



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti  
des médecins généralistes par une étude qualitative**

Présentée et soutenue publiquement le 3 octobre 2024 à 16h.  
Au pôle Formation  
**Par Camille NATIONAL**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

**Asseseurs :**

**Madame le docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le docteur Gabrielle LISEMBARD**



## Listes des abréviations.

AUEC	Attestation Universitaire d'Étude Complémentaire
CCU	Cancer du Col de l'Utérus
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
DD	Décubitus Dorsal
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DL	Décubitus Latéral
IPA	Interpretative Phenomenological Analysis
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSU	Maître de Stage Universitaire
PV	Prélèvement Vaginal
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTES DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>4</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
A. CONTEXTE .....	6
B. RATIONNEL SCIENTIFIQUE .....	6
C. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE. ....	10
<b>II. METHODE</b> .....	<b>12</b>
A. TYPE D'ETUDE .....	12
B. POPULATION – ÉCHANTILLONNAGE .....	12
1. <i>Principes de l'échantillonnage choisi</i> .....	12
2. <i>Critères d'inclusion</i> .....	13
3. <i>Critères de non-inclusion</i> .....	13
4. <i>Modalités de recrutement</i> .....	13
C. GUIDE D'ENTRETIEN .....	14
D. COLLECTE DES DONNEES.....	15
E. ANALYSE DES DONNEES .....	17
1. <i>Six étapes clés</i> .....	17
2. <i>Journal de bord</i> .....	18
3. <i>Triangulation</i> .....	18
4. <i>Logiciel</i> .....	18
F. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	19
1. <i>Consentement éclairé</i> .....	19
2. <i>Confidentialité et anonymat</i> .....	19
3. <i>Comité d'éthique et autorisations réglementaires</i> .....	20
G. APPLICATION DE LA GRILLE COREQ.....	20
<b>III. RESULTATS</b> .....	<b>21</b>
A. PARTICIPANTES .....	21
B. PRESENTATION DES THEMES EMERGEANTS .....	22
1. <i>Perception de la qualité de la formation médicale initiale en santé de la femme</i> .....	22
a) Formation médicale initiale jugée insuffisante pour l'apprentissage de l'examen gynécologique .....	22
b) Inadéquation entre la formation proposée en santé de la femme et les besoins spécifiques des internes de médecine générale.....	23
c) Critique des pratiques pédagogiques en milieu hospitalier.....	24
2. <i>La formation médicale continue nécessaire à la pratique d'actes en santé de la femme</i> .....	25
3. <i>Pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral : expériences variées</i> .....	26
a) Perceptions variées des avantages et inconvénients de l'examen gynécologique en décubitus latéral ..	27
b) Entre adaptabilités et résistances à la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral .....	29
c) Perception du vécu des femmes par les médecins.....	30
d) Préjugés avant la pratique du décubitus latéral.....	33
e) Retour au statut de débutante.....	33
f) Promouvoir le décubitus latéral : propositions des participantes .....	34
C. MODELISATION DES RESULTATS .....	34
D. MODELISATION CROISEE DES RESULTATS. ....	36
<b>IV. DISCUSSION</b> .....	<b>38</b>
A. RAPPELS DES OBJECTIFS DE L'ETUDE .....	38
B. SYNTHESE ET INTERPRETATION DES RESULTATS .....	38
C. FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE.....	40
1. <i>Forces de la recherche</i> .....	40
2. <i>Limites de la recherche</i> .....	41
D. COMPARAISON A LA LITTERATURE EXISTANTE .....	41
1. <i>Contexte théorique et recherches précédentes</i> .....	41

2. Comparaisons des résultats.....	42
E. PERSPECTIVES .....	44
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>46</b>
<b>VI. REFERENCES .....</b>	<b>47</b>
<b>VII. ANNEXES .....</b>	<b>49</b>
A. GUIDE METHODOLOGIQUE .....	49
B. GUIDE D'ENTRETIEN .....	52
C. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	54
D. AUTORISATION CPP .....	56
E. CNIL .....	59
F. GRILLE COREQ .....	61
G. GRILLE SRQR.....	65

## I. INTRODUCTION

## A. Contexte

L'examen gynécologique est une évaluation clinique réalisée par un professionnel de santé pour examiner l'appareil génital féminin. Cet examen a pour objectif de vérifier la santé des organes reproducteurs et d'identifier d'éventuelles anomalies ou affections. Il inclut généralement les étapes suivantes :

Un entretien médical : permettant de revoir les antécédents et les différents symptômes et préoccupations de la personne qui consulte.

Une inspection visuelle : qui consiste à observer la vulve et les organes externes.

Un examen au spéculum : pour examiner le col et les parois vaginales.

Un toucher vaginal : palpation à l'aide de deux doigts pour évaluer l'utérus et les structures environnantes.

Un toucher rectal : (rarement réalisé) qui permet d'évaluer l'arrière de l'utérus, le vagin et les structures pelviennes.

Cet examen vise à détecter des affections gynécologiques, à effectuer des dépistages et à évaluer la santé de l'appareil génital. Il est également utilisé dans le cadre du suivi de grossesse. (1)

D'après la charte de consultation en gynécologie, l'examen pelvien n'est pas systématique et dépend du motif de consultation. Avant de procéder à l'examen, une explication détaillée des objectifs doit être fournie afin de recueillir le consentement éclairé de la personne. Tout au long de l'examen il faut garantir le respect de la pudeur et il peut être interrompu à tout moment par la personne examinée. (1)

## B. Rationnel scientifique

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 11<sup>e</sup> cancer le plus fréquent chez les

femmes en France avec un taux d'incidence de 6,3 pour 100 000 femmes en 2023 (2). En France, la couverture du dépistage de ce cancer était de 59 % entre 2018 et 2022 bien en dessous de l'objectif de 80 % fixé par le programme de dépistage organisé du CCU (3). Le dépistage demeure une priorité en santé publique.

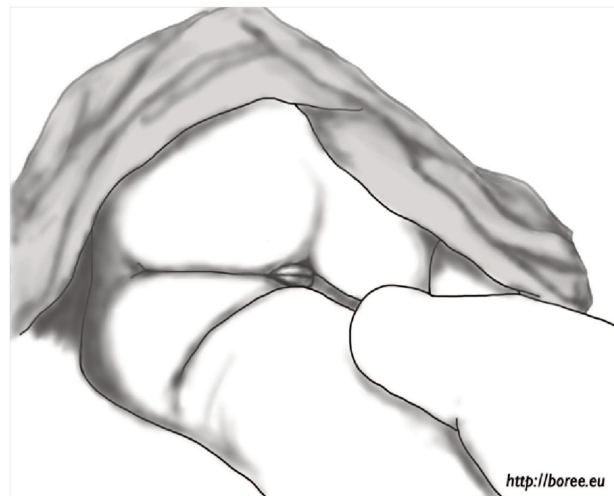
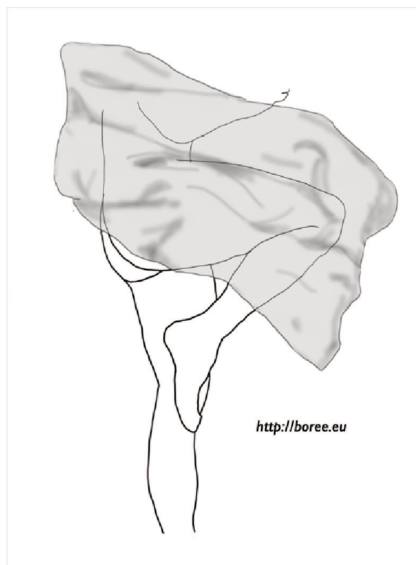
Pour certaines femmes, la table d'examen équipée d'étriers peut être perçue comme anxiogène, provoquant des inquiétudes quant à la manière de positionner leurs pieds ou éveillant des connotations gênantes, voire d'ordre sexuel (4). Une étude randomisée a montré que la réalisation de l'examen gynécologique sans étriers diminue la sensation de vulnérabilité et l'inconfort physique associés à l'examen pelvien (5). Le bien-être de la personne examinée, le respect de son intimité, ainsi que la confiance instaurée avec l'examineur sont des facteurs cruciaux pour améliorer l'adhésion aux soins gynécologiques.

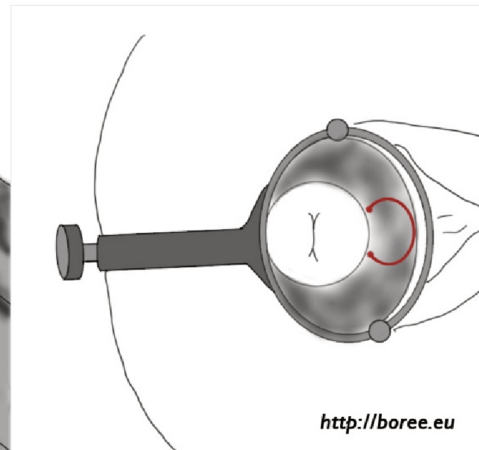
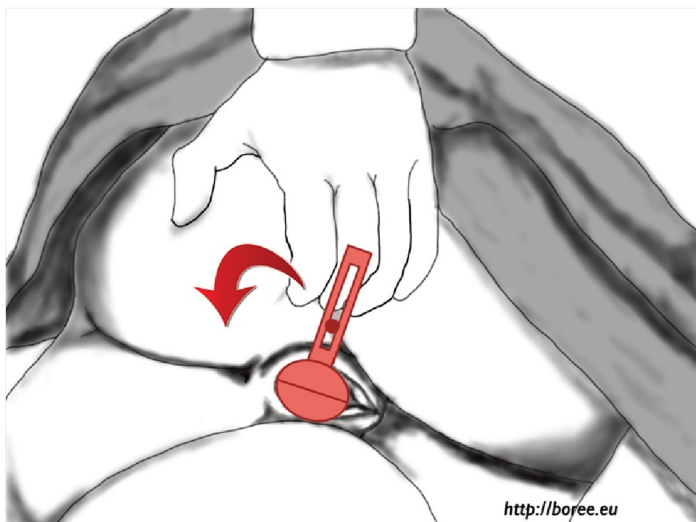
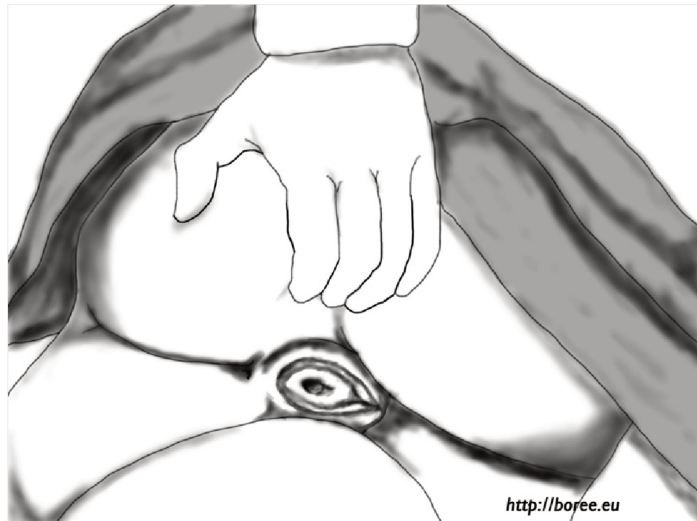
Dans son ouvrage *Traité pratique de gynécologie* publié en 1892, le Dr AUVARD, alors accoucheur aux hôpitaux de Paris, propose une description détaillée et illustrée des différentes positions utilisées lors de l'examen gynécologique. Il y mentionne évidemment la position dorsale, mais également la position latérale et genupectorale comme options. Selon lui, la position en décubitus latéral est particulièrement adaptée pour examiner la paroi antérieure du vagin ou l'intérieur de l'utérus, bien qu'elle soit jugée « moins commode » pour l'examineur. Cette position permet donc la pose de spéculum, l'hystérométrie et la réalisation de certaines interventions chirurgicales (6).

Le manuel *Médecine générale pour le praticien* du Collège National des Généralistes Enseignant (CNGE) mentionne diverses positions pour la réalisation d'un examen gynécologique, parmi lesquelles figure la position en décubitus

latéral, aussi connue sous le nom d'« examen à l'anglaise ». Toutefois, ces publications restent succinctes quant aux détails pratiques de cette technique, fournissant peu de précisions sur sa mise en œuvre (7).

Certaines sources non académiques complètent ces manques. Par exemple, le blog du Dr BOREE propose un « tutoriel illustré » pour la réalisation de l'examen en décubitus latéral. Ce guide suggère de couvrir la femme avec des draps pour préserver sa pudeur et d'utiliser une lampe frontale pour améliorer la visibilité. Il est recommandé que, pour un examinateur droitier, la personne examinée soit positionnée sur son côté gauche, et inversement. L'examineur se place alors derrière les cuisses, soulève la fesse et la grande lèvre d'une main pour exposer la vulve, tandis que l'autre main est utilisée pour insérer le speculum (8).





