pas eu d'autres informations extérieures aux patients concernant cette pratique. Avec d'autres professionnels de santé ! Jamais » L112. MG1 quant à elle, aurait eu l'occasion de « poser la question à un repas de gynécologues » L176, mais n'aurait jamais obtenu de réponse : « Bah, en fait, ils avaient pas de réponse, quoi ! » L177, ce à quoi elle rajoutait : « C'était pas assez technique pour eux, je pense, mes questions » L178.*

A cet égard, un MG pensait qu'il existait un clivage entre le milieu des médecins, et celui des SF où l'EG en DL serait plus largement discuté : *« J'ai été en contact avec des sages-femmes, au quotidien, dans les pratiques, et on en parlait avec les sages-femmes » MG5 L245. Il poursuivait par le constat que « c'était une pratique qu'elles avaient incorporée dans leur quotidien » L256 car « d'après ce qu' [il avait] vu, en tout cas à l'hôpital, [il avait] déjà suivi des sages-femmes en consultations et [il les voyait] proposer ça spontanément » L316.*

13 WhatsApp® : application mobile de messagerie instantanée.

Enfin, pour les gynécologues, le sujet ne ferait l'objet d'aucune discussion entre spécialistes dans un contexte officiel : « *Il m'est quand même donné, dans notre Collège des gynéco ou autre, d'assister à des sessions plus générales et, c'est vraiment quelque chose dont je n'ai pas entendu parlé* » G1 L49 ; « *Pour l'examen gynéco, non, non. Je n'en ai jamais, jamais entendu parler, dans aucun congrès* » G4 L190. L'EG en DL n'était pas non plus abordé dans un contexte officieux puisqu'ils exprimaient également leur ignorance quant à une possible pratique par leurs pairs : « *Peut-être que les autres collègues, ils savent plus, je n'ai aucune idée, aucune !* » G2 L298, poursuivi par « *Mais je sais pas si quelqu'un le pratique* » L311.

3.1.1.4. Peu documentée

Plusieurs participants déclaraient avoir tenté d'en apprendre plus par eux-mêmes. Au cours de son entretien, un gynécologue partageait les résultats de sa recherche personnelle : « *J'ai tapé sur Google « examen en décubitus latéral » et j'ai commencé à cheminer de part en part. On trouve des choses !* » G3 L146. Il précisait ensuite ne pas avoir trouvé d'article mais avoir lu d'autres sortes de documents : « *Des articles, non mais... ce qui m'avait le plus attiré... Voilà, je crois que c'était ça que j'avais le plus vu... Voilà, donc j'ai lu tout ça* » G3 L155. Il faisait ici référence à de la littérature grise, en l'occurrence une thèse de Médecine Générale. Une SF avait également trouvé « *intéressants* » « *des articles sur Martin Winckler [...] qui montraient des photos qui expliquaient comment le réaliser* » SF2 L69. Ce médecin-auteur était également cité par une autre SF, qui incluait cette référence dans les différentes lectures qu'elle s'était imposée sur le sujet. Elle racontait également avoir poursuivi sa recherche par « *tout ce qui est sur Pubmed, voir un peu, justement, les études* » SF5 L277.

Cependant, une grande majorité des professionnels soulignait le peu de documentation disponible sur l'EG en DL. Ainsi, MG4 constatait qu'au vu de sa recherche internet, il « *n'y a pas grand-chose* » L382. De la même façon, SF3 « *avait dû chercher pendant [ses] études, [...] rien*

trouver et laisser tomber » L184. Une autre SF n'avait « pas cherché d'un point de vue universitaire » mais plutôt « pratico-pratique » : « Et je n'ai pas eu vraiment plus d'informations là-dessus » SF5 L268. Enfin, une gynécologue aurait cherché « comme d'habitude sur Pubmed » mais elle « croi[t] qu'il y a rien hein ! » G4 L181. Ces quatre profils illustreraient le peu de documentations à disposition, tant dans le cadre d'une recherche tout public que dans l'éventualité d'une recherche scientifique.

3.1.1.5. Peu pratiquée

De plus, parmi les professionnels qui connaissaient déjà l'EG en DL, peu nombreux étaient ceux qui disaient côtoyer des soignants le pratiquant couramment.

Comme évoqué précédemment, deux SF avaient été en contact avec des collègues adeptes de l'EG en DL via des systèmes de messageries de moyenne diffusion, et un MG l'avait connu via la pratique d'un médecin remplacé. Ce dernier nous avait néanmoins précisé : « *Quand je parlais des gynécologues avec les patientes, [...] jamais aucun ne fait le décubitus latéral ! De base. Enfin, moi, je n'ai jamais vu ça chez un gynéco* » MG5 L242. Une autre SF rapportait une discussion avec une soignante adepte de l'EG en DL : « *Une autre fois, j'en ai discuté avec une collègue aussi qui m'a dit « Ah mais moi, je fais tous mes examens sur le côté ! Ça me va très bien et les patientes, ça leur va très bien »* » SF4 L98. Elle avait ensuite poursuivi ses dires avec un témoignage complémentaire : « *Et puis, il y a eu une autre fois aussi où on en a parlé avec une autre collègue ou avec un médecin. Avec un médecin qui était assez critique !* » SF4 L107.

Pour les autres, aucun professionnel de leur entourage ne le pratiquait : « *Je trouverais vite le mur je pense, parce que des personnes qui le pratiquent, j'en connais pas !* » SF3 L172 ; « *J'ai aucun confrère [...] que ce soit de ***** ou de l'hôpital, qui pratiquaient des examens gynécos en décubitus latéral* » G4 L77.

3.1.2. Sollicitation des patientes

Concernant la sollicitation des patientes pour des EG en DL, les avis différaient légèrement, bien que l'ensemble des participants n'ait pas abordé le sujet spontanément.

En premier lieu, une partie des praticiens évoquait le fait de n'avoir jamais eu cette revendication de la part de leurs patientes : « *Parmi toutes les remarques des patientes, ce qu'elles décrivent, ce qu'elles ont vécu, j'ai jamais vu encore ou jamais entendu évoquer cet examen sur le côté* » SF2 L247 ; « *J'ai pas eu de patientes qui m'ont réclamé particulièrement ce genre d'examen* » SF3 L125 ; « *Jamais aucune patiente ne m'a demandé ça* » G4 L83. Ces différents constats paraissaient particulièrement authentiques car annoncés avant des questions de l'enquêtrice dans ce sens. Pour les professionnels qui n'en avaient jamais entendu parler, la question posée plus directement confortait la notion que cette position n'avait jamais été une demande des patientes : « *Non, non, c'est vrai, même avec les patientes, j'avais jamais entendu parler de cette technique* » MG3 L139.

A l'inverse, un MG déclarait ne pas avoir fait l'objet d'une demande directe, mais qu'après quelques recherches sur internet, il lui était apparu « *qu'il y avait eu quand même des choses là-dessus, des forums avec des femmes qui trouvaient ça plus simple en consultation* » MG5 L91. Dans la même suite d'idée, une SF se positionnait sur les sollicitations des patientes de façon indirecte, en considérant que l'EG en DL pourrait en devenir une : « *Les dames sont vraiment beaucoup plus actrices de leur suivi, et elles sont preneuses de toutes ces choses-là !* » SF5 L353. Cette interrogation était relayée par deux autres professionnelles : « *Je me dis « Est-ce que ça sera une nouvelle demande ? » Et j'aimerais pouvoir y répondre au mieux* » SF2 L256 ; « *Je ne sais pas si... parce que les femmes sont vraiment demandeuses ?... Je ne sais pas...* » G4 L192.

3.1.3. Vision de l'apprentissage

Comme vu précédemment, les professionnels de santé ont été plusieurs à effectuer des recherches personnelles sur l'EG en DL, essentiellement sur internet. Pour certains, c'était dans le seul but de s'informer. Pour d'autres, le but était une diversification des pratiques voire une recherche d'apprentissage. Il est à noter ici que ce n'est pas parce que les participants se sont exprimés sur leur vision de l'apprentissage qu'ils comptaient l'appliquer.

Les tenants et aboutissants de cette quête d'apprentissage étaient multiples et diverses, suivant chaque profil intéressé. Une minorité des répondants se concentrerait de fait sur les recherches documentaires, que ce soit par défaut : « *Mais sinon, je suis pas sûre que je poserais la question à des gynécologues. [...] Sinon, j'irais chercher dans la littérature sur internet. Oui, oui. Je pense. Je pense que j'irai plutôt chercher en ligne. Parce que sinon, je sais pas où est-ce que je trouverais ça...* » MG1 L186 ; ou volontairement : « *Moi, je suis très peu collégial donc je n'attends pas de mes pairs qu'ils me montrent* » MG4 L389.

Cependant, pour la majorité des professionnels, l'apprentissage de cette position alternative d'EG devait surtout être interhumaine et pratique, comme le soulignait SF2 : « *Je pense qu'il faut vraiment que ce soit une formation pratique, c'est-à-dire pas en e-learning, pas sur des documents, parce que je pense qu'on a besoin aussi de visualiser, d'être accompagné par quelqu'un à ce moment-là* » L217. Aucun des professionnels s'étant exprimé sur le sujet n'avait eu connaissance de formations référencées, comme SF2 qui disait « *Je ne pense pas qu'il y ait de formation DPC pour ça* » L178, mais ajoutait cependant que « *si jamais, après, il y a une formation sur ça, je serais très intéressée* ». Ainsi, de nombreux professionnels s'imaginaient demander de l'aide et des conseils à des collègues qui pratiqueraient déjà l'EG en DL, soulignant un intérêt pour la formation par les pairs : « *Il faudrait que j'aie assisté avec une collègue qui a l'habitude de faire ça. [...] Je ne vais pas aller chercher sur internet, je ne vais pas aller*

chercher dans des revues professionnelles, je ne trouverais pas non plus [...] donc je chercherai plutôt des témoignages ! » SF4 L234 ; « Pourquoi pas contacter un collègue professionnel... pour mise en œuvre, démonstration ! » MG3 L170 ; « Soit par des collègues qui le pratiquent depuis longtemps et qui sont assez autonomes là-dessus, soit par quelqu'un comme une amie gynécologue ou un médecin généraliste qui a une formation sur le positionnement, peut-être quelqu'un qui a une formation d'ostéopathie ou de chiropraxie » SF2 L211 ; « Essayer de trouver quelqu'un qui pratique » SF3 L172.

Enfin, une praticienne imaginait « *essayer toute seule* », en « *commen[çant] par un frottis, par des frottis* » SF1 L165, après avoir demandé quelques informations succinctes à ses collègues. Dans ce sens, quelques autres professionnels la rejoignaient dans cette idée d'un apprentissage empirique : « *Est-ce que niveau main, j'aurais la technique ? Je ne sais pas. Il faut essayer de toute façon !* » MG2 L101 ; « *Je pense que c'est peut-être à moi de le tester, de voir comment moi je suis le plus à l'aise et comment les patientes aussi* » SF5 L312.

Il s'avérait que ces différentes visions de l'apprentissage s'imbriquaient régulièrement chez un même professionnel, mais la tendance majoritaire des interrogés allait dans le sens de SF5 : « *Donc, il faut le tester, il faut l'expérimenter, l'auto-formation par les pairs, etc.* » L210.

3.1.4. Leur pratique

Cette étude ne s'intéressait qu'aux professionnels de santé ne pratiquant pas couramment l'EG en DL mais il s'agit de souligner ici que certains d'entre eux avaient déjà fait l'expérience d'une position gynécologique latérale.

Ainsi, MG5 avait déjà eu à reproduire cette pratique d'examen au cours de remplacements chez un médecin qui l'utilisait couramment en Gynécologie. Cela étant dit, il n'avait pas changé sa pratique le reste du temps : « *Quand j'allais faire des remplacements, j'étais équipé en table*

gynécologique, je laissais comme c'était : en position décubitus dorsal » MG5 L73. Chez MG4, certaines patientes nécessitant un simple examen vulvaire étaient examinées en DL : *« Je sais pas quand est-ce que ça remonte mais je sais que j'ai eu fait des examens gynécologiques en position latérale, gynéco simplement vulvaire ! D'inspection. Vulvaire »* MG3 L74. Une SF s'est également remémorée une patiente vue aux urgences et examinée en DL sur sa demande : *« C'était un examen vraiment tout simple, c'était juste un toucher vaginal donc il n'y avait pas de problème »* SF1 L71. Une de ses consœurs se souvenait avoir un jour tenté de latéraliser une patiente devant la difficulté à retirer un DIU. Même si cette tentative s'était avérée inefficace, elle avait été l'objet de cette remarque par la praticienne : *« En tout cas, ça m'a permis de me dire que effectivement, peut-être que dans certaines situations où moi je suis pas confortable et pas très efficace, peut-être que ça peut être une solution »* SF4 L61. Deux gynécologues avaient également eu quelques rares expériences d'EG en DL, mais décrivaient la position comme un pis-aller pour des examens difficiles, notamment dans le cadre de patientes avec des déficits moteurs : *« On a examiné des patientes très compliquées qui peuvent pas bouger du tout [...] donc, c'est-à-dire la position classique, elle est pas possible ! [...] Donc c'est complexe.... Parfois, on a tourné sur le côté ! »* G2 L20 ; *« J'allais dire sauf exception, quand on a des petites mamies qui sont complètement rétractées, des pathologies qui font que la patiente peut pas allonger la cuisse, etc., dans ces cas-là, on essaye de regarder au niveau de la vulve et, effectivement, en mettant un petit spéculum en décubitus latéral »* G4 L78.

Enfin, une SF paraissait particulièrement intéressée par la position en DL pour l'avoir *« expérimentée »* dans l'année sur des patientes *« non-symptomatiques »* SF5 L143. Elle précisait ses raisons : *« Parce que, du coup, je suis de plus en plus à l'aise moi avec mes patientes et dans mon examen clinique aussi, et je me suis dit : « Qu'est-ce que t'as à perdre à l'essayer, après tout ? » »* SF5 L121.

Maintenant que l'ensemble des connaissances des participants concernant l'EG en DL a été exposé, la section suivante va à présent s'intéresser à leur perception du point de vue pratique, parallèlement aux 2 grands principes de l'EG.

3.2. Conception de la mise en pratique

3.2.1. Réponses à la recherche du bien-être des professionnels

3.2.1.1. Positionnement

D'une façon générale, que les professionnels n'aient peu ou pas expérimenté cette pratique, la préconception du positionnement des patientes en DL ne paraissait pas intuitive. Ainsi, nombreux sont ceux qui n'« *imagin[aient] pas bien* » MG1 L110 ou ne « *sav[aient] pas* » G2 L189.

Par ailleurs, le questionnement sur la présence ou l'absence d'étriers a souvent été relevé. Quelques professionnels n'arrivaient pas à s'amender de leur présence, ce qui majorait leur difficulté à appréhender la position : « *Après, je sais pas comment les sages-femmes elles ont fait pour le décubitus latéral, s'il y a un étrier, vous voyez... C'est une position de bloc, un peu, vous voyez, quand on opère... Je ne sais pas ! Il y a des installations comme ça, sûrement hein !* » G2 L248. Dans le cas où le problème ne devait pas être dû aux étriers, une participante ne concevait pas que la jambe supérieure puisse ne pas avoir d'appui, comme elle le soulignait : « *Et du coup, elle va être couchée sur le côté ! ... Et, il va falloir qu'elle relève cette jambe. Voilà ! Parce que ce n'est pas un système où elle peut poser sa jambe ! [...] Là... voilà ! Alors ce qui me dérange effectivement, c'est l'installation !* » SF4 L137. Avant notre entretien, ce qu'elle avait compris « *c'était que la patiente se mettait sur le côté et devait tenir sa jambe* » SF4 L196. Afin de permettre à ce profil de participants d'aller plus loin dans leur réflexion, un schéma¹⁴ leur a été présenté après qu'ils aient exprimé leur vision du positionnement.

14 A savoir celui de « Borée », avec son autorisation, voir l'Annexe IV p 118

Pour d'autres, le positionnement en DL apparaissait assez clairement et semblait également adaptable suivant, par exemple, la latéralité du praticien (MG4 L231, SF2 L66) ou la corpulence des patientes (MG4 L189). Dans ces profils qui conceptualisaient bien la position d'EG en DL, certains considéraient comme similaire qu'il y ait des étriers ou non, d'où une vision très modulable du positionnement (G3 L84, SF3 L44). Pour d'autres, la position décrite ou mimée s'apparentait à une position fœtale (MG2 L66, MG3 L113, MG4 L165, G4 L95, SF1 L261). Ceci dit, il est intéressant de noter que chaque praticien avait sa propre adaptation de la position d'examen. Par exemple, ils ont été plusieurs à faire le rapprochement entre la position imaginée d'EG en DL et la position de l'examen proctologique sans que cette dernière soit similaire entre eux.

Quelle que soit leur préconception du positionnement, l'introduction du spéculum semblait être un passage de l'examen particulièrement difficile à appréhender pour de nombreux professionnels : « *Je vois pas, je me dis « Mais comment mettre un spéculum ? » par exemple. Faut bien... on est obligé de le mettre toujours dans le même sens... Je ne vois pas !* » MG1 L111 ; « *Et là, la dame, quand elle est comme ça, vous faites quoi comme examens ? Vous réussissez à lui mettre le spéculum, là ?* » G1 L157 ; « *Pour l'examen au spéculum, ça me pose des questions, de comment il faut faire...* » G2 L118. Un chapitre y sera dédié ultérieurement.¹⁵

A l'inverse, l'ensemble des praticiens s'étant exprimé explicitement sur le sujet, s'entendaient sur le fait que le professionnel devait « *se placer donc au niveau [du] dos* » SF2 L66 des patientes, « *contre les fesses de la dame* » SF1 L82, « *derrière le malade.* » MG4 L262.

3.2.1.2. Organisation et matériel

D'un point de vue organisationnel strict de l'examen, les avis divergeaient même si une MG considérait que ça lui paraissait « *beaucoup beaucoup plus simple d'organisation* » MG1

¹⁵ Voir chapitre 3.2.1.3 p 60

L16 et « *beaucoup plus pratique* » MG1 L101. Les différents aspects de l'organisation d'un EG en DL vont être analysés point par point, tels qu'ils ont été abordés par les professionnels.