Bien que décrite depuis la fin du XIXe siècle, l'examen en décubitus latéral demeure peu pratiqué. Pourtant, cette alternative pourrait répondre à certaines réticences exprimées par les femmes. Cependant, les études sur le sujet sont rares.

L'exploration des positions alternatives pour les examens gynécologiques n'est pas une nouveauté. Des recherches antérieures ont étudié diverses positions pour les procédures obstétriques et gynécologiques, mettant en lumière des variations en termes de confort et d'efficacité (9) (10). Toutefois, les études ciblées

sur l'examen en décubitus latéral sont encore limitées. Des travaux comme ceux de Larsen (4) révèlent que les patientes ont souvent des perceptions négatives des examens pelviens traditionnels, soulignant ainsi la nécessité d'explorer des alternatives potentielles.

En examinant les perceptions des médecins généralistes, cette recherche vise à approfondir la compréhension des éléments qui influencent l'adoption de nouvelles pratiques cliniques. Les travaux antérieurs ont mis en évidence l'importance de la formation et de la sensibilisation des praticiens pour améliorer l'expérience des patientes lors des examens gynécologique (11).

### C. Question de recherche et objectifs de l'étude.

Quel est le ressenti des médecins généralistes ayant pratiqué l'examen gynécologique en décubitus latéral ?

- **Objectif principal :**

Analyser les perceptions et les expériences des médecins généralistes concernant la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

- **Objectifs secondaires :**

- Améliorer la façon dont est abordé l'examen pelvien par les médecins généralistes.
- Proposer une alternative adaptée : Offrir une solution viable à l'examen gynécologique dit « classique », parfois difficilement réalisable en raison de limitations physiques (handicaps, mobilité réduite, obésité (12)) ou psychiques (23) (appréhension, antécédent de violence ou mauvaises expériences passées).

Cette étude vise à fournir une perspective nuancée sur l'examen gynécologique en décubitus latéral en explorant les avantages potentiels, les défis et les perceptions des principaux acteurs concernés. Ce travail se concentre d'une part sur les retours des médecins généralistes ayant expérimenté cette méthode : cette partie est détaillée dans ce manuscrit. Et d'autre part sur l'analyse du vécu des femmes ayant été examinées par les médecins inclus : cette partie fait l'objet du travail de thèse de Mme NAJBERG Sasha.

En utilisant une approche qualitative basée sur l'analyse phénoménologique interprétative (IPA), l'étude cherchera à comprendre en profondeur les vécus individuels, avec pour but de rechercher des patterns qui lient les différents participants.

## II. METHODE

### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par analyse phénoménologique interprétative (IPA). L'IPA repose sur trois principes (16) :

L'idiographie qui consiste à étudier des cas singuliers de façon individuelle sans chercher à faire de généralités.

La phénoménologie qui consiste à observer, étudier les expériences vécues.

L'herméneutique qui consiste à « interpréter les signes comme éléments symboliques ». Def.2<sup>e</sup>. *Dictionnaire Larousse.2023.*

L'approche qualitative va permettre une analyse singulière du ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

### B. Population – Échantillonnage

#### 1. Principes de l'échantillonnage choisi

L'échantillon a été sélectionné de manière non probabiliste afin de garantir une homogénéité par rapport à l'expérience vécue. Cet échantillon volontairement homogène est de petite taille afin de veiller à ce que les variations dans les expériences individuelles ne soient pas influencées par les différentes caractéristiques des participants (15). Un échantillon de cinq à dix participants est généralement suffisant en IPA.

Les participants ont été recrutés dans les Hauts-de-France afin de réaliser tous les entretiens en présentiel.

## 2. Critères d'inclusion

Critères d'inclusion des médecins généralistes :

- Être médecin généraliste thésé.
- Avoir signé le formulaire de consentement.
- Pratiquant des actes de gynécologie depuis au moins 3 ans.
- Réalisant en moyenne sur l'année, au moins 4 actes de gynécologie par semaine.

## 3. Critères de non-inclusion

Critères de non-inclusion des médecins généralistes :

- Ne maitrise pas la langue française.
- Refus de signer le formulaire de consentement.
- Être interne ou docteur junior.

## 4. Modalités de recrutement

Les médecins participants ont été recrutés principalement par bouche à oreille. Ils ont été contactés par courriel, SMS ou appel téléphonique.

Nous avons tenté de recruter des médecins généralistes en dehors de notre cercle de connaissance. Pour cela nous avons effectué les démarches suivantes :

Demande de diffusion auprès de 30 CPTS, dont une seule a répondu positivement (nombre de personnes mis en copies inconnu). 2 réponses reçues, 2 refus de participer car ne répondaient pas aux critères d'inclusion.

Demande de diffusion auprès de la FEMAS (Fédération des Maisons de Santé), pour laquelle nous n'avons pas eu de retour.

Diffusions par courriel aux médecins généralistes ayant participé au DIU de gynécologie à l'université de Lille (taille de la liste de diffusion inconnue). Aucune

réponse reçue.

Diffusion par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) auprès d'une liste de 500 médecins généralistes ainsi que dans leur lettre d'information de décembre 2023. Aucune réponse reçue.

Envoi individuel de courriels à 29 médecins généralistes étiquetés comme réalisant du suivi de la femme sur Internet. Les adresses électroniques ont été collectées par appels aux secrétariats des médecins. Trois relances ont été effectuées, ainsi qu'une relance par courrier postal. Nous avons été recontactés par deux médecins mais ils n'ont pas été inclus à la suite de modifications des critères d'inclusion.

Quatre autres médecins généralistes de notre réseau personnel ont été contactés par courriel et une par téléphone. Trois ne répondaient pas aux critères d'inclusion et une n'a pas trouvé de femme acceptant l'examen en décubitus latéral.

Tous les médecins généralistes ayant accepté de participer ont reçu au préalable un guide méthodologique à la réalisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral. (Annexe A)

## C. Guide d'entretien

Dans l'IPA, il est recommandé de réaliser des entretiens ouverts aussi appelés entretiens compréhensifs afin de permettre au participant de s'exprimer librement sans présager à l'avance des thématiques qui seront abordées (16). Les entretiens ouverts sont par définition longs (environ une heure).

Il est donc recommandé de préparer à l'avance une seule question, appelée question d'ouverture. La première version de notre guide d'entretien comportait deux questions :

- Une question d'introduction permettant d'aborder l'examen gynécologique dans sa globalité qui était : Comment est-ce que vous a été enseigné l'examen gynécologique ?
- Et une question permettant d'aborder le sujet de recherche : parlez-moi de votre expérience avec l'examen en décubitus latéral.

La version finale de la grille d'entretien (Annexe 1) est plus étoffée. En effet celle-ci contient ce que nous appellerons des supports de relances. Ces supports ont été formulés à l'aide des sujets abordés lors de l'entretien test. Elles permettent à l'investigateur d'avoir une trame de questions ouvertes, qui pour les premières abordent l'examen gynécologique de façon générale puis se penchent progressivement vers le décubitus latéral.

Ce continuum de questions ouvertes n'a pas pour vocation d'être posé à tous les participants : au contraire, c'est simplement un support de relances. Des questions dites « ciblées » et des « idées de relances » ont également été formulées à l'avance, afin de favoriser la fluidité des conversations.

(Annexe B)

## D. Collecte des données

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens individuels ouverts dans l'objectif de favoriser les échanges et l'expression du ressenti et du vécu des médecins interrogés.

Ils ont été réalisés dans des lieux calmes, confortables où nous étions assurés de ne pas être dérangés. Ces lieux ont été choisis en concertation avec les participants. Trois entretiens ont été réalisés au cabinet des professionnels et un directement au domicile du médecin.

Les délais entre la réalisation de l'examen et la réalisation de l'entretien ont été réduits au maximum. Un entretien a été enregistré 4 mois après et les trois autres moins d'une semaine après la réalisation du dernier examen en décubitus latéral. Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone Olympus L1-P1 et à l'iPhone 11. Tous les enregistrements sont conservés sur un disque dur externe sécurisé par un mot de passe, ils seront détruits à l'issue de la soutenance devant le jury de thèse.

Tous les entretiens ont été précédés d'un rappel sur l'identité du chercheur, la confidentialité ainsi que les conditions de transcription et de conservation des données.

Les entretiens ont débuté par une question d'ouverture commune, non directive. La reformulation, les manifestations d'écoute non verbale ainsi que les écholalies ou les demandes de clarification ont été utilisées en plus du guide pour relancer la conversation (16) (17). Les participants sont experts de leur vécu et ont été encouragés à s'exprimer au maximum.

Les données socio-démographiques des médecins ont été recueillies en fin d'interview.

Tous les entretiens ont été transcrits entièrement en verbatim (Annexe numérique 1) par l'investigatrice ayant mené l'entretien (15). Toutes les transcriptions ont été débutées dans un délai de moins de 7 jours après l'enregistrement et finalisées dans un délai de moins de 15 jours.

Aucune rétribution n'a été accordée aux participantes.

## E. Analyse des données

### 1. Six étapes clés

La première a consisté à s'imprégner des données en effectuant plusieurs lectures attentives du verbatim. À cette étape les premières annotations ont été effectuées dans la marge.

La seconde étape était de réaliser des « commentaires initiaux » de la façon la plus complète possible. Cette étape n'étant pas protocolisée, nous avons choisi de reformuler l'intégralité du verbatim en codes descriptifs. En veillant à ne pas en modifier le sens afin de garder une synthèse représentative de ce que le participant a exprimé. Cette étape est importante pour faciliter l'émergence des thèmes.

La troisième étape, essentielle à l'analyse est l'émergence des thèmes. Cela permet d'« expliciter en termes de concepts le discours des participants » (15) (page 119 ) sous forme de phrases ou d'expressions. Pour faciliter la lecture des thèmes émergents nous avons utilisé un livre de code répertoriant pour chaque thème le code descriptif et le verbatim associé.

La quatrième étape consiste à trouver des liens entre les différents thèmes permettant de définir des thèmes superordonnés. Cela permet de mettre en lumière des ponts ou au contraire des oppositions voire des contradictions entre les différents thèmes. À cette étape, certains thèmes considérés comme non pertinents pour répondre à la question de recherche ont été retirés de l'analyse.

L'étape cinq est brève, puisqu'elle consiste à passer à l'entretien suivant. Pour rappel, les données sont considérées individuellement. Cette étape, nécessite un exercice mental difficile qui est de mettre complètement de côté tout le travail

d'analyse réalisé précédemment. Afin de retrouver une fraîcheur et une ouverture d'esprit pour se plonger dans l'entretien suivant.

Et pour finir, c'est l'étape de « conceptualisation » ou de « recherche des motifs qui lient les différents cas » (15) (page 120). La construction des concepts fera appel au principe de « double herméneutique » qui tente de donner « du sens au sens » que les participants ont donnés à leur expérience.

## 2. Journal de bord

L'IPA exige une réflexivité du chercheur vis-à-vis de sa propre subjectivité et de ses aprioris personnels. Dans une démarche de transparence cette réflexion a été consignée dans un journal de bord tout au long de l'élaboration du projet. La tenue du journal permet de suivre l'évolution du projet, de documenter les difficultés et les obstacles rencontrés. (Annexe numérique 2).

## 3. Triangulation

Afin de renforcer la validité des résultats les données ont été triangulées. C'est-à-dire que les données ont été analysées indépendamment par deux chercheurs différents.

## 4. Logiciel

L'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Word®.

## F. Aspects éthiques et réglementaires

### 1. Consentement éclairé

Un document d'information aux participants relatant en détail le déroulé de l'étude a été fourni à l'ensemble des médecins inclus. Ils ont reçu une version numérique quelques jours avant l'entretien et une version papier le jour de l'entretien.

Le consentement écrit de chaque participant a été réaccueilli avant de débiter l'enregistrement. (Annexe C)

### 2. Confidentialité et anonymat

Afin de respecter les droits des participants les transcriptions ont été anonymisées.

Un code d'identification a été établi pour chaque participant. Il comporte une lettre et un chiffre : M pour Médecin suivi du numéro d'entretien. (Exemple : M1 pour le premier médecin interrogé).

Toutes les données pouvant permettre d'identifier les participants ont été supprimées et remplacées par \*\*\*. Exemple de données supprimées : lieux d'exercices passés ou présents, nom et prénom des confrères, nom et prénom des patientes.

Tous les participants pouvaient avoir accès au verbatim de leur entretien avant qu'il soit analysé avec la possibilité d'y apporter d'éventuelles modifications. Tous ont décliné la proposition de relecture.

### 3. Comité d'éthique et autorisations réglementaires

S'agissant d'une recherche catégorie 2 : interventionnelle à risque minime, la loi Jardé s'applique nécessitant un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) obtenu le 2/01/2024. (Annexe D)

Afin de pouvoir valider la demande auprès du CPP le promoteur de l'étude le docteur Gabrielle LISEMBART a souscrit à une assurance de responsabilité civile auprès de la société SOGESSUR

Nous avons également obtenu la déclaration de conformité à une méthodologie de référence auprès de la CNIL (Annexe E).

### G. Application de la grille COREQ

Tout au long de l'étude nous avons utilisé et rempli la grille d'évaluation COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) en version française, afin de permettre une évaluation qualitative de notre recherche (14) (Annexe F).

### III. RESULTATS

#### A. Participantes

	Age	Genre	Mode D'exercice	Année D'Installation	Année d'obtention de la thèse	Nombres d'actes de gynécologie /jour	Formations complémentaires
<b>M1</b>	55	Féminin	Semi-rural En MSP	2001	2000	4-5	DIU gynécologie AUEC orthogénie AUEC Pédiatrie
<b>M2</b>	36	Féminin	Semi-rural En MSP	2020	2017	4	DIU gynécologie AUEC pédiatrie
<b>M3</b>	32	Féminin	Urbain en cabinet de groupe	2023	2022	4-5	0
<b>M4</b>	43	Féminin	Urbain En MSP	2020	2017	4-5	AUEC orthogénie

Les quatre participantes étaient des femmes médecins généralistes thèses et installées en libéral avec une moyenne d'âge de 41,5 ans.

La durée moyenne des entretiens était de 50,18 minutes

## B. Présentation des thèmes émergents

### 1. Perception de la qualité de la formation médicale initiale en santé de la femme

#### a) *Formation médicale initiale jugée insuffisante pour l'apprentissage de l'examen gynécologique*

La majorité des médecins interrogées déplorent un **manque d'encadrement pédagogique** par les gynécologues lors des stages hospitaliers en santé de la femme. Il est constaté une **absence d'enseignement pratique** concernant l'examen gynécologique. Entraînant un **apprentissage informel par l'observation et la pratique individuelle.**

**M3** : « *En observant et en faisant après sa propre expérience qu'on se rend compte comment c'est le mieux, en fait.* » lignes 47-48 page 2.

« On était pas du tout encadré justement. » ligne 86 page 2.

**M4** : « *T'as les grandes lignes. Mais j'ai l'impression d'avoir plutôt par exemple un peu appris sur le tat.* » ligne 128 page 4

b) *Inadéquation entre la formation proposée en santé de la femme et les besoins spécifiques des internes de médecine générale.*

Toutes les participantes interrogées regrettent que les stages en santé de la femme soient essentiellement hospitaliers. Bien que jugés formateurs par la majorité d'entre elles, les compétences acquises lors de ces stages ne sont plus exploitées en médecine de ville. **L'apprentissage est centré sur la gestion des urgences plutôt que sur le suivi global.**

*M3 : « Et après, je pense que pour nous en médecine générale, ce qui est intéressant c'est tout ce qui est examen suivi classique mais aussi la contraception, les IST euh donc un peu plus le côté planning. Qu'on n'a pas forcément en stage. » lignes 74-76 page 3*

Néanmoins notons que **l'encadrement par les sage-femmes** a permis à l'une des participantes d'acquérir les compétences souhaitées. Par exemple elle a pu réaliser ses premiers examens obstétricaux en décubitus latéral et avoir accès à une ouverture d'esprit sur des pratiques innovantes ou non conventionnelles qu'elle ne retrouvait pas en étant encadrée par des gynécologues.

*M1 : « Alors, en fait, moi j'ai jamais appris l'examen gynéco avec aucun médecin, aucun gynéco. J'ai appris avec les sages femmes » ligne 76 page 4*

*M4 : « Et j'ai jamais eu vraiment de cours sur la position » ligne 116 page 4*

Les médecins interrogées ont été globalement plus **satisfaites par les stages en médecine libérale** vis-à-vis de l'apprentissage en suivi de la femme. Car plus en adéquation avec la pratique future. Cependant il persiste une **disparité dans la qualité des terrains de stages** avec peu de maîtres de stage universitaires (MSU) qui proposent du suivi en santé de la femme.

*M3 : Du coup plus en stage de médecine générale, en ville finalement. Et je pense que c'est les quelques examens gynéco que j'ai vu chez les médecins... les praticiens en médecine générale ou j'ai été en stage ou j'ai appris, ou j'ai appris le plus en fait.  
Lignes 115-118 page 15*

c) *Critique des pratiques pédagogiques en milieu hospitalier*

**Les pratiques pédagogiques en milieu hospitalier** sont également pointées du doigt par certains médecins. L'une d'entre elles témoigne avoir été consternée d'assister à la réalisation de touchés vaginaux répétés sur une même femme. Bien qu'elle fût consentante, selon la participante cela ne justifie pas une atteinte aux limites physiques et psychiques des personnes au nom de l'apprentissage.

D'ailleurs elle critique la **surpopulation d'étudiants en stage** ayant pour conséquence une formation trop tournée sur la théorie. Au détriment d'un apprentissage pratique au cœur du terrain qui selon elle est plus formateur.

*M1 : « On pouvait être cinq, six étudiants à faire un touché vaginal à la même patiente. Ce que j'ai refusé de faire ! » ligne 41 page 2*

*M1 : « Pour l'apprentissage, on a toujours le temps. » ligne 52 page 3*

**Les comportements inadaptés observés pendant les stages ont un impact sur le développement de l'empathie** chez les étudiants. Certaines participantes expriment explicitement leur désir d'apprendre mais pas au détriment de la sécurité physique et psychique des personnes soignées. Reflet d'**une éthique forte**, qui privilégie le vécu et la dignité des femmes par rapport aux impératifs d'apprentissage.

L'une d'entre elles a constaté lors des stages des **négligences concernant le recueil du consentement et la délivrance d'information** Deux notions devenues primordiales dans sa pratique actuelle.

*M4 : « moi j'ai jamais vu de choses euh maltraitante mais peut-être un peu négligentes : sur les explications, sur euh la notion de consentement » lignes 279 p 9.*

Cet **état d'esprit réflexif** vis-à-vis des pratiques d'apprentissage a incité l'une d'entre elles à refuser d'examiner une femme qui avait déjà subi plusieurs touchés vaginaux. Elle raconte avec fierté que cette décision lui a valu la **reconnaissance de ses pairs**. Ceci alors que règne une ambiance compétitive forte entre les étudiants en médecine qui subissent une pression pour acquérir et maîtriser de nouvelles compétences rapidement.

*M1 : Mais ce qui m'a valu du grand chef, beaucoup de respect. (Rire). Ligne 48 page 29.*

## 2. La formation médicale continue nécessaire à la pratique d'actes en santé de la femme

La formation médicale initiale est jugée comme insuffisante pour l'apprentissage des gestes en gynécologie. Elle ne permet pas de se sentir en confiance pour les introduire dans sa pratique sans formation complémentaire.

On constate une **influence des formations diplômantes sur la qualité de la formation en santé de la femme**. L'acquisition du DIU de gynécologie ou de l'AUEC d'orthogénie a été une étape essentielle pour plusieurs participantes avant de pratiquer certains gestes techniques comme la pose de dispositif intra-utérin.

*M2 : « j'ai appris à examiner les patientes pendant mon DU de gynéco, pas pendant mon internat » lignes 24-25 page 1.*

*M4 : « Et ça m'a permis de me lancer, moi au cabinet, sur la gynéco. Parce que j'me serais pas sentie de faire pour certains actes, avec juste la formation initiale. » lignes 152-153 page 5.*

Certaines participantes mettent en avant le **perfectionnement du geste par la pratique régulière** afin d'acquérir une maîtrise technique et la dextérité nécessaire avant de le proposer aux femmes.

La réalisation d'actes médicaux en santé de la femme est perçue comme un moyen de diversifier la pratique médicale. Cela permet de rompre la monotonie ressentie dans les motifs de consultation en médecine générale.

**M2** « Ça change du quotidien. Quand tu poses un stérilet, quand tu, tu retires un implant. Enfin voilà c'est des petits gestes, ça change de ton renouvellement » lignes 79-80 page 3

### 3. Pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral : expériences variées.

Pour certaines participantes la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral s'est révélée facile, rapide et efficace et **vécue comme un examen pelvien habituel**.

En revanche d'autres ont rencontré des difficultés à réaliser l'examen gynécologique dans cette position. Elles ont dû revenir en position classique pour mener à bien les investigations nécessaires, les conduisant à **considérer l'examen gynécologique en DL comme un échec**.

La notion de réussite ou d'échec de l'examen en décubitus latéral n'a pas été définie en amont et a été laissée à l'appréciation des médecins interrogées.

**M3** : « je me suis aussi sentie alaise et j'ai trouvé ça super facile en fait. Super naturel, super facile. Et même plus rapide, pour l'examen. Et après au niveau du speculum je suis tombée tout de suite sur le col dans les deux cas » lignes 197-200 page 6.

a) *Perceptions variées des avantages et inconvénients de l'examen gynécologique en décubitus latéral*

Une partie des participantes a trouvé qu'il était plus aisé de **visualiser le col de l'utérus** en DL qu'en décubitus dorsal. Alors que pour d'autres, le col n'a pas pu être visualisé les obligeant à considérer l'examen comme un échec.

**M1** : « Voilà, et je suis tombée tout de suite sur le col ! Alors l'avantage je pense qu'honnêtement on trouve le col trois fois plus facilement. » Ligne 252 page 12

Partant du postulat que la visualisation du col de l'utérus est plus facile en DL, l'une des participantes estime que cette position serait **adaptée aux femmes ménopausées**, chez qui le col est souvent très postérieur. Selon elle, l'effet de gravité en position demi-assise lors de l'examen classique accentuerait ce phénomène, rendant le col moins accessible. En revanche, une autre participante pense le contraire.

**M4** : « le passage à mon fauteuil gynécologique, qui est une table à vraiment fait une différence sur euh, sur euh trouver le col pour le frottis. » lignes 372-373 page 11

D'ailleurs les participantes n'ayant pas réussi à visualiser le col de l'utérus ne recommandent pas l'examen en DL pour la réalisation du dépistage du CCU.

Certaines participantes ont remarqué que la **région du clitoris et péri-urétrale était moins visible en DL**. Limitant le dépistage de certaines pathologies vulvaires telles que le lichen, considéré par l'une d'entre elles comme une perte de chance.

**M2** : « aussi c'est un examen où tu peux pas inspecter la vulve. » ligne 188 page 6

L'une des médecins considère que **l'obésité** de la personne examinée rend impossible la réalisation de l'examen gynécologique en DL. Elle raconte avoir perdu ses repères lors de la réalisation du touché vaginal et précise qu'une formation supplémentaire serait nécessaire. À l'inverse une autre participante explique qu'au lieu d'avoir des culs de sacs droit et gauche ils deviennent simplement supérieurs et inférieurs.

*M2 : « Mais euh limité par le poids, car il faut soulever la fesse, d'où BMI supérieur à 30 c'est pas possible ». ligne 187 page 6*

Une autre a pointé du doigt le **manque d'ergonomie** de cette position pour le praticien, rendant l'examen particulièrement inconfortable pour son dos. La posture assise permise lors de la position classique est plus confortable pour le médecin. Ici, la position latérale est perçue comme moins intuitive et plus complexe à maîtriser.

*M4 : « j'ai quand même trouvé ça très inconmode. J'ai eu beaucoup de mal. » ligne 329 page 10 « j'ai trouvé que euh que c'était pas pratique pour le dos, pour le médecin » ligne 332 page 10*

**Les conditions matérielles** du cabinet sont des éléments mis en perspective par les participantes. La table d'examen doit être large et se lever suffisamment haut. Dans tous les cas **l'installation de la personne examinée est plus rapide en position latérale** qu'en position dorsale avec étrières.

Toutes les participantes reconnaissent que l'examen en DL peut **améliorer le confort**, et favoriser le relâchement des femmes. Elles estiment également qu'il pourrait être **adapté aux femmes pudiques, ayant des antécédents de violences, ou manifestant des réticences à l'égard de la position habituelle.**

La majorité des participantes estime que l'examen gynécologique en DL pourrait être adapté aux femmes jeunes ou pour un premier examen, car il est **plus respectueux de la pudeur**. Cependant, l'une d'entre elles nuance cette opinion, affirmant qu'elle ne souhaite pas encore proposer cette méthode, qu'elle ne maîtrise pas suffisamment, aux jeunes femmes qu'elle considère plus vulnérables.

L'une des médecins interrogées, malgré l'échec ressenti perçoit l'examen en DL comme un moyen d'apporter une forme de polyvalence dans sa pratique afin de pouvoir **laisser le choix aux femmes** de la position dans laquelle elles seront examinées.

*b) Entre adaptabilités et résistances à la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral*

Majoritairement les médecins interrogées ont fait preuve **d'adaptabilité et de flexibilité lors de la réalisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral**. Chacune s'est approprié différemment la position, **en collaborant directement avec les femmes examinées** pour trouver l'installation la plus confortable possible sur la table d'examen. Certaines ont laissé le choix aux femmes de reposer leur jambe supérieure soit sur une jambièrre ou directement sur la table d'examen.

*M1 : « j'avais réfléchi à mettre le repose jambe de façon à avoir euh une possibilité sans devoir écarter complètement les fesses et que pour la patiente ce soit plus ... Moins désagréable et que ça reste dans la pudeur. » lignes 204-206 page 10*

**La collaboration médecin-patiente** ainsi que la **décision médicale partagée** ont permis aux médecins, en cas d'échec à visualiser le col de l'utérus, de prendre rapidement la décision de revenir à la méthode éprouvée pour terminer l'examen.