Tout d'abord, pour une partie d'entre eux, la table n'était pas un élément discriminant, mais il s'agissait alors de praticiens qui possédaient un lit d'examen à 2 pans. La position en DL pouvait même devenir un atout, comme pour MG5 qui considérait que l'« *on [pouvait] le faire dans n'importe quelle salle !* » L40 car : « *Il ne faut pas un matériel spécifique. Il ne faut pas une table gynécologique. [...] C'est plutôt un avantage...* » L67. Pour les professionnels qui avaient des tables d'examen à 3 pans, leurs avis divergeaient entre ceux qui avaient la possibilité de mettre leur table en lit et les autres qui travaillaient plutôt avec des fauteuils d'examen. Dans ce sens, deux SF et un gynécologue proposaient une adaptation réalisable avec leur propre table : « *On peut la rallonger en fait, ça peut être un lit quoi, si on enlève les étriers. Donc je la mettrais en lit je pense* » SF1 L256 ; « *J'ai une table gynéco classique avec des étriers réglables [...] la petite tablette est là, [...] elle est fixée, on peut carrément coucher le dossier, mettre la table complètement à plat et donc mettre la personne en position sur le côté* » SF2 L80. Cela pouvait également devenir un avantage pour SF1 du fait de revenir à une table universelle : « *Ça m'évitera peut-être de casser la table dix fois par jour entre les échos et les... [...] Ça me permettrait peut-être de la laisser tout le temps allongée* » L281.

Cependant, pour de nombreux autres, leur fauteuil d'examen spécialisé n'était pas compatible avec cette position d'examen. C'est pourquoi, pour G2, sa table « *spécifique* » et « *adaptée pour la Gynéco* » avait bien un « *rajout* » mais qui n'était « *pas vraiment confortable pour être allongé tout droit, sans parler qu'on va s'allonger sur le côté* » L70. De la même manière, G4 exprimait que ses tables n'étaient « *pas prévues pour ça* » L61. Elle notait la différence de matériel entre professions : « *J'ai d'autant moins pratiqué que nos tables sont avec des étriers ou avec des jambières ! Et qu'en fait, les tables sont faites, sauf chez les médecins généralistes effectivement [...] pour allonger la patiente en décubitus dorsal* » L19. Cet avis était

relayé par une SF qui paraissait presque se résigner aux exigences de sa table: « *J'y suis pas encore parce que je pense que, malheureusement, nos tables ne sont pas du tout équipées pour ça ! Déjà ! Première chose ! [...] Parce qu'on a des étriers ! Et donc, effectivement, ces étriers-là, ils sont vraiment pour une position gynéco classique !* » SF4 L67.

En plus de la capacité de leur table à se mettre en lit ou pas, plusieurs praticiens ont évoqué le critère de sa largeur. Ils notaient alors la nécessité que cette table soit large : « *J'aurais une table étroite, ça serait, par contre, compliqué !* » SF4 L213 ; « *C'est aussi la question de la table, pour que vous mettiez une patiente très à l'aise, sans risquer qu'elle tombe, parce que les tables elles sont pas très larges non plus* » G2 L85 ; « *Par contre, c'est une table d'examen qui est confortable et sur laquelle on peut se tourner facilement* » MG1 L109. À cela, une seule professionnelle exprimait son désaccord : « *Il y avait pas mal des études qui disaient que la table d'examen devait être plus large, je n'ai jamais compris pourquoi. [...] Je ne vois pas l'intérêt d'avoir une grande table d'examen, je ne vois pas en quoi ça change* » SF5 L292.

Enfin, un gynécologue élargissait la problématique des tables à « *tout notre matériel* » G3 L245 qui serait « *dessiné pour l'examen gynécologique en position gynécologique classique* » G3 L245, en précisant ensuite que « *le spéculum de Collin, de Cusco, enfin bon, chacun a un positionnement, une mobilité qui est celle-là* » G3 L246.

La question du temps a également été discutée par plusieurs professionnels. Concernant le temps d'installation uniquement, MG5 considérait que ça ne « *[prenait] pas plus de temps, de la positionner en décubitus latéral* » L166. Concernant la durée de l'acte en lui-même, les avis divergeaient, notamment entre MG4 qui pensait que « *c'est pas plus long, bien sûr, parce que notre temps nous est compté* » L341 et MG2 qui notait que « *si on met plus de temps à le faire en décubitus latéral, autant le faire en décubitus dorsal où ça va vraiment prendre 30 secondes* » L137, soulevant peut-être le frein du manque de pratique. Cet avis était partagé par une SF :

« Ça mettra forcément peut-être un peu plus de temps au début mais je pense qu'une fois qu'on s'est habitué, ça doit pas prendre plus de temps que l'examen gynéco » SF2 L279. Enfin, pour G3, la consultation globale dans le cadre de ce type de pratique serait « plus long » mais du fait que « la patiente qui est éligible pour ce type d'examen serait une patiente qui aurait déjà eu une problématique liée à l'examen » L128 ce pourquoi « il faut prendre le temps ! » L130.

Deux participants ont, en plus, fait allusion à la gestion de la lumière. Un gynécologue semblait sous-entendre qu'il y aurait plus de difficulté à bien gérer la lumière en DL : « Je pense qu'on fait pas l'équivalent de l'examen qu'on peut faire sous un bon éclairage, en position gynécologique standard » G1 L207. A l'inverse, une MG proposait une adaptation pour mieux gérer son besoin de lumière : « Il faut simplement que je positionne ma lampe différemment. Je vais mettre une lampe qui se clipse dessus pour qu'on voit bien, au lieu de placer ma lampe roulante et la mettre sur mon épaule, oui, ou prendre un miroir de Clar. » MG1 L133.

3.2.1.3. Gestes médicaux

Les professionnels ont été particulièrement expressifs sur leur perception quant à la bonne réalisation des différents gestes gynécologiques, mis à part MG3 qui avouait que : « C'est difficile de répondre tant qu'on l'a pas pratiqué ! » L190.

Pour la quasi-totalité des participants, toutes professions confondues, le maître mot pour cette pratique d'examen d'un point de vue technique et général reviendrait à dire qu'elle serait « moins pratique » : « Ça doit être un peu plus compliqué pour le praticien, oui ! » MG4 L321 ; « Moi, je trouve ça moins pratique ! C'est moins pratique » SF1 L124 ; « Je l'imagine pas très pratique pour moi » SF3 L35 ; « C'est surtout moins pratique et c'est, encore une fois de plus, égoïste, hein ! Il y a cette histoire de relation patient-soignant, où c'est plus pratique pour le soignant : point barre ! » SF5 L72 ; « Je pense que pour nous, effectivement, [...] ça serait moins pratique pour certains gestes » G4 L193.

- Inspection vulvaire :

L'inspection vulvaire en DL semblait incomplète aux yeux de quelques praticiens. À ce sujet, un gynécologue aurait l'impression de « *ne pas faire le job* » G1 L197 puisqu'il ne pourrait pas « *vraiment examiner toute la région qui peut être la région génito-crurale ou autre parce qu'elle est cachée, là* » G1 L201, à moins de « *déplisser chacun des replis* » ce qui ne lui semblait pour autant pas une solution satisfaisante : « *Alors après, bien sûr, même le décubitus latéral, on peut aller déplisser chacun des replis, si on veut vraiment voir. Je ne dis pas que c'est impossible mais ça me semble être moins bon ou bien moins spontané surtout* » G1 L297. Cette impression d'avoir à manipuler davantage en DL afin de faire une aussi bonne inspection qu'en décubitus dorsal (DD), était reprise par un MG ayant déjà examiné en DL: « *Je dirais [...] que c'est moins ouvert, au niveau gynécologique ! Donc il faut plus avoir de manipulation* » MG5 L140. *A contrario*, un autre MG considérait l'inspection vulvaire similaire dans les deux positions : « *À mon avis, à l'examen gynécologique d'une vulve, ça change rien, que ce soit en position gynéco ou en position latérale ! Je ne vois pas la plus grande efficacité d'un examen sur l'autre* » MG4 L61. Comme vu précédemment, ce médecin pratiquait déjà l'EG vulvaire en DL mais n'a pas fait part davantage de la technicité de son geste.

- Gestes au spéculum :

Cette notion de moindre accessibilité à la zone génitale en DL était reprise par d'autres participants dans le cadre des actes en rapport avec le spéculum, qui apparaissaient alors comme plus difficiles. Ils évoquaient le besoin d'une « *troisième main* » pour soulever la fesse supérieure de la patiente afin d'ouvrir l'orifice vaginal et faciliter l'introduction du spéculum. Ainsi, en regardant le schéma¹⁶, un médecin verbalisait ses pensées : « *Parce que là, je me dis : il est en train de relever la fesse de la patiente, donc est-ce qu'au niveau main, j'aurais la technique? [...]* *Parce que c'est vrai que moi, j'utilise les deux mains pour le spéculum* » MG2 L97.

16 A savoir celui de « Borée », avec son autorisation, voir l'Annexe IV p 118

Pour la réalisation du FCU, un collègue faisait également part des mêmes doutes : « *Je ne sais pas si sur la suite de l'examen pour faire le frottis, il y a besoin d'une troisième main, comme on dit ?* » MG3 L194. Ce à quoi un autre MG répondait indépendamment : « *De toute façon, c'est ce qu'on fait déjà plus ou moins en position gynécologique. Des fois, on est obligé de tirer sur les fesses sur le côté pour obtenir l'orifice vulvaire ou ouvrir l'orifice vulvaire* » MG4 L223. Ainsi pour lui, « *la pose de spéculum* » en DL ne posait « *pas de problème* » L326.

Pour le reste de l'examen au spéculum, les avis étaient encore variés mais majoritairement négatifs. D'une part, une professionnelle craignait qu'on ait « *moins accès à la cavité vaginale* » MG1 L235. D'autre part, certains de ses confrères imaginaient plus difficile la présentation du col utérin dans cette position : « *J'ai l'impression que c'est un peu plus compliqué de trouver le col comme ça...* » MG2 L165 ; « *Peut-être l'exposition d'un col qui risque d'être peut-être plus problématique, je pense* » MG4 L342. Ces deux mêmes praticiens supposaient de cette façon une moins bonne exposition ou « *visibilité* » du col : « *C'est plus, une histoire de... Est-ce que je vais bien voir le col ?* » MG2 L77. MG4 argumentait anatomiquement : « *La gravité, à ce moment-là, va avoir tendance à... les deux plans de vagin vont avoir tendance à diminuer un petit peu l'ouverture au bout. Donc je pense que, effectivement, c'est peut-être moins visible en décubitus latéral, le col utérin* » MG4 L349. Pourtant, deux SF partageaient un ressenti qui allait à l'encontre de ces derniers avis. Ainsi, l'une se disait que « *peut-être en plus, comme ça, en position, comme ça, sur le côté, [...] on verrait mieux le col* » SF1 L254. Lors de sa seule expérience d'un EG en DL, une autre avait constaté une bonne visibilité du col utérin : « *Et là, j'ai découvert que je voyais beaucoup mieux le col ! Donc j'avais une bien meilleure visibilité ! Voilà ! Donc c'est vrai que ça m'était arrivé une seule fois, il y a quelques mois...* » SF4 L56.

Enfin, une gynécologue soulevait le problème de la difficulté à faire manœuvrer le bassin des patientes en DL, une pratique sur laquelle elle comptait régulièrement afin d'aider la présentation du col : « *En position déjà toute classique, sur le décubitus dorsal, je manipule*

beaucoup la mutation/démutation du bassin. Voilà, c'est à dire, en fonction de la position du col. [...] Je ne vois pas comment je peux faire ça en décubitus latéral parce qu'on est quand même à 90° » G2 L137, faisant référence ici à la rétro ou antéversion du bassin.

De plus, dans le cadre d'une nécessité de mobilisation instrumentale du col utérin, deux professionnelles ont soulevé le problème posé par l'absence de vide sous les fesses des patientes en DL : « *On a très souvent besoin, quand même, d'amener le col bien à vision, de tirer sur le col si elle est allongée. Très souvent, on tire vers le bas si elle est sur du dur et couchée latéralement, on ne peut plus tirer avec la pince vers le bas, puisque que la table nous bloquera » G1 L168 ; « J'imagine qu'en décubitus latéral, on va être plus gêné par la table pour venir regarder le col » SF1 L82.*

Seule une gynécologue s'est exprimée sur le geste d'une pose de DIU en DL en ces termes : « *Mettre un stérilet en décubitus latéral, je ne suis pas sûre qu'on soit très à l'aise pour pas se placer autrement» G4 L114. Au contraire, une SF avait soulevé la possibilité d'une « insertion plus facile du stérilet » SF2 L205, une notion qu'elle basait sur ses retours de recherche documentaire : « Ils disaient même que les stérilets étaient plus... la pose était facilitée par la position sur le côté ! » SF2 L72.*

- Frottis cervico-utérin :

De façon assez paradoxale, plusieurs professionnels ont exprimé l'idée que l'acte du FCU paraissait réalisable en DL. Ainsi, un gynécologue jugeait que cette position devait « *[permettre] d'observer, avec le spéculum, dans des conditions qui doivent être peut-être pas très différentes pour réaliser un frottis » G1 L167. Un de ses confrères soulevait également que « c'est sûr qu'on peut faire un frottis à tout le monde dans cette position-là ! » G3 L189, notion également reprise par une autre professionnelle : « Un frottis, je pense que j'arriverais à aller regarder le col. Ça, je pense que c'est possible » G4 L112. Cette idée de facilité à réaliser des FCU en DL a*

également été repris par une SF qui l'a régulièrement évoqué au cours de son entretien comme une possibilité : « *Je pense que j'aurais commencé par un frottis, par des frottis. Par faire des frottis comme ça, parce que ça me paraît moins technique* » SF1 L167 ; « *Voilà, mais après, ouais, pour les frottis, je pourrais peut-être commencer à demander* » SF1 L253. D'autres praticiens, pour l'avoir expérimenté ponctuellement, rejoignaient cette perception de FCU réalisables en DL.

- Toucher vaginal :

Concernant l'acte du TV en position latérale, plusieurs soignants se sont posés la question de sa bonne réalisation en raison de la nécessité d'avoir une main abdominale concomitante : « *Quand je fais le toucher vaginal, je mets la main sur le ventre ! Et là, comme ça, je me dis « Comment je fais ? Comment je fais pour voir s'il est bien mobile, s'il est antéversé, tout ça. » J'aurais plus de mal à le faire* » MG2 L178 ; « *Mais quand vous faites le toucher vaginal, comment vous faites l'utilisation de la main abdominale, celle qui compte le plus ? Dans cette position ?* » G1 L168. Ainsi, en cas de symptômes chez une patiente, une SF préférerait « *l'examiner comme j'en ai l'habitude, pour ne rien lui louper au niveau de l'utérus ou des annexes, notamment sur le toucher vaginal* » SF3 L159. Cet avis d'un TV peu efficace en DL était repris par un gynécologue qui racontait : « *La semaine dernière, j'ai trouvé un kyste de 98mm, donc 10cm, qui était asymptomatique. Je fais un examen, j'ai trouvé ça ! Je suis pas sûr qu'au toucher vaginal, tout simplement, on puisse le trouver et encore moins en décubitus latéral* » G3 L200.

Pour une minorité de répondants, la réalisation d'un TV en DL ne semblait pas différer de celle en DD, bien qu'aucun n'ait explicité le geste : « *Un toucher vaginal dans cette position, ça me gêne pas du tout !* » MG4 L335 ; « *Pour un toucher vaginal, je pense qu'il n'y a aucune différence* » SF1 L131 ; « *Comment je me place pour voir le col, je ne sais pas ?! Côté toucher vaginal c'est une chose, mais c'est pas tout l'examen* » G2 L122.

Le problème que soulevaient plusieurs praticiens quant à la nécessité, à un moment donné de l'EG (et pour le TV notamment), de positionner la patiente en DD faisait alors évoquer pour certain la possibilité de découper leur examen clinique en plusieurs temps. G1 l'exprimait ainsi : *« Peut-être que l'examen, il est proposé sur le côté après avoir fait un temps d'inspection et de palpation abdominale. C'est peut-être pas rédhibitoire, si la dame est installée à plat dos pour tout un premier temps de l'examen... »* L226. Pour une majorité d'entre eux, cela n'apparaissait cependant pas comme une solution satisfaisante au bon déroulement de l'examen : *« Mais du coup, niveau examen, tu perds de la fluidité aussi »* SF3 L110 ; *« S'il faut partager cet examen gynéco en deux parties, une comme ça et une comme ça, il y a pas de sens ! De tourner mille fois la patiente »* G2 L121.

- Pose de pessaire :

Seule une MG s'est exprimée sur la pose de pessaire en position gynécologique latérale. Elle le présentait alors comme similaire à l'acte en DD : *« Si vous voulez mettre un pessaire, alors, vous allez faire comment ? Pareil, là ? ... On va l'insérer... Oui ! [...] C'est pareil oui. C'est la même chose. Ouais, tout à fait ! Comme ça. Bien sûr »* MG1 L206.

- Gestes médicaux dans le cadre de patientes obèses :

Enfin, plusieurs participants ont envisagé la difficulté d'examiner des patientes obèses, probablement majorée par la position en DL: *« Pour les femmes obèses... [...] est-ce que c'est pas plus compliqué comme ça ? »* MG2 L208 ; *« Sur une femme de corpulence importante, sur une femme obèse, est-ce que l'examen peut être plus difficile peut-être pour examiner ? »* SF2 L184. Ce problème particulier aux patientes obèses était par exemple illustré par un gynécologue dans le cadre de l'inspection vulvaire : *« Et je parle pas de la dame obèse... Là, on va pas être bien »* G1 L205 ; et par une de ses collègues dans le cadre de l'exposition du col utérin : *« Le col étant parfois un petit peu en profondeur, d'autant plus que maintenant on a énormément de femmes obèses, je pense que l'examen en décubitus latéral doit être nettement plus compliqué »*

G4 L114. De manière analogue, le MG qui avait succinctement réalisé des EG en DL, bien que jamais pratiqué sur des patientes obèses, rajoutait : « *Je proposerais même pas ! Parce que là enfin, ça serait un peu plus compliqué...* » MG5 L291.

3.2.1.4. Attente de preuves scientifiques

Au-delà du constat que la pratique d'EG en DL apparaissait pour une grande partie des professionnels peu pratique, plusieurs ont souligné le manque de preuves scientifiques sur le sujet.

Ainsi, la première fois qu'il avait entendu parler de cette pratique, un MG disait s'être « *demandé est-ce que c'était une dérive* » MG5 L89. Le même professionnel avait ensuite déclaré, concernant une possible recherche sur le sujet que : « *Idéalement, je me tournerais vers les revues scientifiques. [...] Donc voilà, sinon, en cherchant à droite à gauche, voir s'il y a des articles euh... mais c'est sûr que plus c'est scientifique et plus on ferait confiance !* » MG5 L98.

De la même façon, une SF nous confiait qu'elle aurait aimé « *avoir plus d'éléments pour comprendre* » SF2 L266. Avant cela, elle avait avoué « *attendre des réponses* » de ce travail de thèse : « *J'ai dit « Tiens ! Si on fait un mémoire dessus... enfin, une thèse, pardon ! Peut-être que ça commence à être en effervescence et peut-être voilà, on a trouvé que c'était peut-être une position mieux adaptée... ? »* » SF2 L128.

De la même façon, deux gynécologues ont souligné, au cours de leur entretien, leur attente d'arguments sur l'intérêt de cet EG en DL : « *Il ne faut pas seulement chercher les freins, il faut chercher l'intérêt aussi !* » G3 L311 ; « *Ça nous change complètement la façon de faire et finalement peut-être que c'est mieux... mais sur quels arguments ?* » G1 L57 ; « *Non, non mais c'est juste pour comprendre d'où ça vient, quoi ! [...] C'est le Collège des Gynécologues qui dit « Ben, si ! Il y a cette possibilité-là » ?* » G1 L121.

Certains praticiens étaient plus directs quant au fait que cette pratique n'avait pas de fondement scientifique reconnu : « *Il n'y a pas de recommandation qui nous dit que c'est mieux sur le côté* » SF3 L269. Cette SF s'appuyait sur le fait que le manque de preuves scientifiques ne la poussait pas à approfondir cette pratique : « *Il n'y a pas d'études qui ont été faites non plus, je ne peux pas me dire « Je vais trouver ! » Si on m'apportait la preuve que ça serait mieux, je pense que je serais capable de basculer vers cette pratique... sans problème ! Mais encore faut-il qu'on me dise que c'est mieux parce que si c'est pas mieux, se mettre en difficulté pour rien, ça changera pas la problématique* » SF3 L206. Elle supputait ensuite que cette absence de preuve ne devait pas être un frein pour elle seule : « *Et je pense que comme il n'y a pas d'étude, il n'y a pas beaucoup de monde qui le pratique... voire personne !* » SF3 L233.

3.2.1.5. Manque de formation

Une autre notion a été particulièrement discutée sur le sujet de l'EG en DL, à savoir le manque de formation. Rares sont les professionnels inclus à ne pas s'être exprimés, de façon directe ou indirecte, sur cette idée.

Plusieurs SF ont tout simplement déclaré cette absence de formation comme un des freins majeurs à l'éventuelle pratique de cette position accessoire: « *Je pense que c'est le principal frein de pourquoi ça ne se développe pas, pourquoi personne n'en parle, parce que c'est pas enseigné, c'est pas beaucoup pratiqué donc personne se lance réellement* » SF3 L162 ; « *Qu'on se le dise, je pense que c'est un manque de formation de la part des soignants* » SF5 L70.

D'autres l'exprimaient de façon détournée, en appuyant sur le fait qu'ils auraient « *aimé être informé[s]* » SF2 L159 ; « *aimé être formé[s] avec quelqu'un qui [leur] explique vraiment* » SF2 L165 ; « *comprendre comment on fait* » MG1 L159, « *parce qu'on me l'a pas expliqué* » MG1 L141. Ainsi, MG3 exprimait clairement son désir d'« *assister à un examen... pour une première fois* » L133.

Quand il ne s'agissait pas d'exprimer un manque de formation, les participants exprimaient alors leur réticence devant le manque de « pratique » : « *En ce qui concerne un examen d'un col ou la pose d'un spéculum, un examen gynécologique en position latérale, il faudrait sans doute une pratique* » MG4 L63 ; « *Je me sentirais, en tout cas pour les premières fois, pas à l'aise pour un frottis ou un stérilet. [...] Poser un spéculum dans cette position, je ne suis pas sûre de... je pense que ça demande quand même un peu de pratique* » SF1 L71.

3.2.1.6. Difficulté à changer ses pratiques

De plus, sans formation et sans pratique, ce nouveau positionnement ferait invariablement changer les repères cliniques des professionnels de santé : « *C'est moins pratique puis c'est pas les repères que l'on a habituellement !* » SF1 L124 ; « *Et nos repères ! Parce qu'on nous apprend tellement, enfin, nous, on a nos repères dans une position et pas dans l'autre* » SF5 L335 ; « *Parce que là, ça change tout l'examen gynéco en fait en termes de repères* » MG2 L177 ; « *Il faudrait se réadapter pour avoir tous les repères anatomiques dans cette position!* » G3 L205.

Ce changement de repères s'apparenterait pour certains à un « problème » : « *Je me suis dit, concrètement, ça allait me poser des problèmes pour l'orientation... et mes repères anatomiques ! Et c'était la première chose à laquelle j'ai pensé !* » MG3 L85 ; ou pour d'autres à un effort à fournir : « *Tu as pris l'habitude quand tu es en position gynécologique. [...] Là, il faut que tu te fasses une petite gymnastique personnelle* » MG4 L328. Quelle que soit la force des mots utilisés, ce changement de repères serait une étape supplémentaire plus ou moins difficile à franchir : « *Après, c'est vrai que les repères changent donc, des fois, c'est peut-être moins évident de se lancer dedans !* » SF2 L73 ; « *Les repères ne sont pas les mêmes. [...] Voilà. C'est différent ! C'est pas impossible, c'est différent !* » SF3 L155.

C'est pourquoi, en soulevant cette problématique des changements de repères, les praticiens accentueraient l'importance du besoin de formation relatée plus tôt. Certains MG

l'exprimaient ainsi : « *C'est vrai que le décubitus, tant qu'on n'a pas vu faire, vu pratiquer, peut-être que... c'est un peu difficile de s'y jeter comme ça, la première fois, je sais pas... En tout cas, je n'ai pas encore osé* » MG3 L87 ; « *On a été habitué à faire comme ça et c'est difficile de... parce que là, ça change tout l'examen gynéco en fait* » MG2 L175 ; « *Il faut aussi le tourner d'une autre manière, que ce qu'on a appris. C'est bête, mais c'est surtout par rapport à ce qu'on a appris finalement, qui change un peu* » MG5 L116.

D'autres exprimaient leur réticence à changer en tenant compte du « confort » de rester dans une pratique connue et maîtrisée : « *On a appris comme ça ! On est à l'aise ! On a confiance en nous sur le geste* » SF2 L235 ; « *On est dans la culture où c'est comme ça qu'on fait ! Donc on est habitué comme ça, ça veut dire qu'on revient sur notre petit confort et qu'on essaye de faire autrement !* » SF3 L230 ; « *Je pense que ça te met en difficulté si tu essayes de faire... Enfin, toute seule, dans ton petit coin. [...] Ça veut dire que tu te réapprends toute seule... Tu désapprends ce qu'on t'a appris pour réapprendre autrement ! Tu sors de ton confort* » SF3 L236 ; « *Parce que de toute façon, de la part des soignants, pour moi, ça ne bougera pas ! Parce qu'on reste dans notre confort* » SF5 L353. Chez une SF, changer ses habitudes de pratique semblait la déstabiliser au point de « ne pas vouloir se poser la question » et de rester sur une pratique connue et donc confortable : « *Alors j'avoue que je leur pose pas la question parce que comme ça, j'ai pas la réponse ! C'est pas un terrain sur lequel je vais parce que j'ai besoin d'être à l'aise dans ce que je fais* » SF3 L250. Plus tard, elle étayait ses propos : « *On se pose la question de pas mal de chose, mais pas forcément de la violence qu'elles ont quand elles s'allongent sur une table et qu'elles se mettent en position gynéco !... Est-ce que ça nous arrange de ne pas le voir ?... Ça nous arrange... C'est beaucoup plus pratique pour nous et on se pose pas la question !..* » SF3 L275.

Allant dans le même sens, des praticiens exposaient également la difficulté de s'extraire de leurs habitudes de pratique mais de façon plus large, plus profonde : « *Je pense que c'est juste*

une question d'habitude ! C'est que j'ai pris l'habitude de travailler en position gynéco classique » SF4 L84 ; « C'est plus dur de changer les habitudes ! » SF5 L253. Quelques professionnels estimaient que ces habitudes étaient plus difficiles à changer chez des praticiens plus âgés : « C'est sûr que quand on a 15 ans d'habitude, c'est peut-être un peu difficile de bousculer ses habitudes » MG3 L109 ; « C'est tout re-déconstruire notre formation et ça, c'est ça qui n'est pas évident. ... Ouais, et encore moi je suis sortie de l'école il n'y a pas si longtemps ! Euh, celles qui sont plus anciennes, c'est pas possible, c'est pas simple ! » SF5 L201 ; « J'ai l'impression que c'est presque une question de génération ! Ça, c'était une jeune sage-femme qui me racontait ça ! Bon, moi, je ne fais plus partie des jeunes sages-femmes, je suis plutôt dans les vieilles maintenant et du coup c'est vrai que peut-être que pour elle, c'était peut-être plus facile de chambouler ses habitudes » SF4 L101.

Une des participantes a quant à elle exprimé la nécessité de respecter des habitudes organisationnelles : *« Surtout au cabinet, parce que c'est pas des questions de temps, mais c'est côté organisationnel, vous avez vu, tout doit être rationné dans le geste et dans le travail ... Tac. Tac. Tac. Tac. Donc si ça rentre dans le « tac tac tac », pourquoi pas ! » G2 L311.*

Pour certains autres, cette difficulté à changer ses pratiques, à sortir de ce « confort », relevait d'une peur de mal-faire. Ainsi, un MG tenait compte d'un stress supplémentaire en l'illustrant avec l'acte du FCU, et de façon assez large puisqu'il l'associait à la fois à la nécessité de non-douleur et de réassurance des patientes et à la nécessité d'expertise médicale : *« Quand tu vas faire un frottis, tu te dis « Est-ce que je vais trouver le col ? », « Est-ce que je vais réussir à trouver le col sans lui faire mal ? Sans euh... sans, sans l'inquiéter tout ça... ? » Et ça, c'est une autre alternative qu'on n'a pas apprise du tout ! Et du coup, je me dis que ça va être encore plus de stress pour le médecin de faire ça en se disant « J'vais peut-être encore moins y arriver » » MG2 L169.*

Deux SF évoquaient plutôt la peur du défaut de diagnostic dû à un changement de leurs habitudes de pratique, la « *peur de louper quelque chose parce que j'ai pas mes repères et mes habitudes* » SF2 L169, celle « *de passer à côté de quelque chose* » surtout pour les patientes symptomatiques : « *C'est sûr qu'une patiente qui est symptomatique, je vais être honnête, moi, je suis plus à l'aise parce que j'ai été formée dans ce sens-là, position gynéco en décubitus dorsal, je vais pas l'examiner dans une autre position par peur de passer à côté de certaines choses* » SF5 L139.

Enfin, la difficulté de changer ses pratiques coïncidait également avec un problème de temps. Plusieurs MG et SF ne voyaient pas comment ils pourraient intégrer le temps nécessaire à ce possible changement de pratique, dans un emploi du temps déjà surchargé : « *Non, je ne l'avais pas fait parce que vous savez, quand on est médecin généraliste, on est grignoté par toutes les urgences du quotidien en fait. Et je trouve que c'est assez difficile de changer ces pratiques* » MG1 L148 ; « *On peut être tenté parfois à repousser certaines choses qu'on pourrait changer dans sa pratique, quoi. Donc je le fais quand c'est urgent, quand je suis obligée* » MG1 L155 ; « *Faut que j'essaye de me tenir à jour* » MG3 L47 ; « *J'y ai pensé plus ou moins avant, mais là je reviens de vacances donc j'avoue... pendant, les vacances euh voilà ! [...] Je m'étais dit que je chercherais ! Tu vois, j'ai pas, j'étais en vacances donc j'ai pas cherché* » SF2 L295.

3.2.2. Réponses au respect du bien-être des patientes

La manière dont la position gynécologique en DL pourrait répondre aux attentes professionnelles des participants de cette étude vient d'être illustrée. Il est notable que de nombreux inconvénients et freins sont ressortis. Il s'agit à présent de s'intéresser à leur perception quant aux réponses que le DL pourrait apporter au bien-être des patientes. Cette approche paraissait leur faire relever davantage d'aspects positifs.

3.2.2.1. Acceptabilité

Les professionnels inclus dans cette étude ont peu discuté de leur vision de l'acceptabilité des patientes vis à vis de cette nouvelle position d'EG. Pour ces quelques participants, ils imaginaient notamment la surprise que cela pourrait provoquer dans leur patientèle, qui pourrait même relever, pour SF3, d'une incompréhension : *« Les aspects négatifs, je pense que ça peut être presque une incompréhension de certaines patientes qui comprennent pas pourquoi on se met dans une autre position que d'habitude »* SF3 L171.

De la même façon, en comparant cette position gynécologique à certaines « méthodes » obstétricales en DL, une gynécologue soulignait le fait que les patientes devraient être mise au courant avant de pouvoir imaginer changer les pratiques : *« C'est une méthodologie qui est développée et ça, c'est connu qu'il y a des sages-femmes qui appliquent ça et qui préparent la femme avant. Voilà. Elles expliquent avant, donc la femme elle souhaite, donc elle est prête, elle est pas « entraînée » mais elle a été mise au courant »* G2 L46. C'était également ce que soulignait un MG : *« Peut-être que le questionnement de dire « Voilà, j'ai toujours été examinée en position dorsale, pourquoi est-ce qu'il m'examine en position latérale ? » C'est un questionnement supplémentaire, mais ça peut se débriefer avant »* MG4 L366.

Ainsi, cela semblait revenir à la nécessité d'informer et d'obtenir le consentement des patientes afin de préserver la relation de confiance patiente-soignant. Ces obligations devraient donc être appliquées également pour le changement de pratique que pourrait être l'EG en DL. MG1 l'exprimait ainsi : *« Je pourrais leur dire « Si vous voulez, cette fois-ci, on peut essayer comme ça, si ça vous dérange pas », et je pense que ça ne les dérangera pas »* MG1 L260.

3.2.2.2. Intimité et pudeur

Un grand nombre de professionnels se sont positionnés quant à l'apport du DL sur la gestion de l'intimité et de la pudeur des patientes et les avis ont été discordants, parfois dans le

discours d'un même praticien.

Ainsi, d'un côté, plusieurs professionnels considéraient que la pudeur des patientes serait respectée en DL, sans justifier davantage, comme pour cette MG : « *Je trouve que ça respecte la pudeur* » MG1 L81. Cet avis était relayé par certains de ces collègues, sous la forme de suppositions : « *Peut-être que là il y aurait moins d'exposition aussi au niveau du sexe de la dame* » MG2 L133 ; « *Qu'est-ce que ça rend au niveau des études ? Qu'elles se sont senties respectées dans leur pudeur, je pense ?* » SF5 L385 ; « *Je pense que si je leur demande de se mettre sur le côté, elles apprécieront encore plus ! Par rapport à ce respect de la pudeur, de l'intimité* » SF5 167 ; ou sous la forme d'affirmations telle que : « *On peut, je trouve, cacher plus facilement les parties intimes* » MG5 L31. Ce respect de la pudeur des patientes deviendrait ainsi un aspect positif pour le professionnel lui-même : « *S'il y a plus de pudeur, j'ai l'impression aussi, c'est aussi important du côté du praticien* » MG5 L226.

Ces professionnels poursuivaient cette réflexion sur un terrain plus relationnel, par des arguments ne touchant plus uniquement à la gestion de la pudeur des patientes, ciblée sur les organes génitaux externes. Le DL semblait leur évoquer un abord plus respectueux de l'intimité des patientes. Ainsi, un MG parlait d'un « *abord moins direct* » MG2 L136 du fait que les patientes « *auraient l'impression d'avoir un peu moins la tête du médecin entre leurs jambes* » MG2 L125. Pour un de ses confrères, l'EG en DL serait « *sans doute moins intimement agressif* » MG4 L56 et, concernant « *le respect de l'intimité de la personne, et le respect en général de la personne* » le ressenti des patientes « *ne [pouvait] être que bon dans ces conditions* » MG4 L309. Dans le même ordre d'idées, un autre MG « *avait l'impression, personnellement, dans son ressenti* », que cette position n'était pas « *suggestive* », ce qui était « *vraiment plus confortable pour mettre en confiance la patiente* » MG5 L49. Ainsi, dans l'approche globale du respect des patientes, une SF rajoutait : « *Je trouve que c'est plus avoir une position horizontale avec une patiente, quoi, c'est tout ! Arrêter de voir le médecin soit debout,*

soit assis avec la lumière plein pot sur le périnée, enfin tout ça, quoi ! C'est une autre relation ! »
SF5 L188.

À l'inverse, certains professionnels se disaient « *déstabilisés* » G3 L116, voire « *heurtés* » SF3 L99 par ce positionnement. Ils justifiaient ce ressenti en expliquant « *trouver que c'est une position qui est indécente* » G3 L221, ou qui ferait « *beaucoup plus penser peut-être à une position sexuelle* » SF3 L36. Ils auraient ainsi peur de « *rentrer plus dans leur intimité en position latérale qu'en position gynéco !* » SF3 L38. En effet, pour G3, la position gynécologique en DD s'apparenterait à la neutralité : c'était « *une position qui ne ressemble à rien dans la vie courante, c'est une position vraiment dédiée examen gynécologique* » G3 L110, ce qui la rendrait « *beaucoup plus facile à vivre, entre guillemets, pour la patiente* » G3 L112. Une SF partageait ce même avis, trouvant que les patientes seraient « *plus exposé[es], finalement, plus à nu* » SF1 L101, du fait que « *c'est une position de repos, d'être sur le côté, donc d'intimité quoi* » L112. Elle poursuivait en relevant également que « *les fesses étaient vraiment exposées* » SF1 L113, faisant à nouveau le parallèle avec l'EG en DD qui mettait « *la vulve en exposition mais pas forcément les fesses ou l'anus* » SF1 L115.