L'une des participantes estime avoir échoué à l'un de ses examens en DL en raison d'une mauvaise installation de la femme par **manque d'expérience**. Elle souligne à plusieurs reprises que l'**absence d'enseignement théorique et pratique** sur cette position est un frein majeur pour l'intégrer dans sa pratique courante. Elle base sa pratique presque exclusivement sur ce qui lui a été enseigné. Plusieurs médecins évoquent **le manque de maîtrise technique du geste** comme principal frein à le proposer par crainte d'entraîner une perte de chance chez les personnes examinées. Un autre facteur évoqué comme frein à la pratique du DL par l'une des médecins interrogées concerne **les habitudes professionnelles bien ancrées**. Selon elle, changer ces habitudes demande un effort particulier, notamment pour les professionnels installés depuis longtemps, contrairement aux jeunes praticiens qui sont moins ancrés dans une routine.

*M2 : « Si on t'apprend, si on t'apprend. Moi je reste persuadée que si on t'apprend d'une certaine façon, tu feras toujours ça. Donc si on était formé euh ... Moi si les pessaires on m'avait dit ça se pose sur le côté, bah je l'aurais posé sur le côté ! » lignes 530-532 page 16.*

*M1 : « j'pense que c'est plus facile pour un jeune médecin quand il a pas encore d'habitus euh euh mis en place, de pouvoir proposer des choses. Alors que quand vous êtes (rires) installés depuis un certain temps, on a nos petits, on a notre petit train train en fait ! » lignes 401-404 page 18.*

c) *Perception du vécu des femmes par les médecins.*

En partageant leurs expériences de l'examen gynécologique en décubitus latéral, toutes les médecins interrogées ont mentionné leur **perception sur le ressenti des femmes examinées**.

La plupart des médecins ont décrit les femmes comme étant **confortables, sereines et coopératives**. En revanche les perceptions de ce que pensent les femmes de la position latérale sont très variées :

Certaines pensent que la **position latérale est moins vulnérante** car les femmes sont moins exposées, l'examineur étant situé derrière elle plutôt qu'entre les jambes.

À l'inverse, d'autres médecins trouvent que cette position **diminue le sentiment de sécurité**, car elle **limite le contact visuel** et empêche les réactions physiques de retrait, renforçant ainsi la vulnérabilité perçue. Une médecin explique qu'elle a besoin d'avoir un contact visuel avec les femmes pour ajuster ses gestes et gérer l'inconfort éventuel. Elle nuance ses propos en admettant que c'est une perception subjective et que cela dépend des représentations de chacune.

*M2 : « Après, c'est un examen ou on fait dos à la patiente, la patiente ne voit rien. Elle nous entend mais nous voit pas. » ligne 198 page 6*

*« Je trouve ... après c'était mon imaginaire de femme et voilà ... mais je trouve qu'on est plus vulnérable. » 319 p 10*

*« Moi ça me bloque ! Le fait que ça soit de dos ça me bloque ! » ligne 342 p 10*

*M4 : « j'trouve ça p't'être même plus rassurant pour la patiente, et plus confortable pour moi d'être assise » ligne 405-406 page 12*

Le décubitus latéral est également vu comme une manière de **déconstruire les normes habituelles** liées à l'examen gynécologique avec étrières, souvent perçu comme source de stress et d'appréhension.

La majorité des médecins ont rencontrés des difficultés à inclure des femmes dans l'étude, se heurtant à des refus. Selon elles plusieurs raisons à ces refus : En effet les participantes pensent que le changement de position peut déstabiliser les femmes, car **il ne correspond pas à leurs représentations habituelles de l'examen gynécologique**, ce qui peut rendre cette approche étrange ou inadaptée à leurs yeux. La peur de l'inconnu et les habitudes ancrées sont perçues comme un obstacle à l'acceptation de nouvelles pratiques.

**M4** : « Alors mon interprétation à moi, c'est que voilà c'est pas vu comme ça. Ni dans les séries, ni nulle part. Ni chez leur maman si elle leur en a parlé. Des choses comme ça. Donc euh non aucune qui a voulu tester. » lignes 474-474 page 14

« J'te dis vraiment l'impression de la peur de l'inconnu. Et qu'il faut mieux quelque chose de connu comme étant pas agréable mais au moins connu. » ligne 477-478 page 15

De plus, les médecins interrogées ont tendance à vouloir proposer l'examen en décubitus latéral uniquement aux femmes qui selon elles sont les plus susceptibles d'accepter.

Par exemple l'une des participantes a proposé cette approche uniquement à des femmes qu'elle connaissait bien, en s'appuyant sur **la relation de confiance pour faciliter l'acceptation de la nouvelle pratique**. Cela a été confirmé par d'autres médecins, qui se disent plus encline à proposer cette alternative aux femmes avec lesquelles **la relation de confiance est déjà établie**. Certaines auront tendance à cibler des femmes plus âgées, habituées à leurs corps. Tandis que d'autres privilégieront les patientes jeunes, pensant au contraire les femmes plus âgées auront des réticences aux changements car plus ancrées dans leurs habitudes.

**M2** : « Il faut avoir vraiment confiance. Et c'est des dames que j'avais déjà vu plusieurs fois, qui me connaissent ». Ligne 302 p 9

**M4** : « Donc je serais peut-être plus dans cette optique d'entraînement avec des patientes avec qui j'ai suffisamment d'habitudes » 535-536 p 16

**M3** : « On sait que les patientes qui ont l'habitude de faire des examens routine ont pas forcément envie de changer, leurs habitudes. » 271-272 p 8

Bien que cela ne soit pas directement lié à l'expérience avec le décubitus latéral.

Toutes les médecins interrogées ont souligné **l'importance du confort, du**

**respect de la pudeur, de l'information et du recueil du consentement** lors des examens pelvien. Considérant cela comme essentiel pour garantir une expérience positive. Autrement dit, leur perception personnelle d'un « bon examen » influence directement leur approche avec les femmes : elles adoptent une approche progressive, en évitant de les déshabiller complètement, en expliquant leurs gestes au fur et à mesure, en demandant l'autorisation, et pour certaines, en les couvrant avec un drap.

d) *Préjugés avant la pratique du décubitus latéral*

Certains médecins ont mentionné des aprioris qu'elles avaient avant de réaliser leur premier examen en décubitus latéral. Notamment sur le fait que la position serait moins confortable pour le médecin et que la modification des repères anatomiques entraînerait une perte de précision dans la réalisation du geste. L'une d'entre elles avait anticipé un échec possible et prévu une consultation plus longue pour pouvoir revenir à la position habituelle si nécessaire.

**M4** : « j'avais plutôt un apriori sur le fait que ça serait moins pratique pour moi » ligne 489 page 15  
« déjà avant d'le tester, j'me disais que niveau repères anatomiques » ligne 493 page 15

e) *Retour au statut de débutante*

Certains médecins évoquent leur inconfort face au **sentiment de perte de compétences** provoqué par l'expérimentation d'une nouvelle pratique, malgré leur expertise habituelle dans le suivi de la femme. L'**utilisation de l'humour** apparait comme un outil utilisé par les médecins pour atténuer la gêne liée à ce sentiment d'échec. Cette approche leur permet de réajuster la position d'examen tout en assurant une expérience positive à la personne examinée.

**M4** : « *Donc ouais de revenir vraiment dans la peau d'une novice* » ligne 394 page 12

**M2** : « *Je me suis sentie un peu bête, j'ai fait « bon bah, c'est tout, on va revenir aux bonnes habitudes, c'est tout, c'est pas grave, ça peut arriver c'est tout ! ». Après, on en parle en rigolant* ». Lignes 211 213 p 6

f) *Promouvoir le décubitus latéral : propositions des participantes*

Les médecins interrogées constatent qu'il est souvent difficile d'adopter de nouvelles pratiques au sein d'un exercice individuel rythmé par les habitudes. Pour faciliter la démocratisation du décubitus latéral, certaines ont proposé plusieurs moyens de diffusion. Elles suggèrent par exemple, d'intégrer l'enseignement de cette méthode dans les formations médicales en utilisant des modèles de simulations, tels que des mannequins pour s'entraîner. Elles recommandent également de permettre aux femmes de choisir la position dans laquelle elles préfèrent être examinées.

### C. Modélisation des résultats

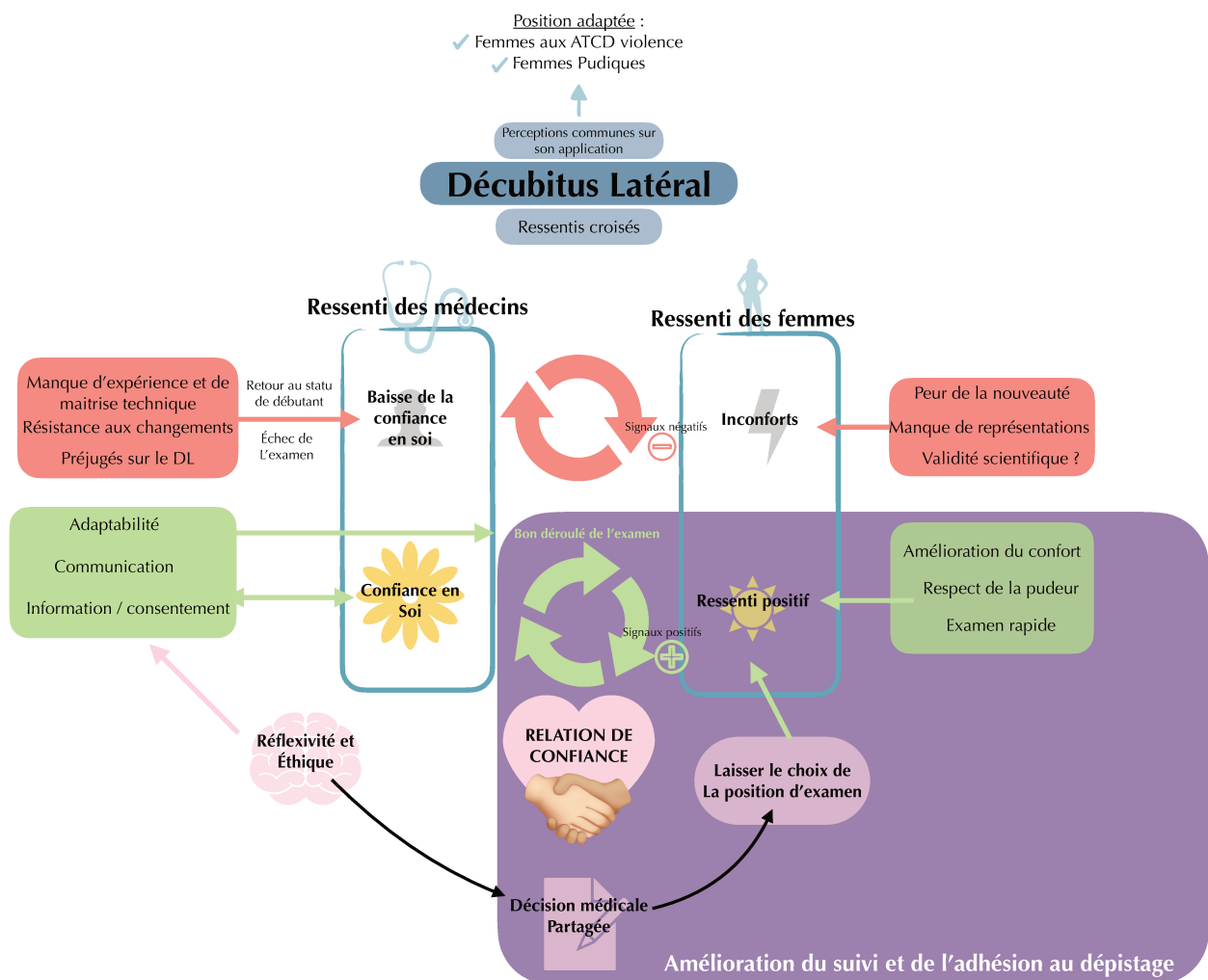
D'après l'analyse des thèmes émergents, plusieurs paramètres influencent le ressenti des médecins généralistes concernant leur expérience avec l'examen gynécologique en décubitus latéral. Bien que chaque expérience soit unique, certains éléments favorisent un vécu plutôt positif, tandis que d'autres contribuent à un ressenti plus négatif.

Afin de faciliter la lecture des résultats une modélisation schématique a été élaborée. Ce schéma met en lumière de manière visuelle la façon dont s'articulent



## D. Modélisation croisée des résultats.

Comme mentionné dans la méthodologie, cette recherche a été réalisée en collaboration avec Mme Sasha NAJBERG à travers un protocole commun. En plus d'évaluer le ressenti des médecins généralistes, ce protocole visait également à recueillir celui des femmes examinées par ces derniers. Voici une synthèse de nos résultats respectifs, mis en miroir, illustrant l'impact de l'expérience en décubitus latéral sur le vécu des femmes et des praticiennes.