Il est intéressant de noter que ces trois professionnels ont régulièrement tenu à pondérer leur propos en marquant leur subjectivité : « *Alors ! Est-ce que je suis objectif ou pas ?* » G3 L108 ; « *Je trouve que cette position, elle est difficile pour la patiente ! C'est mon interprétation !* » G3 L236 ; « *Moi, en tant que patiente, j'aimerais moins !* » G3 L116 ; « *C'est difficile à imaginer parce que moi, personnellement, moi, en tant que patiente, j'aimerais pas qu'on m'examine comme ça* » SF1 L101 ; « *C'est ma sensibilité à moi* » SF3 L36 ; « *Mais c'est sans doute, ma culture qui est comme ça, hein ! Parce que ailleurs, c'est sans doute différent* » SF8 36 ; « *Moi, c'est ce que je trouve, je dis pas que c'est la vérité* » SF3 L90. Ainsi, une de ses participantes a même su se projeter sous l'angle des patientes et, changeant de perspective, elle rajoutait concernant l'EG en DL : « *Mais après, j'imagine, de ce que j'ai entendu parler, j'ai*

l'impression qu'il y a des patientes pour lesquelles c'est plus confortable et au contraire, elles sont moins exposées qu'en position gynécologique. Peut-être parce qu'elles ont les jambes fermées donc c'est moins... elles ont les jambes collées donc c'est moins... voilà, c'est... c'est peut-être moins traumatisant pour ces femmes que d'avoir les jambes écartées en étant sur le dos » SF1 L103. Une autre SF disait clairement qu'un tel changement positionnel lui paraissait être un frein pour entretenir sa relation de soin avec les patientes, bien qu'elle reconnaissait son rapport subjectif avec cette position : « Après, je pense que ça peut en effet peut-être convenir à certaines patientes mais moi, si je ne suis pas à l'aise, je pense qu'elles ne le seront pas non plus, sans doute. » SF3 L80.

Enfin, seule une gynécologue considérait que la position d'examen n'avait que peu de conséquences sur le respect de l'intimité ou sur le respect de la pudeur des patientes : « *Je ne crois pas que la pudeur soit vraiment plus protégée en décubitus latéral qu'en dorsal » G4 L130 ; « Je pense pas que le DL, par rapport au DD, que la pudeur soit moins atteinte. J'ai pas cette impression » G4 L35. Ainsi, pour elle, « tout dépend de l'abord qu'on a » G4 L28.*

3.2.2.3. Confort

Pour ce qui avait trait à la gestion du confort des patientes, deux points distincts ont été abordés naturellement par plusieurs intervenants : le temps d'installation et le temps de l'examen.

Les deux praticiennes qui se sont entretenues sur le temps d'installation des patientes pour cet EG en DL présentaient des avis opposés. Une MG trouvait l'installation en DL « *facile à adopter » MG1 L227 pour les patientes : « C'est plus facile à mettre en œuvre et même plus pratique pour la patiente, de se tourner sur le côté, plutôt que d'avoir à s'installer sur le dos en écartant les jambes » MG1 L89. Elle précisait son avis dans le cas particulier des patientes à mobilité réduite : « Si vous avez des problèmes d'arthrose de hanche ou même de manque de souplesse, c'est parfois difficile de leur faire bien écartier les jambes ! Tandis que les coucher sur*

le côté pour faire un examen gynécologique, ben ça me paraît très bien » MG1 L82. Cette solution de confort semblait lui apparaître comme une des forces de l'EG en DL pour sa patientèle âgée au cabinet, ainsi que pour sa patientèle en EHPAD : *« Je vois pas mal de personnes âgées en EHPAD, [...] je me verrais mieux examiner une petite dame comme ça, dans un lit qu'en position gynécologique »* MG1 L223. À l'inverse, une SF soulève que cette position en DL pouvait être *« plus difficile »* SF4 L124 du fait d'un *« problème de souplesse »* SF4 L126. Elle s'expliquait ainsi : *« Peut-être que c'est plus facile, pour une jeune, de se mettre sur le côté, de tenir sa jambe... plutôt qu'une femme qui a 60-65 ans... C'est le dernier frottis, c'est peut-être un petit peu plus difficile »* SF4 L127, laissant supposer que les patientes participeraient manuellement pour tenir leur jambe supérieure lors d'un EG en DL.

Du point de vue du temps d'examen, quelques autres participants se sont également exprimés et, cette fois encore, leurs avis divergeaient. Ainsi, un MG trouvait cette position *« nettement plus confortable [...] pour la patiente notamment »* MG5 L20 et une SF imaginait, de façon identique, qu'il y aurait *« des patientes pour lesquelles c'est plus confortable »* SF1 L103, notamment du fait de l'absence d'étriers : *« Je peux peut-être comprendre qu'il y en ait certaines qui n'aiment pas avoir les jambes aux étriers »* SF1 L120. Alors qu'une de ses consœurs, s'étant déjà exprimée sur le temps d'installation, trouvait que la position en DL ne semblait *« pas du tout confortable »* SF4 L196 pour les patientes et *« pas forcément très pratique »* SF4 L98 pour elle ou les patientes. Elle demeurait encore en recherche d'adaptation posturale afin que la position lui paraisse satisfaisante du point de vue du confort des patientes : *« Si je trouvais une solution... peut-être par un coussin. Sous le genou... Par exemple. Qui puisse stabiliser, voilà, ça m'irait peut-être un peu mieux. Je ne sais pas, il faut que je réfléchisse à ça, effectivement »* SF4 L199.

3.2.2.4. Gestion de la douleur

Concernant la problématique de la douleur liée aux gestes gynécologiques, quelques participants peu nombreux ont émis des avis ou suppositions allant en majorité en faveur de cette position gynécologique en DL.

Ainsi, une SF estimait que l'examen pouvait être « *moins douloureux* » SF2 L198 du fait d'une « *ouverture du bassin qui est un peu plus importante* » SF2 L199 ou de possibles diminutions de « *tension musculaire* » SF2 L216. Dans le cas de patientes ayant eu des antécédents gynécologiques douloureux ou des antécédents d'EG douloureux, un gynécologue présentait pour sa part l'EG en DL comme « *intéressant* » G3 L58 « *si cet examen est moins douloureux pour la patiente* » G3 L64, laissant donc beaucoup de place à l'hypothèse sans s'exprimer plus amplement sur les fondements de cet avis.

Une SF l'ayant ponctuellement exécuté, nous rapportait son retour d'expérience épisodique avec un avantage pour le DL concernant le ressenti de la douleur chez les patientes : « *Les patientes, au final, j'avais peur qu'il y ait plus de douleur alors qu'elles se rendaient pas compte du tout* » SF5 L125.

Enfin, une dernière participante exprimait son avis quant à une similarité des deux positions par rapport à la douleur des patientes : « *Toutes les femmes sont gênées, effectivement, d'avoir un examen gynécologique et à mon avis, pour moi, qu'elles soient sur le côté ou sur le dos... je pense que la gêne est la même ! Enfin [...] la sensibilité. Je ne pense pas qu'on soit moins douloureuse en pratiquant en décubitus latéral qu'en décubitus dorsal* » G4 L125.

3.2.2.5. Anxiété

La question de l'anxiété des patientes lors d'un EG en DL a été traitée spontanément par la moitié des professionnels répondant, majoritairement sur des versants positifs.

Un premier professionnel s'est exprimé sur le fait que cette position pouvait être « *une bonne méthode* » sur ce point-là car il pensait que « *psychologiquement les femmes sont moins tendues et moins exposées dans cette position latérale* » MG4 L382. Allant dans le même sens, deux professionnels pensaient avoir constaté, après l'avoir ponctuellement pratiqué, que les patientes étaient « *moins angoissée[s]* » MG5 L158 ou « *se sent[ai]ent rassurées* » SF5 L125. Ainsi, ce médecin notait : « *Au niveau du rapport thérapeutique avec la patiente, ça met[tait] quand même plus en confiance d'avoir une position comme ça* » MG5 L382. Un peu plus tôt dans l'entretien, ce praticien avait justifié son avis quant à une diminution de l'« *angoisse* » de la patiente « *parce qu'elles n'[étaient] pas dans une relation de soumission avec le thérapeute* » MG5 L159. Des mots forts qui ont été également prononcés par une SF : « *Peut-être que la patiente se sent plus à l'aise, du fait de ne pas avoir quelqu'un entre ses jambes, qui la domine entre guillemets, qui est un peu maître de son corps à ce moment-là* » SF2 L200.

Par ailleurs, trois gynécologues ont proposé cette pratique dans des cas particuliers où des patientes seraient particulièrement anxieuses au cours d'un EG. G2 présentait comme le seul possible avantage à cette pratique « *les femmes souffrant de vaginisme* » G2 L151, sans argumenter davantage : « *Sur le vaginisme, vous voyez, je vois les patientes avec le vaginisme. [...] Peut-être, il fallait essayer... J'ai pas pensé peut-être...* » G2 L196. Cette idée était reprise par l'un de ses confrères qui considérait que pour certaines « *patientes très particulièrement qui auraient eu des difficultés d'examen, dans l'examen standard* » G3 L105, la possibilité que le DL leur permette « *d'accepter un peu plus l'examen ou pas l'examen pourrait en faire une ouverture* » G3 L64. Il citait pour exemple les patientes aux « *difficultés psychologiques ou relationnelles* » ou ayant eu un « *vécu douloureux d'une sexualité passée* » G3 L57, en appuyant sur le fait qu'il s'agissait de « *cas particuliers où il faut savoir prendre le temps et s'adapter* » G3 L59. Toujours dans la même suite d'idée, une autre professionnelle déclarait « *l'envisag[er] plus spontanément* » G4 L207 chez des patientes aux antécédents de violences sexuelles : « *Peut-être*

qu'effectivement, le fait de ne pas avoir à les mettre sur les étriers, pour retrouver la position peut-être dans laquelle elles ont été agressées, pourquoi pas ? » G3 L214.

L'ensemble de ces idées et rapprochements pourrait donc laisser à penser que ces professionnels estimaient que l'EG en DL pourrait trouver sa place, chez des patientes pour qui le rapport avec l'EG est plus particulièrement source d'anxiété.

3.2.2.6. Perte de contact visuel

Comme le DL nécessiterait que le praticien se place en arrière de la patiente, plusieurs participants ont abordé le sujet de la perte de contact visuel sous plusieurs versions.

Une partie des praticiens considérait la perte de contact visuel comme une possibilité de lâcher-prise pour les patientes, engendrant des effets jugés comme positifs. Ainsi, un MG pensait que : *« Les patientes, elles sont rassurées dans le sens où elles ne nous voient pas ! En décubitus latéral, elles nous voient moins quoi ! Elles peuvent plus facilement ne pas regarder »* MG2 L223 ; idée relayée par un de ses confrères : *« Et peut-être qu'elles voient moins aussi ce qu'il se passe, donc ça permet [...] que l'examen se passe mieux »* MG5 L160.

Au contraire, pour une SF, cette perte de contact serait plutôt *« déconcertant »* ou *« déstabilisant »* SF2 L105 pour les patientes, ce qu'elle traduisait par le fait qu'*« il y a des patientes qui n'aiment pas du tout avoir une personne dans leur dos. Enfin, je fais référence plutôt à la pose de péridurale pendant l'accouchement, avoir quelqu'un dans le dos, ne pas voir le geste qu'il fait, des fois, ça peut être un peu angoissant »* SF2 L101. Enfin, un gynécologue exprimait clairement que cette perte de contact visuel nuirait à sa relation avec les patientes : *« La patiente ne voit pas ce qu'il se passe dans le pourtour de cette table d'examen, c'est vraiment quelque chose qui me dérange beaucoup. [...] Pour moi c'est un point négatif majeur »* G3 L223, ce qu'il expliquait par le fait d'avoir *« beaucoup de patientes qui scrutent mon visage*

en permanence, pour avoir des informations sur mon interprétation en temps réel de l'examen, qui interprètent le moindre sourcillement que je pourrais faire, le moindre écarquillement des yeux » G3 L231.

3.3. Ressenti global dans le soin de la Femme

3.3.1. Comparaison avec l'examen gynécologique en décubitus dorsal

En donnant leur avis sur l'EG en DL, les professionnels de cette étude ont spontanément exprimé leur ressenti quant à l'EG en DD. En conséquence, il apparaîtrait que le positionnement actuel en DD conviendrait à une large majorité de ces professionnels et ce, pour diverses raisons mentionnées au cours de leurs entretiens.

Tout d'abord, le DD serait synonyme de praticité pour les soignants et ne ferait ainsi pas débat quel que soit leur corps de métier : *« Quand la femme est en décubitus dorsal sur étriers, pour nous, c'est plus pratique de faire les gestes, ça c'est sûr » SF2 L230 ; « Après, c'est sûr que quand on est avec la femme installée, donc on a le scalytique derrière nous, on n'a rien à toucher... bien exposer la lumière... là, je le visualise bien » MG3 L191 ; « Ils mettent les étriers parce qu'en fait on voit mieux et que c'est plus pratique » G3 L24.* Ce constat assez généralisé viendrait mettre en relief leur perception quant à la réponse que l'EG en DL apporterait au bien-être du professionnel, idée développée au début de ce chapitre.¹⁷

Certains participants appuyaient également cet avis sur le fait que la position en DD était une *« technique qui marche »* MG2 L193, estimant logique que l'*« on continue sur quelque chose qui marche »* MG2 L194. L'idéal d'efficacité des gestes semblerait ainsi atteint dans la position gynécologique actuellement pratiquée.

Par ailleurs, l'EG en DD leur paraissait majoritairement accepté par les patientes, comme le soulignait ce praticien : *« On continue sur quelque chose qui [...] est accepté au final ! Pour la*

¹⁷ Voir chapitre 3.2.1 p 56

plupart du temps, c'est accepté » MG2 L193.

Pour toutes ces raisons, ces soignants exprimaient leur confiance en eux et en la position classique utilisée actuellement. Pour certains, une remise en question serait donc inutile : « *Si ça me pose problème dans la position classique, peut-être qu'il faudra que j'essaye cette position sur le côté. Pour l'instant, franchement, je n'ai pas eu trop de difficulté dans la position classique » SF4 L49 ; « Je me suis pas posé la question, de faire un examen gynécologique comme ça » MG2 L199 ; « Est-ce la position classique est un frein à l'examen gynécologique pour les femmes ? Je ne sais pas... Est-ce que cette position serait un atout ? Je sais pas, ça... » MG3 L235 ; « Du coup, sans chercher compliqué, l'examen ça se passe toujours très très bien » G2 L237.*

Il n'y aurait pas de remise en cause à prévoir, d'autant plus que leur formation allait dans ce sens : « *Pour moi, l'examen gynécologique, ça se faisait comme on avait appris, comme on avait vu quand on faisait nos études, quoi ! Ça se faisait, en décubitus dorsal » MG1 L68 ; « Parce après, de toute façon, les stages passent, tu reviens à l'autre, on se réhabitue à la position gynéco, en te disant : « C'est ce qu'il y a de mieux ». Bon ben, c'est ce qu'il y a de mieux ! » SF3 L197.*

Pourtant, plusieurs professionnels semblaient souligner aussi la possibilité qu'il y ait des points à améliorer, quand ils s'imaginaient du côté des patientes. Pour cette SF, bien que la position en DD soit « *ce qu'il y a de plus pratique en tout cas pour le praticien » SF3 L199*, elle se questionnait ensuite : « *Est-ce que c'est ce qu'il y a de mieux pour la patiente ? » L200*. Le prolongement de cette réflexion la menait finalement jusqu'à une phrase particulièrement pleine de sous-entendus : « *On se pose la question de pas mal de chose, mais pas forcément de la violence qu'elles ont quand elles s'allongent sur une table et qu'elles se mettent en position gynéco » SF3 L277*. Plusieurs de ses collègues se questionnaient de la même façon : « *Est-ce que*

pour la patiente, c'est mieux vécu ? C'est moins douloureux ? C'est pas plus compliqué pour elle ? Voilà ! C'est un peu les questions que je me pose finalement » SF4 L76 ; « Mais c'est vrai que peut-être poser la question que maintenant, il y a aussi l'avis de la patiente qui compte, son confort » SF2 L236.

Enfin, quelques professionnels partageaient un avis moins pondéré sur la position gynécologique en DD comme cette SF pour qui elle était « *une violence en elle-même* » SF5 L194. Un MG la trouvait « *un peu spéciale* » voire « *gênante* » MG4 L44, en précisant que : « *Je me mettais dans la tête des femmes et, visiblement, c'était pas une position très médicale, quoi ! [...] Ça me paraît être aussi quand même assez une position de soumission* » MG4 L46. Cette idée de rapport particulier avec les patientes au cours d'un EG en DD était reprise péjorativement par l'un de ses collègues : « *La dame était toujours dans une position inférieure. On sentait que même au niveau du contact etc, nous on est plus ou moins debout, la dame déjà est complètement allongée, les jambes écartées, donc il y a vraiment un côté mal à l'aise, quoi qui s'installe* » MG5 L28.

3.3.2. Ressenti pour leur pratique personnelle

3.3.2.1. Intérêt pour le sujet

L'ensemble des professionnels a fait preuve d'un intérêt prononcé pour ce sujet d'étude, en se montrant tout d'abord disponible pour discuter ouvertement de leurs pratiques, et qui plus est pendant la crise sanitaire actuelle.

Cet intérêt a été fréquemment verbalisé par une large majorité de professionnels, autant chez les MG (« *Alors, je me suis dit : Tiens, c'est intéressant !* » MG1 L72 ; « *J'étais content de savoir que ça existait !* » MG3 L85), que chez les SF (« *Parce que c'est vrai que c'est intéressant quand même comme examen* » SF2 L258 ; « *Ce sujet m'intéressait parce que ça m'interpelle* » SF4 L71), et chez les gynécologues (« *Je suis prêt à me laisser interpeller* » G1 L255).

La recherche personnelle qu'ils ont, pour certains, accomplie avant ou après cette sollicitation d'étude, allait également dans ce sens. Pour exemple, SF3 qui s'était « *posée la question quand même* » alors que non parti-prenante disait : « *J'ai dû chercher pendant mes études parce que ça m'avait quand même un peu heurtée* » L183.

Pour certains, le fait de ne pas connaître cette position d'examen leur apparaissait même comme un manquement à leur devoir de soignant, comme MG3 qui nous décrivait son premier ressenti à l'évocation de l'EG en DL par le sentiment d'« *être passé à côté de quelque chose* » L81, ou comme G1 qui déclarait que : « *C'est quelque chose que j'aurais loupé, mais qui a moins de 5 ans* » L113.

Quoiqu'il en soit, plusieurs professionnels ont exprimé l'utilité de se remettre en question quant à la possibilité d'une position gynécologique alternative : « *C'est vrai que le fait que vous soyez venue, qu'on en ait parlé, ça fait se poser des questions* » SF1 L238 ; « *Mais du coup, ça va permettre d'y réfléchir un peu plus* » SF4 L93.