MIND MAP : Examen gynécologique en décubitus latéral :  
évaluation du ressenti des médecins généralistes et des  
patientes.

Cette modélisation établit un lien entre le ressenti des médecins et des femmes concernant l'examen gynécologique en décubitus latéral. Plusieurs points de convergence apparaissent : le confort accru, la préservation de la pudeur et la rapidité de l'examen. Cette méthode semble particulièrement adaptée aux femmes pudiques ou ayant subi des violences. Globalement les femmes ont un ressenti positif, bien que certaines aient perçu un manque de confiance chez l'examinatrice. Ce manque de confiance peut être dû à des facteurs internes, tels que l'appréhension ou le manque de maîtrise technique, ou à des facteurs externes, comme le matériel ou les signes d'inconfort des femmes. Parallèlement, la capacité du médecin à guider et à communiquer avec la patiente a facilité son installation sur la table et a contribué à son confort, ce qui a amélioré le déroulement de l'examen.

Le respect et le consentement sont essentiels pour les deux groupes. Les médecins par empathie et par le spectre leurs propres expériences, s'efforcent de rendre l'examen pelvien aussi confortable que possible pour les femmes. Ces éléments renforcent la relation de confiance et favorisent une expérience positive de l'examen. Du point de vue des participantes : s'assurer du respect de la pudeur, du confort et du consentement lors des examens gynécologiques, tout en laissant le choix de la position d'examen, semble être une piste pour améliorer le suivi en santé de la femme et favoriser l'adhésion au dépistage.

## IV. DISCUSSION

### A. Rappels des objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'analyser les perceptions et les expériences des médecins généralistes sur la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Les objectifs secondaires visent à améliorer la manière dont l'examen gynécologique est abordé par les médecins et à proposer une alternative adaptée à l'examen habituel, afin de le rendre plus accessible aux femmes présentant des limitations physiques ou psychiques.

### B. Synthèse et interprétation des résultats

Les qualités acquises au cours de la formation des médecins renforcent la relation de confiance. Parmi celles-ci, la capacité à s'adapter en proposant des soins personnalisés, le respect du confort et de la pudeur, ainsi que l'attention portée au consentement et à l'inclusion des femmes dans les décisions médicales partagées jouent un rôle crucial.

Nous avons observé la façon dont l'éthique et la réflexivité se développent chez les jeunes médecins pendant leur formation. C'est à partir de leur propre sensibilité qu'elles définissent ce qu'est un « bon examen gynécologique ». Par exemple les notions de pudeur et de confort sont subjectives. Chaque médecin établit des normes dans sa manière d'examiner les femmes qui sont intimement liées à ses propres représentations du confort et de la pudeur.

Cette relation de confiance est au cœur des préoccupations des médecins incluses dans l'étude. Lorsque la personne examinée paraît à l'aise aux yeux de la médecin, celle-ci se sent également en confiance. La confiance en soi du médecin

est proportionnelle à celle que lui accorde la femme examinée. C'est pourquoi, tout au long de l'examen le médecin observe consciemment ou non les signes indirects d'inconfort chez la personne qu'elle examine.

Lorsque la communication est fluide et que les signaux chez la personne examinée sont positifs, le médecin aura une expérience positive avec le décubitus latéral. En revanche, si la position en décubitus latéral empêche le contrôle de ses signaux, par exemple par manque de contact visuel, le médecin peut perdre confiance en elle et garder une perception négative de son expérience.

Il existe donc un lien d'interdépendance fort entre la relation de confiance et l'aisance du médecin dans sa pratique. C'est pourquoi lorsque le médecin est dans une démarche d'apprentissage d'un geste qu'elle ne maîtrise pas parfaitement elle se tournera naturellement vers des patientes qu'elle connaît bien et avec qui elle ne se sentira pas jugée.

En préservant le confort et la pudeur, les médecins améliorent leur propre perception de l'examen. Car une femme à l'aise renvoie des signaux positifs à l'examineur. Se sentant en confiance, le médecin peut réaliser l'examen de manière plus fluide, rapide et facile, ce qui contribue à améliorer le vécu réel des femmes.

C'est en améliorant le vécu réel des femmes lors des examens pelviens que l'on peut espérer améliorer le suivi en santé de la femme et ainsi augmenter la couverture de dépistage du CCU.

## C. Forces et limites de la recherche

Dans cette partie nous allons aborder les forces et les limites de notre recherche qui a exploré le ressenti des médecins généralistes sur la pratique de l'examen gynécologique en prenant en compte les aspects méthodologique et analytique.

### 1. Forces de la recherche

Une des principales forces de notre recherche réside dans la rigueur méthodologique appliquée à chaque étape de l'analyse des données. De plus l'utilisation du journal de bord et de la grille COREQ a également permis d'assurer une transparence dans notre démarche réflexive. Bien que nous ayons pris connaissance de la nouvelle grille SRQR (22) après avoir terminé la rédaction du manuscrit, nous nous sommes également assurés que notre travail correspondait aux critères de cette grille (Annexe G).

La richesse des données recueillies constitue un atout majeur. Avec des entretiens d'une durée moyenne de 50,18 minutes nous avons pu explorer en profondeur le vécu unique des participantes.

L'homogénéité de l'échantillon, critère de qualité en IPA, a également permis d'éviter que les variations dans les expériences individuelles ne soient influencées par des différences entre les caractéristiques des participantes.

Enfin, l'originalité de notre sujet constitue également une force. Peu d'études avant la nôtre ont cherché à explorer le ressenti des médecins généralistes concernant la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Nos résultats offrent de nouvelles perceptives sur les liens entre la relation médecin-patient et la confiance en soi du médecin.

## 2. Limites de la recherche

Cependant, nous reconnaissons certaines limites dans nos travaux. Tout d'abord, l'échantillon de taille réduite limite la transférabilité des résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

Par ailleurs, il existe un biais relationnel car l'investigatrice connaissait personnellement deux des participantes. Même si leurs rapports étaient essentiellement professionnels cette proximité a pu influencer les réponses fournies ainsi que la neutralité et la profondeur de l'analyse.

De plus, la grille d'entretien comportait plusieurs questions, et le manque d'expérience de l'investigatrice a pu orienter certaines réponses réduisant ainsi l'ouverture nécessaire en IPA.

Malgré ces limites méthodologiques, notre étude démontre une rigueur importante et une richesse de données qui nous ont permis d'apporter une contribution à la compréhension du ressenti des médecins généralistes concernant la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

## D. Comparaison à la littérature existante

### 1. Contexte théorique et recherches précédentes

La revue de littérature retrouve peu d'études sur l'utilisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral, particulièrement du point de vue des médecins généralistes. Cependant, certaines recherches se sont intéressées aux facteurs améliorant le confort des femmes lors des examens pelviens. Par exemple, Larsen (1997) (4) a montré que la communication, l'information, la

relation de confiance et la position d'examen favorisent le sentiment de contrôle des femmes. Plus récemment, Sheehusen et Johnson (2006) (5) ont démontré que l'examen gynécologique sans étriers diminue le sentiment de vulnérabilité et l'inconfort.

Plus généralement, Phanael (2002) (18) a établi que la confiance des patients dépend de l'information fournie, des compétences relationnelles du personnel soignant et de leur empathie. Enfin, Haberey-Knuessi (2017) (19) a observé que, bien que les médecins cherchent à créer une relation de confiance avec les patients, ils s'interrogent rarement sur leur propre confiance envers les patients soulignant ainsi une asymétrie dans la relation soignant-soigné.

## 2. Comparaisons des résultats.

Les résultats de notre étude montrent que les participantes ont vécu l'examen gynécologique en décubitus latéral de manière variée. Plusieurs aspects ont influencé leur expérience, notamment des contraintes objectives, telles que le matériel dont elles disposent, les conditions physiques de l'examineur et les particularités anatomiques des personnes examinées. Des éléments plus subjectifs ont également émergé, comme les perceptions de l'aisance des femmes examinées, la population à qui elles préfèrent proposer cette méthode ou encore l'impact sur la communication visuelle en décubitus latéral.

En comparant ces résultats à la littérature existante, des divergences apparaissent. En effet les résultats rapportés par Breikopf et Daniel (2021)(12), montrent que l'examen en décubitus latéral facilite la visualisation du col de l'utérus chez les patientes en obésité sévère comparativement à la position dorsale. Cette différence peut être expliquée par le manque d'expérience de nos

participantes sur la pratique de l'examen en décubitus latéral et du fait que dans l'étude un assistant était présent pour soutenir la jambe supérieure des femmes afin de permettre une meilleure exposition du périnée.

Il existe également des points de convergence avec la littérature. Par exemple certaines participantes ont signalé des négligences concernant le recueil du consentement et des touchés vaginaux répétés sur une même femme lors des stages d'externat. Ce qui rejoint les observations de Coldicott, Pope et Robert (2003) (20). Leur étude qualitative rétrospective auprès d'étudiants en médecine britanniques a révélé que 50 % des examens gynécologiques réalisés par des étudiants de 3<sup>e</sup> année l'étaient sans certitude sur l'obtention du consentement. De plus de nombreux étudiants ont rapporté avoir été plusieurs à examiner la même femme et s'être senti contraints d'effectuer des examens qui les mettaient mal à l'aise, sans oser exprimer leur gêne. Ces observations soulignent l'importance de ne pas sacrifier l'intégrité physique et psychique des femmes au profit de l'apprentissage.

Dans l'article intitulé « latéral thinking » publié aux Drife JO (1988)(21) fait également écho à nos résultats en notant que les médecins estiment moins gênante pour les femmes, la position qu'eux préfèrent entre le décubitus dorsal et le décubitus latéral. Cela illustre bien la subjectivité du praticien sur les perceptions qu'il a du ressenti des femmes. L'article suggère aussi que le contact visuel permis par l'examen en décubitus dorsal est perçu par les gynécologues comme plus rassurant pour les femmes. Cependant, comme dans notre étude, il est noté que la position latérale pourrait être plus appropriée pour les femmes pudiques, les jeunes filles, ou les femmes plus âgées en particulier celles avec une mobilité réduite des hanches. Cela souligne la nécessité pour les

professionnels de santé d'être adaptables et d'offrir aux femmes la possibilité de choisir la position dans laquelle elles souhaitent être examinées.

Enfin, les médecins interrogées dans notre étude accordent toutes une importance à la relation de confiance pour garantir une expérience positive lors des examens gynécologiques. Ce constat rejoint la conceptualisation d'Haberey-Knuessi (2017) (19), qui décrit que « chercher à établir une relation de confiance soignant-malade devient un objet de travail à visée thérapeutique ». En effet cette relation favorise l'adhésion aux soins et améliore l'observance.

Par définition la relation de confiance implique un lien entre deux personnes. Le médecin a besoin de cette confiance pour encourager l'adhésion aux soins et améliorer l'expérience des examens. Bien que l'importance de cette relation pour les femmes examinées soit reconnue, l'impact qu'elle peut avoir sur le médecin lui-même et notamment sur la confiance en soi reste peu exploré.

## E. Perspectives

Nous avons mené une recherche qualitative en utilisant l'analyse phénoménologique interprétative, visant à explorer en profondeur les expériences individuelles des participantes. Ainsi, l'objectif n'est pas d'extrapoler nos résultats à l'ensemble des médecins généralistes.

Cependant, il est intéressant de formuler des pistes de réflexion au regard de l'analyse de nos résultats. Nous avons observé un impact potentiel de la relation de confiance entre femmes et médecin sur la confiance en soi du praticien. Il est bien établi que la qualité de cette relation améliore la prise en charge des femmes, mais il serait pertinent d'explorer son influence sur le bien-être psychologique et

émotionnel des médecins généralistes, ainsi que sur la qualité des soins qu'ils délivrent. De plus, l'impact de cette relation sur la manière dont les médecins généralistes abordent les soins en santé de la femme pourrait être exploré.

## V. CONCLUSION

Notre étude visait à étudier le ressenti des médecins généralistes concernant la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Nos résultats montrent que l'expérience des médecins varie selon plusieurs facteurs. D'une part des facteurs objectifs tels que la visualisation du col de l'utérus, le matériel à disposition, les conditions physiques du médecin. D'autres part des facteurs plus subjectifs comme la perception du ressenti des femmes, le sentiment de perte de compétence ou encore la capacité d'adaptation. Ainsi que la relation de confiance entre la femme examinée et le médecin qui apparait comme une influence majeure sur le vécu des praticiennes.

Cette recherche apporte de nouvelles perspectives sur l'examen gynécologique en décubitus latéral qui reste peu étudié. Elle met en évidence l'importance de la relation de confiance sur le bien-être des femmes, mais aussi potentiellement sur celui du médecin, aspect très peu exploré dans la littérature.

Cette étude présente des limites notamment en termes de généralisation des résultats. En effet l'approche utilisée permet d'étudier des expériences uniques, donc les conclusions doivent être interprétées dans le contexte particulier des médecins interrogées.