3.3.2.2. Pratique ponctuelle

Au vu des réponses devant l'hypothèse qu'une patiente souhaite un examen en DL, les professionnels ont montré une grande ouverture d'esprit. Ils ont été nettement majoritaires à être favorables à cette éventuelle demande.

Un MG « *voudrait bien essayer* » MG2 L114 « *parce qu'il y aura une raison si elle veut faire comme ça* » L119. De la même façon, SF3 déclarait « *Je l'aurais fait si la patiente m'avait demandé* » L125. Un autre verrait même ce cas de figure comme une occasion de « *passer le cap* » MG3 L175 car : « *Ça faciliterait la chose ! Parce qu'a priori, si elle le connaît, c'est qu'elle en a déjà eu l'expérience* » L174. Pour MG4, qui était déjà « *un peu parti-prenant* » L456, cette situation lui permettrait également d'apprendre de cette patiente : « *Je vais essayer*

d'aller un peu plus loin parce que visiblement si elle est au courant, est-ce qu'on lui en a parlé ? Sur quoi elle l'a lu ? Quelles sont ces sources ? Moi je suis toujours émerveillé de voir des gens qui m'apprennent mon métier » L453.

Pour certains autres, cette volonté à répondre à une telle demande d'une de leurs patientes présentait quand même des limites. Une SF disait à ce propos « *accepter la demande* » SF2 L151 mais « *si... tout va bien !* » L151 et en « *s'informant parce qu'elle n'en aurait pas l'habitude* » SF2 L143. Cette appréhension d'un acte peu connu et donc potentiellement mal réalisé était également verbalisée par d'autres praticiens, comme une collègue SF : « *Je vais essayer. Je ne dis pas que je serai à l'aise et que je vais y arriver mais je vais essayer !* » SF3 L140, et deux gynécologues : « *Je vais lui répondre « Je ne sais pas le faire » et c'est tout. Si elle m'explique et que c'est voilà, je suis partante mais, personnellement je vais lui dire « J'ai jamais fait », voilà !* » G2 L104 ; « *Si une femme arrivait en me le demandant, ben je dirais : « Écoutez, je vais essayer, on va voir. » Si j'arrive à voir tout ce que je veux voir, pourquoi pas !* » G4 L151. Enfin, G3 restait « *ouvert* » L281 à cette demande « *mais pas dans le temps imparti d'une journée classique* » L281 et proposerait alors de recevoir la patiente « *en dehors des horaires habituels* » L286.

Seule une SF ne se sentirait pas en mesure de dépasser ses pratiques et chercherait ainsi une alternative qui convienne aux deux parties, patientes et soignant : « *Je vais faire un effort et travailler là-dessus et essayer de trouver une autre solution, la meilleure pour elle, oui !* » SF4 L285.

3.3.2.3. Pratique courante

Il existait néanmoins un écart certain entre être « *interpellé* » ou « *intéressé* » et introduire cette nouvelle position d'examen dans sa pratique, un écart qui a été particulièrement affiché par les professionnels de l'étude. Puisqu'il s'agit de parler de faire évoluer ses pratiques, nous ne

parlerons pas ici des quelques professionnels qui ont eu volontairement, bien que ponctuellement, des expériences d'EG en DL.

Une praticienne a perçu l'EG en DL comme une pratique qu'elle pourrait utiliser dorénavant dans sa patientèle : « *Mais, moi, je vais y penser la prochaine fois que je ferai un examen gynéco ! Je proposerai cette position-là !* » MG1 L256. Cette médecin serait pourtant la seule des répondants à penser pouvoir adhérer pleinement à cette pratique d'examen. Elle déclarait même que, suivant comment cette expérience d'EG en DL se passerait, cela pourrait l'encourager à développer ses pratiques gynécologiques : « *Je pense que si j'essaye et que je m'aperçois que j'y arrive bien, ça m'incitera à proposer plus facilement certains examens gynécologiques et des frottis !* » MG1 L144.

Par ailleurs, nombreux étaient les autres participants qui n'exprimaient pas de réel besoin de changement de pratique quant à la position d'EG ou décrivaient des freins majeurs au DL. Au vu des interrogations encore trop marquées sur le sujet, nombreux étaient donc les professionnels qui semblaient attendre des réponses : « *Je pense que si on souhaite pratiquer cette chose-là, il faut nous informer d'un minimum de choses, parce qu'on ne sait pas !* » G2 L296 ; « *Du coup, j'ai dit « Tiens ! Si on fait une thèse, peut-être que ça commence à être en effervescence et peut-être voilà, on a trouvé que c'était peut-être une position mieux adaptée ?* » SF2 L128 ; « *J'avais déjà vu donc ça m'a pas impacté sans doute beaucoup plus que les autres. Mais ça m'a pas poussé à le faire non plus* » SF3 L78 ; « *C'est dommage en tout cas, ça c'est sûr... Ça mériterait d'être étudié, oui !* » MG3 L241. Ce dernier praticien soulignait cette attitude expectative malgré son intérêt quand il déclarait : « *J'ai pas essayé depuis ! J'aurais pu ! Parce que tu m'as sollicité il y a combien de temps ? Il y a quelques mois déjà ?* » MG3 L90. Ainsi, pour les plus persuadés, l'application de cette position resterait donc du champ du possible : « *Du coup, peut-être que je vais commencer à le proposer... bon, pour les frottis au moins* » SF1 L251.

Bien que l'objectif n'ait pas été de prouver que cette pratique d'EG puisse être généralisée, deux praticiens appuyaient sur le fait qu'un tel objectif était impossible : « *Alors, de là à me dire que je vais faire tous¹⁸ mes examens comme ça... et ben, je n'y suis pas encore !* » SF4 L64 ; « *Bien entendu, ma première réaction, c'est que c'est impossible de généraliser ça* » G3 L103. Ainsi pour ce dernier praticien, du fait de l'intensité de son emploi du temps, il se décrivait comme n'ayant pas « *la disponibilité [...] de [s]'attarder dans les différentes formes d'examens* » L122 et que cela « *ne s'adresserait qu'à des situations, à des patientes, très particulièrement* » L105, pour conclure : « *il faut pas que ce soit le quotidien, quoi !* » G3 L133.

Enfin, un professionnel a marqué plus fortement sa désapprobation quant à l'utilité de l'EG en DL, hors FCU. Dans ce sens, cette position lui « *sembl[ait] être tout à fait un pis-aller* » G1 L255.

18 Ici, la participante avait accentué le mot « tous ».

4. PARALLÈLE AVEC LA PROFESSIONNELLE AYANT PRATIQUÉ COURAMMENT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE EN DÉCUBITUS LATÉRAL

Une praticienne ayant couramment pratiqué l'EG en DL a été incluse dans cette étude, afin de mettre en perspective l'analyse principale. Pendant 6 ans, à la fréquence d'une demi-journée hebdomadaire en activité salariale, cette SF pratiquait des « *consultations de suivi gynécologique et de contraception* » L15, à une population de femmes « *jeunes* » L33 pour lesquelles la position gynécologique en DL était « *systématiquement* » L45 proposée.

En premier lieu, la connaissance de cette pratique alternative dans le milieu médical a été abordée. Personnellement, elle avait connu cette pratique grâce à des recherches personnelles sur « *internet* » L89, en « *préparant des cours pour parler de l'examen gynécologique* » L84, et en notant notamment ce que « *Monsieur Winckler disait* » L90. Elle accordait involontairement ses dires avec les autres participants en précisant malgré tout que la « *littérature était pauvre* » L90 sur le sujet de l'EG en DL. D'autre part, ni les « *cours du CNGOF sur la gynéco* » L225, ni « *les cours de Pierre et Marie Curie* » L226 n'en parlaient selon elle. Au cours de l'entretien, elle s'était justement demandée si cela ne pouvait pas être le cas pour les cours de l'UVMaF.

Cette praticienne n'en avait pas entendu parler pendant ses études de SF et précisait que cela en était de même pour ses collègues d'une « *génération un peu plus jeune qu'[elle]* » L212 et qui donc ne la « *connaissaient pas* » L211 pour la plupart. Elle le constatait notamment en « *encadrant de temps en temps la formation d'étudiantes sages-femmes* » L63 qui étaient « *surprises* » L64 de cette pratique. Cela pourrait être un élément de réponse au MG qui semblait penser que les SF connaissaient davantage cette pratique que les médecins grâce à leur enseignement¹⁹. Hors encadrement d'étudiantes, elle n'avait jamais eu l'occasion d'en discuter avec ses pairs, mise à part ses « *collègues enseignantes* » L125. Le sujet n'était pas plus abordé

¹⁹ Voir chapitre 3.1.1.3 p. 48

avec ses collègues médecins, bien qu'ayant « *quand même beaucoup travaillé avec* » L219 et même quand « *il y avait des formations* » L222 ou des « *interventions sur l'examen gynéco* » L224.

Concernant une possible pratique de ce positionnement d'EG en DL, elle n'était « *pas sûre que [les sages-femmes la] pratiquaient quand [elle voyait] comment ça se pass[ait] aujourd'hui* » L76, c'est à dire selon elle « *toujours pareil, allongé sur le dos* » L77. Elle se demandait néanmoins s'il n'en pouvait pas être autrement chez les « *sages-femmes libérales* » L202, laissant supposer qu'elle avait moins de contact dans ce secteur-là. Concernant les gynécologues, elle avait simplement émis l'idée qu'elle « *ne pensait pas qu'ils fassent autrement* » L122.

Cette professionnelle ne s'est pas exprimée sur le degré de sollicitation qu'elle avait pu recevoir des patientes concernant cette pratique d'examen au cours de sa carrière. Il n'en restait pas moins que cette pratique semblait une nouvelle fois décrite comme marginale par une professionnelle qui l'exerçait pourtant.

Lorsque le type de formation qu'elle avait pu avoir pour cette pratique a été discuté avec elle, cette participante a semblé ironiser sur le terme « *formée* » : « *Oh « formée », je m'suis pas « formée » ... toute seule ! J'veux dire, si on sait mettre un spéculum sur le dos, on sait le mettre autrement, ça m'a pas posé de souci !* » L82. Elle aurait simplement décidé d'« *essayer de le faire en consultation* » L93 après ses quelques recherches personnelles précédemment décrites. Elle semblait donc se l'être appropriée seule, à l'usage et de manière plutôt aisée.

Concernant sa pratique d'EG en tant que telle, cette interlocutrice proposait aux patientes de s'installer en DL gauche pour des raisons qu'elle n'a pas précisé, en « *faisant bien remonter la jambe supérieure* » L51 et pas nécessairement la jambe inférieure qui pouvait donc rester

« *allongée* » L52. Ce positionnement semblerait assez similaire au schéma²⁰ que nous avons utilisé dans cette étude.

D'un point de vue organisationnel, elle travaillait avec une table simple à 2 pans « *avec le dossier qui se levait* » L174 « *comme chez le médecin généraliste* » L171 « *pas forcément très gynéco* » L170 mais sur laquelle elle aurait quand même pu mettre des étriers. Sans avoir été dirigée dans ce sens, cette praticienne constatait que cette position de DL « *serait plus compliquée* » L181 à mettre en place avec les fauteuils d'examen fréquemment utilisés chez les spécialistes qui sont « *comme des coques* » L184, « *comme des chaises* » « *où [les patientes] sont directement en position gynéco* » L180. Ceci dit, pour elle, dans les conditions matérielles qu'elle avait eu, l'installation des patientes en DL était « *hyper facile* » L55. Concernant la possibilité que le DL prolongerait la durée de la consultation, cette professionnelle ne s'est pas exprimée clairement. Elle précisait simplement qu'elle « *avait le temps* » L192 d'avoir des créneaux de consultation d'une demi-heure comme elle n' « *était pas contrainte par l'aspect financier* » L194, au cours de la période où elle avait pratiqué couramment la position latérale.

Du point de vue des gestes, cette SF paraissait convaincue que la pose du spéculum était nettement facilitée : « *Les avantages, c'est que pour le praticien c'est facile, même novice, puisque quand on introduit le spéculum, c'est plus facile !* » L136 et ce, même « *chez une jeune* » chez qui pourtant elle considérait qu'« *introduire un spéculum n'est pas facile* » L57. L'exposition du col utérin lui paraissait également aisé : « *En plus, on tombe directement sur le col !* » L137. De ce fait, elle trouvait que la réalisation des FCU en DL était largement réalisable, voire même « *plus facile* » L60. Pour des gestes plus techniques comme la pose d'un DIU, cette praticienne exprimait son avis ainsi : « *Par contre, pour mettre le stérilet, c'était pas... je faisais pas comme ça parce que fallait se représenter... c'était un petit peu plus compliqué mais pour un frottis, ça ne posait pas de souci !* » L59. Elle n'avait jamais essayé à cause d'un manque

20 A savoir celui de « Borée », voir l'Annexe IV p 118

d'expérience et de repère, notion déjà très discutée chez les autres professionnels. C'est pourquoi elle ne pouvait que « *pense[r] que pour la pose de stérilet c'[était] aussi facile* » L144 : « *J'pense que c'est un peu la maîtrise. Mais je pense que ça changeait pas grand-chose* » L145.

Cette SF relayait l'idée des autres participants quant à la difficulté à changer ses pratiques lorsque nous lui avons demandé comment elle pouvait expliquer que cette position ne se pratiquait pas plus. Elle soulignait ainsi le « *confort de toujours faire la même chose* » L235 chez les soignants, le « *manque de curiosité intellectuelle* » L236 pour certains, mais aussi le manque de temps chez les professionnels de la santé : « *Après quand on est dans la routine du quotidien, c'est vrai que c'est pas sur son temps de travail qu'on va le faire ! Ça c'est forcément en dehors, à temps perdu !* » L237, « *Et puis bon, quand on est dans l'travail, moi j'vois bien ! On a plus le temps de lire ! Ça, ça me manque ! Mais bon, c'est comme ça.* » L214.

Enfin, nous avons relevé avec elle la problématique de ce positionnement avec des patientes obèses. Elle a semblé éluder le problème. En premier lieu, elle n'en avait pas eu l'expérience. En second lieu, quoi qu'il en soit, l'examen chez une patiente obèse serait « *difficile autrement* » L157 et qu'il « *fallait quand même du matériel adapté* » L160.

Concernant sa vision du ressenti des patientes en DL, cette SF soulignait le fait qu'il était nécessaire de « *prévenir les patientes, parce qu'[elle pensait] que ça surpren[ait]* » L141. La « *surprise* » L55 paraissait donc être le seul retour général qu'elle ait pu avoir des patientes. Pour le reste, cette professionnelle ne s'est spontanément exprimée que sur la gestion de la douleur en DL, appuyant par deux fois qu'« *il n'y avait pas de douleur* » L94, L140. Elle rajoutait également le désavantage possible que le praticien soit « *derrière la patiente* » L142 et que cela puisse être « *gênant* » L142 pour cette dernière, clôturant ses dires par : « *Mais moi je n'avais aucune gêne !* » L143.

- DISCUSSION -

1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

La position gynécologique en DL est largement présentée dans cet échantillon comme une pratique d'allure marginale, du fait qu'elle ne soit pas enseignée et qu'elle soit peu documentée, pratiquée ou discutée dans le milieu médical. À cela s'ajoute l'absence de sollicitation de patientes pour la totalité des praticiens. Les participants de cette étude ont essentiellement exprimé une vision d'un apprentissage par la pratique, personnelle ou par leurs pairs. Cette notion est davantage soulignée par le témoignage parallèle de la SF ayant pratiqué couramment l'EG en DL pour des consultations de premiers recours et s'étant formée seule.

Concernant sa mise en pratique d'un point de vue organisationnel, il n'est pas ressorti des entretiens l'impression d'une augmentation de la durée de l'EG exclusivement liée au changement de position. Les professionnels se sont abondamment exprimés sur l'importance de la table d'examen. La tendance était à considérer que l'assise devait être large. Le fait que leur table soit susceptible d'être transformée en lit d'examen (qu'elle ait deux pans, ou un troisième pan (ou « repose-pied ») rabattable et suffisamment grand) est présenté comme un critère nécessaire à la mise en pratique du DL.

Concernant leur perception des gestes, la tâche du professionnel d'un point de vue global apparaît moins pratique et plus complexe en DL. Le TV est considéré comme impossible à réaliser pour certains du fait du manque de la main abdominale. L'inspection vulvaire paraît moins exhaustive à moins d'y associer une participation manuelle du praticien. Nombreux sont ceux qui ont souligné la difficulté supposée de l'introduction du spéculum et de l'exposition du

col utérin en DL. Cette notion a cependant été contredite par les professionnels l'ayant déjà pratiqué et qui décrivent alors des gestes plus aisés. La pose de DIU semble difficile pour la majorité des participants qui se sont exprimés sur le sujet. Pour autant, l'ensemble des participants s'accorde à dire que l'exécution de FCU en DL paraît réalisable. La difficulté d'EG chez les patientes obèses, probablement augmentée par le DL, ressort de nombreux entretiens.

Ainsi, le bénéfice global de cette position en DL quant à la recherche du bien-être des professionnels apparaît comme majoritairement négatif.

Concernant le bien-être des patientes au cours d'un EG en DL, la tendance va dans le sens d'un respect de celui-ci. La gestion de la douleur -supposée ou constatée- des patientes semble majoritairement améliorée. La gestion de l'anxiété paraît également en majorité positive, autant dans un cadre général, qu'en application chez des patientes particulières (antécédents douloureux ou psychologiques). Cependant, des avis opposés ont été émis concernant la perte de contact visuel entre le professionnel et la patiente au cours d'un EG en DL : certains professionnels la relient à la possibilité d'un lâcher-prise pour les patientes, d'autres considèrent qu'elle serait source de malaise. Quoi qu'il en soit, l'acceptabilité des patientes devra être anticipée, du fait de probables sentiments de surprise ou d'incompréhension de leur part, lié au changement de position. Le confort des patientes au cours d'un EG en DL, bien que moins discuté, a été majoritairement décrit comme positif. Ce critère est souligné par une MG comme un atout important pour les temps d'installation et d'examen de patientes à mobilité réduite. C'est principalement la gestion de l'intimité des patientes qui a soulevé les avis les plus contradictoires, du fait d'une subjectivité nettement plus marquée pour ce critère. Néanmoins, la tendance majoritaire va dans le sens d'un respect de la pudeur et de l'intimité des patientes.