Au regard de nos résultats, il serait pertinent d'explorer par une recherche qualitative l'impact de la relation de confiance sur le bien-être psychologique et émotionnel du médecin. Parallèlement, une étude quantitative pourrait explorer l'influence de cette relation sur la qualité des soins prodigués.

## VI. REFERENCES

- 1- CNGOF. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. 21 octobre 2021.  
Disponible : <https://cngof.fr/app/pdf/FICHES%20D'INFORMATION%20DES%20PATIENTES/Gynécologie//Charte%20de%20la%20consultation%20en%20gynécologie%20ou%20en%20obstétrique%20-%20Oct.%202021.pdf>. Consulté le 7 septembre 2024.
- 2- Santé publique France. Cancer du col de l'utérus : données [Internet]. 2022.  
Disponible à : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/donnees/#tabs>. Consulté le 7 septembre 2024.
- 3- Institut national du cancer (Inca). Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [Internet]. Disponible à : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>. Consulté le 7 septembre 2024.
- 4- Larsen M, Oldeide CC, Malrerud K. Not so bad after all... Women's experiences of pelvic examinations. *Fam Pract*. 1997;14:148-52.
- 5- Seehusen DA, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, Doria M, Farnell E, Lanham J. Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial. *BMJ*. 2006;333(7560):171.
- 6- Ard A. *Traité pratique de gynécologie*. Paris : Doin ; 1892. p. 15-17. Visible à : [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=3u0oAAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=gyn%C3%A9cologue+sims+position&ots=H7YM0LLFoJ&sig=oAJDmSDflnwXOMXM-JvfqVV4Jys&redir\\_esc=y#v=onepage&q=gyn%C3%A9cologue%20sims%20position&f=false](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=3u0oAAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=gyn%C3%A9cologue+sims+position&ots=H7YM0LLFoJ&sig=oAJDmSDflnwXOMXM-JvfqVV4Jys&redir_esc=y#v=onepage&q=gyn%C3%A9cologue%20sims%20position&f=false). Consulté le 7 septembre 2024.
- 7- CNGE, Saint-Lary O, Imbert P, Perdrix C. *Médecine générale pour le praticien*. Paris : Elsevier Health Sciences ; 2022. p. 375.
- 8- L'examen « à l'anglaise » – et autres mises au point gynécologiques | Le blog de Borée. [Internet]. 14 mars 2011. Disponible à : <https://boree.eu/2011/03/14/l'examen-a-l'anglaise-et-autres-mises-au-point-gynecologiques/> [Accédé le 5 mars 2021]. Site désormais inaccessible.
- 9- Brement S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Accouchement en décubitus latéral Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. *Gynecol Obstet Fertil*. 2007 Juil-Aug ;35(7-8):637-44.
- 10- Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu MN, Perrotin F. Accouchement sur le côté : étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques.

- Gynecol Obstet Fertil. 2012 May ;40(5):279-83. Doi : 10.1016/j.gyobfe.2011.07.039.
- 11-Billings JA, Stoeckle JD. Pelvic examination instruction and the doctor-patient relationship. *Academic Medicine*. oct 1977;52(10):834
- 12-Breitkopf DM. Lateral decubitus position to facilitate pelvic examination of the patient with severe obesity. *BMC Womens Health*. 2021 ;21(1):143. doi : 10.1186/s12905-021-01289-2.
- 13-Amias AG. Pelvic examination: a survey of British practice [abstract]. *Br J Obstet Gynaecol*. 1987 Oct ;94(10):975-8.
- 14-Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
- 15-Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. *Initiation à la recherche qualitative : guide pour réussir sa thèse ou son mémoire*. Paris : Global Média Santé et CNGE ; 2021.
- 16-Kaufman JC. *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan Université ; 1996.
- 17-Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université ; 1992.
- 18-Phanuel D. Confiance dans les soins et soin de la confiance : la réponse relationnelle. *Politiques et Management Public*. 2002 ;20(4):115-32.
- 19-Haberey-Knuessi V, Obertelli P. La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*. 27 nov 2017;35(2):107-17.
- 20-Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations—teaching tomorrow's doctors. *BMJ*. 11 janv 2003;326(7380):97-101.
- 21-Drife JO. Lateral thinking in gynaecology. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 19 mars 1988;296(6625):807-8.
- 22-Thébaud V, Dargentas M. Traduction française des normes SRQR pour rendre compte des recherches qualitatives. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2023;23(253):18-22.
- 23-Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination: factors associated with discomfort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(11):1030-6.

## VII. ANNEXES

### A. Guide méthodologique

#### EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL

Proposition d'un protocole inspiré de la méthode de « BOREE »

##### **Introduction :**

La réalisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral n'est pas standardisée. Dans ce document, nous avons fait le choix d'utiliser la méthode décrite par Borée, médecin généraliste anonyme partageant son expérience sur Internet.

L'objectif de ce document est de guider le praticien dans la réalisation de l'examen gynécologique en position latérale. Chaque étape peut être adaptée et ajustée pour garantir le confort optimal de la patiente.

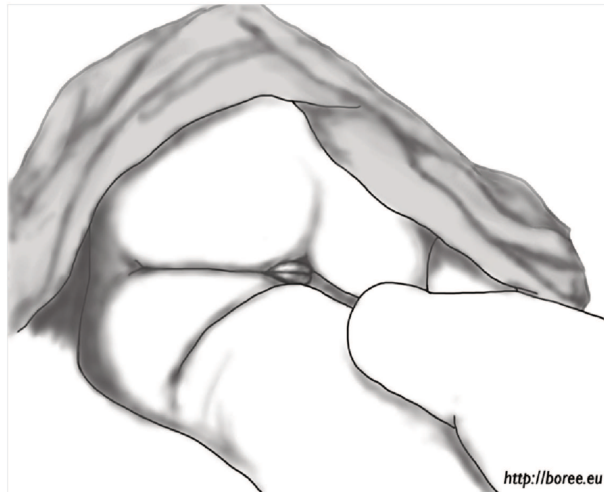
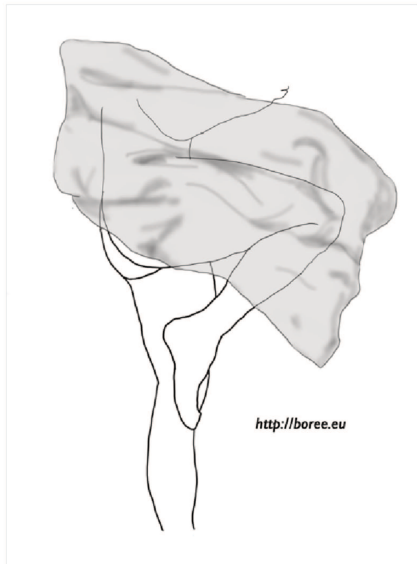
##### **1 – Conditions d'examen :**

- Recueillir l'accord oral de la patiente.
- Une table d'examen « classique » ou gynécologique avec le dossier allongé à plat.
- Drap ou papier pour couvrir la patiente.
- Lampe frontale ou lampe à bras flexible.
- +/- Lubrifiant pour le spéculum
- Matériel habituel à portée de main.

NB : Avant de débiter l'examen gynécologique, laissez votre patiente allongée sur le dos afin d'effectuer la palpation abdominale et l'examen général.

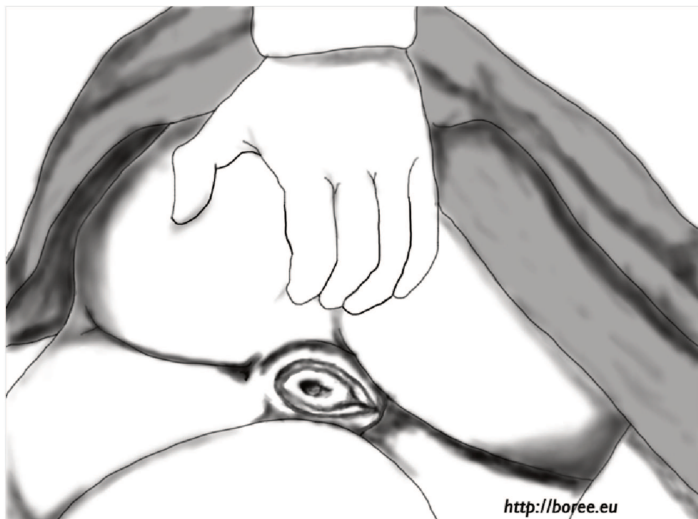
##### **2- Installation :**

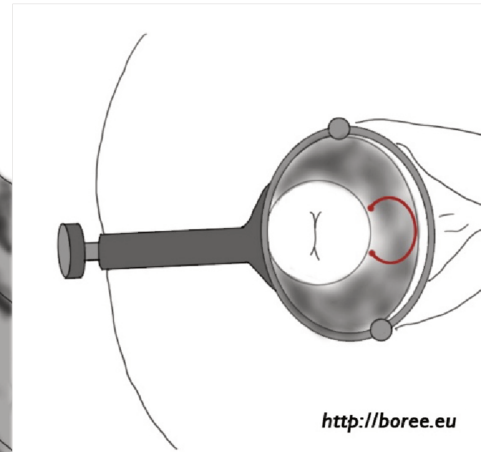
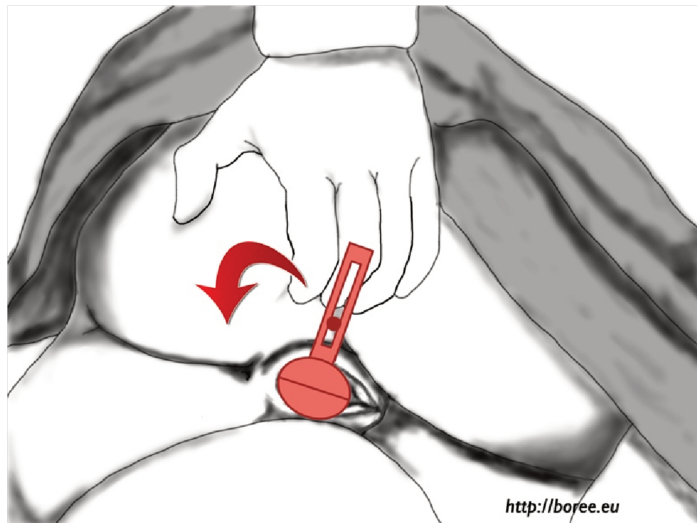
- Patiente allongée sur le côté : gauche si examinateur droitier / droit si examinateur gaucher.
- La jambe au contact de la table est tendue.
- La jambe supérieure est pliée vers la poitrine (position latérale de sécurité).
- Monter la table d'examen à bonne hauteur, pour ne pas avoir à « trop vous pencher ».
- L'examineur se tient debout derrière les cuisses de la patiente.



### **3- Déroulement de l'examen clinique :**

- Utilisez votre main (non dominante) pour soulever la fesse et la grande lèvre supérieure. A cette étape vous pouvez aisément inspecter les grandes lèvres, les petites lèvres, l'orifice vaginal, le clitoris, le méat urinaire et l'anus.
- Pour introduire le spéculum, tenez le dans votre main (dominante). Il doit s'appuyer sur la fourchette postérieure (attention zone parfois sensible), et dirigez le speculum dans l'axe du corps.
- A mi-chemin, faites pivoter le speculum vers les fesses puis l'ouvrir.
- En général le col apparait facilement.
- Une fois le spéculum en place vous pouvez réaliser vos actes habituels : frottis, prélèvements, pose de DIU/SIU.





#### **4 – Et le touché vaginal ?**

- Aucune recommandation particulière n'a été retrouvée dans la littérature.
- Nous vous proposons de rallonger votre patiente sur le dos, genoux pliés, les deux pieds sur la table d'examen.
- Placer votre main (dominante) sous la cuisse homolatérale de la patiente, afin d'atteindre la région périnéale.
- Placer ensuite votre autre main sur le ventre la patiente et effectuer un toucher vaginal selon la méthode habituelle.

#### **Ressources :**

1 - CNGOF. s. d. « Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique ». Consulté le 22 novembre 2022. <http://www.cngof.fr/actualites/758-chartre-examen-gynecologie>.

2- Breitkopf, Daniel M. 2021. « Lateral decubitus position to facilitate pelvic examination of the patient with severe obesity ». *BMC Women's Health* 21 (1): 143. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01289-2>. 3 - CNGE, Olivier Saint-Lary, Patrick Imbert, et Corinne Perdrix. 2022. *Médecine générale pour le praticien*. Elsevier Health Sciences.

## B. Guide d'entretien

### GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS DE SANTE :

#### *Avant-propos :*

« Bonjour et merci de prendre le temps de participer à cet entretien. Je voulais d'abord vous informer que cette conversation est enregistrée et qu'elle sera retranscrite par écrit dans un second temps. Vos données seront anonymisées et tous les éléments permettant de vous identifier seront supprimés. Avant de débiter notre conversation je vous avez signé le formulaire de consentement qui m'autorise à exploiter les données enregistrées. Si vous le souhaitez, vous aurez accès à la retranscription écrite de l'entretien pour vous assurer que tout est correct.

Lors de cet entretien ouvert je vous encourage à partager librement vos expériences, opinions et idées sur le sujet que nous allons aborder. L'objectif est de recueillir vos perspectives uniques de manière spontanée et ouverte. »

#### 1- **Questions ouvertes** : *abordant la pratique de l'examen gynécologique en général puis s'orientant vers le sujet traité :*

- Parlez-moi de la façon dont vous a été enseignée la pratique de l'examen gynécologique ? quels souvenirs en gardez-vous ?
- Quels ont été les moments marquants ou les enseignements que vous avez tiré de cet apprentissage ?
- Comment abordez-vous généralement la question de l'examen gynécologique avec vos patientes ?
- Parlez- moi un peu plus précisément de votre expérience concernant la pratique de l'examen en décubitus latéral ?
- Comment avez-vous abordé le sujet avec votre ou vos patientes ?
- Comment votre ou vos patientes ont réagi lorsque vous leur avez proposé le DL ?
- Dans quel état d'esprit étiez-vous avant de débiter l'examen ?
- Comment se sont déroulés vos examens en DL ?

## **2- Questions ciblées :**

- Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
- Quels sont les aspects positifs que vous retenir de cette méthode ?
- Quels sont les aspects négatifs que vous retenir de cette méthode ?
- Si vous avez utilisé le document tutoriel que je vous ai envoyé, quelles remarques pouvez-vous faire à son sujet ? qu'avez-vous fait différemment ?
- Dans quelle position avez-vous réalisé de TV ? (Si vous l'avez fait)

## **3- Relances :**

- « Pouvez-vous m'expliquer / étayer un peu plus ... ? »
- « Que voulez-vous dire part ... ? »
- « Qu'avez-vous ressenti/ comment vous êtes-vous senti lors de cette situation ? »
- « Pouvez-vous me donner un exemple ? »
- « Pourriez-vous me décrire ... ? »
- « Pouvez-vous m'en dire plus à ce sujet ? »
- « Pourriez-vous me donner un exemple concret ? »
- « Comment gérez-vous cette situation en particulier ? »
- « Comment cela influence-t-il votre approche de l'examen gynécologique ? »
- « Comment cela a-t-il évolué au fil du temps dans votre pratique ? »
- « Avez-vous quelque-chose à ajouter ? »

## **4- Données démographiques :**

- Age
- Sexe
- Exercice : urbain, rural ou semi rural
- Mode d'exercice : seul, en groupe
- Si installé depuis combien de temps
- Si remplaçant : depuis combien de temps
- Date de passage de la thèse d'exercice / date d'option du diplôme (pour les sages femmes)
- Titulaires de formation complémentaire (DIU gynécologie)
- Combien de consultations par jours consacrées à la gynécologie (environ) ?

## C. Formulaire de consentement



### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ETUDE

#### Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des professionnels de santé et des patientes par une étude qualitative.

Je soussigné(e) NOM : ..... PRENOM(s).....consens librement à participer à cette recherche telle que décrite dans la lettre d'information et je confirme les points suivants :

- J'ai eu le temps de lire ces informations, de réfléchir à l'étude et j'ai obtenu des réponses appropriées à mes questions.
- J'ai bien été informé de la nature des objectifs de la recherche, des risques potentiels et des contraintes liées à cette recherche.
- J'ai le droit de refuser de participer à la recherche ou de retirer mon consentement à tout moment sans conséquence sur ma prise en charge médicale et sans encourir aucune responsabilité ni préjudice de ce fait.
- J'ai bien compris la possibilité qui m'est réservée d'interrompre ma participation à cette recherche à tout moment sans avoir à justifier ma décision et j'informerai l'investigateur qui me suit dans la recherche. Cela ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.
- J'ai bien compris que l'investigateur peut interrompre à tout moment ma participation à la recherche s'il le juge nécessaire.
- J'ai bien noté que je dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et, le cas échéant, d'opposition et d'effacement, concernant le traitement de mes données personnelles. Ces droits s'exercent en premier lieu auprès de l'investigateur qui me suit dans le cadre de cette recherche et qui connaît mon identité.
- J'ai bien pris connaissance que cette recherche est autorisée a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes *Nord Ouest* / Le promoteur de la recherche a souscrit une assurance de responsabilité civile en cas de préjudice auprès de la société SOGESSUR.
- Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de la recherche de leurs responsabilités à mon égard. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

- Les résultats globaux de la recherche me seront communiqués à la fin de la recherche, si j'en fais la demande auprès de l'investigateur.
- Deux exemplaires originaux de ce formulaire de consentement ont été établis : un m'a été remis, le second gardé par l'investigateur. Ils seront conservés dans le dossier de l'étude au minimum 6 mois après la fin de la recherche.
- J'ai été informé(e) sur la façon dont mes données personnelles pourront être collectés, utilisés et partagés comme décrit dans ce document.

<p>J'accepte que ma voix soit captée et enregistré par l'investigateur de l'étude et j'autorise l'exploitation de ladite production.</p>	<p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
--	--

Signature du/de la participant(e)

Prénom et Nom Date de naissance du/de la participant(e) en majuscules

Signature de l'investigateur ou du médecin / professionnel de santé qui le représente ayant informé le/la participant(e)

## D. Autorisation CPP

### Comité de protection des personnes Nord Ouest I Avis sur une demande initiale

#### CPP

**Nom du CPP :** Comité de protection des personnes Nord Ouest I  
**Adresse :** Université de Rouen- Faculté de Médecine /Pharmacie  
Bâtiment Stewart 6ème Etage - Rue du Professeur Stewart  
76000 ROUEN France

**Courriel :** cpp.nordouest1@chu-rouen.fr  
**Téléphone :** 0232888446

#### Promoteur / Demandeur

**Promoteur :** Faculté de médecine de LILLE

#### Dossier

**Numéro SI :** 23.03831.000221  
**Numéro national :** 2023-A01619-36  
**Référence interne :** -

**Règlementation :** Loi Jardé  
**Qualification :** Catégorie 2

**Produit ou acte :** Hors produits de santé (produits non mentionnés à l'article L.5311-11 du code de la santé publique)

**Investigateur :** Docteur LISEMBARD Gabrielle

**Titre :** Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des professionnels de santé et des patientes par une étude qualitative.

Ce dossier a été étudié en séance le **14/12/2023** et revu en Comité Restreint le **02/01/2024** et mandat a été donné au président du CPP d'émettre l'avis à réception des réponses du déposant aux dernières demandes. Au vu des réponses obtenues, l'avis suivant a donc été émis. Cet avis court à compter du changement de statut sur le SI.

*Considérant que les conditions éthiques sont remplies notamment au regard des éléments de l'article L.1123-7 du code de la santé publique, l'examen du comité permet de conclure que la recherche peut être réalisée et de rendre l'avis suivant :*

### Avis favorable

*Cet avis est valable deux ans. Conformément à l'article L.1123-11 du code de la santé publique, le promoteur doit déclarer au CPP le début de la recherche. Cette déclaration se fait directement sur le SIRIPH2G (bouton "démarrer l'étude").*

*Si vous n'avez pas été en mesure d'inclure un premier participant à la recherche dans ce délai, vous pouvez demander au CPP une prorogation de cet avis avant la fin de validité de ce dernier (article R.1123-26 du code de la santé publique).*

### Personnes ayant délibéré

Collège	Catégorie	Nom et prénom	Fonction
Collège I	Qualification RIPH - Biostatistique ou épidémiologie	LADNER Joël	
Collège I	Qualification RIPH - Autre	CASTANET Mireille	
Collège I	Qualification RIPH - Autre	LEBLANC Isabelle	
Collège I	Pharmacien hospitalier	LAURENT Marc	Secrétaire général(e)
Collège I	Auxiliaire médical	PEZZINO Anne-Sophie	
Collège I	Auxiliaire médical	AUGUSTYNEN Aline	
Collège II	Compétence éthique	POULET Stéphanie	Vice-président(e)
Collège II	Compétence en sciences humaines et sociales ou action sociale	SIBOUT Lorraine	
Collège II	Compétence en sciences humaines et sociales ou action sociale	VIVIER Aurélie	
Collège II	Compétence juridique	ABOKI Camille	
Collège II	Compétence juridique	PANZERI-HEBERT Patricia	
Collège II	Représentant d'association agréée	PENNARUN Olivier	
Collège II	Représentant d'association agréée	DUPONT Mauricette	
Collège II	Représentant d'association agréée	ANSQUER Brigitte	

### Documents analysés par le CPP


Catégorie	Intitulé	Date de dépôt
ADD - Doc additionnel	2023-A01619-36 <i>ADDITIONNEL_V1_20231101_DELAGYNE.pdf</i>	06/11/2023
ADD - Doc additionnel	2023-A01619-36 <i>ADDITIONNEL_V2_20231223_DELAGYNE.pdf</i>	26/12/2023
ASS - Assurance	2023-A01619-36 <i>ASSURANCE_v2_20231101.pdf</i>	01/11/2023
COU - Courrier	2023-A01619-36 <i>COURRIER_V2_20230731_DELAGYNE.pdf</i>	29/10/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A01619-36 <i>LISTE CVS_v2_20230915_DELAGYNE.pdf</i>	29/10/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A01619-36 <i>DEMANDE_v1_20230901_DELAGYNE.pdf</i>	29/10/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A01619-36 <i>DEMANDE_v2_20231222_DELAGYNE.pdf</i>	26/12/2023
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2023-A01619-36 <i>DONNEES_V2_20230915_DELAGYNE.pdf</i>	29/10/2023
INF - Doc Information	2023-A01619-36 <i>NIFC_v2_20231101_DELAGYNE.pdf</i>	01/11/2023
INF - Doc Information	2023-A01619-36 <i>NIFC_v3_20231222_DELAGYNE.pdf</i>	26/12/2023
JUS - Justification lieux de recherche	2023-A01619-36 <i>EQUIPEMENT_V2_20231104_DELAGYNE.pdf</i>	06/11/2023
LIS - Liste investigateurs	2023-A01619-36 <i>LISTE INVESTIGATEURS_v2_20231101_DELAGYNE.pdf</i>	01/11/2023
PRO - Protocole	2023-A01619-36 <i>PROTOCOLE_v3_20230706_DELAGYNE.pdf</i>	29/10/2023
PRO - Protocole	2023-A01619-36 <i>protocole_v4_20231222_DELAGYNE.pdf</i>	26/12/2023

QUE - Echelles/questionnaires	2023-A01619-36 QUESTIONNAIRES_v1_20230725_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
REP - Courrier de réponse	2023-A01619-36_COURRIER REP_V1_20231223_DELAGYNE.pdf	26/12/2023
RES - Résumé	A01619-36_RESUME_V3_20231101_DELAGYNE.pdf	01/11/2023

*\*Les documents étiquetés non-conformes sur le SI RIPH2G ou transmis pour information/notification dans le cadre de cette demande d'avis n'ont pas été évalués par le CPP.*

*\*L'intitulé des documents examinés par le comité, listés sur le présent avis, reprend la nomenclature des fichiers utilisée par le déposant sur le SI RIPH2G.*

Fait à ROUEN, le 09/01/2024

  
Professeur Fabrice BAUER  
Président du CPR NO I

Po/ Docteur Marc LAURENT  
Président de Séance

## E. CNIL

# CNIL

3 Place de Fontenoy - 75334 PARIS Cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
[www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

### RÉCÉPISSÉ

#### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2166494 v 0**

du 28 mars 2018

Monsieur TESSIER Jean-Luc  
UNIVERSITÉ DE LILLE  
42 RUE PAUL DUEZ  
59000 LILLE

#### A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

#### Organisme déclarant

**Nom :** UNIVERSITÉ DE LILLE

**Service :**

**Adresse :** 42 RUE PAUL DUEZ

**Code postal :** 59000

**Ville :** LILLE

**N° SIREN ou SIRET :**

130023583 00011

**Code NAF ou APE :**

8542Z

**Tél. :** +33 (0)3 20 96 43 43

**Fax. :** +33 (0)3 20 88 24 32

#### Traitement déclaré

**Finalité :** MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

**Transferts d'informations hors de l'Union européenne :** Non

Fait à Paris, le 28 mars 2018  
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## RÉCÉPISSÉ

### ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 130 029 754 00012
<b>Adresse</b> : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z <b>Tél.</b> : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des médecins généralistes par une étude qualitative
<b>Référence Registre DPO</b> : 2023-068
<b>Responsable scientifique</b> : Mme Gabrielle LISEMBARD <b>Interlocuteur</b> : M. Camille NATIONAL

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 17 avril 2023

Délégué à la Protection des Données



## F. Grille COREQ



### Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des professionnels de santé et des patientes par une étude qualitative.