Ainsi, le bénéfice global de cette position en DL quant au respect du bien-être des patientes semble plutôt positif.

Trois freins majeurs ont été largement abordés par les participants, à commencer par le manque de preuves scientifiques sur les intérêts de l'EG en DL. Le manque de formation pour cette pratique a également été massivement souligné et parfois intégré à un débat plus large et commun à un grand nombre de praticiens : la difficulté à changer leurs pratiques. Plusieurs arguments ont été soulevés pour expliquer ce sentiment de ne pouvoir faire évoluer les pratiques tels que la difficulté de changer de repères cliniques, le confort d'une pratique habituelle, la peur d'un temps d'apprentissage préjudiciable pour les patientes (douleurs occasionnées ou défaut de diagnostic) et le manque de temps.

Pour finir, l'ensemble des participants ont affiché leur intérêt à se questionner sur une position d'EG accessoire et sur leurs pratiques gynécologiques. Malgré cet intérêt, peu de professionnel ont exprimé la volonté d'intégrer le DL dans leur pratique, principalement à cause des freins susmentionnés. Par ailleurs, bien qu'améliorable sous certains aspects, l'EG en DD semble permettre pour la plupart, le juste équilibre entre la recherche du bien-être du professionnel et le respect du bien-être d'un maximum de patientes, validant son usage universel.

Pour eux, le positionnement ne s'apparente qu'à une simple fraction d'un tout primordial à entretenir : la relation de confiance entre les patientes et le soignant. À cet égard, des pistes de relation de soin comme la décision médicale partagée ou le retour de pratique sont venues étayer les nombreux principes déjà appliqués : disponibilité, honnêteté, neutralité du professionnel et écoute, information et consentement des patientes. Il semble leur apparaître plus pertinent de travailler sur cet abord général que de remettre en question le positionnement de l'EG, au risque de déstabiliser un équilibre entériné et une relation de confiance préexistante.

2. FORCES ET FAIBLESSES

2.1. Sujet de l'étude

Le sujet de l'EG en DL a fait l'objet, en France, de quelques travaux universitaires depuis 2015 (6–9,11,12) et d'une publication (26). De ce constat ressort le fait que ce sujet est épisodique au vu de l'ensemble des publications scientifiques produites chaque jour. Ce sujet encore peu exploité de l'EG en DL, qui plus est, étudié sous l'angle des professionnels de santé qui ne sont pas *a priori* partie prenante, peut apparaître comme l'une des forces de cette étude.

Dans ce contexte médico-social latent de « violences obstétricales et gynécologiques », cette étude a également permis de renforcer la connaissance sur la manière dont les soignants travaillent le perfectionnement du bien-être de leurs patientes en soins gynécologiques primaires.

2.2. Type de l'étude

Le choix de réaliser une étude qualitative paraît approprié puisque le but était d'approfondir le sujet en étudiant les opinions d'un sous-groupe : les professionnels de santé qui ne pratiquent pas le DL (27). En effet, recueillir leur perception vis-à-vis de l'EG en DL n'a jamais été réalisé sur ce sujet par ailleurs peu documenté.

Le recueil des données par entretien semi-dirigé semble également pertinent, puisqu'il permet le juste équilibre entre une grande liberté d'expression et la possibilité de recentrer la discussion, quand nécessaire, sur la question initiale. Ce sujet d'étude ouvrait effectivement beaucoup de réflexions, soient-elles annexes ou intrinsèquement liées, comme il est possible de constater devant l'hétérogénéité des résultats. De plus, le fait que l'étude porte sur une pratique non éprouvée par les participants, pouvait leur susciter des schémas réflexifs via la comparaison, notamment par son versant obstétrical. Le cadre semi-directif était donc ici le plus approprié

pour « ne pas s'écarter de la question de recherche, tout en laissant suffisamment de liberté à l'interlocuteur pour recueillir des données pertinentes » (28).

2.3. Recrutement des professionnels

Le recrutement a essayé d'être le plus visible et le moins discriminant possible, notamment pour les SF et gynécologues d'Auvergne qui ont tous systématiquement reçu un courrier du moment qu'ils étaient inscrits sur un annuaire en ligne. Quant au recrutement des MG, qui a été soumis à une sélection plus fine, 45 courriers ont été envoyés dans toute l'Auvergne, ce qui paraît cohérent avec le protocole méthodologique. Le retour conséquent de 63 réponses est une preuve tangible de l'efficacité du recrutement. Ce type de recrutement a cependant pu provoquer un biais de sélection du fait que surtout les professionnels les plus volontaires ou impliqués aient répondu. De plus, le fait que les critères de recrutement aient été plus sévères que les critères d'inclusion a pu accentuer ce biais de sélection. Il est donc possible que les aspects positifs de l'EG en DL aient été surestimés par des professionnels intéressés par une remise en question de la pratique gynécologique. Néanmoins, ce large retour de courriers aura permis une plus grande flexibilité quant à l'échantillonnage pour les MG et les SF, les gynécologues ayant été moins répondants.

2.4. Population étudiée

Cette étude a la force d'avoir un échantillon total varié, quels que soient les critères de variabilité (sexe, âge, profession, type d'exercice, milieu d'exercice, activité universitaire parallèle ou non). Ceci dit, il faut souligner la dépréciation possible que cette force ait pu subir en n'ayant pas davantage de MG femmes incluses dans cette étude. L'échantillon de MG est déséquilibré par rapport à la démographie actuelle de 48,2% de femmes MG en activité régulière au 1^{er} janvier 2018 (29).

Aux critères de variabilité initiaux s'ajoutent deux autres critères qu'il aurait été difficile d'anticiper avant les entretiens : le lieu d'exercice et le lieu de formation. Pour le lieu d'exercice, il est regrettable de ne pas avoir eu la possibilité d'interroger des professionnels de Haute-Loire mais les trois autres départements ont été représentés. Pour le lieu de formation, il est satisfaisant de constater qu'une fraction non-négligeable des professionnels avaient été formés ailleurs qu'en Auvergne, contribuant davantage à la variabilité de cet échantillon.

Cependant, les résultats de l'étude ne peuvent pas être extrapolés à une population différente que celle étudiée.

2.5. Réalisation des entretiens

Le titre initial de cette thèse «*Freins à l'émergence de l'examen gynécologique en décubitus latéral pour les consultations gynécologiques de premiers recours*», présenté aux participants, a pu faire croire à un préjugé positif quant à la pratique étudiée. Ce titre a été changé depuis mais il se peut que les répondants aient eu le parti-pris d'une non-neutralité de l'investigatrice qu'il s'agit de souligner ici. Le sujet même, puisqu'il porte sur une analyse de pratiques, a également pu être perçu comme un jugement du fait du manque d'expérience de l'enquêtrice en matière d'interview. Pour ces raisons, l'exécution des entretiens a pu subir un biais affectif de la part des participants, malgré leur volontariat. De plus, bien que peu de mécanismes de défenses aient été constatés, un biais d'inhibition a parfois pu pondérer leur propos.

2.6. Analyse

L'analyse a été intégralement réalisée de façon manuscrite par l'enquêtrice au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. De par cette méthodologie, un biais d'interprétation est toujours un risque, mais une attention particulière à retranscrire le plus fidèlement possible les entretiens a permis une triangulation plus fine. Ceci dit, la subjectivité fait partie intégrante de l'analyse qualitative et apporte une richesse et une multiformité de données à analyser.

3. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

À présent, il s'agit de mettre en perspective les principaux résultats de cette population auvergnate dans son contexte actuel, en le comparant avec des données médicales ou sociales de plus grande échelle.

3.1. L'enjeu positif de l'examen gynécologique en décubitus latéral perceptible par les professionnels de santé

Au travers de cette étude, il ressort que les professionnels inclus ont bien perçu l'enjeu positif qui pourrait découler de l'EG en DL, à commencer par leur inclinaison à considérer que ce positionnement peut avoir des bénéfices globaux quant au respect du bien-être des patientes au cours d'un EG. Pour rappel, une grande majorité de ces professionnels ne le pratiquent pas. Leur impression d'ensemble penche vers un respect du confort et une diminution de la douleur et de l'anxiété, grâce notamment à une approche relationnelle horizontale avec la patiente. Ces avis vont dans le sens des résultats de la littérature produite à ce jour sur l'EG en DL.

Entre 2013 et 2015, trois mémoires de SF se sont articulés autour du sujet (8,9,12). Seul celui de C. Feauveau, intitulé *L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes* (9) réalisé en 2015, est disponible en accès libre. Il s'agissait d'une étude descriptive, comparative et multicentrique sur 97 patientes. L'auteure concluait que 68% des patientes étaient très satisfaites et 80% satisfaites du positionnement en DL.

Trois thèses de Médecine Générale ont été réalisées en parallèle en 2015. Celle de A. Grangé-Cabane, intitulée *Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes* (11) était une étude descriptive non interventionnelle sur 114 patientes examinées en DL pour différents motifs de consultation de premier recours, par 13 soignants le pratiquant. Son critère de jugement principal était le ressenti des patientes sur 4 dimensions (douleur, anxiété, confort, pudeur). Ses résultats étaient que : 79% des patientes « estime que le

DL est peu ou pas douloureux », 85% « estime que l'anxiété générée par l'EG en DL est faible », 59% « estime que le DL est assez ou très « confortable » » et 96% « estime que l'EG en DL est respectueux de leur pudeur » (p. 40-41). La thèse de A. Guillon-Boucher, intitulée *L'examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative* (7) était pour sa part une étude qualitative visant à explorer le ressenti de 11 patientes ayant été examinées en DL au cours d'une « visite gynécologique de routine » chez leur MG. Il s'agissait de la seule praticienne recrutée dans cette étude et qui ne le pratiquait pas couramment. L'auteure concluait par : « Le décubitus latéral a été plutôt apprécié dans cette étude [...]. La position à l'anglaise²¹ paraît plus confortable et plus respectueuse de la pudeur. [...] Elle semble moins anxiogène du fait d'une passivité plus importante, du détournement de l'attention, d'un aspect protecteur et d'une connotation sexuelle moindre. Concernant la douleur, les avis sont plus partagés, mais demeurent plutôt en faveur du décubitus latéral » (p. 109). Enfin, la thèse de A.S. Botalla-Piretta, intitulée *Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés* (6) s'est déroulée auprès de 13 patientes, examinées en DL par 12 professionnels la pratiquant déjà. L'auteure concluait que « l'examen gynécologique en décubitus latéral semblait être une bonne alternative à la position classique pour les patientes. [...] Le ressenti positif des patientes pouvait être lié à deux paramètres : d'une part, la position en elle-même, qui serait plus confortable, et permettrait un plus grand respect de la pudeur. Et d'autre part, l'attitude du praticien qui, en proposant une position alternative, donnerait une place différente à la patiente dans la relation soignant-soignée. » (p. 55).

En décembre 2019, une étude de C. Brun-Cottan a fait l'objet d'un article dans la revue *Médecine* intitulé « L'examen gynécologique en décubitus latéral : quel ressenti par les patientes ? » (26). Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, comparative et prospective

21 « Examen à l'anglaise » : nom populaire donné à l'EG en DL

sur 54 patientes ayant fait l'expérience d'un FCU en DL par 9 professionnels dont une seule le pratiquait couramment. Le but principal de l'étude était de rendre compte du « ressenti de la patiente suite à un examen gynécologique dans la position sur le côté », à partir de 5 critères : « la douleur, l'anxiété, la pudeur, le confort et l'appréciation du confort visuel » (p.469). Ses résultats étaient que 90% « des patientes ont trouvé l'examen confortable voire très confortable », 54% « ont trouvé l'examen quasi indolore », « aucune d'entre elles ne considère qu'il existe une atteinte à leur pudeur » et que « la majorité des femmes n'ont pas ressenti d'anxiété » (p.470).

Dans notre étude, la perception de l'intimité et de la pudeur des patientes en DL est globalement moins unanime que les autres critères du bien-être, et soulève chez certains les avis les plus vifs. Mais il est important de souligner que ces avis négatifs de professionnels par rapport à la pudeur sont exprimés de façon expressément subjective et qu'ils concèdent que certaines patientes puissent préférer cette position. Ce constat notable peut souligner la difficulté éprouvée par les soignants à se représenter objectivement les modalités de respect du corps des patientes, du fait que faute d'être universelles, ces dernières sont bien spécifiques et personnelles. Cela accentue davantage l'enjeu d'une position gynécologique alternative : en diversifiant nos pratiques et en laissant le choix aux patientes, nous pourrions répondre plus efficacement aux diverses formes que peut prendre la gestion de la pudeur et de l'intimité chez elles. À terme, cela pourrait concourir à faire adhérer ces patientes à l'EG.

Par ailleurs, concernant la gestion de l'anxiété des patientes, les professionnels de notre étude parviennent à bien cibler l'enjeu que peut représenter la perte du contact visuel entre les patientes et eux. Cette problématique revient régulièrement dans les autres études qui illustrent parfaitement la dichotomie d'opinions chez nos participants. Ainsi, A. Grangé-Cabane différencie dans son travail (11) les patientes « évitantes » des patientes « vigilantes » (p. 59), en faisant notamment le parallèle avec une étude centrée sur les méthodes de gestion d'anxiété chez des adolescentes au cours d'un EG (30). Ce concept psychologique de « coping » (ou

« stratégie d'ajustement ») face à un stress, selon deux stratégies globales (« évitante » ou « vigilante »), est défini depuis les années 1990 (31). En ciblant sommairement ces deux coping possibles chez les patientes, les soignants seraient en mesure de distinguer différentes stratégies de relation de soin à entretenir au cours d'examens potentiellement stressants comme en Gynécologie. Il peut donc être constaté que les participants de notre étude expriment les deux facettes de la problématique du contact visuel. La position en DL serait vécue de manière favorable par les patientes « évitantes », puisque ces dernières seraient aidées dans leur coping en tournant le dos au praticien, qu'ils expriment comme un lâcher-prise positif. À l'inverse, elle serait une source supplémentaire d'anxiété pour les patientes « vigilantes », ne pouvant superviser ce qui leur est fait, qu'ils expriment comme une « *déstabilisation* » voire une « *nuisance* » ou une « *angoisse* » pour les patientes.

Une position qui, si l'on ne tient compte que du bien-être des patientes, peut être globalement bénéfique pour certaines. À cela s'ajoutent d'autres bénéfices possibles, selon eux, dans des cas particuliers et en premier lieu dans les cas d'antécédents anxieux chez les patientes. Les professionnels notent ainsi l'impact positif du DL chez des patientes particulièrement anxieuses de devoir faire un EG : antécédents gynécologiques douloureux (« *endométriose* », « *cicatrices pelviennes* »), antécédents d'EG douloureux (« *vaginisme* »), antécédents de violences sexuelles ou, plus communément, des patientes pour qui l'EG est en lui-même anxiogène. Nos répondants rejoignent de cette façon certaines conclusions de la littérature récente sur le sujet (6) ainsi que de plus anciennes, comme cet article publié en 1988 dans le *British Medical Journal* (32) qui relatait historiquement et sociologiquement le courant « latéraliste » de la Gynécologie Outre-Manche. Ce dernier article stipulait que « la position latérale serait plus acceptable chez les femmes timides ou anxieuses, les jeunes filles, les femmes âgées non mariées et les femmes issues de minorité ethniques » (p.808, traduit de l'anglais).

Le second cas particulier pour lequel les professionnels de notre étude s'accordent à penser que l'EG en DL peut être une ouverture, concerne les patientes souffrant de troubles moteurs. Ils rejoignent une nouvelle fois certains travaux français récents sur le sujet (6,26) .Ce positionnement est donc intéressant à considérer pour le temps d'examen chez des personnes âgées, par exemple en EHPAD ou aux Urgences comme certains le soulignent dans notre étude, ou chez des patientes à handicaps moteurs chroniques . Pour ces patientes, rester en DD peut devenir une contrainte les impactant physiquement et psychologiquement, alors que le DL peut être plus reposant et acceptable. Finalement, le DL s'apparente à la Position Latérale de Sécurité, positionnement que l'on peut reproduire sur un sujet seul si besoin et qui est stable. Le DL coïncide également avec un gain de temps et une facilité pour l'installation de toutes patientes souffrant de troubles moteurs des membres inférieurs, comme cela est très communément le cas avec les pathologies arthrosiques. À cet égard, il est intéressant de souligner un paradoxe ressortant de notre étude sur l'EG de patientes à handicaps moteurs chroniques. Il apparaît que le DL est appliqué parfois en dernier recours par des professionnels pour pallier, justement, aux manques de mobilité de certaines patientes. Ils considèrent alors l'examen qui en découle comme un pis-aller, alors que si l'EG en DL était davantage connu, étudié ou pratiqué, cela pourrait éventuellement en faire une indication plus encadrée et donc plus efficiente. Sur le sujet de l'EG de patientes handicapées moteurs, quelques études ont été trouvées dans la littérature médicale internationale. Elles mettaient en avant la nécessité que les professionnels de santé aient la capacité à adapter le positionnement de leurs patientes invalides (33,34) pour mener à bien et à terme ces EG. L'une d'elles citait d'ailleurs «*la position latérale (couché sur un côté, hanches et genoux fléchis)* » ((34) p.652, traduit de l'anglais) comme une des adaptations ou alternatives possibles, mais sans approfondir davantage sur ce thème.

Si globalement ce positionnement n'a pas pour but d'être généralisé à tous les profils de patientes, il n'a pas non plus pour vocation de remplacer l'EG en DD, quel que soit le motif de

consultation et le geste qui en dépend. Mais les professionnels de santé de notre étude se rejoignent pour envisager la place éventuelle des FCU en DL, du fait d'une technicité qui leur paraît similaire. Comme explicitée plus tôt, la diversification des pratiques concourt à augmenter l'adhésion des patientes. Dans le cadre du geste du FCU, elle peut donc aussi répondre à un enjeu de Santé Publique. Cela en ferait une piste pour favoriser le dépistage du CCU, que certains professionnels de notre étude décrivent comme encore laborieux dans leur patientèle. Un rapport du HCE (1) publié en 2018, donnait de la crédibilité au fait de pouvoir proposer différents positionnements dans le suivi gynécologique. Ce rapport identifiait « à partir des auditions réalisées et des échanges avec la HAS » trois sujets prioritaires qui pourraient faire l'objet de recommandations, parmi lesquels le « suivi gynécologique de routine ». Concernant ce suivi, ce rapport déclarait : « Il n'existe pas de recommandation spécifique de la HAS, adressée à l'ensemble des professionnel.les qui pratiquent des consultations gynécologiques, qui aborde à la fois le respect de l'intimité des femmes [...], le libre choix dans la position d'examen, le consentement à l'examen vaginal et à la palpation mammaire» (p. 123). Par ailleurs, l'étude de C. Brun-Cottan (26) soulignait également en 2019, cette piste de soin pour le DL. Bien que cette idée ne répondait qu'à un objectif secondaire de son étude, l'auteure concluait que 92% des « femmes irrégulières dans leur frottis aimeraient que leur prochain examen se déroule sur le côté » (p. 471).

Pour finir, même si les professionnels de notre étude n'ont pas personnellement constaté de sollicitation de leur patientèle quant à ce type d'EG, ils perçoivent l'éventualité qu'il pourrait en devenir une à l'avenir. Certains expriment directement l'idée que ce positionnement pourrait bientôt être une attente de leurs patientes, tandis que d'autres extériorisent indirectement leur malaise avec certains aspects de l'EG « classique » en DD. Faisant écho à cet avis, certains médecins-blogueurs promeuvent personnellement l'EG en DL depuis de nombreuses années (35–37). Des articles grand-public s'égrènent également depuis 2015 sur ce sujet (38,39). Tout cela

est en lien avec le contexte latent des « violences gynécologiques et obstétricales » évoluant en France depuis 2014, où une vision que d'aucuns appelleront « féministe » des soins gynécologiques se développe. L'EG en DL y est parfois inclus comme un critère non discriminant par les patientes elles-mêmes, comme cela apparaît de façon manifeste dans le site Gyn&co (40). Ce site qui vise à « lister des soignants pratiquant des actes gynécologiques avec une approche féministe » comprend l'« examen à l'anglaise »²² comme une rubrique. De la même façon, l'EG en DL est parfois soutenu par des associations de soignants, comme c'est le cas de « Pour une Médecine Engagée Unie Féministe » qui exposait en 2018 dans un article de son site à visée informative auprès des adolescentes, les différentes positions d'EG parmi lesquelles figure le DL (41).

Il est donc raisonnable de considérer que ce positionnement pourrait devenir, à plus ou moins court terme, une attente chez certaines patientes, notamment dans une société qui cherche à renforcer l'Éducation à la Santé et la littératie des patients. Dans le cadre gynécologique, de nombreux documents facilement disponibles cherchent à informer et à impliquer les patientes dans leurs soins. Pour exemple, nous noterons seulement le guide de *La première consultation gynécologique* (42), diffusé par Santé Publique France et l'association SPARADRAP, qui renseigne de façon très claire sur la consultation gynécologique et l'EG. Bien que le temps d'examen y soit décrit comme « *allong[é], les fesses bien au bord de la table, les pieds posés sur la table ou sur des étriers* » (p.16), laissant que partiellement le choix sur la position d'examen, ce guide soulignait déjà en 2012 plusieurs principes éthiques de l'EG (relation de confiance centrée sur le dialogue, EG non systématique, consentement de la patiente, gestion de la nudité,...) qu'il est important de rappeler aux patientes ou parfois même, de leur faire découvrir. En alimentant le savoir des patientes sur leur santé, cela contribue à leur faire prendre conscience de leurs attentes et à leur donner du pouvoir et de l'adhésion dans ce soin.

22 « Examen à l'anglaise » : nom populaire donné à l'EG en DL

Au sein d'une relation médicale de moins en moins paternaliste, la position en DL deviendrait-elle progressivement une alternative à prendre en compte dans le concept de Décision Médicale Partagée (DMP) à l'élaboration d'un EG ? Il reste encore à apporter à ce sujet l'autre versant et acteur de cette DMP: les données médicales (43).

3.2. Des freins encore trop marqués

À notre connaissance, les données médicales sur le sujet de l'EG en DL demeurent maigres en France. Dans ce début de discussion, l'ensemble des documents médicaux a déjà été cité de manière quasi-exhaustive : littérature grise, publications personnelles de soignants et articles de revues médicales. Une nouvelle étude universitaire a été réalisée puis soutenue en septembre 2020 par T. Ralantoaritsimba (10) sur l'efficacité de l'EG en DL dans le dépistage du CCU. Bien qu'ayant inclus 447 patientes, l'auteure concluait que « la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral [...] n'est pas satisfaisante selon les recommandations nationales », même si « la qualité des FCU semble très peu varier en fonction de la position d'examen gynécologique » (p.78). Des recherches de plus grande ampleur sont encore nécessaires avant de pouvoir permettre aux professionnels la prospection et l'analyse de données de la Recherche sur le sujet de l'EG en DL, en vue de réaliser leur propre Médecine fondée sur des preuves (44) .

Un autre frein inconditionnel à sa mise en pratique est l'absence de formation autour de l'EG en DL, sur laquelle l'ensemble des professionnels de notre étude est revenu. En plus de restreindre leurs connaissances sur le sujet, cette absence de formation peut également être à l'origine de fausses représentations à son égard : chez ceux qui ne pratiquent pas l'EG en DL, les freins sont nettement plus marqués et nombreux, comme dans notre étude. Les professionnels inclus dans d'autres études sur le DL (6,26), le pratiquant même succinctement et sans pour autant avoir eu une formation initiale, ne relevaient pas autant de freins. De façon paradoxale, une grande majorité de nos participants imaginent pourtant un apprentissage essentiellement

pratique, presque empirique pour cet EG en DL, et aussi rapidement atteignable. Cette facilité d'apprentissage est également retranscrite dans les études faites sur le DL du point de vue des professionnels (26).

De plus, dans le cadre de l'apprentissage, ils ont été plusieurs dans notre étude, à remettre partiellement en cause leur formation initiale gynécologique, la décrivant comme « *dogmatique* », manquant parfois d'empathie ou pas assez féminine. Le rapport du HCE publié en 2018 sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical (1) corroborait certains de ces avis. Malgré une profession médicale qui semblerait se féminiser, les postes de décision resteraient très largement masculins : « 90% des membres du Conseil National de l'Ordre des médecins, 89% des doyens des faculté de Médecine, 74% des membres du bureau du Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français et 100% des membres du bureau du Conseil d'Administration, des présidents des comités, des présidents et secrétaires des commissions de l'Académie nationale de Médecine » (p. 5) étaient des hommes en 2018. Ce rapport considérait également que « la formation initiale et continue des professions médicales demeure centrée sur la technique, au détriment de la relation humaine et du respect du consentement », recommandant alors de renforcer la formation initiale en « rendant obligatoires et en généralisant des modules sur les questions de bientraitance et de respect du consentement » (p.117). La mise en parallèle de ce rapport et des réponses de nos participants souligne donc un nouveau paradoxe : leur formation initiale gynécologique n'a peut-être pas soulevé l'ensemble de leurs attentes professionnelles quant au bien-être des patientes, et pourtant ils semblent présenter une application à la respecter.

Ces différents points mettent en lumière un nouveau frein important à l'émergence de l'EG en DL de notre étude : la difficulté éprouvée par de nombreux professionnels à changer leurs habitudes de pratiques. Plusieurs raisons ont été évoquées explicitement. Tout d'abord, changer ses pratiques impliquerait une perte des repères, anxiogène et qui nécessiterait de

réapprendre. Cette nouvelle phase d'apprentissage serait difficile du fait, pour certains, de la peur d'un défaut de diagnostic ou de causer des douleurs aux patientes. De plus, chacune de ses étapes d'apprentissage serait chronophage, dans un milieu professionnel où malheureusement le temps de travail est précieux et souvent saturé par la demande de soins. Le confort de rester dans leurs habitudes de travail, autant pratiques qu'organisationnelles, était donc souligné comme une bonne et simple raison à ne pas les changer ou uniquement s'il existait une « *urgence* ».

Cette difficulté à changer ses habitudes de pratiques apparaît de manière particulièrement saillante chez quelques soignants, à un point tel qu'il a pu être constaté des dissonances cognitives au cours de certains entretiens. Cette dissonance se manifestait surtout quand ces professionnels cherchaient à déterminer où arrêter la frontière entre le confort des patientes et celui du soignant. Plus généralement, cela reviendrait à trouver la juste limite entre le respect du bien-être des patientes et la recherche du bien-être du soignant, qui peuvent être parfois amenés à s'opposer pour des consultations sensibles comme en Gynécologie. Un professionnel de santé doit avoir suffisamment d'aisance physique (équipement, temps, gestuelle) pour permettre le meilleur acte diagnostique ou thérapeutique ce qui est, en définitive, la finalité de tout examen clinique. Mais pour autant, le bien-être des patientes permet le bon vécu et l'acceptation de l'EG qui, à terme, permet leur l'adhésion aux soins. Ainsi, ces quelques participants, en réfléchissant au cours de cette étude depuis la place des patientes, comprennent ce que l'EG en DL pourrait leur apporter. Mais cette notion entre en opposition avec la nécessité de leur propre confort pour répondre à ce devoir diagnostique ou thérapeutique, du fait des difficultés déjà citées à changer leurs pratiques. Diverses stratégies visant alors à réduire cette dissonance ont pu être relevées : déni conscient, conformité aux pratiques recommandées, ou même évitement de la situation pour quelques rares, à l'origine d'une perte de pratique.

Enfin, il ressort de notre étude un frein pouvant sembler prosaïque mais qui n'en est pas moins décisif. Le fait d'avoir inclus plusieurs spécialistes en Gynécologie a mis en lumière un

frein matériel, plus souligné que dans les autres études réalisées à date sur le sujet. Contrairement à *l'a priori* que le DL serait plus facile d'application puisque la latéralité ne nécessiterait qu'un lit d'examen plutôt qu'un matériel spécialisé, il a été constaté dans notre étude que l'évolution technologique des tables gynécologiques de certains professionnels est un frein important. Au cours des années et dans le but de concilier confort de la patiente, technicité des gestes et confort du praticien, l'évolution de ces tables vers des fauteuils coïncide également avec une universalité de la position (en DD) pour répondre à un maximum de motifs de consultations. Or, certains de ces fauteuils ne permettent pas physiquement, que les patientes s'installent en DL. De ce fait, le levier de ne pas avoir besoin de matériel spécifique pour certains professionnels devient un frein irrémédiable pour d'autres.

3.3. Perspectives dans le cadre de la Médecine Générale

Même si cette étude ne révèle que certaines ouvertures pour l'EG en DL et soulève davantage de freins, le fait de nous être entretenu avec ces professionnels de la santé nous a permis de discerner plusieurs pistes de soins intéressantes pour notre future pratique gynécologique en Médecine Générale.

Tout d'abord, nous avons renouvelé l'importance primordiale de la relation de confiance qu'il s'agit de développer avec nos patientes, qui plus est en Gynécologie étant un soin particulièrement sensible. En touchant à l'intime, le professionnel de santé doit affiner ses stratégies relationnelles pour permettre la cohésion des patientes à l'examen, alors même que chaque patiente aura des attentes différentes. Nous avons déjà pu voir en début de discussion, la subjectivité qui entoure la gestion de la pudeur et de l'intime, et les raisons pour lesquelles le professionnel de santé doit faire preuve d'empathie voire de projection. À cet impératif s'ajoute une considération aussi importante qu'elle est contradictoire : associer l'injonction d'empathie à une injonction de neutralité, du fait d'une pratique qui a naturellement une connotation sexuelle.

Nous comprenons alors les formes diverses et multiples que cette relation patiente-soignant et que ce rapport au corps peuvent prendre. Bien que plusieurs grandes lignes de conduites soient évidentes, il ne peut exister un abord prédéfini et universel dans la relation de soin gynécologique. À cet égard, le recours au retour de pratique, qui a été souvent abordé par les soignants de notre étude, nous a paru hautement pertinent. Donner le temps aux patientes de parler de l'examen qui vient d'être réalisé paraît très profitable à cette relation de soins, en vue de la transformer en un « *travail d'équipe* », comme le soulignait une SF de notre étude.

Par ailleurs, ce sujet est un exemple de nouvelles pratiques ou de pratiques alternatives pouvant éventuellement apporter des solutions de soins à une échelle individuelle sans que des preuves scientifiques ne soient encore publiées. Dans ce cadre, l'analyse de pratique, et plus particulièrement les groupes d'analyse entre professions, ou même entre différents corps de métier, nous paraît particulièrement adaptée. L'analyse de pratique n'a été que rapidement mentionnée par deux professionnels tandis qu'un médecin a même clairement déclaré ne « *rien attendre de ses pairs* ». Pourtant, cette « activité explicite d'auto-analyse des pratiques professionnelles » permettant « une analyse critique et constructive des pratiques réalisées par rapport à la pratique attendue » fait partie intégrante du Développement Professionnel Continu (DPC) et agréée par la Haute Autorité de Santé depuis 2013 (45). En outre, « l'humanisme indispensable du médecin » et « la capacité à apporter les meilleurs soins soit individuels, soit au sein d'une prise en charge collective » font partie des nécessités des professionnels de santé à suivre des actions de DPC (46). Bien que nous n'ayons pu penser que ce travail nous amène vers des perspectives de ce type, il nous paraît approprié de souligner ici l'importance de la collégialité, et notamment au travers donc des analyses de pratique.

Pour finir, une réorganisation des soins gynécologiques s'opère en France depuis plusieurs années. La diminution globale de la démographie des gynécologues médicaux continue (-6,1% de variation annuelle moyenne de 2016 à 2020 selon Score Santé (47)). Les MG

demeurent des interlocuteurs importants pour le suivi gynécologique des femmes mais certaines patientes s'abstiennent toujours à consulter leur MT pour diverses raisons : gêne à consulter le « médecin de famille » pour ce soin intime, MT de sexe masculin, sentiment que le MG a de moindres compétences en Gynécologie, méconnaissance sur l'aptitude des MG à réaliser certains suivis gynécologiques comme le FCU (48–51). Parallèlement, la profession de SF a obtenu des compétences accrues en Gynécologie depuis la loi HPST de 2009, en pouvant assurer des consultations de contraception ou de dépistage. En 2016, les SF auraient prescrit 1,7% des pilules contraceptives selon une enquête du *Monde* « via Open Médic, une base de données recensant les médicaments délivrés en pharmacie de ville » (52). La même année, elles auraient réalisé 2,9% des actes de suivi gynécologiques (FCU, pose de DIU), une hausse de 52% par rapport à 2015 selon l'Ordre des Sages-femmes (53). Ainsi, au vu de leurs compétences différentes mais complémentaires, médecins généralistes et sages-femmes semblent être à même de se compléter en collaborant. C'est pourquoi une optimisation de la coordination des soins entre SF et MG nous semble prendre une importance considérable dans le soin gynécologique de premier recours en l'état actuel. Des études dans ce sens paraîtraient pertinentes.

- CONCLUSION -

Dans un contexte médico-social où l'EG est fréquemment mal vécu par les patientes et où le dépistage du Cancer du Col de l'Utérus n'atteint toujours pas ses objectifs de Santé Publique, toute stratégie visant à améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi gynécologique est à considérer. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'EG en DL depuis 2015, au travers de plusieurs études universitaires qui se rejoignent pour démontrer ses bénéfices auprès des patientes.

Pourtant, l'EG en DL demeure une pratique marginale en Auvergne, comme probablement dans toute la France. En explorant la perception de professionnels de santé auvergnats qui ne pratiquent pas cette position couramment, cette étude cherchait à comprendre leur vision quant aux potentiels leviers que le DL pourrait apporter, ainsi que les schémas réflexifs à l'origine de sa marginalité.

Dans cette étude, plusieurs limites inhérentes au DL ont été soulevées : une technicité des gestes moins pratique pour le soignant, un EG non exhaustif du fait d'une inspection vulvaire réduite et d'un TV irréalisable, une perte de contact visuel préjudiciable chez des patientes « vigilantes », une possible majoration de la difficulté d'examen chez les patientes obèses, la nécessité d'une table d'examen et non pas d'un fauteuil gynécologique fréquemment utilisé de nos jours. Il semble que le DL n'ait pas la vocation d'être une position gynécologique généralisable.

Mais les professionnels de cette étude ont également su percevoir les leviers que cette position d'EG pourrait apporter. Elle pourrait être un recours pour renforcer nos stratégies relationnelles du simple fait de pouvoir proposer une position alternative, et potentiellement plus adaptée pour certaines patientes sur différents critères (douleur, confort, anxiété, pudeur). Selon eux, le DL pourrait ainsi trouver sa place chez certaines patientes pour qui l'EG est particulièrement stressant ou chez des patientes souffrant d'handicap moteur. Plus ordinairement, l'EG en DL semblerait également répondre aux besoins techniques du FCU. De ce fait, il pourrait correspondre davantage aux attentes de certaines patientes, et devenir une piste de soin pour favoriser leur adhésion à ce geste.

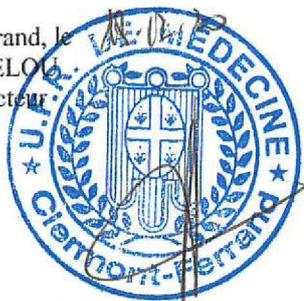
Des leviers non négligeables mais auxquels un deuxième niveau de freins restreint les professionnels à ne pas dépasser leurs habitudes de pratique. D'une part, l'EG en DL n'est pas encore suffisamment entouré de preuves scientifiques quant à son intérêt. D'autre part et en conséquence, l'EG en DL n'est pas enseigné.

C'est pourquoi les professionnels s'attardent davantage sur d'autres moyens pour entretenir la relation de confiance avec leurs patientes, qui est le tout le plus crucial à préserver. A leurs yeux, le positionnement gynécologique ne reste qu'une fraction de ce tout et qui, pour le DL, manque encore de légitimité médicale.

Néanmoins, devant son début de popularisation et une société médicale encline à la littératie, il est raisonnable de considérer que l'EG en DL puisse devenir une attente de patientes à plus ou moins court terme. En réponse, les soignants ont actuellement peu de données médicales à faire valoir dans la décision médicale partagée qu'il en découlerait alors.

C'est pourquoi il s'avère pertinent de poursuivre des travaux de recherche sur l'EG en DL, en vue de conclure définitivement sur ses indications et limites. Enfin, en l'état actuel des choses, un enseignement, même succinct, du DL pendant les études médicales initiales paraît judicieux. En premier lieu, cela permettrait d'en limiter son mésusage. En second lieu, en abordant la notion du libre choix dans la position d'EG, cela serait l'occasion de travailler sur les notions de consentement et de respect du corps des patientes.

Clermont-Ferrand, le 10/12/20
Pierre CLAVELON
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 10/12/20
Philippe VORILHON
Le Président du Jury

- RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -

1. Bousquet D, Couraux G, Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du Haut Conseil à l'Égalité; 2018 juin. Report No.: 2018-06-26-SAN-034.
2. Pascal C, Leboucq-Million É. Pratique et vécu de l'examen gynécologique: une revue de la littérature [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Montpellier; 2017.
3. HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. 2019 juill.
4. Santé Publique France. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2016-2018. 2020.
5. Institut National du Cancer. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre - Dépistage du cancer du col de l'utérus. 2018.
6. Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral: ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice: Médecine]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015.
7. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral: exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
8. Daulon M. L'examen gynécologique en décubitus latéral: une réponse aux freins personnels des patientes, dans le cadre du dépistage du col de l'utérus [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. Université de Tours; 2015.
9. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. Université de Limoges; 2015.
10. Ralantoaritsimba T. Évaluation de la qualité des frottis cervico-utérins réalisés en décubitus latéral: étude comparative rétrospective menée en Seine-Maritime et dans l'Eure [Thèse d'exercice: Médecine]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2020.
11. Grangé-Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Bordeaux; 2015.
12. Marmier M. Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine: intérêt pour les patientes [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Université de Bordeaux; 2013.
13. Winckler M. Le chœur des femmes. Paris: P.O.L; 2009. 602 p.
14. CNGOF. Examen gynécologique [Internet]. 2010. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examens/site/html/cours.pdf
15. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. L'examen clinique en gynécologie [Internet]. 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_

16. Larsen M, Oldeide CC, Malterud K. Not so bad after all..., Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract.* 1 avr 1997;14(2):148-52.
17. Yanikkerem E, Özdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. *Midwifery.* 1 oct 2009;25(5):500-8.
18. Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, et al. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ.* 20 juill 2006;333(7560):171.
19. Doig A. De facto evidence for the no-stirrup method. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mai 2002;48:876.
20. Klassen D. Preference for the no-stirrup method. *Can Fam Physician Med Fam Can.* mars 2002;48:457.
21. Greiver M. No stirrups? *Can Fam Physician.* oct 2001;47:1.
22. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets Perspect Vie Économique.* 2014;LIII(4):67.
23. Blanchet A, Gotman A. L' enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 2001. 127 p. (Collection 128 Sociologie).
24. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire de Médecine Générale]. Faculté Lyon Nord; 2004.
25. Combessie J-C. La méthode en sociologie [Internet]. Paris: La Découverte; 2007. 128 p. (Repères; vol. 5e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411.htm>
26. Brun-Cottan C, Beuneux F. L'examen gynécologique en décubitus latéral : quel ressenti par les patientes ? *Médecine.* 1 déc 2019;15(10):468-73.
27. Berthier N. Les techniques d'enquêtes. Méthode et exercices corrigées. Paris: Colin; 2006.
28. Aubin-Auger I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer.* 2010;21(93):4.
29. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, au 1er janvier 2018. Conseil National de l'Ordre des Médecins; p. 165.
30. Hennigen L, Kollar LM, Rosenthal SL. Methods for Managing Pelvic Examination Anxiety: Individual Differences and Relaxation Techniques. *J Pediatr Health CARE.* 2000;14(1):4.
31. Bruchon-Schweitzer M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Rech Soins Infirm.* 2001;(67):16.

32. Drife JO. Lateral thinking in gynaecology. *BMJ*. 19 mars 1988;296(6625):807-8.
33. Sonalkar S, Chavez V, McClusky J, Hunter TA, Mollen CJ. Gynecologic Care for Women With Physical Disabilities: A Qualitative Study of Patients and Providers. *Womens Health Issues*. mars 2020;30(2):136-41.
34. Bates CK, Carroll N, Potter J. The Challenging Pelvic Examination. *J Gen Intern Med*. juin 2011;26(6):651-7.
35. Borée. L'examen «à l'anglaise» – et autres mises au point gynécologiques [Internet]. Le blog de Borée. 2011. Disponible sur: <http://boree.eu/?p=1349>
36. Bluegyn. L'examen en décubitus latéral [Internet]. .Gyn'Orama. 2018. Disponible sur: <http://bluegyn.com/gynorama/lexamen-en-decubitus-lateral/>
37. docteurmilie. A la recherche du col perdu [Internet]. Journal de bord d'une jeune médecin généraliste de Seine-Saint-Denis. 2014. Disponible sur: <http://www.docteurmilie.fr/wordpress/?p=1363>
38. Greusard R. « Examen à l'anglaise » : on n'est pas obligées d'écartier les cuisses chez le gynéco. *L'Obs*. 2016.
39. Oihana G. La France découvre l'examen gynécologique sur le côté. *20minutes*. 2016.
40. Examen «à l'anglaise» (sur le côté) [Internet]. Gyn&Co. Disponible sur: <https://gynandco.wordpress.com/category/examen-a-langlaise-sur-le-cote/>
41. Déroulement de l'examen gynécologique [Internet]. Pour une M.E.U.F. 2018. Disponible sur: <https://www.pourunemeuf.org/2018/12/22/deroulement-de-lexamen-gynecologique/>
42. Galland F, Herrenschmidt S, Blidi M. La première consultation gynécologique tout ce que tu as toujours voulu savoir sans jamais oser le demander ... Paris: Association Sparadrap - Santé Publique France; 2012.
43. This P, Panel P. La décision médicale partagée en gynécologie. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. févr 2010;38(2):126-34.
44. Bibliothèque interuniversitaire de Santé. Evidence-Based Medecine La médecine fondée sur des preuves tutoriel. 2014 juin; Université Paris Descartes.
45. Silva GBD. Le développement professionnel continu : une autre approche de l'analyse des pratiques de soins. *Santé Publique*. 2014;26(2):153-4.
46. Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. *Bull Académie Natl Médecine*. juin 2020;204(6):589-97.
47. SCORE-Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.scoresante.org/indicateurs.html>
48. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice:

- Médecine]. Université de Poitiers; 2013.
49. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2016.
 50. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Caen Normandie; 2018.
 51. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016: vision des médecins généralistes et des patientes. [Thèse d'exercice: Médecine]. UFR Sciences de Santé de Dijon; 2016.
 52. Béguin F, Motet L. Gynécologie : qui fait quoi ? Le Monde.fr [Internet]. 27 déc 2017; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
 53. Rapport d'activité [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/rapport-dactivite/>

- ANNEXES -

Annexe I - Courrier de présentation de l'étude



Le .././2020, à Saint-Flour,

Madame, Monsieur,

Je suis doctorante en médecine générale à la **Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand**.

Je vous contacte au sujet de mon travail de **thèse de Médecine Générale** cherchant à comprendre **les freins à l'émergence de l'examen gynécologique en décubitus latéral**, pour les consultations gynécologiques de premier recours.

Il s'agira d'une **étude qualitative anonymisée** par **entretiens en face à face**, qui se dérouleront **cet été (mois de juillet/août/septembre)**, d'une durée d'environ **trente minutes**, avec une **vingtaine de professionnel.le.s auvergnat.e.s** (Sage-femme, Médecin généraliste, Gynécologue obstétricien) parmi vous.

Vous êtes intéressé.e.s pour participer à cette étude?

Pour cela, il est nécessaire que vous ayez déjà entendu parler de l'examen gynécologique en décubitus latéral (également appelé « examen à l'anglaise ») mais que vous ne le pratiquiez pas pour une raison ou pour une autre.

Vous trouverez alors un questionnaire ci-joint, à **remplir et à me retourner avant le .././2020**, via l'enveloppe pré timbrée.

Cela me permettra de faire un échantillon respectueux des critères de variabilité parmi vos réponses, et de contacter ensuite les professionnel.le.s qui seront interviewé.e.s cet été.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ce projet.

Cordialement,

Alice PAILLART
06.78.95.**.**
*****@etu.uca.fr

Annexe II - Questionnaire pour l'échantillonnage

Thèse Alice PAILLART - Freins à l'émergence de l'examen en décubitus latéral pour les consultations gynécologiques de premier recours : exploration du ressenti des professionnels de santé la connaissant mais ne l'utilisant pas, en Auvergne.

----- QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE -----

A imprimer et à remplir pour chaque praticien voulant participer à l'étude

A retourner avant le .././2020 avec l'enveloppe pré-timbrée

- Vous êtes :

une femme un homme (Cochez la case)

- Quelle est votre tranche d'âge ?

<30 ans 30-50 ans > 50 ans (Cochez la case)

- Quelle est votre profession ?

Sage femme Médecin généraliste Gynécologue obstétricien (Cochez la case)

- Depuis combien d'années pratiquez-vous ?

< 5 ans 5 à 15 ans 15 à 30 ans >30 ans (Cochez la case)

- Actuellement, comment exercez-vous ?:

En libéral En hospitalier (Cochez la case)

Si vous exercez en libéral, quel est le type de votre installation ?

Cabinet individuel Cabinet de groupe (Cochez la case)

- Dans quel milieu travaillez-vous ?

Milieu à dominance urbaine Milieu à dominance rurale (Cochez la case)

- Avez-vous une activité universitaire ?

Oui Non (Cochez la case)

Si oui, laquelle ?

(Précisez cette activité : professeur, maître de stage, ...)

Merci de me noter ci-dessous un numéro de téléphone où vous joindre, si vous deviez être sélectionné.e.s pour cette étude, afin que nous organisions ensemble votre entretien de cet été:

Alice PAILLART

Annexe III - Guide d'entretien

Présentation personnelle. Présentation de l'étude. Rappel de l'anonymat de l'étude et de la protection des données personnelles.

Début de l'enregistrement .

Selon vous, quelles sont les principales attentes d'une patiente qui vient pour une consultation qui va mener à un EG?

Quels sont les aspects de cet EG qui vous paraissent les plus importants à respecter? ²³

Connaissances, Côtaiements et Préconceptions:

- De quelle façon avez-vous eu connaissance de l'EG en DL ? Quelle a été votre réaction la première fois que vous en avez entendu parler / la première fois que vous l'avez vu ?
- Depuis cette « première fois », à quelles occasions vous êtes vous retrouvés à nouveau confrontés à ce sujet ?
- Décrivez-moi comment vous imaginez le positionnement de la patiente.
- Si vous vouliez avoir de plus amples informations/ documentations sur cet examen, vers qui/ vers quoi vous tourneriez-vous ?
- Imaginez que vous recevez une patiente qui préfère être examinée dans cette position : comment réagiriez-vous ?
- *Selon vous, quels sont les principaux avantages de l'EG en DL ? Et les principaux avantages à pratiquer l'EG en DL?*

Partages d'expériences et transmissions entre professionnels :

- Qui dans votre entourage professionnel, pratique l'EG en DL pour des consultations gynécologiques de premier recours ? Comment l'ont-ils connu ? Comment se sont-ils formés ? Pour quelles raisons, selon vous, continuent-ils à l'utiliser ?
- S'il vous est déjà arrivé d'en discuter avec d'autres professionnels de santé, pouvez-vous me raconter ce qu'il ressortait de ces échanges ?

Selon vous, sur quels aspects l'EG en DL peut-il être positif pour les patientes ?

Et pour les professionnels ?

Selon vous, sur quels aspects l'EG en DL peut-il être négatif pour les patientes ?

Et pour les professionnels ?

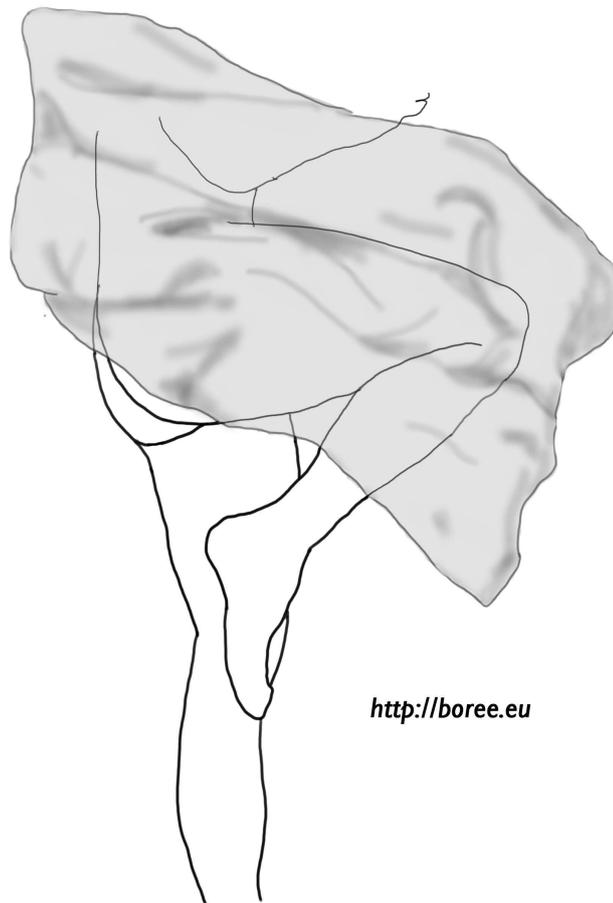
Freins à l'émergence:

- *Selon vous, quels sont les principaux inconvénients de l'EG en DL ? Et à pratiquer l'EG en DL ?*
- Comment pourriez-vous expliquer qu'on n'en parle pas plus ? Qu'on ne la pratique pas plus ? Qu'on ne l'étudie pas plus ?
- Dans le cas où vous vous seriez déjà posé la question de pratiquer l'EG en DL : comment imaginez-vous que vous vous seriez formés? Quelles difficultés avez-vous rencontrer pour le mettre en pratique ?
- Dans le cas où vous avez déjà pratiqué l'EG en DL mais arrêté depuis/ où vous avez déjà vu pratiquer cette position : pour quelles raisons avez-vous décidé de ne plus/pas utiliser cette pratique ?

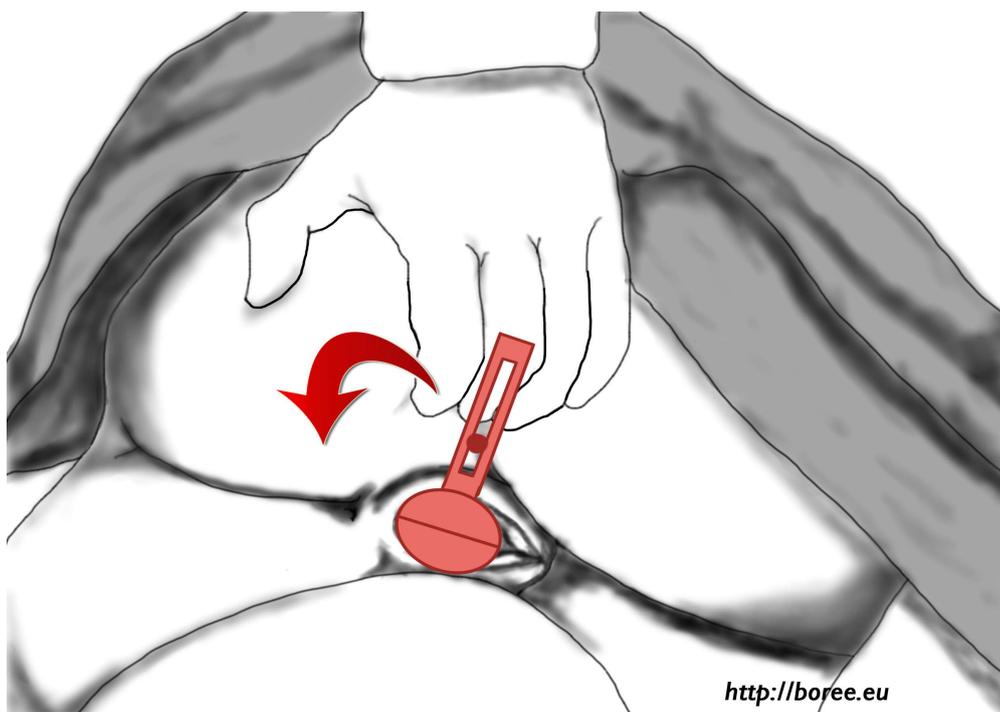
23 Ces deux premières questions ont été rajoutées au guide à partir du 4ème entretien.

Annexe IV - Schémas utilisés pour certains entretiens

consultables sur « Le blog de Borée » <http://boree.eu/?p=1349>



<http://boree.eu>



<http://boree.eu>

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Alice, Suzon PASCAL

Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne.

Thèse de Médecine - Clermont-Ferrand - 2021

RÉSUMÉ :

Introduction : Depuis 2015, des études démontrent les bénéfices de l'examen gynécologique (EG) en décubitus latéral (DL) pour les patientes. Cette pratique reste peu connue. Si le DL peut améliorer le suivi gynécologique chez certaines patientes, comment expliquer qu'il ne soit pas plus répandu ?

Objectif : Recueillir la perception sur l'EG en DL de professionnels de santé ne le pratiquant pas couramment, notamment leur vision des freins, pour des consultations de premier recours.

Méthode : Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de 14 soignants (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes), en Auvergne, de juillet à octobre 2020, sélectionnés pour une variabilité maximale sur les critères : sexe, âge, profession, type et milieu d'exercice, activité universitaire ou non. Re transcription intégrale des entretiens puis analyse thématique transversale. Réalisation parallèle d'un entretien avec une soignante le pratiquant couramment, analysé individuellement puis mis en perspective de l'analyse principale.

Résultats : Les professionnels percevaient les bénéfices potentiels de l'EG en DL concernant le respect du bien-être pour certaines patientes, particulièrement en cas de stress ou d'handicap moteur. Les gestes médicaux en DL paraissaient moins pratiques ou moins efficaces, surtout chez les patientes obèses. Selon eux, une place potentielle du DL subsistait pour la réalisation de frotis cervico-utérins. Les principaux freins étaient l'absence de preuve sur son intérêt, le manque de formation et la difficulté à changer ses pratiques.

Conclusion : La question du positionnement demeure une fraction d'un tout primordial : la relation de confiance. Les professionnels s'emploient à la cultiver par d'autres moyens, en attendant plus de données médicales sur le DL. Cette étude conforte des pistes de soins bénéfiques grâce au DL pour certaines consultations gynécologiques de premier recours. Des travaux de recherche supplémentaires sur ce sujet seraient pertinents.

MOTS-CLÉS :

Examen gynécologique, Examen pelvien, Décubitus Latéral, Positionnement du patient, Recherche qualitative, Professionnels de la santé.