#### GRILLE COREQ

Traduction Française

### **Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion**

#### Caractéristiques personnelles

**Enquêtrice** : NATIONAL Camille

**Titres académiques** : Aucun

**Activité** : Médecin généraliste remplaçante (59-Nord)

**Genre** : Femme

**Expérience et formation** : Novice

#### Relation avec les participants

##### **Relation antérieure**

Participant 1 : Collègue de la directrice de thèse

Participant 2 : Collègue de l'enquêtrice

Participant 2 : Ancienne collègue du conjoint de l'enquêtrice

Participant 4 : Collègue de la directrice de thèse

##### **Connaissance des participants au sujet**

Les participants avaient des connaissances hétérogènes sur le sujet. L'une d'entre elles avait déjà pratiqué cette méthode d'examen avant d'entrer dans l'étude. Les trois autres avaient déjà entendu parler du décubitus latéral notamment par le biais du roman de Martin Winckler *Le Chœur des Femmes*, mais aucune ne l'avait pratiqué.

##### **Caractéristiques de l'enquêtrice**

L'enquêtrice était une femme de 32ans, médecin généraliste remplaçante depuis 2 ans, non Thésée. Titulaire du DIU Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Elle s'est intéressée au sujet de l'examen gynécologique en décubitus latéral en 2022 à la suite de la lecture du *chœur des femmes* de Martin WINCKLER

### **Domaine 2 : Conception de l'étude**

## Cadre théorique

### **Orientation méthodologique et théorique**

Analyse par phénoménologie interprétative (IPA)

### Sélection des participant

#### **Échantillonnage**

L'échantillon a été sélectionné de manière non probabiliste afin de garantir une homogénéité par rapport à l'expérience vécue. Cet échantillon volontairement homogène est de petite taille afin de veiller à ce que les variations dans les expériences individuelles ne soient pas influencées par les différentes caractéristiques des participants (16).

Les participants ont été recrutés dans les Hauts de France afin de réaliser tous les entretiens en présentiel.

#### **Prise de contact.**

Les médecins participants ont été recrutés principalement par bouche à oreille, ils ont été contactés par courriel, SMS ou appel téléphonique.

**Taille de l'échantillon** : 4 participantes

#### **Non-participation**

- Demande de diffusion auprès de 30 CPTS, dont une seule a répondu positivement (nombre de personnes mises en copies inconnues). 2 réponses reçues, 2 refus de participer car ne répondaient pas aux critères d'inclusion.
- Demande de diffusion auprès de la FEMAS (Fédération des Maisons de Santé), pour laquelle nous n'avons pas eu de retour
- Diffusions par courriel aux médecins généralistes ayant participé au DIU de gynécologie à l'université de Lille (taille de la liste de diffusion inconnue). Aucune réponse reçue.
- Diffusion par l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) auprès d'une liste de 500 médecins généralistes ainsi que dans leur lettre d'information de décembre 2023. Aucune réponse reçue.
- Envoi individuel de courriels à 29 médecins généralistes étiquetés comme réalisant du suivi de la femme sur internet. Les adresses électroniques ont été collectées par appels aux secrétariats des médecins. Trois relances ont été effectuées, ainsi qu'une relance par courrier postal. Nous avons été recontactés par deux médecins mais ils n'ont pas été inclus à la suite de modifications des critères d'inclusion.
- Quatre autres médecins généralistes de notre réseau personnel ont été contactés par courriel et une par téléphone. Trois ne répondaient pas aux critères d'inclusion et une n'a pas trouvé de femme acceptant l'examen en décubitus latéral.

## Contexte

### **Cadre de la collecte des données**

- M1 : l'entretien a été réalisé dans un bureau de la MSP où exerce la participante à la fin de sa matinée de consultation. Nous étions installés sur une table face à face. Le lieu était calme et nous n'avons pas été dérangés.
- M2 : L'entretien a eu lieu dans la salle de consultation de la participante. À son bureau lors de sa pause déjeuner. La porte fenêtre donnant sur la terrasse était

ouverte, elle donnait sur le parking, qui est calme sur le temps de midi. Nous n'avons pas été dérangées.

- M3 : l'entretien a eu lieu au domicile de la participante, en début d'après-midi. Elle souhaitait le réaliser dans un café mais j'ai décliné pour favoriser la confidentialité et la libre expression. Nous nous sommes installées face à face à la table de son salon. Le lieu était calme et chaleureux. Son téléphone a sonné une fois, elle l'a éteint sans décrocher.
- M4 : l'entretien a eu lieu dans la salle de consultation de la participante, à son bureau où nous étions assises face à face. C'était en début de soirée après sa dernière consultation. Le lieu était calme, nous n'avons pas été dérangées.

**Présence de non participants : Non**

### Description de l'échantillon

	Age	Genre	Mode D'exercice	Année D'Installation	Année d'obtention de la thèse	Nombres d'actes de gynécologie /jour	Formations complémentaires
<b>M1</b>	55	Féminin	Semi-rural En MSP	2001	2000	4-5	DIU gynécologie AUEC orthogénie AUEC Pédiatrie
<b>M2</b>	36	Féminin	Semi-rural En MSP	2020	2017	4	DIU gynécologie AUEC pédiatrie
<b>M3</b>	32	Féminin	Urbain en cabinet de groupe	2023	2022	4-5	0
<b>M4</b>	43	Féminin	Urbain En MSP	2020	2017	4-5	AUEC orthogénie

Moyenne d'âge 41,5 ans.

## Recueil des données

### **Guide d'entretien**

#### **Questions d'ouvertures :**

- Comment est-ce que vous a été enseigné l'examen gynécologique ?
- Parlez-moi de votre expérience avec l'examen en décubitus latéral

Entretien testé en amont : 1 entretien test

**Entretiens répétés :** Non

### **Enregistrement audio-visuel**

Les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone Olympus L1-P1 et à l'iPhone 11.

### **Cahier de terrain**

Des notes brèves ont été prises pendant les entretiens. Et à la fin de chaque interview l'enquêtrice a noté ses impressions à chaud. Toutes les réflexions et les synthèses des entretiens avec l'équipe de recherche ont été consignées dans un Journal de bord.

### **Durée**

M1 : 39,48 minutes

M2 : 48,59 minutes

M3 : 42,53 minutes

M4 : 70,33 minutes

Durée moyenne de 50,18 minutes

**Seuil de saturation :** Pas de seuil de saturation en IPA

### **Retour des retranscriptions**

Toutes les participantes ont décliné l'offre de relecture de leur verbatim.

## **Domaine 3 : Analyse et résultats**

### Analyse des données

#### **Nombres de personnes codant les données**

2 enquêtrices ont codé les données

#### **Description de l'arbre de codage**

Nous avons choisi de reformuler l'intégralité du verbatim en codes descriptifs. En veillant à ne pas en modifier le sens afin de garder une synthèse représentative de ce que le participant a exprimé. Un livre de code a été réalisé pour chaque entretien répertoriant pour chaque thème le code descriptif et le thème émergent associé.

#### **Détermination des thèmes**

En IPA les thèmes ne sont pas déterminés à l'avance mais sont identifiés lors de l'analyse de chaque entretien.

**Logiciel :** Microsoft Word

**Vérification par les participants :** Non

### Rédaction

#### **Citations présentées**

Une citation de verbatim illustrant chaque grand thème a été utilisée lors de la rédaction des résultats. Chaque citation est identifiée par le numéro du participant à qui elle appartient.

**Cohérence des données et des résultats :** Oui

**Clarté des thèmes principaux :** Oui

**Clarté des thèmes secondaires :** Oui

## G. Grille SRQR



### Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des professionnels de santé et des patientes par une étude qualitative.

#### GRILLE SRQR

Traduction Française

Item SRQR	Description	Emplacement dans le manuscrit
1. Titre	Description concise de la nature et du sujet de l'étude	1ere de couverture
2. Résumé	Clarification des questions ou des objectifs de recherche	4eme de couverture
3. Formulation du problème	Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents	IB. Rationnel scientifique pages 8 à 11.
4. Objectifs ou question de recherche	Objectifs de l'étude	IC. Question de recherche et objectifs de l'étude. Page 12.
5. Approche qualitative et paradigme de recherche	Type d'approche qualitative	IIA. Type d'étude. Page 13.
6. Caractéristique et réflexivité des chercheurs	Caractéristiques des chercheurs ayant pu influencer la recherche.	II.E.2 Journal de bord (Annexe numérique1) II.G Application de la grille CORECQ (Annexe F)
7. Contexte	Cadre / terrain d'étude	II.B.1 principe d'échantillonnage page 14 II.D Collecte des données page 17

<b>8. Stratégies d'échantillonnage</b>	Méthode d'échantillonnage	II.B.1 principe d'échantillonnage <i>page 14</i>
<b>9. Questions éthiques</b>	Informations relatives aux autorisations éthiques	II.F. Aspects éthiques et réglementaire <i>pages 20-21.</i>
<b>10. Méthode de recueil des données</b>	Détail des procédures de recueil des données. Date de début et fin / Triangulation /	II.D Collecte des données <i>page 18.</i>
<b>11. Instrument et outils de recueil des données</b>	Guides / questionnaires et outils utilisés	II.C Guide d'entretien <i>page 17</i> II.D Collecte des données <i>page 18.</i>
<b>12. Unités d'étude</b>	Caractéristiques des participants	III.A Participantes <i>page 22</i>
<b>13. Traitement des données</b>	Méthode de traitement des données avant et pendant l'analyse.	II.D Collecte des données <i>page 18.</i> II.F.2 Confidentialité et anonymat <i>page 21</i>
<b>14. Analyse des données</b>		II.E.1 six étapes clés <i>page 20</i>
<b>15. Techniques pour améliorer la fiabilité</b>	Procédure par lesquelles les interférences, les thèmes ont été identifiés.	II.E.2 Journal de bord <i>page 20</i> II.E.3 Triangulation <i>page 20</i>
<b>16. Synthèse et interprétation des résultats</b>	Principaux résultats	IV.B Synthèse et interprétation des résultats <i>pages 40-41</i>
<b>17. Liens avec les données empiriques</b>	Éléments appuyant les résultats (citations, notes de terrain)	Citation des verbatims présent dans la partie : Présentation des thèmes émergeant
<b>18. Mise en perspective avec les travaux antérieurs</b>		IV.D. Comparaison à la littérature existante <i>pages 43 à 46</i>
<b>19. Limites</b>	Fiabilité et limites des résultats	IV.C Forces et limites de la recherche <i>pages 41 à 43</i>
<b>20. Conflits d'intérêts</b>		Absence de conflits d'intérêt identifiés
<b>21. Financement</b>	Sources de financement de l'étude	Assurance de responsabilité civile financé par la promotrice : Dr Gabrielle LISEMBARD.

**AUTEUR(E) : Nom : NATIONAL**

**Prénom : Camille**

**Date de soutenance : 3 octobre 2024**

**Titre de la thèse : Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des médecins généralistes par une étude qualitative**

**Thèse - Médecine - Lille 2024      Cadre de classement : Médecin générale**

**DES + FST/option : DES de médecine générale**

**Mots-clés :** Examen gynécologique ; Décubitus latéral ; Médecine Générale ; Analyse phénoménologique ; étude qualitative.

**Résumé :** *Le ressenti des médecins généralistes sur la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral (DL) : une étude qualitative par analyse phénoménologique. Contexte : Le cancer du col de l'utérus est un enjeu de santé publique, mais sa couverture reste insuffisante en France. La pratique de l'examen gynécologique en DL, est une alternative à la position traditionnelle. Elle pourrait réduire l'inconfort des femmes parfois ressenti lors des examens pelviens en décubitus dorsal. Cependant cette technique est peu documentée et rarement utilisée en médecine générale. Objectif principal : analyser le vécu des médecins généralistes concernant l'examen gynécologique en décubitus latéral. Objectifs secondaires : améliorer la manière dont cet examen est abordé par les médecins et proposer une alternative à l'examen classique pour les femmes qui le souhaitent. Méthodologie : Cette étude est une recherche qualitative utilisant l'analyse phénoménologique interprétative. L'échantillon de médecins généralistes pratiquant de la gynécologie a été sélectionné de manière non probabiliste pour garantir l'homogénéité de la population étudiée. Quatre médecins ont été inclus. Des entretiens individuels ouverts ont permis aux participants de s'exprimer librement sur leurs expériences et ressentis, fournissant ainsi des données riches et nuancées sur leur vécu sur la pratique du DL. Résultats : L'étude révèle des perceptions variées parmi les participantes, influencées par des facteurs objectifs comme la table d'examen ou les conditions physique du médecin. D'autres éléments plus subjectifs, tels que la perception du confort des femmes et la relation de confiance, sont également déterminants. Les médecins notent que la position en DL peut offrir un meilleur confort aux femmes présentant des contraintes physiques ou psychiques, mais certains médecins ressentent une perte de compétence liée au manque de formation technique pour ce geste. Conclusion : Cette approche apporte éclairage la pratique de l'examen gynécologique en DL, soulignant l'importance de la relation de confiance entre médecin et patient pour améliorer l'expérience de l'examen. Bien que cette position soit perçue comme une alternative viable, sa mise en œuvre est limitée par des contraintes techniques et un manque de formation spécifique. Les résultats doivent être interprétés dans le contexte des expériences des médecins interrogés, et des recherches complémentaires pourraient approfondir l'impact de la relation de confiance sur le bien-être des médecins et la qualité des soins.*

**Composition du Jury :**

**Président : Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD**

**Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse : Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD**