



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECIN

**Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du
ressenti des femmes par une étude qualitative.**

Présentée et soutenue publiquement le 03 octobre 2024 à 16 h
au Pôle Formation
par **Sasha NAJBERG - VANLITSENBURGH**

JURY

Président :

Madame le Professeur Sophie CATTEAU-JONARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Gabrielle LISEMBARD

Table des matières

Liste des abréviations et des acronymes	5
I- INTRODUCTION	6
I-1. État de la question :	6
I-2. Objectifs de la recherche :.....	10
I-2.A. Objectif principal de cette thèse	10
I-2.B. Objectifs secondaires.....	10
II- MATÉRIELS ET MÉTHODE	11
II-1. Type d'étude	11
II-2. Population.....	12
II-3. Méthode : recueil des données et analyse des données	13
II-3.A. Recueil des données	13
II-3.B. Analyse des données.....	15
II-4. Aspects réglementaires et éthiques	17
II-4.A. Consentement éclairé	17
II-4.B. Autorisations réglementaires	18
II-4.C. Confidentialité	18
III- RÉSULTATS.....	19
III-1. Description des caractéristiques de la population étudiée	20
III-2. Analyse des données.....	22
III-2.A. Préambule sur l'examen gynécologique et le suivi en santé de la femme ...	22
III-2.B. Ressenti des femmes suite à l'examen gynécologique en décubitus latéral	27
III-2.C. L'examen gynécologique en décubitus latéral en pratique.....	35
III-2.D. Perspectives pour améliorer les pratiques : améliorer le ressenti de l'examen gynécologique par les femmes pour un meilleur suivi	38
III-2.E. Modélisation des résultats	46
III-3 Mise en miroir des résultats	46
IV- DISCUSSION.....	50
IV-1. Synthèse des résultats	50
IV-2. Forces et limites de l'étude	54
IV-2.A. Un sujet pertinent.....	54

IV-2.B. Une méthodologie rigoureuse pour compenser un investigateur inexpérimenté.	55
IV-2.C. Un recrutement difficile : une limite à l'étude.....	56
IV-2.D. Des données préservées.....	57
IV-3. Comparaison des résultats aux données de la littérature	58
IV-3.A. Étude du ressenti des femmes sur l'examen en décubitus latéral : des études plutôt concordantes.....	59
IV-3.B. Étude de la performance.....	62
IV-3.C. Éléments impactant le ressenti de l'examen gynécologique.	63
IV-5. Perspectives.....	66
V- CONCLUSION	68
VI- Bibliographie	70
VII- Annexes.....	73
VII-1. Annexe 1 : Guide d'entretien des femmes	73
VII-2. Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement.....	74
VII-3. Annexe 3 : Autorisation CPP.....	83
VII-4. Annexe 4 : Attestation d'assurance	86
VII-5. Annexe 5 : Déclaration auprès du service de protection des données	87
VII-6. Annexe 6 : Livre de code	89
VII-7. Annexe 7 : GRILLE COREQ	94
VII-8. Annexe 8	101
Journal de bord (disponible en version pdf).	108

Liste des abréviations et des acronymes

ABREVIATION	DEFINITION
DL	<i>Décubitus latéral</i>
CNIL	<i>Commission nationale de l'informatique et des libertés</i>
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
CPP	<i>Comité de protection des personnes</i>
CSP	<i>Code de la santé publique</i>
HAS	<i>Haute Autorité de Santé</i>
IP	<i>Investigateur principal</i>
IPA	<i>Interpretative phenomenological analysis</i>
MG	<i>Médecin généraliste</i>
RIPH	<i>Recherche impliquant la personne humaine</i>

I- INTRODUCTION

I-1. État de la question :

L'examen gynécologique est un examen clinique qui touche à l'intimité physique et psychique des femmes. Il peut comporter plusieurs étapes : l'inspection et la palpation mammaire bilatérale et comparative. La palpation abdominale et lombaire. La palpation des aires ganglionnaires. L'inspection de la vulve et des grandes lèvres. L'inspection du vagin et du col de l'utérus à l'aide d'un spéculum. Le toucher vaginal, permettant de rechercher des douleurs pelviennes, de contrôler la mobilité utérine et de contrôler les culs de sacs. Un toucher rectal peut parfois le compléter. Son objectif est de fournir des renseignements que l'imagerie ne peut pas apporter (1) et de permettre notamment des actes de dépistages.

Dans la charte de consultation de gynécologie (1), il est précisé que l'examen gynécologique d'une femme n'est pas systématique selon le motif de consultation. Et qu'il doit être précédé d'une explication claire et loyale afin d'en définir les objectifs auprès de la patiente. Le consentement oral de la patiente doit être recueilli systématiquement, l'examen doit pouvoir se dérouler dans le respect de la pudeur et doit pouvoir être interrompu à tout moment par la patiente (1)

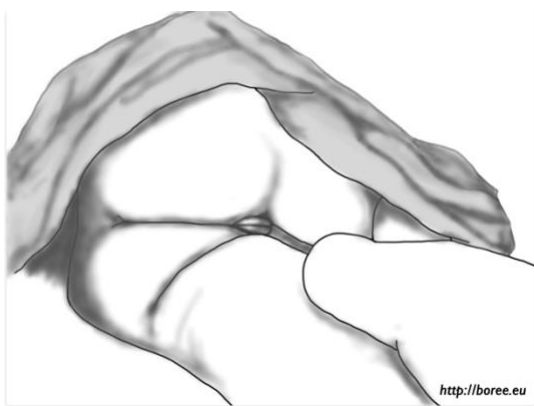
Chaque année en France métropolitaine, près de 3000 femmes développent un cancer du col de l'utérus (CCU) et 1000 femmes en meurent (2). Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France entre 2017 et 2019 était de 58,7% pour un objectif fixé à 80% en 2018 (3). Ce taux de couverture est relativement stable depuis 2012 (4). Grâce au dépistage, on estime que 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités (2)(5). Le dépistage du cancer du col de l'utérus est donc

un enjeu majeur de santé publique et toute stratégie visant à améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi est à considérer. Parmi les nombreux freins à la réalisation du FCU, on note le caractère intrusif de l'examen ou de mauvaises expériences dans le passé (4).

En effet pour certaines femmes la table d'examen gynécologique avec étriers peut paraître « effrayante », certaines ont « peur de ne pas savoir quoi faire de leurs pieds » et d'autres perçoivent la position gynécologique comme une position « à caractère sexuel » (6). Selon une étude randomisée l'examen gynécologique sans étrier permet de réduire le sentiment de vulnérabilité et l'inconfort physique pendant l'examen pelvien (7). Le confort, le respect de la pudeur et la confiance des femmes envers l'examineur sont des paramètres importants pouvant contribuer à améliorer le suivi en santé de la femme.

Dans l'ouvrage « Traité pratique de gynécologie » rédigé par le Docteur AUVARD accoucheur des hôpitaux de Paris, publié en 1892 (8), sont exposés les différentes positions pour examiner les femmes. Chacune des positions y est illustrée par des dessins. Le Docteur AUVARD précise que la femme « pourra être examinée en position, dorsale, latérale ou genupectorale ». Il y décrit l'examen en décubitus latéral comme « meilleur pour l'examen de la paroi antérieure du vagin, ou de l'intérieur de l'utérus » mais « moins commode que la position dorsale ». Il précise qu'il est possible de poser un spéculum, de réaliser une hystérométrie ou encore de procéder à certaines chirurgies en position latérale (8).

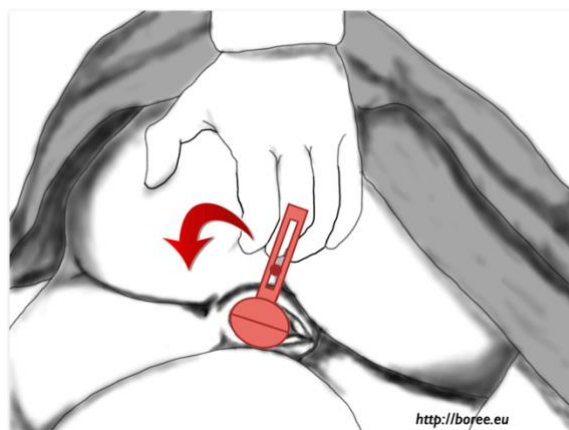
Cette position a l'avantage de ne pas nécessiter de table d'examen spécifique. Le Docteur BOREE dans son blog éponyme propose un « tutoriel illustré » à l'examen en DL. Il préconise d'être équipé de draps pour couvrir la femme et de se munir d'une lampe frontale. Pour un examinateur droitier, la femme devra être allongée sur son côté gauche et inversement. Puis, l'examineur doit se placer sur le côté de la table d'examen derrière les cuisses de la femme. Il faut alors d'une main soulever la fesse et la grande lèvre afin de dégager la vulve puis introduire le spéculum de l'autre main (9).



(9)



(9)



(9)

Bien que décrite depuis la fin du 19^{ème} siècle l'examen en DL reste peu pratiqué.

Alors que cette alternative semble pouvoir amender certains points de réticence au suivi en santé de la femme émis par certaines femmes, très peu d'études médicales existent sur le sujet. Seul quelques études universitaires (thèses et mémoires) réalisées en France depuis 2015 se sont intéressées à cette position d'examen gynécologique : le décubitus latéral (DL). Ces études universitaires présentent l'examen gynécologique en DL comme une position alternative simple d'application pouvant apporter des bénéfices aux femmes liées principalement au confort, la douleur, la pudeur et à l'anxiété (10)(11)(12)(13)(14)(15).

Dans le manuel « Médecine générale pour le praticien » rédigé par le CNGE (Collège National des Généraliste enseignant), différentes positions sont proposées pour réaliser un examen gynécologique chez une femme qui le nécessite (16). Parmi elles, il est évoqué l'examen gynécologique en décubitus latéral ou examen « à l'anglaise ». Pour autant, lors de notre cursus universitaire, aucune place n'est laissée à l'apprentissage d'autre position d'examen gynécologique que la position en décubitus dorsal décrite comme classique.

L'examen en DL est donc un examen décrit dans la littérature et les alternatives à un examen gynécologique en décubitus dorsal pourraient aider à répondre à une problématique majeure de santé. C'est pourquoi nous avons souhaité étayer les rares données disponibles sur le ressenti des professionnels de santé et des femmes vis-à-vis de cet examen en décubitus latéral et mettre en miroir ces données.

I-2. Objectifs de la recherche :

Notre travail permettra de donner la parole aux médecins qui le pratiquent et aux femmes qui auront été examinées en DL. Une étude qualitative inspirée de l'IPA (*Interpretative phenomenological analysis*) devrait nous permettre de donner du sens à leur vécu. Notre objectif principal est d'élaborer un modèle explicatif au ressenti des médecins généralistes et des femmes concernant la pratique de l'examen gynécologique en DL.

Cette recherche est le lit de deux thèses, l'une explorant le ressenti des médecins généralistes, l'autre des femmes, l'objectif principal diffère légèrement.

I-2.A. Objectif principal de cette thèse

Explorer le ressenti des femmes suite à la réalisation d'un examen gynécologique en décubitus latéral.

I-2.B. Objectifs secondaires

Améliorer la manière dont est abordé l'examen gynécologique par les professionnels de santé et les femmes, pour améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme.

Proposer une alternative à l'examen gynécologique en décubitus dorsal parfois difficile à réaliser chez certaines femmes, soit pour des raisons physiques (handicap, mobilité réduite, obésité (20)) ou pour des raisons psychique (appréhension, antécédents de violences, mauvaises expériences dans le passé) (21).

II- MATÉRIELS ET MÉTHODE

II-1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA).

Il s'agit d'une étude en miroir avec une investigatrice s'intéressant au ressenti des médecins généralistes pratiquant l'examen gynécologique en décubitus latéral (Camille NATIONAL) et une investigatrice s'intéressant au ressenti des femmes ayant bénéficié de l'examen gynécologique en décubitus latéral (Sasha NAJBERG).

Dans cette thèse, nous nous concentrerons principalement sur l'analyse du ressenti des femmes ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral. Ces résultats seront comparés à ceux obtenus lors de l'étude du ressenti des professionnels de santé, que nous aborderons à la fin des résultats.

La population choisie concerne celle des médecins et des femmes, ces dernières ayant été recrutées parmi les médecins qui avaient accepté de participer à l'étude. La méthode de recueil des données décrite dans cette thèse quant à elle ne concerne que celle des entretiens des femmes.

II-2. Population

L'échantillon d'étude a été choisie de manière non probabiliste, afin qu'il soit ciblé et homogène vis-à-vis de l'expérience vécue. Cet échantillon raisonné homogène est de petite taille afin que la diversité de chaque expérience ne soit pas attribuée aux différentes caractéristiques des participants.

Selon les recommandations en recherche qualitative, un échantillon d'environ cinq à dix entretiens est généralement considéré comme suffisant.

Les critères d'inclusion pour les professionnels de santé ont été les suivants :

- avoir pratiqué au moins une fois l'examen gynécologique en décubitus latéral ou être intéressé pour débiter la pratique de l'examen en DL ;
- être médecin généraliste thésé ou non ;
- pratiquer en moyenne 4 actes de gynécologie par semaine depuis au moins 3 ans ;
- avoir signé le formulaire de consentement.

Le critère d'exclusion a été de ne pas parler français.

Les critères d'inclusion pour les femmes ont été les suivants :

- un âge supérieur ou égal à 18 ans ;
- un motif de consultation justifiant la réalisation d'un examen gynécologique.
Cet examen doit alors avoir été pratiqué en décubitus latéral.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- l'impossibilité de recevoir une information éclairée ;
- le refus de signer le formulaire de non-opposition ;
- le fait d'être un majeur protégé.

Ont également été exclues les femmes qui n'auront pas pu participer à un entretien avec l'investigatrice après avoir bénéficié de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Les professionnels de santé et par conséquent les femmes ont été sélectionnés géographiquement dans la région des Hauts-de-France afin de réaliser tous les entretiens en face-à-face.

II-3. Méthode : recueil des données et analyse des données

II-3.A. Recueil des données

Les médecins inclus ont transmis les coordonnées des femmes à l'investigatrice lorsque les critères d'inclusions étaient réunis et que les femmes avaient donné leur accord.

Les femmes n'ont pas été sur sélectionnées suite au remplissage des critères préliminaires. Elles ont été recontactées par mail ou par téléphone par l'investigatrice pour convenir d'un rendez vous en présentiel pour la réalisation des entretiens.

Nous avons réalisé des entretiens individuels ouverts afin de faciliter l'échange, l'expression du ressenti et du vécu des professionnels de santé et des femmes.

Les entretiens des femmes ont été réalisés dans des lieux calmes et impersonnels, choisis en concertation avec les participants à l'étude. La durée de ces entretiens a

été de 49 minutes 47 secondes, 38 minutes 58 secondes, 31 minutes 56 secondes et 51 minutes 3 secondes ; soit une durée moyenne de 42 minutes 56 secondes.

Le délai entre l'inclusion dans l'étude et l'entretien pour les femmes a été réduit au maximum pour que les données de l'entretien soient le plus fidèles possible au ressenti le jour de l'examen.

Chaque entretien a été considéré indépendamment des autres selon une démarche idiographique, c'est-à-dire que nous nous sommes intéressés à l'étude descriptive de cas singuliers, isolés, sans chercher à en tirer des lois universelles. (17)

Afin de faciliter les entretiens et leur fluidité, nous avons élaboré un guide d'entretien (annexe 1) avec deux à trois questions ouvertes et des phrases « type » de reformulation pour encourager notre interlocuteur à approfondir ses réponses. Ce guide avait pour vocation de servir de support d'aide pour fluidifier l'entretien, sans prétendre à être exhaustif. Il a pu être ajusté au fil des entretiens pour mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque situation.

Nous y avons également ajouté une partie réservée à la fin de l'entretien ayant pour unique but d'obtenir des données socio-démographiques pour caractériser la population ayant participé à l'étude.

Les entretiens ont donc débuté par une question d'ouverture posée par l'investigatrice, flexible, non directive. La reformulation, les manifestations non verbales d'écoute active (tel que des hochements de tête ou onomatopées) ainsi que les écholalies ou la clarification de certaines expressions ont été utilisées pour relancer l'entretien basé sur le registre conversationnel (17). Les silences ont également été des outils de relance.

Par cette approche idiographique, les femmes interrogées et les professionnels de santé ont donc eu un rôle central sur les thèmes abordés lors de l'entretien.

Considérés comme experts de leur vécu, ils ont été encouragés à en parler le plus possible. (17)

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'une tablette et d'un smartphone et retranscrits intégralement « mot-à-mot » (dont les éventuels rires ou onomatopées) en verbatims, dans de brefs délais afin de conserver les aspects les plus subjectifs (tel que : intonation, langage non verbal). Chaque entretien a été anonymisé lors de la retranscription.

Les enregistrements audios ont ensuite été détruits.

II-3.B. Analyse des données

Avant d'analyser les données, nous nous sommes familiarisées avec celles-ci par la retranscription « mot à mot » des verbatims.

Une première analyse ouverte des verbatims a fait ressortir des codes descriptifs servant à repérer des unités de sens dans le récit des participants. Les entretiens ont été analysés de la façon la plus neutre possible, sans faire de lien entre eux.

Par la suite, une mise en forme interprétative des unités de sens a été réalisée pour les condenser en unités thématiques. Les thèmes font appel à des concepts plus larges et permettent de conserver la chronologie du discours des participants (17).

Chaque entretien a fait émerger ses propres thèmes.

Après avoir défini l'ensemble des thèmes de chaque entretien, ces derniers ont été mis en commun pour chercher les liens entre eux.

Enfin, il a été établi des connexions entre ces différents thèmes ordonnés pour les regrouper en thèmes superordonnés. (17)

L'ensemble de ces étapes constitue le livre de codes, avec mise en commun de tous les codes descriptifs initialement établis. (Annexe 6)

Par la suite, la rédaction des résultats a été réalisée en faisant des choix guidés par l'intérêt de ces derniers. Chaque thème choisi a été illustré par un verbatim.

Cette méthode, inspirée de l'IPA, permet ensuite par la recherche des liens entre les schémas issus des différents entretiens d'aboutir à des concepts théoriques communs. Sa construction fait appel à la double herméneutique pour tenter de donner du sens au sens que les participants ont donnée à leur expérience. (17)

Notre étude tient compte de l'importance de la réflexivité des investigatrices vis-à-vis de leur propre subjectivité sur le sujet. Il a fallu déconstruire certains a priori pour se préparer à la passation des entretiens.

Un journal de bord a été construit et alimenté fréquemment par chacun des deux investigatrices durant toute la durée de l'étude au gré des perceptions et ressentis des chercheurs au contact du terrain. Il a permis à ces derniers de travailler sur leur réflexivité, de remettre en question certaines représentations sur le sujet et de prendre en compte leur propre subjectivité à toutes les étapes de la recherche.

Nous avons réalisé une triangulation des données afin de confronter deux subjectivités face à un même matériel.

L'intégralité de l'analyse des données a été réalisée à l'aide des logiciels Microsofts Word® et Excel®.

Les critères de scientificité en recherche qualitative de la grille « Consolidated criteria for reporting qualitative research » (COREQ) ont été consultés durant toute la durée de l'étude et de sa rédaction. (18)(19)

II-4. Aspects réglementaires et éthiques

II-4.A. Consentement éclairé

Un formulaire d'information a été remis à tous les participants en amont de l'entretien par mail, accompagné d'un formulaire de consentement de participation à l'étude (Annexe 2). Ce formulaire a ensuite été remis en main propre en double exemplaires et a dû être signé par l'ensemble des participants à l'étude. Ces derniers ont été conservés, l'un par le participant et l'autre par l'investigatrice.

L'ensemble des participants a consenti librement à sa participation en toute connaissance de cause. Un rappel sur l'identité du chercheur, la confidentialité et les conditions de restitution de la recherche a été réalisé auprès des participants. Ils ont également eu la possibilité de mettre fin à la passation à tout moment.

Aucune rétribution n'a été accordée aux femmes ou aux professionnels de santé.

II-4.B. Autorisations réglementaires

Il s'agit d'une recherche de type RIPH catégorie 2 selon la loi Jardé. Conformément à l'article L.1121-4 du Code de la santé publique (CSP), cette recherche a obtenu un avis favorable du comité de protection des personnes Nord Ouest I le 02/01/2024 (Annexe 3) pour lequel un protocole avait été rédigé en amont.

Pour couvrir sa responsabilité et celle de tout intervenant dans la réalisation de la recherche, en vertu de l'article L. 1121-10 du CSP, le promoteur de cette recherche, Docteur Gabrielle LISEMBARD, a souscrit une assurance de responsabilité civile (Annexe 4).

Conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles, les participants de l'étude peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition sur les données les concernant. Pour assurer une sécurité optimale, les données concernant les participants ont été traitées dans la plus grande confidentialité et ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-069 au registre des traitements de l'Université de Lille. (Annexe 5)

II-4.C. Confidentialité

La confidentialité des données personnelles est assurée conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée dite « loi informatique et libertés » et conformément au Règlementation général sur la protection des données (RGPD). Les données ont été codées, c'est-à-dire que les femmes interrogées ont été identifiées par un numéro de

code pour les besoins de la recherche sans mention des noms et prénoms de ces derniers. Tous les noms propres ont été supprimés (personne ou lieu) ainsi que d'éventuels éléments ou traits particuliers et distinctifs.

Seuls les investigatrices ont conservé la liste de correspondance entre le code et les noms des participants.

III- RÉSULTATS

Pour rappel il s'agit d'une étude en miroir.

Des médecins généralistes, qu'ils aient déjà pratiqué ou non l'examen gynécologique en décubitus latéral, ont été démarchés pour intégrer l'étude. Une lettre d'information leur a été délivrée comprenant des explications sur le déroulement du projet ainsi que le formulaire de consentement à leur participation à l'étude. Ils ont ensuite pu proposer à leurs patientes d'être examinées dans la position de leur choix. Lorsque ces dernières optaient pour être examinées en DL, elles recevaient un formulaire de non-opposition afin de pouvoir être contactées par téléphoné par l'investigatrice.

Les femmes ont donc été recrutées parmi les patientes des professionnels de santé précédemment recrutés en vue de réaliser une étude du ressenti de l'examen en miroir.

Toutefois, dans l'analyse des données des résultats, nous nous concentreront uniquement sur le ressenti des femmes ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral. Les résultats seront ensuite mis en perspective avec ceux

obtenus suite à l'étude du ressenti des professionnels de santé dans une partie dédiée, de mise en miroir.

III-1. Description des caractéristiques de la population étudiée

Le recueil des données socio démographique a été réalisé à la fin de chaque entretien. Quatre femmes ont participé à l'étude. Leur moyenne d'âge était de 34 ans pour une médiane d'âge à 28 ans. Leurs indices de masse corporelle allaient de 20,7 à 31,15.

Chacune de ces femmes ayant participé à l'étude consultait dans le cadre de son suivi pour la réalisation d'un frottis cervico utérin.

Pour plus de clarté, nous avons détaillé les données socio démographiques ci-dessous dans un tableau.

	Age	Genre	Taille/poids CM/KG	IMC	Situation familiale	Parité/Gestité	Métier
Mme A (P1)	55	Féminin	170/90	31,15	Mariée	G2/P2 2AVB dont 1 extraction instrumentale par ventouse	Médecin généraliste
Mme B (P2)	28	Féminin	164/60	22,3	En concubinage	G0P0	Chômage
Mme C (P3)	28	Féminin	150/53	23,55	Célibataire	G0P0	Cadre en logistique

Mme D (P4)	28	Féminin	173/62	20,7	Célibataire	G0P0	Interne en médecine générale
-------------------	----	---------	--------	------	-------------	------	------------------------------

Ci-dessous ont été détaillé les données relatives à la santé de la femme de chaque participante et à l'entretien :

	Virginité Oui/Non	ATCD gynécologiques	ATCD de violences Oui/Non	Fréquence du suivi en santé de la femme	Professionnels rencontrés en santé de la femme avant l'étude	Durée de l'entretien
Mme A (P1)	Non	SOPK	Oui	Annuel	Gynécologue Médecin généraliste	49min47
Mme B (P2)	Non	Aucun	Oui	Tous les 2/3 ans	Gynécologue Médecin généraliste Sage femme	38min58
Mme C (P3)	Non	Aucun	Non	Annuel	Gynécologue Sage femme	31min56
Mme D (P4)	Non	Aucun	Non	Pas de suivi régulier	Sage femme	51min03

III-2. Analyse des données

III-2.A. Préambule sur l'examen gynécologique et le suivi en santé de la femme

III-2.A.a. Représentations et ressentis liés à l'examen gynécologique pour les femmes

Les femmes n'ont pas toutes la même représentation du suivi en santé de la femme. La fréquence nécessaire des consultations semble ne pas être claire. Pour certaines femmes interrogées « tous les 2/3 ans » (madame B) ou « de façon annuelle » (madame A et C) pour d'autres. Cette disparité témoigne d'un manque de repère, relaté également par certaines femmes interrogées.

« La c'est parce que tu m'avais rappelé que la 29e année c'était l'année du frottis donc c'était une bonne occasion d'aller consulter sinon je n'y aurai même pas pensé » (madame B) « je m'aperçois de la surprise que j'aurai du .. j'avoue a l'époque j'étais bête et disciplinée, j'obéissais » (madame A)

Malgré ce manque de connaissance, certaines femmes expriment une volonté de respecter les recommandations en vigueur.

« je réussissais à ce qu'elle obéisse aux recommandation » (madame A)

Ce suivi en santé de la femme englobe différents champs et motifs de consultation, notamment la contraception, la prévention, le dépistage des pathologies gynécologiques ou des maladies comme les infections sexuellement transmissibles ainsi que le suivi de grossesse. Certains motifs de consultations sont vécus comme « embarrassants » (madame B) ou difficiles à aborder.

« c'est toujours un sujet sensible quand même, il faut être un peu en confiance »

(Madame D)

Les femmes n'ont pas toutes la même sensibilité au suivi à but préventif. Pour certaines, il est plus légitime de consulter en cas de pathologie aigue.

« je fais pas forcément de suivi, aller encombrer tout le monde, les médecins et tout » (madame B)

En revanche, pour d'autres femmes, une consultation pour le suivi en santé de la femme n'engage pas nécessairement un examen gynécologique et peut avoir pour seul but un suivi préventif.

« Il n'y a pas forcément une auscultation tous les ans quand je vois un gynécologue ou une sage femme ». (Madame C)

Le suivi et l'examen gynécologique sont décrits comme nécessaires mais le ressenti est différent selon les femmes.

« ça avait été fait parce qu'il fallait le faire et voilà. » (Madame C) « Je considère que c'est plus une corvée d'aller chez le coiffeur, alors que bon, c'est tout ça doit se faire, ça doit se faire » (madame A)

En effet pour certaines femmes, les examens ont toujours été bien vécu, mais derrière ce vécu décrit comme positif, les femmes expriment une obligation de suivi avec des examens parfois « subis ».

« le premier examen Gynécologique que j'ai subi ». (Madame A)

La communication des professionnels de santé participe au ressenti positif ou non.

Pour d'autres femmes, l'examen gynécologique est un moment vécu comme désagréable, gênant, voir « intrusif ».

« Pas très agréable d'être exposée en étoile de mer avec quelqu'un entre ses jambes en plus à moitié nue ; ça c'est pas un bon moment à passer » (Madame B)

« C'est jamais un moment très réjouissant d'être .. enfin comment dire.. (mime une ouverture de bras) on est un peu exposé quoi » (Madame D)

« c'est toujours en examen un peu invasif, euhhh.. non intrusif plutôt » (Madame D)

Pour certaines femmes, il s'agit d'un examen douloureux.

« Disons que se faire insérer un énorme truc dans le vagin c'est jamais très agréable » (Madame B)

« c'est pas agréable de devoir se mettre nue devant un inconnu et surtout c'est assez douloureux comme examen ». (Madame C)

Au-delà du ressenti lié à l'examen gynécologique, à plusieurs reprises ressort un manque de considération des professionnels de santé rencontrés. En effet, l'examen gynécologique est vécu comme banal pour le médecin ce qui entraîne un manque d'empathie envers les femmes.

«pour le gynécologue ou le médecin traitant, c'est quelque chose de banal de faire un frottis entre guillemets et donc je pense que du coup ils ne prennent pas forcément autant de temps que nécessaire pour bien expliquer » (madame D)

Ces mauvaises expériences pourraient impacter le suivi.

« Les femmes vont probablement pas se suivre correctement si elles ont peur d'avoir mal » (madame D)

III-2.A.b. Relation avec l'intervenant en santé de la femme et critères de choix

Plusieurs éléments impactent le choix de l'intervenant en santé de la femme.

Toutes les femmes ont mis en avant une relation autonomiste entre le médecin et elles avec une volonté de pouvoir « avoir le choix » avec un rôle informatif primordial de la part du médecin pour pouvoir prendre des décisions éclairées, les plus adaptées possibles à elles, en lien avec leur vécu.

« je préfère sage femme parce que [...] elles ont plus une approche où elles vont proposer [...] plusieurs options » (madame C)

« Moi j'y connais rien, je suis pas du tout dans le médical, pour moi si on m'explique pas toutes les possibilités [...] Je peux pas savoir et je trouve ça dommage parce qu'au final [...] c'était peut-être pas le meilleur choix pour à l'époque moi » (madame C)

Le respect de leurs décisions après les avoir informées de façon claire et loyale participe à l'instauration d'une relation de confiance.

« je pense que la chose primordiale c'est de respecter la femme, de respecter ses désirs, de lui dire ce que disent les recommandations et c'est elle qui dispose » (madame A)

Le choix de l'intervenant pour le suivi en santé de la femme prend en compte différents critères selon les femmes, notamment les expériences passées et les intervenants déjà rencontrés impactent ce choix pour certaines femmes.

« elle me mettait pas à l'aise et du coup à cause de cette première expérience j'ai toujours un peu peur.. que voila, c'est pour ça que j'étais allée voir une sage-femme et plus spécialement un médecin » (madame B)

Pour certaines femmes, le suivi en santé de la femme revient aux médecins généralistes de part leurs compétences différentes des gynécologues ou sages femmes.

« j'allais faire un suivi par mes collègues médecin généralistes puisque je n'ai aucune raison d'aller voir un gynéco » [...] « les sages femmes elles ont des compétences qui sont nécessaires à l'hôpital » (madame A)

Pour d'autres, les compétences du médecin généraliste étaient jusqu'alors méconnues dans ce domaine.

« J'aurai appris aussi que les médecins généralistes faisaient le suivi gyneco » (madame C)

Enfin, pour plusieurs femmes, l'âge proche du leur et le sexe féminin de l'intervenant permet de les mettre plus à l'aise, voir pour certaines est un critère de choix premier de l'intervenant.

« elles avaient plus mon âge aussi, alors que [...] les gynécologues elles avaient peut être 40 ou 50ans [...] et du coup elles étaient un peu plus brutes dans leur approche. » (madame C)

« l'âge. [...] je vais toujours vers des femmes jeunes » [...] « Je ne me sentirais pas à l'aise que ce soit un homme. » (madame B)

III-2.B. Ressenti des femmes suite à l'examen gynécologique en décubitus latéral

III-2.B.a. La nouveauté : ressenti différent selon les femmes.

En France, l'examen gynécologique est pratiqué de façon largement répandue en décubitus dorsal les pieds dans les étriers. Peu de praticiens offrent la possibilité d'alternatives à cette méthode d'examen. L'examen en décubitus latéral est donc considéré comme une nouveauté pour les femmes.

L'une des femmes de l'étude connaissait déjà cette position mais n'en avait jamais bénéficié et a consulté dans le cadre de l'étude en vue d'essayer cette méthode d'examen avec un attrait particulier pour la nouveauté.

« Connaître autre chose, euh .. faire en sorte que la science avance » (madame A)

D'autres femmes peuvent être attiré par la nouveauté, sans en connaître davantage sur le sujet.

« Pourquoi pas essayer quelque chose de nouveau » (madame C)

Les autres femmes ne connaissaient pas cette position d'examen avant qu'on ne leur propose d'entrer dans l'étude.

Parmi elles, certaines avaient un a priori positif sur cette méthode.

« Je me disais que ce serait peut-être moins intrusif du fait qu'on n'ait pas les jambes complètement écartées » (madame D)

D'autres pouvaient craindre la nouveauté et ressentaient le besoin d'une validation scientifique de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

« C'est toujours bon à savoir que c'est aussi très répandu et que j'étais pas dans une enquête bizarre genre « dans quoi je m'embarque ?! » » (madame B)

Pour certaines de ces femmes, cette peur de la nouveauté a pu justifier de nombreux refus observés par les personnes à qui nous avons pu proposer l'étude.

« On va à un examen gynéco en étant préparée à se faire examiner comme d'habitude, même si on est pas à l'aise et que c'est pas très confortable on le sait à l'avance. » (madame C)

Ce frein à la nouveauté est également alimenté par le risque ressenti de devoir repasser en position classique et donc de rallonger la durée de l'examen.

« moi ça m'a pas dérangé d'essayer mais y a peut-être des dames que ça peut déranger qu'on ne trouve pas du premier coup et qu'on doit repasser en position classique. » (madame D)

La participation à une étude peut également faire supposer un manque d'expérience du médecin ce qui peut créer un frein.

« savoir que c'est pour une étude je pense que ça doit freiner certaines personnes parce qu'on peut se dire que c'est expérimental donc potentiellement le médecin ne sait pas bien le faire » (madame C)

Enfin, le manque de représentation concrète de la position pour les femmes ne la connaissant pas a pu être un frein pour l'essayer.

« si on leur propose de se faire examiner sur le côté mais qu'elles ne visualisent pas comment c'est possible elles risquent de ne pas accepter » (madame C)

III-2.B.b. Bénéfices et attrait ressentis :

Un sentiment de pudeur davantage respecté.

Comme attendu, le bénéfice principal de l'examen gynécologique en décubitus latéral rapporté par les femmes est un sentiment de pudeur davantage préservé rendant moins vulnérable la femme examinée.

« il y a ce côté un peu moins.. c'est ça moins exposé les jambes écartées devant tout le monde et j'attends comme ça. » (madame D)

« il y a beaucoup moins ce sentiment de vulnérabilité je trouve parce que.. [...] c'est un peu comme si on était en PLS donc on est quand même plus.. plus protégé » (madame B)

Elles ont également pu souligner le respect de l'intimité dans cette position.

« en termes d'intimité et de pudeur c'est quand même peut-être un peu plus préservé à ce niveau-là que quand t'as vraiment les jambes écartées dans les étrières avec la tête du médecin entre nos jambes » (madame C)

Pour certaines femmes, ce ressenti ne les a pas directement concernés, ne se considérant pas pudique, néanmoins elles ont notifié l'intérêt de cette position pour diminuer le sentiment de vulnérabilité chez les femmes.

« j'ai rien ressenti différent, [...] très probablement qu'on doit se, qu'on se sent peut-être un peu dans une posture plus... plus respectueuse. » (madame A)

Certaines femmes ont projeté leur ressenti en y voyant un réel bénéfice pour les femmes qui auraient pu vivre des traumatismes.

« Je pense que pour un certain nombre de femmes qui elles ont des vécus traumatiques c'est probablement mieux. » (madame A)

Plus de confort, un examen rapide sans douleur.

Plusieurs des femmes n'ont ressenti aucune douleur ni aucune gêne, ressenti qui a pu être présent lors des examens gynécologiques passés.

« pas de douleur pas de gêne c'était.. c'est un peu allé tout seul. » (madame B)

L'examen en décubitus latéral a pu être perçu comme plus rapide qu'en position classique, ce qui participe pour les femmes à un meilleur vécu.

« mais je crois que ça a duré .. [...] ça a du durer 30 secondes à tout casser donc hyper rapide. » (madame B)

La position a également procuré un sentiment de confort pour certaines de ces femmes.

« je sais pas on est sur le côté c'est beaucoup plus agréable que d'être exposé les 4 fers en l'air [*.. reformulation par investigatrice...*] Position plus confortable oui » (madame B)

« C'était beaucoup plus cosy que ce que je m'imaginai » (madame B)

Offrir une alternative aux femmes : le bénéfice du choix.

Enfin, ce qui rend cette position d'examen attrayante est probablement le fait de pouvoir proposer une alternative et laisser le choix aux femmes de la position qu'elles souhaiteraient avoir pour être examinées, en fonction de leurs propres vécu et souhaits.

« je pense que c'est important de le proposer. » (madame A)

« Ce que je trouve bien moi c'est vraiment de pouvoir choisir en fonction de ce qu'on préfère » (madame C)

« pouvoir proposer au moins une alternative à l'examen gynécologique classique, comme par exemple l'examen en décubitus latéral où on se sent peut-être moins exposés et vulnérables, ça peut être intéressant en fonction de ce que la patiente préfère » (madame D).

La connaissance et maîtrise de cette méthode d'examen pourraient également être une solution en cas de non-visualisation du col en position classique, donc une alternative pour le professionnel de santé.

« dans la position sur le dos avec les étriers ça arrive aussi qu'on n'arrive pas à trouver le col donc ça peut être bien aussi d'avoir une alternative » (Madame D)

II-2.B.c. Limites et freins ressentis par les femmes

Frein à la nouveauté : un manque de diffusion de la méthode d'examen

Comme déjà évoqué précédemment, le manque de diffusion de cette méthode d'examen est un frein de par le manque de visualisation des femmes lorsqu'on leur

propose le décubitus latéral ainsi que de par le manque d'expérience du médecin qui peut être ressenti par les femmes.

« c'était pas classique donc je pense qu'on était pas à l'aise toutes les deux de ne pas exactement savoir comment s'y prendre », (madame D)

Une méthode d'examen sans limite pour certaines.

En dehors de ce frein, certaines femmes n'ont pas perçu de limite à cette position d'examen.

« En tant que patiente non aucun frein. » (madame A)

Quelques ressentis péjoratifs : douleurs et exposition postérieure.

Une femme a ressenti des douleurs dans cette position à l'insertion du spéculum.

Ces douleurs ont été mise en lien avec le manque d'expérience et donc de repère du médecin.

« ça a été un peu difficile de trouver la technique, parce que ses repères étaient pas les mêmes [...] j'avoue j'ai eu quelques douleurs quand même à l'introduction du spéculum » (madame D)

L'une des femmes a projeté qu'une gêne pourrait être ressentie par l'exposition de la région fessière dans cette position. Cette explosion est atténuée par l'ajout d'un drap pour couvrir la personne examinée.

« Parce qu'à un moment donné on est sur le côté on va dire en gros les fesses à l'air, Et du coup après elle m'a proposé de mettre un tissu enfin du papier sur moi et du coup j'ai dit oui. » (madame C)

III-2.B.d. Comparaison inévitable à la position classique

La comparaison à la position classique a été faite rapidement et spontanément par les femmes durant leurs entretiens.

Un ressenti identique entre les deux positions pour certaines femmes.

Plusieurs des femmes interrogées ont relaté un ressenti global identique en décubitus latéral et en position classique.

« j'ai rien ressenti différent » (Madame A)

Des positions pouvant ne pas aboutir à une bonne visualisation du col.

Pour l'une de ces femmes, l'examen n'a pas pu aboutir sur le frottis en décubitus latéral du fait d'une mauvaise visualisation du col. Cet échec pourrait procurer un sentiment négatif.

« c'était un essai donc bon moi ça m'a pas dérangé d'essayer mais y a peut-être des dames que ça peut déranger qu'on ne trouve pas du premier coup et qu'on doive repasser en position classique » (madame D)

En revanche, cette même femme a pu constater que ce manque de visualisation n'est pas spécifique au décubitus latéral et peut aussi survenir en position classique.

« en même temps dans la position sur le dos avec les étriers ça arrive aussi qu'on n'arrive pas à trouver le col » (madame D)

Deux positions nécessitant autant de souplesse.

La souplesse nécessaire pour s'installer dans une position ou dans l'autre n'a pas été abordée spontanément par les femmes. Seule l'une des femmes interrogées a estimé que la souplesse était nécessaire autant en décubitus latéral qu'en position classique.

« vous parliez malgré tout de souplesse tout à l'heure.. » (investigatrice) [...] « il en faut des 2 cotés » (madame A)

Une position de décubitus latéral adoptée au détriment de la position classique pour d'autres femmes.

Pour l'une de ces femmes en revanche, le ressenti de l'examen en décubitus latéral a été décrit comme parallèlement opposé à l'examen en position classique, en faveur du décubitus dorsal.

« IN-CROY-YABLE ! (Mot dit de manière décomposée). Je ne veux pas trop en faire mais ça a été un peu le jour et la nuit quand même » (madame B)

Ce ressenti a pour conséquence la volonté de pouvoir choisir cette méthode d'examen à l'avenir.

« je crois que j'essaierai de consulter que comme ça si je peux » (madame B)

Absence de contact visuel : un fait davantage présent en décubitus latéral.

Certaines femmes interrogées ont pu remarquer une absence de contact visuel avec le médecin. Cette absence de contact visuel a été palliée par une bonne communication pour l'une, et n'a pas été vécu comme « gênant » pour l'autre.

« on ne voit pas la personne dans cette position sur le coté mais je trouve pas que ce soit gênant, finalement c'est pas plus mal » (madame C)

« quand on est en position traditionnelle, on peut voir, on peut un peu observer ce qui va se passer alors que là, la communication si on en fait pas, c'est dramatique, mais la tout a été super bien fait » (Madame B)

III-2.C. L'examen gynécologique en décubitus latéral en pratique

III-2.C.a. Un manque de représentation antérieure

Le décubitus latéral n'est pas une position universellement connue pour l'examen gynécologique.

Pour les femmes qui ne connaissaient pas la position d'examen en décubitus latéral, il semblait difficile de se la représenter.

« En fait je n'imaginai pas qu'on pouvait être jambes collées l'une à l'autre »
(madame D)

« Je savais pas comment visualiser [...] je voyais pas bien comment c'était possible. Et en fait c'était, oui c'était sur le côté mais c'était beaucoup plus cosy que ce que j'imaginai » (madame A).

Malgré ce manque de représentation antérieur, la position d'examen a pu susciter des a priori plutôt positifs en termes de confort et de pudeur préservée.

« j'imaginai bien qu'on serai moins exposé » (madame C)

« juste que peut-être c'était plus confortable en termes de position de se dire que bah je suis pas jambes écartées *donc je suis quand même moins exposée face à la personne qui m'examine* » (madame D)

Ce manque de représentation et de diffusion a pu participer aux réticences de certaines femmes pour choisir de se faire examiner en décubitus latéral.

III-2.C.b. L'installation en décubitus latéral :

Une position adaptable à la situation.

La position d'examen en décubitus latéral est adaptable à la femme et au matériel disponible. En effet, certaines femmes ont positionné leurs jambes « collées l'une à l'autre » quand d'autres ont pu poser leur jambe sur un appui jambe placé à cet effet. Une autre femme a, quant à elle, surélevé sa jambe pour améliorer la visibilité du médecin.

« C'est elle qui m'a indiqué que il y avait l'appui jambe parce que sinon j'allais mettre mon pied sur le.. sur la table d'examen » (madame A)

« j'ai surélevé ma jambe pour que ce soit plus facile » (madame D)

Le médecin : un guide nécessaire pour une bonne installation

Certaines femmes ne connaissaient pas antérieurement cette position d'examen, les conseils du médecin ont néanmoins permis une installation aisée, sans difficulté.

« elle m'a vraiment bien guidée. J'ai pas senti de malaise ou de difficulté pour me mettre dans la bonne position » (madame C)

La position est semblable à la position latérale de sécurité, ce qui permet une analogie facile à comprendre pour les femmes s'installer.

« elle m'a dit on se met sur le côté avec une jambe droite et l'autre pliée sur le dessus, comme en PLS. » (madame B)

Pour l'une d'entre elle, le positionnement a été moins évident par manque d'expérience du médecin qui la guidait.

« enfin ça a été un peu difficile de trouver la technique (rire) parce que ses repères étaient pas les mêmes. » (madame D)

III-2.C.c. Matériel nécessaire

Les femmes n'ont pas été interpellées par un matériel différent de celui connu, même si une table adaptée, plus large et équipée d'appuis jambes permettrait un confort optimal dans cette position. Les spéculums étaient identiques.

« je lui expliquais au gynéco [...] il me disait "mais il faut des spéculums différents ?" je lui disais que non pas du tout, "et alors la table ? ", ben en fait il suffit de se mettre sur le côté et donc voilà » (madame A)

« donc avec un appui jambe c'est le confort absolu » (madame A)

L'utilisation d'une lampe frontale pour une meilleure visibilité et un meilleur éclairage a pu surprendre l'une des femmes.

« je l'ai vu mettre sa lampe spéléo » (madame B)

III-2.D. Perspectives pour améliorer les pratiques : améliorer le ressenti de l'examen gynécologique par les femmes pour un meilleur suivi

III-2.D.a. Éléments impactant le ressenti de l'examen : pour améliorer son appréhension

Une bonne communication

Les femmes ont évoqué différents éléments impactant le ressenti d'un examen gynécologique.

La communication du médecin est un élément central pour améliorer le ressenti des femmes. Elle passe avant tout par l'écoute.

« il faut avoir quelqu'un une personne qui est vraiment à l'écoute » (madame C)

Décrite comme essentielle, les femmes expriment notamment un besoin de communication empathique de la part du médecin, dénuée de jugement, pour se sentir à l'aise.

« c'est vrai que s'intéresser un peu plus au point de vue de la patiente et à son ressenti pour le coup c'est quand même hyper important pour éviter les traumatismes derrière. » (madame D)

La recherche constante du consentement des femmes, à chaque étape de la consultation et de l'examen, participe à les mettre en confiance et à améliorer leur ressenti.

« j'ai vu elle était très à l'écoute, elle m'expliquait à chaque fois ce qu'elle allait faire, elle me demandait mon consentement. » (madame C)

En plus d'améliorer la relation de la femme avec son médecin, la communication est un outil indispensable pour informer les femmes et leur expliquer les différentes étapes de l'examen, permettant de les rassurer.

« quelque chose que j'apprécie énormément, c'est quand ils font et quand ils parlent, qu'ils me disent "On va faire ci on va faire ça". Un peu d'être prévenu à l'avance » (madame B)

La confiance mutuelle

Cette communication participe à l'instauration d'une relation de confiance entre le médecin et la femme, élément décrit comme « primordial » (madame A) pour un vécu positif de tout examen.

« elle m'a dit "mais je vous fais confiance" alors que je sais que c'est quand même assez traumatique » (madame A)

Inclure les femmes dans leur prise en soin, en les mettant au centre des consultations en leur communiquant les informations adéquates pour prendre des décisions éclairées permet d'alimenter ce lien de confiance.

« je pense que du coup, si on explique bien et si on fait pas systématiquement d'examen [...] Ca peut aider à ce que la dame soit plus en confiance » (madame D)

Le respect mutuel

Cette relation de confiance est également basée sur le respect de la femme et de ses décisions par le médecin.

« Le respect de la femme et ça, c'est le maître mot » (madame A)

Le respect mutuel dans la relation médecin-patient joue un rôle prépondérant dans le ressenti des consultations et des examens. Il passe par un respect du temps de la personne, en étant ponctuel et en respectant le rythme de la personne examinée.

« elle est déjà très à l'heure » [...] « je me suis rhabillée du haut et je me suis déshabillée du bas » (madame B)

« elle a pris le temps je me suis pas sentie bousculée. » (madame D)

Ce respect passe également dans le cadre de l'examen gynécologique par un respect de l'intimité et de la pudeur des femmes.

« Elle m'a fait me déshabiller en deux étapes « elle m'a mis un drap et tout ça pour être un peu couverte, c'était appréciable » (madame D)

Proposer des alternatives en considérant le vécu des femmes et leur caractère

S'intéresser au vécu des femmes et à leur histoire permet de proposer des alternatives adaptées à ces dernières.

« c'est super important de communiquer, de demander comment la femme est à l'aise, éventuellement de lui proposer des alternatives pour faire l'examen dans de meilleures conditions » (madame D)

Quelque soit le passif des femmes, il apparaît nettement que la possibilité de pouvoir faire un choix parmi des alternatives proposées et expliquées par le médecin est grandement apprécié pour que l'examen se fasse dans les meilleures conditions possibles.

« Il faut s'adapter, on propose les femmes disposent » (madame A)

« Ce que je trouve bien moi c'est vraiment de pouvoir choisir en fonction de ce qu'on préfère » (madame C)

En effet, certains événements de vie peuvent impacter le ressenti des femmes vis-à-vis des examens médicaux, surtout en ce qui concerne l'examen gynécologique. On imagine facilement qu'une femme qui aura subi des violences sexuelles ou gynécologiques se trouve en grande difficulté lors de la nécessité d'un examen gynécologique.

« je pense par exemple aux dames qui ont pu vivre des violences obstétricales ou des choses comme ça peut-être qu'ils peuvent être un peu plus réticente » (madame D)

De plus, chaque femme a ses propres vertus et son caractère qui peut modifier sa façon d'appréhender un examen.

« je pense que c'est parce que je suis pas très pudique » (madame C)

Un environnement rassurant et un examen le plus court possible

Un cabinet accueillant et chaleureux permet de commencer la consultation plus sereinement et par conséquent d'appréhender l'examen dans de meilleures conditions.

« le cabinet qu'il soit lumineux et agréable pas comme à l'hôpital ça aide à se sentir à l'aise » (madame C)

Préparer son matériel en amont de façon organisée fait partie des axes permettant d'améliorer le ressenti des femmes. En effet, quel que soit leur ressenti global de l'examen, la courte durée de ce dernier est un élément restant important pour les femmes interrogées.

« après c'est sûr que quand c'est terminé on est content quand même de ne pas rester ¼ d'heure sur la table toute nue » (madame D)

Un médecin expérimenté, au caractère bienveillant

Un médecin expérimenté qui aborde la consultation de façon fluide et assurée rassure la personne en face de lui. A contrario le malaise d'un médecin est ressenti par la personne examinée et ce malaise peut lui être transmis, altérant par conséquent le vécu de l'examen.

« elle m'a dit "j'ai jamais trouvé un col aussi vite", on discutait bien donc un vrai tout était super fluide » (madame B)

« je pense qu'on était pas à l'aise toutes les deux » (madame D)

De plus, la douceur et la bienveillance d'un médecin est un facteur majeur de vécu d'une consultation ou d'un examen. En effet, malgré des douleurs ou un ressenti négatif pendant l'examen, la bienveillance du médecin envers la personne examinée va remettre de garde un ressenti global meilleur.

« elle m'a demandé si j'avais pas eu mal si ça allait tout au long de l'examen, s'est souciée de comment ça se passait pour moi, c'était hyper appréciable » [...] « Après en soit comme le médecin était très bien, il n'y a pas eu de soucis. » (madame D)

III-2.D.b. Éléments impactant le suivi en santé de la femme : pour une meilleure adhésion des femmes.

L'élément principal impactant l'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme découle directement du ressenti des examens passés, notamment avec un accent particulier sur le ressenti lié à la relation avec le médecin.

En effet, plusieurs éléments en communs sont évoqués par les femmes pour améliorer à la fois le ressenti de l'examen et l'adhésion au suivi. Parmi ces éléments, la communication est à nouveau central, avec les mêmes retours d'une volonté de communication empathique avec un rôle d'information et de prévention de la part du médecin.

« donc je pense que c'est important de communiquer, d'être doux et d'être un petit peu compréhensif et de prendre le temps parce que sinon les femmes ne vont probablement pas se suivre correctement » (madame D)

« si on ne leur donne pas les informations elles vont pas forcément aller les chercher mais pour le médecin, comme il a l'habitude, je pense qu'il prend pas toujours le temps de bien tout expliquer. Et du coup les patientes ne se suivent pas bien. »

(madame D)

Ce rôle est d'autant plus important que les personnes ont une sensibilité à la prévention différente les uns des autres. Sensibiliser le maximum de personnes au suivi préventif fait parti intégrante du métier de médecin généraliste.

« c'est vrai des fois on ne fait pas forcément les contrôles un peu de visite juste pour voir si tout va bien. On les saute et on attend bien un problème. » (madame B)

« pour vérifier que tout va bien, la palpation de la poitrine et tout » (madame C)

Les vécus personnels impactent également l'adhésion au suivi, de façon délétère parfois notamment pour les femmes ayant subi des traumatismes ou des violences rendant l'examen et donc le suivi plus difficile. Mais aussi parfois en faveur d'un suivi intensifié lorsqu'un proche a pu être atteint d'une pathologie sujette au dépistage.

« c'est vrai que les patientes qui ont pu subir des violences sexuelles ou des violences obstétricales comme je décrivais tout à l'heure je pense vont moins facilement se suivre sur le plan gynéco " (madame D)

« Je le fais surtout depuis que j'ai une collègue qui a un cancer du sein très jeune » (madame D)

En revanche, la douleur ou l'inconfort ressenti lors d'un examen ne va pas réellement limiter le suivi de la femme s'il est considéré comme nécessaire.

« c'est un moment désagréable mais si il faut le faire je le fais. » (madame B)

La justification prédominante sur le manque de suivi régulier évoqué est le manque de temps personnel et l'oubli des échéances de dépistage recommandé. Pour pallier cette problématique, la mise en place de rappels automatiques à l'instar des courriers pour les dépistages organisés est très attendue.

« c'est parce que vraiment j'ai pas pris le temps » [...] « c'est vrai que des fois on oublie tout simplement » (madame D)

« Un petit calendrier ce serait pas mal [...] peut-être un rappel » (madame B)

Enfin, pour améliorer l'adhésion de chaque femme à son propre suivi, il est essentiel de la placer au centre de ce suivi. Cette démarche centrée sur la femme nécessite d'instaurer une relation de confiance et d'écoute entre le médecin et la personne. Cela passe également par proposer des alternatives lorsque cela est possible en vue de laisser le choix à la personne.

« Je pense que ça peut aider de pouvoir au moins proposer une alternative, de les faire participer à l'examen en leur demandant comment elles seraient le plus à l'aise » (madame D)

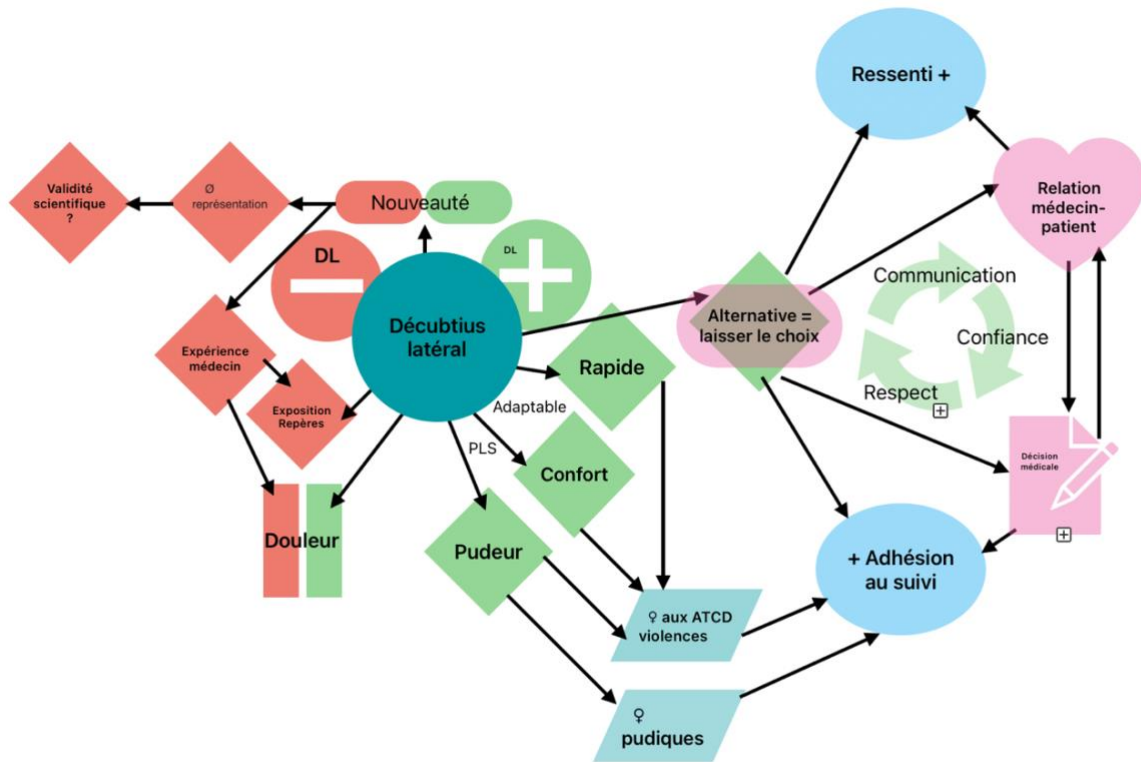
« le fait d'avoir un bon suivi pour moi il faut avoir quelqu'un une personne qui est vraiment à l'écoute » (madame B)

Cette relation de confiance instaure un respect mutuel, et permet de sensibiliser les personnes et notamment les femmes aux suivis et aux examens nécessaires.

« c'est la confiance, le respect mutuel, le respect, mutuel mais alors surtout de la patiente par le medecin. » (madame A)

III-2.E. Modélisation des résultats

Les résultats obtenus ont été modélisés par une mind map reprenant les thèmes les plus parlants :



MIND MAP : Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti des femmes

III-3 Mise en miroir des résultats

Nous avons réalisé une étude en miroir afin d'articuler nos deux thèses disciplinaires distinctes au sein d'un projet commun, visant à étudier le ressenti des médecins et, en parallèle, des femmes, à l'égard de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Comme cela a pu être rapporté par les femmes, les médecins interrogés ont pu observer lors de leur apprentissage un manque de considération de la part de

certain confrères, à la fois par un manque d'information et par un manque de recueil du consentement des femmes, les poussants à développer leur empathie envers ce dernier dans leurs propres pratiques. (22)

A l'instar des femmes, les médecins ont eu un ressenti divergent sur l'examen gynécologique en décubitus latéral. Pour certains, la pratique de l'examen a procuré les mêmes ressentis qu'en position classique. Pour d'autre, sa pratique a pu être vécu comme un échec avec pour résultat le retour en position classique. Les principaux ressentis communs sont le confort que peut procurer cette position aux femmes par sa réalisation plus rapide qu'en position classique et le respect de la pudeur impliquant moins de vulnérabilité pour la femme.

Tout comme les femmes de l'étude, les médecins ont estimé que les femmes pudiques ou susceptibles d'avoir subi des violences trouveraient davantage de bénéfices à l'examen en décubitus latéral.

Concernant l'installation en décubitus latéral pour l'examen, les médecins ont fait preuve d'adaptabilité pour offrir aux femmes une position confortable, ce qui se manifeste par des positionnements différents selon les femmes. Des deux points de vue, il a été fait état qu'une table plus large était préférable pour une aisance optimale, associé à des appuis jambes pour les femmes et à une table qui peut se lever à leur hauteur pour les médecins. (22)

Les médecins se sont vus recevoir de nombreux refus lors de l'inclusion des femmes. Ils l'expliquent par un manque de représentation de cette position pour les

femmes qui peut avoir pour conséquence une peur de l'inconnu, sentiment partagé par les femmes interrogées.

De plus, certains médecins ont pu se sentir en difficulté lié à leur inexpérience dans la pratique du DL. Nous avons pu constater que le malaise ressenti par les médecins était ressenti par les femmes.

La limite au DL évoqué par les médecins est liée au manque de visibilité du clitoris et de la région péri-urétrale en comparaison à la position classique. Cette limite peut être mise en perspective avec l'exposition fessière évoquée par l'une des femmes. En effet, le positionnement différent implique une exposition et des repères eux aussi différents pouvant freiner certaines personnes.

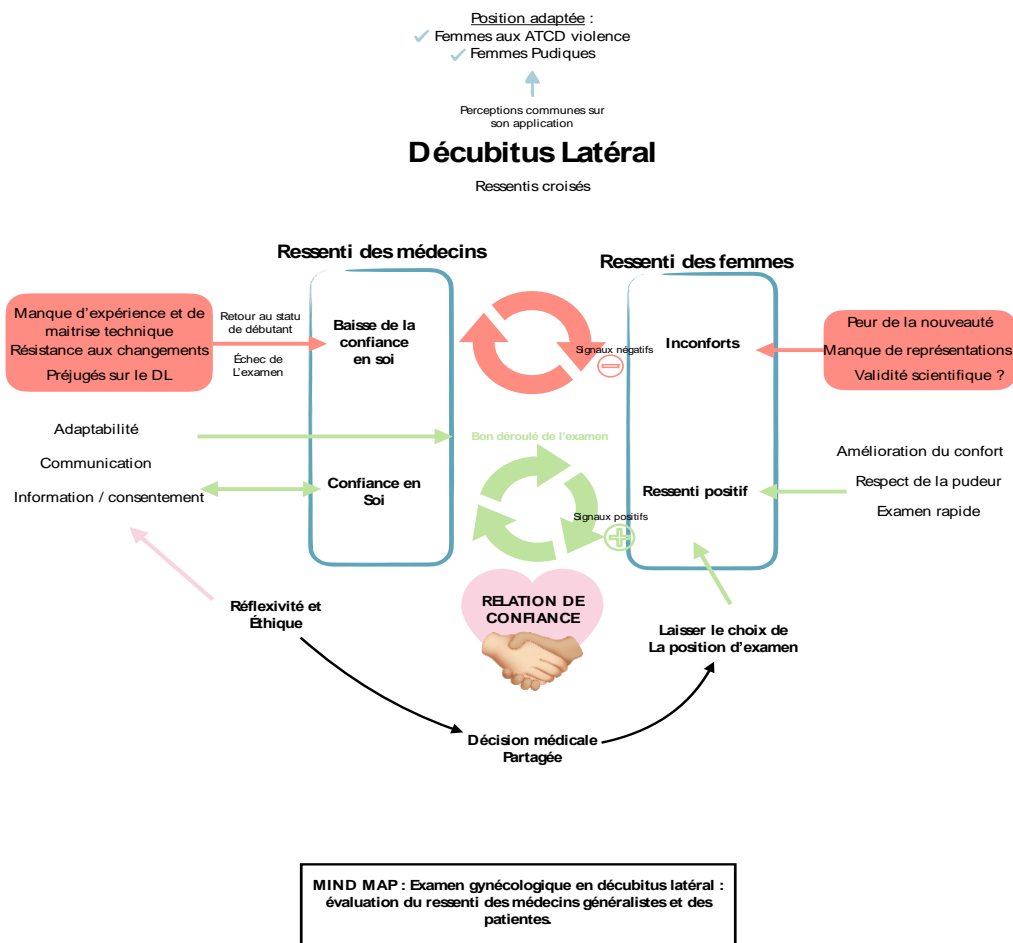
Un ressenti apparaît distinct entre les médecins et les femmes : l'absence de contact visuel en DL a été notifié autant par les femmes que par les médecins, en revanche, il n'a pas fait émerger de frein par les patientes qui ont pu ne pas ressentir de différence en comparaison à la position classique ou estimer que la communication effaçait la limite qui pouvait en émerger. Au contraire, les médecins ont projeté que cette absence de contact visuel pouvait générer un sentiment d'insécurité chez les femmes. Ce ressenti supposé par les médecins, non retrouvé chez les femmes interrogées, pourrait mériter d'être exploré dans une autre étude.

La mise en perspective des résultats met en avant la recherche, à la fois de la part des médecins et à la fois de la part des femmes, d'une décision médicale partagée pour une relation de confiance. En revanche, les femmes recherchent cet accès au choix, et se disent sensibles à un médecin proposant des alternatives le

permettant en vue d'établir une relation de confiance mutuelle. Les médecins eux, vont plutôt proposer des alternatives aux femmes qui sont plus susceptibles d'accepter ; par exemple, pour certains, aux femmes avec qui la relation de confiance est déjà établie.

Enfin, dans les deux études, l'importance du confort, du respect, de la pudeur, de l'information et du consentement a été soulignée pour améliorer le ressenti des examens et ainsi, l'adhésion au suivi.

Afin de structurer les résultats, nous avons réalisé une modélisation commune à nos deux travaux par le biais d'une mind map :



IV- DISCUSSION

IV-1. Synthèse des résultats

L'examen gynécologique est un examen nécessaire pour un bon suivi en santé de la femme. Pourtant, il est décrit comme désagréable et intrusif par les femmes.

Plusieurs éléments impactent le choix de l'intervenant pour ce suivi. En effet les femmes recherchent une relation de confiance avec l'intervenant permettant un rôle décisionnel partagé. Certaines femmes sont plus à l'aise avec un médecin féminin de leur âge.

L'examen gynécologique en décubitus latéral est une méthode d'examen méconnue des femmes. Ce manque de diffusion a pour conséquence une absence de représentation de cette position d'examen, et donc un frein à sa réalisation pour les femmes lorsqu'on leur propose.

Pourtant, plusieurs bénéfices ressortent de cette étude suite à la réalisation de cette dernière. Il apparaît que les femmes ont un ressenti de pudeur davantage préservée dans cette position, et donc un sentiment de vulnérabilité amoindrie lors de l'examen gynécologique en DL. Cette position serait moins intrusive que la position classique.

De plus, cette position semble procurer plus de confort et moins de douleur grâce à un examen plus rapide, sous réserve d'un médecin expérimenté et à l'aise pour ne pas rallonger la durée de l'examen ou transmettre son malaise aux femmes.

Enfin, le sentiment d'avoir le choix pour les femmes est très apprécié grâce à cette

alternative. C'est sans nul doute le ressenti positif le plus marqué chez les femmes. Il leur procure un sentiment d'inclusion dans leur prise en charge et de considération vis-à-vis de leur vécu et de leurs souhaits.

Certains points peuvent également limiter la pratique de cette position. Entre autres, la peur de la nouveauté, avec le risque de devoir repasser en position classique que cela engendre. Ce risque est d'autant plus marqué que les examinateurs sont moins expérimentés qu'en position classique. Ce manque de repère de l'examineur génère un examen plus long pouvant être douloureux.

Les femmes recherchent une forme de validité scientifique de cette méthode d'examen en lien avec la volonté d'un médecin familier de la position.

De plus, l'exposition de la région fessière dans cette position peut être ressentie comme un manque d'intimité, mais ce sentiment est annulé par l'ajout d'un drap pour couvrir la femme.

En pratique, le décubitus latéral est une position d'examen adaptable en fonction du matériel et de la femme. Elle ne nécessite pas de matériel spécifique même si une table d'examen large, équipée d'appui jambe permettrait un confort optimal.

L'installation semble nécessiter d'être guidée par un médecin familier avec cette position. L'analogie du décubitus latéral avec la position latérale de sécurité (PLS) est parlante pour les femmes et permet une mise en place facile dans une position confortable.

Le décubitus latéral est naturellement comparé à la position d'examen gynécologique classique par les femmes. L'absence de contact visuel est une composante davantage retrouvée en décubitus latéral. Elle semble ne pas avoir procurée de sentiment négatif, en partie en raison d'une bonne communication de la part des médecins.

Le ressenti diverge selon les femmes, il peut être identique pour certaines ou parallèlement opposé pour d'autres au profit du décubitus latéral, ce qui confirme la nécessité de laisser le choix aux femmes. En effet, certaines femmes choisiraient sans hésiter de se faire examiner à nouveau en DL à l'avenir quand d'autres n'ont pas réellement de préférence préétablie suite à cet examen.

Plusieurs éléments impactent le ressenti de l'examen gynécologique à un niveau différent selon la sensibilité de la femme. Certains dépendent directement du vécu ou du caractère de cette dernière.

La bonne communication entre le médecin et la femme est l'élément central pour un ressenti global positif d'un examen. Les femmes recherchent un médecin avec une communication empathique, qui endosse son rôle d'information en partageant ses connaissances pour leur permettre de prendre des décisions éclairées. Cette communication passe par une écoute active et une recherche du consentement permanente des femmes par les médecins.

La recherche du consentement est une marque de respect, envers la femme et son

intimité, élément fondamental pour une perception favorable d'un examen. Le respect doit être mutuel et inclut à la fois le respect du temps de la personne et le respect du rythme de de cette dernière.

Ces éléments permettent d'instaurer une relation de confiance entre la femme et le médecin, favorisant également une expérience positive.

D'autres éléments impactent de façon positive le ressenti d'un examen gynécologique, notamment un environnement chaleureux, un médecin bienveillant et expérimenté permettant un examen de courte durée.

Enfin, tout comme l'offre l'alternative du décubitus latéral, l'accès aux choix et la prise de décision partagée participe à un ressenti positif de la consultation pour les femmes. En les incluant dans la prise en charge, le médecin qui propose des alternatives à un examen, jugé comme inconfortable, témoigne d'une réelle considération envers les femmes et leurs ressentis, améliorant considérablement ce dernier.

Un meilleur ressenti des examens gynécologiques est un levier pour améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme. Cette adhésion dépend également de la relation entre la femme et le médecin. En effet une relation d'écoute, de respect et de confiance, avec une femme placée au centre des consultations et incluse dans les décisions est une approche permettant un meilleur suivi des femmes. Cette relation s'établit grâce à une bonne communication, empathique et instructive, aidant à sensibiliser les femmes au suivi préventif.

Certains facteurs responsables d'un manque d'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme ne dépendent pas du médecin mais sont le témoin d'un manque de temps personnel associé à un oubli des échéances de suivi. L'une des pistes proposées par les femmes pour pallier ces oublis serait un rappel automatique des recommandations en matière de prévention aux âges clés de la vie d'une femme.

Pour finir, le vécu des femmes peut influencer en positif ou en négatif leur adhésion aux soins et au suivi.

A nouveau et pour conclure, proposer des alternatives aux femmes et leur offrir la possibilité du choix contribue grandement à améliorer leur adhésion au suivi, d'autant plus au suivi en santé de la femme qui touche particulièrement à l'intime.

IV-2. Forces et limites de l'étude

IV-2.A. Un sujet pertinent.

La principale force de l'étude est son sujet innovant et peu étudié. A notre connaissance, il n'existe à ce jour aucune étude s'intéressant au ressenti des professionnels de santé et des femmes concernant l'examen gynécologique en décubitus latéral. Seules quelques thèses s'y sont intéressées, aucune réalisée en miroir avec une approche inspirée de la phénoménologie.

Pourtant, l'examen gynécologique est un examen décrit comme intrusif et désagréable. Offrir une alternative à la position d'examen classique semblerait

pouvoir améliorer le ressenti des femmes concernant l'examen et la consultation, et par conséquent améliorer leur adhésion au suivi en santé de la femme.

IV-2.B. Une méthodologie rigoureuse pour compenser un investigateur inexpérimenté.

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA).

Au vu du peu de données disponibles sur le sujet, il s'agissait de la méthodologie la plus adaptée pour faire émerger de nouvelles données.

Nous avons réalisé des entretiens individuels ouverts. Au vu du sujet pouvant toucher à l'intime et pouvant faire évoquer des sujets « tabous », il s'agissait du mode d'entretien le plus adapté permettant une plus grande liberté de parole. Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel ce qui a permis de récolter les données du langage non verbal. De plus, la flexibilité des entretiens ouverts et leur forme non directive a permis aux femmes d'être au centre de l'entretien et de pouvoir parler autant que souhaité sur les thèmes abordés.

Notre subjectivité en tant qu'investigateur est au cœur de la recherche qualitative mais nous avons fait en sorte de la connaître et de mieux la comprendre à l'aide de notre journal de bord pour nous aider à déconstruire nos a priori et potentielles idées reçues et éviter d'influencer les participants.

Les données collectées en recherche qualitative sont principalement verbales, elles sont analysées de manière interprétatives et subjectives. Le biais d'interprétation est donc inévitable et inhérent à ce type d'étude. Nous avons limité ce biais au maximum

en réalisant une triangulation des données pour contrer la subjectivité d'interprétation d'un seul investigateur.

Le biais principal de cette étude est un biais méthodologique du fait de notre manque d'expérience, s'agissant de notre premier travail de recherche.

Ce biais a été minimisé par la formation personnelle continue de l'investigatrice en début de recherche et au cours de la recherche ainsi que par l'accompagnement de la directrice de thèse maîtrisant la méthodologie des études qualitatives.

Nous avons été rigoureux sur la méthodologie et les démarches à effectuer, notamment par le respect des réglementations (loi Jardé et loi Informatique et libertés) et l'utilisation de la grille COREQ (annexe 7) tout au long de la recherche et de la rédaction de cette étude en vue de conserver une certaine validité interne à l'étude.

A la fin de la rédaction de l'étude, nous avons également vérifié que l'étude remplissait les critères de qualité de la grille SRQR (24) (25) (Annexe 8).

IV-2.C. Un recrutement difficile : une limite à l'étude.

Nous nous attendions à ce que le recrutement soit long et difficile au regard de la faible prévalence de la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral par les professionnels de santé. Cette difficulté s'est confirmée avec de grandes difficultés à recruter et par conséquent un faible nombre d'entretiens. De plus, nous avons dû inclure des femmes que nous avons nous même orienté vers les

professionnels de santé inclus dans l'étude au préalable ce qui a pu provoquer un biais de recrutement car les femmes étaient volontaires pour entrer dans l'étude et pouvaient avoir un rapport à l'examen gynécologique davantage positif. Néanmoins, notre choix de méthodologie imposait une population homogène et non probabiliste ce qui contre balance ce biais. Aucun tri n'a été réalisé parmi les femmes ayant répondu aux critères d'inclusion. Un seul entretien n'a pas pu être réalisé après que le participant ait été inclus par impossibilité de réalisation de l'entretien de sa part.

Ce recrutement a pour conséquence également un biais de désirabilité sociale du fait du lien existant au préalable entre l'investigatrice et certaines des participantes.

Ce biais a été minimisé par l'établissement de règles claires concernant la transparence des participants sur leurs ressentis et l'absence de freins à se livrer sur leurs ressentis et leurs vécus au sens large, le sujet de l'étude touchant directement à l'intime. L'objectif de ces règles étant au préalable de réduire les effets de la relation personnelle sur l'entretien.

Ces difficultés de recrutement ont entraîné un manque de temps, ayant pour conséquence une mise en perspective des résultats obtenus, entre l'étude du ressenti des femmes et du ressenti des médecins, non exhaustive.

IV-2.D. Des données préservées.

Nous avons minimisé le biais de mémorisation en réduisant au maximum le délai entre l'examen en DL et l'entretien, et en retranscrivant également dans les plus brefs délais ces entretiens.

La dernière force de l'étude est la minimisation de la perte de données. Un double enregistrement vocal des entretiens a été réalisé, par l'intermédiaire d'un smartphone et d'une tablette, afin de pallier un éventuel bug impliquant une erreur de manipulation ou encore un manque de batterie qui aurait pu avoir pour conséquence une perte de donnée.

IV-.3. Comparaison des résultats aux données de la littérature

Notre étude est singulière par son sujet innovant, s'intéressant au ressenti des femmes ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral, mis en perspective avec le ressenti des médecins généralistes qui l'ont pratiqués.

Le sujet étant peu exploré dans la littérature, nous avons choisit de réaliser une étude qualitative inspirée de l'IPA, ce qui nous a permis de découvrir l'univers singulier du ressenti des participants vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral pour en faire ressortir des concepts théoriques communs en élaborant des étiquettes regroupées en thèmes grâce au raisonnement inductif et à une triangulation des données.

Cette étude s'intéressant directement au ressenti individuel des femmes, les résultats ne sont pas extrépolables à la population générale.

IV-3.A. Étude du ressenti des femmes sur l'examen en décubitus latéral : des études plutôt concordantes.

Très peu d'études publiées se sont intéressées aux ressentis de l'examen gynécologique en décubitus latéral. En effet, seules quelques études universitaires se sont intéressées au sujet depuis 2015.

Parmi ces thèses, l'une était une étude quantitative, rédigée par A. Grange-Cabane, intitulée « Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes » (14). Il s'agissait d'une étude non interventionnelle, avec pour outil des questionnaires fermés qui ont été adressés à 114 patientes, qui elles-mêmes avaient été examinées par 8 professionnels de santé. Cette étude était en faveur d'une satisfaction des femmes vis-à-vis du décubitus latéral. Il en est ressorti que 96% des femmes ont estimées que l'examen en décubitus latéral était plus respectueux de leur pudeur ; 59% pensaient que celui-ci était assez, ou très confortable ; et 79% trouvaient le décubitus latéral peu ou pas douloureux.

La méthodologie est très différente de la notre car le ressenti a été étudié par des questionnaires fermés dans cette thèse, établis sur la base d'un mémoire de sage femme (26). Nous avons choisi de ne pas suivre la même métrologie en vue de laisser une plus grande liberté de parole aux femmes sans orienter leurs réponses.

Les deux autres étaient des thèses qualitatives.

La première réalisée par A. Guillon-Boucher (10) a été faite en utilisant des entretiens individuels semi-dirigés, auprès de 11 patientes ayant été examinées en décubitus latéral par un médecin généraliste. Neuf femmes sur onze ont déclaré avoir préféré

le décubitus latéral. De la même façon que dans nos résultats, cette position était décrite par les femmes comme plus confortable, moins intrusive et donc plus respectueuse de la pudeur. La perception de la douleur lors de l'examen était plus hétérogène dans cette étude. Les femmes ont dans l'ensemble eu un sentiment d'examen plus rapide en décubitus latéral, notion également retrouvée dans notre étude.

En revanche, les opinions divergent entre cette étude et la notre sur la préférence entre la position classique et le décubitus latéral selon la sensibilité individuelle des femmes. Dans notre étude, l'une des femmes a nettement fait part de sa préférence quand les autres femmes n'ont pas de position de prédilection préétablie avec un ressenti global finalement identique entre les deux positions. Ces résultats ne sont pas synchrones à ceux de l'étude de A. Guillon-Boucher, ce qui témoigne d'une sensibilité individuelle pouvant fluctuer selon les femmes interrogées.

La seconde par A.S. Botalla-Piretta (11) a été faite en utilisant des entretiens individuels semi dirigés. Elle s'est intéressée à la fois au ressenti des professionnels de santé et des femmes. 12 professionnels de santé ont été interrogés et 13 femmes. Il en ressort que l'examen gynécologique en décubitus latéral semble être une bonne alternative à la position classique sous réserve d'une bonne information délivrée aux femmes. Le ressenti positif des femmes était fortement lié à la position du décubitus latéral en elle-même, qui y est décrite comme plus confortable et préservant la pudeur, mais également à la relation entre le médecin et la femme avec

tout l'impact positif qu'engendre le fait de proposer une alternative aux femmes et de leur laisser le choix.

Dans cette étude, l'absence de contact visuel entre la femme et le praticien est décrit comme un frein nécessitant d'informer les femmes avant de pratiquer le DL. Dans notre étude au contraire, l'absence de contact visuel n'a pas été vécu comme une limite à l'examen.

Le décubitus latéral apporte une alternative à la position classique, ce qui procure dans notre étude un sentiment positif d'inclusion dans la prise en charge à l'instar de l'étude de A.S Botalla-Piretta.

En globalité, les résultats principaux de ces trois études sont en accord avec les résultats obtenus dans la nôtre, avec un accent particulier sur le respect de la pudeur qui est préservée en décubitus latéral.

Pour finir, un essai clinique randomisé, mené par Dean A Seehusen, Johnson DR, Earwood JS, Sethuraman SN, Cornali J, Gillespie K, Doria M, Farnell E, Lanham J. (7) s'est intéressé à savoir si une méthode d'examen gynécologique avec spéculum n'utilisant pas d'étirer pouvait réduire l'inconfort physique et le sentiment de vulnérabilité des femmes, tout en augmentant le sentiment de contrôle. Cette étude a inclus 197 femmes. Les femmes bénéficiant de l'examen sans étrier ont montré un sentiment de vulnérabilité diminué passant de 23,6 à 13,1 sur une échelle visuelle analogique de 100mm (intervalle de confiance à 95 % de la différence : -16,6 à -4,4). L'inconfort physique moyen a quant-à-lui diminué de 30,4 à 17,2 (-19,7 à

-6,8) sur une échelle visuelle analogique de 100mm. Il n'y a pas eu de réduction significative du sentiment de perte de contrôle.

Ces résultats sont en accord avec les nôtres avec, à nouveau, cette notion de diminution de vulnérabilité en position d'examen sans étrier comme peut l'être le décubitus latéral. A noter que la position sans étrier ici décrite n'était pas le décubitus latéral mais une position sur le dos avec les pieds placés aux coins de la rallonge de la table. Néanmoins, la mise en perspective des résultats est pertinente, le DL se pratiquant lui aussi sans étrier.

IV-3.B. Étude de la performance

Dans notre étude, l'un des freins évoqués est le manque de diffusion de l'examen en décubitus latéral, pouvant faire douter sur ses performances et faire craindre un sentiment d'échec de l'examen dans cette position.

Plusieurs études se sont quant à elles intéressées à la performance de la position d'examen en décubitus latéral, avec des critères de performance différant selon l'étude.

Dans l'étude de Daniel M. Breitkopf « Lateral decubitus position to facilitate pelvic examination of the patient with severe obesity » (20), 11 patientes souffrant d'obésité sévère (IMC >40) ayant subi un échec de visualisation du col de l'utérus en position classique ont été sélectionnées pour être examinées en décubitus latéral. Dans tous les cas sauf un, le col de l'utérus a été visualisé avec succès en décubitus latéral. Il s'agissait d'une étude prospective mono-centrique.

Cette étude est en faveur d'une performance satisfaisante du décubitus latéral pour la visualisation du col, ce qui met en écho l'échec de visualisation du col pour l'une des femmes de notre étude pour qui ce risque est autant présent en position classique.

Une étude universitaire réalisée par T. Ralantoaritsimba (13) s'est intéressée à la qualité des FCU réalisés en décubitus latéral par le biais d'une étude comparative rétrospective. L'analyse statistique réalisée dans cette étude n'a pas mise en évidence de différence significative en termes de qualité entre les FCU réalisés en décubitus latéral et les FCU réalisés en position classique. Il s'agissait d'une étude comparative rétrospective, multi-centrique.

Une autre étude est en cours à l'université de Rouen avec pour critère de jugement principal le fait que le décubitus latéral (DL) ai une performance "suffisante" (estimée à 85% de taux de succès) pour pouvoir être proposé en alternative à la position classique. Cette étude est menée par E. Ferrand-Devouge.

IV-3.C. Éléments impactant le ressenti de l'examen gynécologique.

Notre étude a montré que les femmes considéraient que l'examen gynécologique était désagréable et intrusif, mais nécessaire.

Certaines études se sont intéressées à explorer le ressenti des femmes lors de l'examen pelvien, notamment l'étude menée par Larsen M, Oldeide CC, Malrerud K. (6). Cette étude qualitative a été menée avec des entretiens approfondis basés sur une approche phénoménologique. 13 femmes de différents âges ont été interrogées. Il en est ressorti la notion de nervosité avant la réalisation d'un examen gynécologique pour les femmes, qui considèrent néanmoins cet examen comme

nécessaire. Dans cette étude, les femmes ont identifié plusieurs aspects impactant leur ressenti pendant l'examen, notamment le sentiment de contrôle est influencé par le sexe du médecin, sa communication avec la recherche d'une délivrance d'information, la position durant l'examen, le respect de la pudeur et la confiance envers le médecin. L'importance de ces aspects variait d'une femme à l'autre.

Les points évoqués pouvant améliorer le ressenti des femmes lié à l'examen gynécologique sont très similaires aux éléments identifiés dans notre étude.

Au cours de notre étude, certaines femmes ont émis l'hypothèse que l'examen gynécologique en décubitus latéral serait plus approprié pour les femmes aux antécédents de violences. Certaines femmes ont elles-mêmes pu subir des violences, d'autres en ont été témoin, toutes se rejoignent sur le fait que ces traumatismes peuvent impacter la manière dont est abordé l'examen gynécologique. Cette notion est explorée dans l'étude de Hilden, Malene, Katrine Sidenius, Jens Langhoff-Roos, Barbro Wijma, and Berit Schei. "Women's Experiences of the Gynecologic Examination: Factors Associated with Discomfort." (21), qui décrit que l'inconfort et l'anxiété lié à l'examen gynécologique sont influencés par des causes psychiques tel que les antécédents d'abus sexuels mais également la relation entre le médecin et le patient. Il s'agissait d'une étude quantitative rétrospective, menée par des questionnaires adressés par voie postale. Le taux de réponse était de 80% pour un total de 798 participants.

Notre étude a également montré que la prise de décision partagée faisait partie intégrante des attentes des femmes pour se sentir considérées. Ceci passe par une

bonne communication de la part des médecins qui ont un rôle d'information primordial, mais également par le fait de proposer des alternatives aux femmes en leur partageant les connaissances pour qu'elles puissent prendre des décisions éclairées sur la meilleure option pour elles, en fonction de leur vécu et de leur caractère.

Une étude sous forme de revue systématique de la littérature incluant 115 études a été réalisée par B. Chewing, Carma L. Bylund, Bupendra Shah, Neeraj K. Arora, Jennifer A. Gueguen, Gregory Makoul (23), démontrant que, dans 71% des études effectuées après les années 2000, une majorité des personnes préférerait participer à la prise de décision médicale qui les concernait.

Ces études tout comme la nôtre sont en faveur d'un enjeu majeur concernant la relation entre le médecin et les personnes. En effet, cette relation, construite dans un climat de confiance et de respect, permet une bonne communication et information entre les personnes et les médecins, ce qui contribuerait à améliorer le ressenti des examens et donc probablement à améliorer l'adhésion au suivi, notamment en santé de la femme.

IV-5. Perspectives

Nous avons rencontré de nombreuses difficultés pour recruter des femmes qui accepteraient d'être examinées en DL. Malgré le vécu souvent décrit comme intrusif des femmes vis à vis de l'examen gynécologique, les médecins inclus dans l'étude se sont vu recevoir de nombreux refus sur la modification de la position d'examen de la part de leurs patientes. Certaines femmes interrogées ont émis spontanément des hypothèses sur le motif de refus. Il pourrait être pertinent de réaliser une étude s'intéressant au point de vue des femmes qui n'ont pas bénéficié d'un examen gynécologique en DL sur cette pratique et pourquoi pas les interroger également sur leurs attentes au sens plus large pour améliorer le vécu de l'examen gynécologique.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés au ressenti des femmes et des professionnels de santé vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral. L'un des freins évoqués par les femmes interrogées est le manque de diffusion de cette méthode engendrant une crainte de la nouveauté. Ce mode d'examen est une méthode décrite depuis de nombreuses années mais peu enseignée. En effet, la position d'examen gynécologique classiquement enseigné en France est le décubitus dorsal. Il pourrait être intéressant de pouvoir valider scientifiquement cette forme d'examen par une étude, par exemple, s'intéressant à la pose de DIU dans cette position ou encore à la qualité des FCU réalisés dans cette position en comparaison à ceux réalisés dans la position « classique » qu'est le décubitus dorsal. D'ailleurs, lors de notre étude, nous avons pu discuter avec un médecin réalisant actuellement une étude quantitative s'intéressant à la performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

En cas de non-infériorité prouvée scientifiquement de ce mode d'examen, cela pourrait permettre de favoriser son enseignement pendant la formation initiale en vue de pouvoir le proposer davantage aux femmes, non pas pour remplacer l'examen gynécologique en décubitus latéral mais pour pouvoir proposer une alternative aux femmes en leur laissant le choix.

Cette étude a mis en avant l'importance de la décision médicale partagée pour les femmes avec un rôle d'information de la part des médecins. L'accès au choix et se voir proposer des alternatives permet aux femmes de sentir considérées et incluses dans leur prise en charge, et permettrait d'améliorer l'adhésion au suivi. Il serait pertinent d'envisager une étude validant cette notion en vue de mieux comprendre les attentes des personnes pour améliorer leur adhésion aux soins et à la prévention.

V- CONCLUSION

Notre étude s'est intéressée à explorer le ressenti des femmes qui avaient bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral par une étude qualitative, inspirée de l'IPA. 4 femmes ont été incluses, les données ont été collectées par la réalisation d'entretiens individuels ouverts, qui après analyse, ont fait émerger des thèmes mis en relation les uns avec les autres.

L'examen gynécologique en décubitus latéral procure un ressenti positif aux femmes, principalement lié à l'alternative qu'il permet de proposer à l'examen en position classique, en laissant le choix aux femmes. Cette alternative est une force, apportant un bénéfice pour la femme qui se sent incluse et considérée par cette proposition.

D'autres bénéfices au DL ont été rapportés. D'une part, ce ressenti est amélioré par un sentiment de respect de la pudeur en décubitus latéral, diminuant le sentiment de vulnérabilité pouvant être ressenti en position classique. D'autre part, cette position, comparée à la position latérale de sécurité, semble être plus confortable et permettre un examen plus rapide pour les femmes. Le sentiment de douleur est dépendant de la sensibilité individuelle et de l'expérience de l'examineur.

Certaines limites ont toutefois émergé. Parmi elles, l'exposition de la région fessière qui pourrait déranger certaines femmes, facilement amoindrie par l'ajout d'un drap pour couvrir ces dernières. Le frein principal au DL est son manque de diffusion.

Cette position, considérée comme nouvelle par les femmes, souffre d'un manque de représentation par ces dernières, pouvant effrayer par peur d'inexpérimentation du médecin ou de manque de validité scientifique.

Pour répondre à une problématique d'adhésion au suivi, plusieurs éléments sont apparus comme primordiaux : en premier lieu, la relation avec le professionnel de santé, qui se veut basée sur la communication, le respect et la confiance. En second lieu, offrir une alternative aux femmes et les inclure dans leur prise en charge par des décisions médicales partagées permet un meilleur ressenti de l'examen et procure aux femmes le sentiment d'être considérée.

L'autre objectif secondaire de cette étude est de pouvoir proposer une alternative à l'examen gynécologique. Cette étude a pu montrer que proposer des alternatives et laisser le choix aux femmes en les plaçant au centre de leur prise en charge est l'un des piliers pour favoriser un ressenti positif et une bonne adhésion au suivi.

Notre étude est une étude qualitative explorant le ressenti individuel des femmes. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population générale. Ils nécessiteraient d'être validés à plus grande échelle par la réalisation d'une étude quantitative pour confirmer ou infirmer ces données, même si le peu de pratique de cette position limite son exécution.

VI- Bibliographie

- 1- CNGOF. s. d. « Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique ». Consulté le 06 Juin 2024. <https://cngof.fr/app/uploads/2022/12/Charte-de-consultation-en-gynecologie-et-obstetrique.pdf?x13417>
- 2- "Cancer Du Col de l'utérus." Accessed June 6, 2024. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>.
- 3- Hamers, Françoise, and Delphine Jezewski-Serra. "Cervical Cancer Screening Coverage in France, 2012-2017." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire* 2019 (September 17, 2019): 417–23.
- 4- « Les Freins Au Dépistage : Sensibiliser et Convaincre - Dépistage Du Cancer Du Col de l'utérus." Accessed June 6, 2024. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Sensibiliser-et-convaincre>.
- 5- « Le Programme de Dépistage Organisé Du Cancer Du Col de l'utérus - Dépistage Du Cancer Du Col de l'utérus." Accessed June 7, 2024. <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>
- 6- Larsen, M., C. C. Oldeide, and K. Malterud. "Not so Bad after All..., Women's Experiences of Pelvic Examinations." *Family Practice* 14, no. 2 (April 1997): 148–52. <https://doi.org/10.1093/fampra/14.2.148>.
- 7- Seehusen, Dean A, Dawn R Johnson, J Scott Earwood, Sankar N Sethuraman, Jamie Cornali, Kelly Gillespie, Maria Doria, Edwin Farnell, and Jason Lanham. "Improving Women's Experience during Speculum Examinations at Routine Gynaecological Visits: Randomised Clinical Trial." *BMJ : British Medical Journal* 333, no. 7560 (July 22, 2006): 171. <https://doi.org/10.1136/bmj.38888.588519.55>.
- 8- Auvard, Alfred. *Traité pratique de gynécologie*. Doin, 1892. https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=3u0oAAAAYAAJ&oi=fnd&pg=PA8&dq=gynécologue+sims+position&ots=H7YM0LLFoJ&sig=oAJDmSDflnwXOMXM-JvfqVV4Jys&redir_esc=y#v=onepage&q=gynécologue%20sims%20position&fals
- 9- « L'examen « à l'anglaise » – et Autres Mises Au Point Gynécologiques | Le Blog de Borée," March 14, 2011. <https://boree.eu/2011/03/14/l'examen-a-langlaise-et-autres-mises-au-point-gynecologiques/>. (Site désormais inaccessible).
- 10- Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral: exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. [Thèse d'exercice: Médecine]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
- 11- Botalla-Piretta A-S. Examen gynécologique en décubitus latéral: ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice: Médecine]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2015.
- 12- Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. Université de Limoges; 2015.

- 13- Ralantoaritsimba T. Évaluation de la qualité des frottis cervico-utérins réalisés en décubitus latéral: étude comparative rétrospective menée en Seine-Maritime et dans l'Eure [Thèse d'exercice: Médecine]. Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2020.
- 14- Grangé-Cabane A. Le décubitus latéral: perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Bordeaux; 2015.
- 15- Alice Pascal. Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2021.
- 16- CNGE, Olivier Saint-Lary, Patrick Imbert, et Corinne Perdrix. 2022. Médecine générale pour le praticien. Elsevier Health Sciences.
- 17- Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, « Initiation à La Recherche Qualitative En Santé », GM Santé ; 2021.
- 18- 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;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- 19- King J, Brosseau L, Guitard P, Laroche C, Barette JA, Cardinal D, et al. Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiother Can* 2019;71:222–30. <https://doi.org/10.3138/ptc.2018-44.fr>
- 20- 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>.
- 21- Hilden, Malene, Katrine Sidenius, Jens Langhoff-Roos, Barbro Wijma, and Berit Schei. "Women's Experiences of the Gynecologic Examination: Factors Associated with Discomfort." *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 82, no. 11 (November 2003): 1030–36. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00253.x>.
- 22- Camille National, « Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des médecins généralistes par une étude qualitative » [Thèse d'exercice: Médecine]. Université de Lille 2024.
- 23- Chewning, Betty, Carma L. Bylund, Bupendra Shah, Neeraj K. Arora, Jennifer A. Gueguen, and Gregory Makoul. "Patient Preferences for Shared Decisions: A Systematic Review." *Patient Education and Counseling* 86, no. 1 (January 2012): 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>.
- 24- O'Brien, Bridget C., Ilene B. Harris, Thomas J. Beckman, Darcy A. Reed, and David A. Cook. "Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations." *Academic Medicine* 89, no. 9 (September 2014): 1245. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
- 25- Thébaud, Véronique, and Magdalini Dargentas. "Traduction Française Des Normes SRQR Pour Rendre Compte Des Recherches Qualitatives." *Kinésithérapie, La Revue* 23, no. 253 (January 1, 2023): 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.05.004>.
- 26- Marmier M. Utilisation du décubitus latéral dans l'examen gynécologique de routine: intérêt pour les patientes [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Université de Bordeaux; 2013.
- 27- Amias AG. Pelvic examination: a survey of British practice [abstract]. *Br J Obstet Gynaecol.* 1987 Oct;94(10):975-8.

- 28- Drife JO. Lateral thinking in gynaecology. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988 Mar 19;296(6625):807-8. doi: 10.1136/bmj.296.6625.807. PMID: 3130921; PMCID: PMC2545099.
- 29- 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.
- 30- Daulon M. L'examen gynécologique en décubitus latéral: une réponse aux freins personnels des patientes, dans le cadre du dépistage du col de l'utérus [Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sages-Femmes]. Université de Tours; 2015.
- 31- Paternotte, J., J. Potin, C. Diguisto, M. -N. Neveu, and F. Perrotin. "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." *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 40, no. 5 (May 1, 2012): 279–83. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.07.039>.

VII- Annexes

VII-1. Annexe 1 : Guide d'entretien des femmes

EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL : Exploration du ressenti des médecins généralistes et des patientes par une étude qualitative.

GUIDE D'ENTRETIEN DES PATIENTES

Méthode : Étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative, recueil des données par entretiens ouverts.

Avant-propos :

« Bonjour, merci d'accepter de participer à cet entretien. Je vous informe que cet entretien sera enregistré et retranscrit. Les données de ce dernier seront anonymisées. A la fin de l'enregistrement un consentement écrit de participation à la recherche vous sera demandé. Lorsque l'entretien aura été retranscrit à l'écrit, si vous le souhaitez, vous pourrez y avoir accès pour validation. »

Première question d'ouverture / générale :

- Quelle est votre représentation/perception du suivi gynécologique ? (Comment est ce que vous vous représenté le suivi gynécologique/ a quoi est ce que cela correspond pour vous ?)

Deuxièmes questions / aborder le sujet de l'étude :

- Quel est votre vécu de l'examen gynécologique ?
- Et votre ressenti de l'examen en décubitus latéral ?

Exemple de phrases de relances :

- « Pouvez-vous m'expliquer / étayer un peu plus ... ? »
- « Comment me décririez vous... ? »
- « Comment expliquez vous que vous avez réagit comme ça... ? »
- « 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 ... ? »
- « Avez-vous quelque-chose à ajouter ? »

Recueil des données démographiques : en fin d'entretiens

- Age
- Taille et poids (IMC)
- Virginité : OUI/NON
- Fréquence du suivi et de l'examen gynécologique antérieur
- Professionnel de santé en charge du suivi gynécologique (médecin traitant, gynécologue, sage femme ?)
- Gestité, Et Parité
- Antécédents gynécologiques et obstétricaux (vaginisme ?, endométriose ?, infection sexuellement transmissible ?, césarienne ?, si accouchement par voie basse extraction instrumentale ? Etc.)
- Profession

VII-2. Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement



Document d'information à l'attention du participant à la recherche

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

Investigateurs Principaux

NATIONAL Camille, médecin généraliste remplaçante
N° RPPS 10101640588
Tel: 0675652210
Mail : camille.national.etu@univ-lille.fr

NAJBERG Sasha, interne en médecine générale
N° RPPS
Mail : sasha.najberg.etu@univ-lille.fr

Investigateurs Coordinateur

Dr LISEMBARD Gabrielle, cheffe de clinique en médecine générale à la faculté de médecine de Lille
Mail : gabrielle.lisembard@univ-lille.fr

Responsable de traitement - Promoteur

Dr LISEMBARD Gabrielle, cheffe de clinique en médecine générale à la faculté de médecine de Lille
Mail : gabrielle.lisembard@univ-lille.fr

VERSION : numéro 3

N° ID-RCB 2023-A01619-36

DATE : 22/12/2023

Camille NATIONAL (investigateur)

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop and a horizontal line extending to the left.

Sasha NAJBERG (investigateur)

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' and 'N' followed by a horizontal line.

1

Madame, Monsieur,

Le Dr LISEMBARD Gabrielle, vous propose de participer à une recherche impliquant la personne humaine qui a pour objectif d'évaluer le ressenti des professionnels de santé et des patientes vis-à-vis de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Vous êtes libre d'y participer ou non. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour lire les informations ci-dessous, discuter autour de vous et poser toutes vos questions au médecin de la recherche, appelé investigateur. Après avoir obtenu les réponses satisfaisantes à vos questions et disposé d'un délai suffisant de réflexion, vous pourrez alors décider si vous acceptez de participer à la recherche ou non.

Contexte et justification de la recherche / Pourquoi cette recherche est-elle mise en place ?

L'examen gynécologique est un examen clinique qui touche à l'intimité physique et psychique des femmes. En France, les femmes sont insuffisamment suivies sur le plan gynécologique. La couverture du frottis cervico-utérin est de 59% entre 2018 et 2020 pour un objectif qui était fixé à 80% en 2018.

Pour certaines femmes la table d'examen gynécologique avec étriers apparaît comme un frein à leur suivi. Le collège national des généralistes enseignants propose différentes positions pour réaliser l'examen gynécologique parmi elle l'examen gynécologique en décubitus latéral apparaît comme une alternative. Bien que peu pratiqué, cette position semble pouvoir amender certains points de réticence émis par certaines femmes. L'objectif de notre travail est de donner la parole aux professionnels de santé qui pratiquent cet examen et aux patientes qui auront été examinées en décubitus latéral pour nous permettre de donner un sens à leur vécu et élaborer des concepts théoriques communs au ressenti de ces derniers concernant la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral.

Présentation de la recherche / En quoi la recherche consiste-t-elle ?

Méthode : Recherche qualitative par entretiens individuels et analyse des verbatims inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique (IPA).

Population :

Critères d'inclusion professionnels de santé :

- Être médecin généraliste thésé.
- Être gynécologue médical ou obstétricien thésé.
- Être sage-femme diplômée d'état.

- 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.

Critères d'inclusion des patientes :

- Être une femme âgée de 18 ans ou plus.
- Patiente ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral.
- Avoir signé le formulaire de consentement.

Critères de non-inclusion professionnels de santé :

- Ne maitrise pas la langue française.
- Refus de signer le formulaire de non-opposition.
- Être interne ou docteur junior.
- Avoir moins de trois de pratique de la gynécologie.
- Réaliser en moyenne moins de 4 actes de gynécologie par semaine.

Critères de non-inclusion des patientes :

- Ne maitrise pas la langue française.
- Impossibilité de recevoir une information éclairée.
- Refus de signer le formulaire de non-opposition.
- Majeure protégée.

Objectif principal :

Analyse du ressenti d'une population sur un évènement commun (ici la pratique de l'examen gynécologique en décubitus latéral)

Objectifs secondaires :

Proposer une alternative à l'examen gynécologique "classique" parfois mal vécu, voire difficilement réalisable chez certaines patientes (âgées, mobilité réduite, antécédents de violences, absence de table avec étriers). Laisser le choix aux femmes. Mettre le confort des patientes au centre de notre pratique et par conséquent améliorer la manière dont est abordé l'examen gynécologique.

Recueil des données :

Vous réaliserez un entretien ouvert individuel anonymisé d'environ 1 heure. Dans un lieu calme, choisi en collaboration avec l'investigateur. Cet entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone avant d'être retranscrit à l'écrit en par l'investigatrice qui vous aura interrogée. Si vous le souhaitez, vous pourrez relire et corriger l'entretien avant qu'il soit exploité par les chercheuses.

Déroulement de la recherche / Comment la recherche se déroule-t-elle ?

Si vous êtes professionnel de santé : il vous sera fourni une feuille de renseignement à destination des patientes que vous aurez examinées en décubitus latéral. Cette feuille de renseignement propose aux patientes d'être contactées par Mme NAJBERG Sasha, afin de leur proposer d'être incluse dans l'étude. Une fois rempli, vous nous retournerez le document. A la réception du document, vous serez contacté par l'investigatrice Mme NATIONAL Camille afin de convenir ensemble d'une date et d'un lieu pour réaliser l'entretien.

Si vous êtes patiente, que vous avez accepté de signer le document fourni par votre médecin ou sage-femme. Vous allez être contacté par l'investigatrice Mme NAJBERG Sasha, afin de convenir ensemble d'une date et d'un lieu pour réaliser l'entretien.

- Le lieu et la date de l'entretien sera convenu en collaboration avec l'investigatrice.
- Nous choisirons un lieu calme, confortable, contenant au minimum une table et deux chaises ou fauteuils.
- L'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone. Il débutera par une question d'ouverture, vous serez alors libre de vous exprimer comme vous le souhaitez. L'investigatrice sera là pour vous écouter et faire des relances afin que vous puissiez au mieux nous retranscrire votre expérience.
- A la fin de l'entretiens nous vous poserons une série de questions à visées démographiques (sexe, âge, catégorie socio-professionnelles etc...)
- Les entretiens seront anonymisé, c'est-à-dire qu'aucune information permettant de vous identifier ne sera retranscrite.
- Les entretiens auront une durée de 45 minutes à une heure.
- Ensuite l'enregistrement sera retranscrit à l'écrit par l'investigatrice, si vous le souhaitez vous pourrez le relire et effectuer des corrections.
- L'enregistrement sera stocké sur un disque dur externe sécurisé, puis supprimé après la soutenance de thèse.

FICHE DE RENSEIGNEMENT

Bonjour,

Je m'appelle Sasha NAJBERG et je suis actuellement étudiante en médecine générale.

Vous avez bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral par un médecin.

Je réalise une étude qui s'intéresse à l'intérêt de cette forme d'examen, je souhaiterais vous contacter pour en discuter. L'étude vise à mieux vous comprendre. Pour ce fait, je vous remercie par avance de remplir cette fiche de renseignement qui me permettra de vous contacter le plus rapidement possible. Les données seront anonymisées par la suite. Et vous pourrez relire les entretiens que j'aurai retranscrits.

Date de l'examen gynécologique en décubitus latéral : ____ / ____ / ____.

Médecin examinateur : _____.

ÉTAT CIVIL

NOM de naissance : _____ . NOM d'usage : _____.

Prénom : _____.

Date de naissance : ____ / ____ / ____ . Âge : _____.

Pays de naissance : _____.

Situation maritale : Célibataire Pacsée Mariée Autre : _____.

COORDONNÉES

Numéro de Téléphone : _____.

Et/ ou Adresse mail : _____.

J'accepte d'être recontacté pour un entretien dans les semaines suivant la réalisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral chez mon médecin traitant.

La législation sur la protection des personnes et des données personnelles sera respectée à la lettre.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous serez invité à signer un formulaire de non opposition pour l'utilisation des données collectées.

Quels sont les bénéfices attendus et risques liés à la recherche ?

Lors de cette étude, il existe une intervention de la part du professionnel de santé qui va réaliser un examen gynécologique en décubitus latéral. En revanche, cet examen sera pratiqué uniquement si dûment justifié par le motif initial de consultation de la patiente. Aucun geste technique, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique supplémentaire n'est mise en œuvre pour l'étude.

Il s'agit d'une méthode d'examen qui apparaît dans plusieurs ouvrages à destination de la formation des médecins. Cette méthode d'examen n'est donc pas considérée comme « nouvelle ».

Les résultats de cette recherche devraient permettre d'améliorer la façon dont est abordé l'examen gynécologique par les médecins et par les patientes. Cette étude ne comprend pas de bénéfice direct pour les participants.

Dispositions législatives et réglementaires

Conformément à l'article L. 1121-4 du Code de la santé publique, cette recherche a obtenu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes Nord Ouest I le 2/01/2024.

Le traitement de vos données personnelles dans le cadre de la recherche est conforme à une méthodologie de référence. Cette étude fait l'objet d'une déclaration portant le n° 2023-068 au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Pour couvrir sa responsabilité et celle de toute personne intervenant dans la réalisation de la recherche, en vertu de l'article L. 1121-10 du CSP, le promoteur Docteur LISEMBARD [Gabrielle de](#) cette recherche a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de SOGESSUR 01/06/2023.

Que signifie le principe d'un consentement libre et éclairé à la participation à une recherche impliquant la personne humaine ?

Votre participation à une recherche impliquant la personne humaine est libre et volontaire : vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude recherche et vous pouvez interrompre à tout moment votre participation sans avoir à donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni préjudice de ce fait. Il vous suffit de le signaler à l'investigateur.

Votre décision de participer ou de ne pas participer n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge médicale et la qualité de vos soins ou sur votre relation avec l'investigateur. Pour participer à une recherche, vous devez donner préalablement votre consentement libre et éclairé. « Éclairé » signifie que vous aurez bénéficié d'une information claire et compréhensible sur les enjeux et le déroulement de la recherche et sur vos droits en tant que participant.

Vous serez informé(e) par l'investigateur qui vous suit de toute nouvelle information concernant la recherche qui pourrait modifier votre décision d'y participer.

Vous avez le droit d'obtenir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations concernant votre santé, détenues par l'investigateur ou, le cas échéant, le médecin ou la personne qualifiée qui le représente.

Si vous le souhaitez, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de cette recherche conformément aux dispositions de l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, une fois que celle-ci sera achevée, vous pourrez nous contacter aux adresses suivantes :

camille.national.etu@univ-lille.fr ou sasha.najberg.etu@univ-lille.fr

Comment la confidentialité de vos données sera-t-elle assurée ?

Vos données personnelles seront traitées de manière confidentielle, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés », et conformément au Règlement General sur la Protection des Données (RGPD*).

Vos données seront codées, c'est-à-dire que vous serez identifié par un numéro de code pour les besoins de la recherche, sans mention de vos noms et prénoms. Seul l'investigateur conservera la liste de correspondance entre le code et votre nom.

Quels sont vos droits relatifs à vos données personnelles ?

Vous avez le droit d'accéder à vos données, par l'intermédiaire de l'investigateur, et demander à ce qu'elles soient rectifiées ou complétées.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données (c'est-à-dire demander au promoteur de geler temporairement l'utilisation de vos données).

Même si vous acceptez de participer à la recherche, vous pourrez à tout moment vous opposer au traitement de vos données aux fins de réalisation de la recherche. Dans ce cas, aucune information supplémentaire vous concernant ne sera collectée.

Vous pouvez également exercer votre droit à l'effacement sur les données déjà recueillies mais celles-ci pourront ne pas être effacées si cela rendait impossible ou compromettrait gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

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 I. 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)

VII-3. Annexe 3 : 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 ADDITIONNEL_V1_20231101_DELAGYNE.pdf	06/11/2023
ADD - Doc additionnel	2023-A01619-36 ADDITIONNEL_V2_20231223_DELAGYNE.pdf	26/12/2023
ASS - Assurance	2023-A01619-36_ASSURANCE_v2_20231101.pdf	01/11/2023
COU - Courrier	2023-A01619-36 COURRIER_V2_20230731_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
CVI - CV investigateurs	2023-A01619-36_LISTE CVS_v2_20230915_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A01619-36 36_DEMANDE_v1_20230901_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
DEM - Demande autorisation	2023-A01619-36 DEMANDE_v2_20231222_DELAGYNE.pdf	26/12/2023
DON - Données : preuve de conformité du traitement des données	2023-A01619-36 DONNEES_V2_20230915_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
INF - Doc Information	2023-A01619-36_NIFC_v2_20231101_DELAGYNE.pdf	01/11/2023
INF - Doc Information	2023-A01619-36_NIFC_v3_20231222_DELAGYNE.pdf	26/12/2023
JUS - Justification lieux de recherche	2023-A01619-36 EQUIPEMENT_V2_20231104_DELAGYNE.pdf	06/11/2023
LIS - Liste investigateurs	2023-A01619-36_LISTE INVESTIGATEURS_v2_20231101_DELAGYNE.pdf	01/11/2023
PRO - Protocole	2023-A01619-36 PROTOCOLE_v3_20230706_DELAGYNE.pdf	29/10/2023
PRO - Protocole	2023-A01619-36 protocole_v4_20231222_DELAGYNE.pdf	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 CPRNO I

Po/ Docteur Marc LAURENT
Président de Séance

VII-4. Annexe 4 : Attestation d'assurance

HDI Global SE
Tour Trinity
1 bis Place de la Défense - CS 20298
92095 Paris La Défense Cedex
478 913 882 RCS Nanterre



ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DU PROMOTEUR

Nous soussignés **HDI Global SE** - Tour Trinity, 1 bis place de La Défense, CS 20298, 92035 La Défense Cedex, certifions que la société : **DOCTEUR LISEMBARD GABRIELLE**
2 ROND POINT DU 8 MAI
59153 GRAND FORT PHILIPPE

a souscrit sous le numéro 0100534514058 230098

un contrat de Responsabilité Civile Promoteur :

- de **Recherches impliquant la personne humaine** conformes aux dispositions légales des articles L. 1121-10 et R. 1121-4 à R. 1121-9 du **Code de la Santé Publique français** et aux dispositions réglementaires françaises notamment de la loi n° 88.1138 du 20.12.1988, modifiée par les textes subséquents notamment la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 et son décret d'application n° 2016-1537 du 16 novembre 2016, le décret n°2022-323 du 4 mars 2022 et l'ordonnance 2022-1086 du 29 juillet 2022, **ou**

- d'**Essais cliniques de médicament** conformes aux dispositions du Règlement (UE) 536/2014 du Parlement Européen et du Conseil du 16 avril 2014, régis par les dispositions de ce règlement, **ou**

- d'**Investigations cliniques de dispositifs** mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 régis par les dispositions de ce règlement, **ou**

- d'**Etudes des performances de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro** mentionnés à l'article premier du règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 régies par les dispositions de ce règlement.

Dont les caractéristiques sont les suivantes :

Nom du promoteur: DOCTEUR LISEMBARD GABRIELLE

Numéro d'enregistrement: 2023-A01619-36

Titre mentionné sur le protocole:

EXAMEN GYNECOLOGIQUE EN DECUBITUS LATERAL : exploration du ressenti des professionnels de santé et des patientes par une étude qualitative.

Protocole DELAGYNE

Nombre de patients: 30

Début et fin prévisionnels: du 01/12/2023 au 30/09/2024

La garantie délivrée est conforme à l'obligation d'assurance instituée par les textes de loi ou règlements précités et restera acquise à l'Assuré en cas de modification affectant la date de prise d'effet de la recherche.

La présente attestation est valable pour la durée de la recherche, de l'essai clinique, de l'investigation clinique ou de l'étude des performances assurée et sa présentation vaut présomption de garantie à la charge de l'Assureur. Elle est délivrée, sous réserve du paiement de la prime, pour servir et valoir ce que de droit et ne peut en aucun cas engager l'Assureur au-delà des clauses et conditions du contrat auquel elle se réfère.

Fait à Paris, le 26/10/2023

Le Courtier
BIOMEDIC INSURE
Eric PAREIN

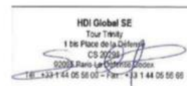


Centre d'Affaires Carotseau
1 rue Anita Conti - 56000 Vannes
Tél. +33 (0)6 63 06 31 92
biomail@biomedic-insure.com

HDI Global SE
HDI-Platz 1, 30659 Hannover, Germany
www.hdi.global

Handelsregister: Registered office Hannover
HR Hannover B 60320
VAT registration ID DE 219828782

L'Assureur
HDI Global SE



Chairman of the Supervisory Board: Torsten Leue
Board of Management: Dr. Edgar Puls (Chairman),
Ralph Beutter, Dr. Mukadder Erdönmez,
Dr. Christian Hermelingmeier, David Hullin, Dr. Thomas Kuhnt,
Claire McDonald

VII-5. Annexe 5 : Déclaration auprès du service de protection des données



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.

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

Responsable du traitement

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

Traitement déclaré

Intitulé : Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative
Référence Registre DPO : 2023-069
Responsable scientifique : Mme Gabrielle LISEMBARD Interlocuteur : M. Sasha NAJBERG

Fait à Lille,

Le 17 avril 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



VII-6. Annexe 6 : Livre de code

Thèmes	Sous thème	Exemple de verbatim	Codes
L'examen gynécologique pour les femmes	Représentation du suivi en santé de la femme	Motif de consultation en santé de la femme : contraception, prévention, dépistage, grossesse Examen non obligatoire	J'ai connu une évolution des recommandations sur le suivi en santé de la femme, il s'agit aujourd'hui d'un examen annuel en plus d'examen si problèmes. Le suivi en santé de la femme correspond à une surveillance des organes féminins et au suivi de la contraception. Le suivi en santé de la femme a lui tous les 2/3 ans, réalisé par médecin généraliste ou sage femme La prévention pour la contraception est plus présente que pour les frotis. Le suivi en santé de la femme est annuel, concerne la prévention et la contraception. Le suivi en santé de la femme correspond à du dépistage ou à du suivi de grossesse. La santé de la femme comprend les dépistages des cancers et des IST, la prévention notamment des MST, le suivi de la contraception et l'examen clinique en cas de symptômes aigus. L'examen clinique n'est pas systématique lors d'une consultation en santé de la femme La consultation annuelle pour la prévention et la contraception est nécessaire mais l'examen gynécologique n'est pas systématique. Je consulte pour la santé de la femme annuellement à but préventif. J'ai peu consulté pour un motif de santé de la femme n'ayant pas de pathologie gynécologique. Je réalise un dépistage autonome
	Rapport à l'examen gynécologique et au suivi	Un suivi nécessaire Un suivi trop fréquent Coûteux Maître de son propre suivi	" Je considère que c'est plus une corvée d'aller chez le coiffeur alors que, bon, c'est tout ce que tu dois faire ça doit se faire" Le suivi en santé de la femme est nécessaire donc mieux vécu que d'autres rendez vous non médicaux. Je fais mon suivi par nécessité Sans facteur de risque, la fréquence des frotis selon les recommandations est presque trop rapprochée. Des frotis trop fréquents sont inutiles et coûteux Limiter les dépenses de santé inutile est important Il faut limiter les dépenses en santé. J'ai pris en charge la gestion de mon suivi. J'ai eu un suivi spécialisé en prenant du retard sur mes frotis pour être examiné en décubitus latéral ce qui prouve que je décide de mon suivi.
	Rapports aux connaissances et aux recommandations	Volonté d'un respect des recommandations Rôle du médecin informatif Manque de connaissance	Je n'avais pas de repère sur ces consultations pouvant indiquer une limite. Je me conformais aux recommandations. Je m'appuyais sur mes connaissances et mon expérience pour imposer le respect des recommandations à ma gynécologue. J'utilisais mes connaissances pour justifier les examens nécessaires et éviter les dépenses en santé inutiles. J'ai dû argumenter pour que ma gynécologue accepte de respecter les recommandations Je suis les recommandations sans les mettre en lien avec mon vécu Je n'ai consulté que pour la réalisation des frotis selon les recommandations La médecin était agréable et m'a partagé les connaissances scientifiques sur cette méthode d'examen Le rôle informatif du médecin est fondamental. Le partage des connaissances médicales m'a aidé à me mettre à l'aise. Le médecin généraliste a un rôle d'information et de prévention même lorsqu'il n'est pas prescripteur initial. Je n'avais pas connaissance de la fréquence des frotis recommandés. Le partage de connaissance permet un choix éclairé.
Analyse de son propre vécu	Critique rétrospective des faits	"Je m'aperçois de la surprise que j'aurais dû, j'avoue à l'époque bah j'ai été bête et disciplinée, j'obéissais"	Je n'ai pas eu de regard critique sur mon suivi. La gynécologue réalisait des frotis trop fréquemment jusqu'à ce que je mène les consultations Le recul me permet de dire que les pratiquent n'étaient pas adaptés. Ma gynécologue n'avait pas de réflexivité sur sa pratique. Elle m'examinait mais je prenais les décisions sur mon suivi. Avec le recul mon suivi n'était pas fidèle aux recommandations. eu des difficultés à trouver la contraception qui me convenait. Le spécialiste m'a prescrit ma contraception dans une autre indication et ne m'a pas informé sur les autres aspects du suivi en santé de la fe
	Manque de considération	"pour le gynécologue ou le médecin traitant c'est quelque chose de banal de faire un frotis entre guillemets et donc je pense que du coup ils prennent pas forcément autant de temps que nécessaire pour bien expliquer"	J'ai subi mon premier examen gynécologique avec introduction de spéculum alors que j'étais mineure et vierge. Ma gynécologue m'interrogeait sans intimité en salle d'attente. J'insistais vouloir que ce soit rapide. Les gynécologues m'ont souvent considéré comme une ignorante. L'échographiste ne m'a pas prise au sérieux parce que je n'étais pas suivi par une gynécologue médicale. Les femmes se préparent à être exposées en consultant pour un examen gynécologique. L'absence de communication et de recherche de consentement lors de l'examen marque un manque de considération des femmes. L'examen gynécologique est vu comme banal pour le médecin ce qui peut provoquer un manque d'empathie.
	Un suivi bien vécu Une absence de repère	"bah c'est jamais un bon moment" "si on se se faire insérer un énorme truc dans le vagin c'est jamais très agréable. Voila"	Mon vécu a été positif mais les recommandations n'étaient pas respectées. J'avais un bon vécu des examens gynécologiques mais je préférerais être ailleurs. J'ai toujours eu un bon vécu des consultations. J'ai toujours bien vécu mon suivi. Je n'avais pas de repère sur le vécu d'un accouchement, c'est avec le recul que j'ai réalisé avoir vécu un premier accouchement traumatique L'absence d'alternative proposé à l'examen classique normalise le sentiment d'exposition. J'ai consulté pour une problématique embarrassante mais la médecin ne m'a pas jugée et le traitement a permis de ne pas multiplier les consultations. L'examen gynécologique n'est jamais agréable. Ma première consultation gynécologique m'a marqué en négatif. L'insertion du spéculum est une étape désagréable.

		Un moment vécu comme désagréable	"pas très agréable d'être exposé en étoile de mer avec quelqu'un entre ses jambes, en plus à moitié nue, ça c'est pas un bon moment à passer."	La position gynécologique classique ne laisse place à aucune pudeur et est associé à un ressenti négatif L'examen gynécologique est un moment vécu comme désagréable.	
	Analyse rétrospectif des ressentis		"Enfin c'est jamais un moment très réjouissant d'être... enfin on est un peu... enfin comment dire (hésite, mime une ouverture de bras) On est un peu exposé quoi."	Le manque d'intimité en fait un moment désagréable. Les symptômes gynécologiques sont embarrassants ce qui motive un examen rapide Le manque d'intimité et la douleur sont assimilés à l'examen	
		Moment décrit comme gênant	"Ben on est allongées à moitié nues les jambes écartées. Ça fait vraiment... enfin c'est pour un examen gynéco donc on montre tout ce qui se passe mais bon c'est vrai qu'on est là pour ça donc ça paraît normal."	La position classique ne permet aucune pudeur. L'absence d'intimité pour un examen gynécologique donne l'illusion de normalité par habitude. ressenti associé à l'examen gynécologique. J'ai bien vécu les poses de dispositif intra utérin. Je n'ai pas ressenti de douleur à la pose des dispositifs intra utérin. Je n'ai pas ressenti de douleur ou de gêne lors de mon premier examen gynécologique.	
		Pas un moment douloureux		La position classique rend vulnérable lors de l'examen gynécologique	
		Un examen intrusif	"c'est toujours un examen un peu invasif, euh non intrusif plutôt"	L'examen gynécologique est vécu comme intrusif pour certaines femmes Les professionnels que j'ai rencontrés ont eu une bonne communication en lien avec mon ressenti Communiquer sur les sujets liés à la vie sexuelle touche à l'intimité de la personne. J'ai plus de pudeur pour parler de vie sexuelle que pour être examinée nue. Il est parfois difficile d'aborder des sujets intimes pour le médecin et pour les personnes.	
		La communication améliore le vécu			
		Un sujet difficile à aborder			
Eléments impactant la relation patient-médecin et donc le choix de l'intervenant	Mise en avant d'une relation autonomiste	Laisser le choix		Les décisions sur leur suivi reviennent aux femmes La délivrance d'une information éclairée pour prendre une décision impacte le choix de l'intervenant au profit des sages femmes. Les sages-femmes sont plus délicates et laissent le rôle décisionnaire aux femmes, en opposition aux gynécologues.	
		Respect décision des femmes		Le médecin doit respecter les personnes, leurs volontés et les informer des recommandations pour qu'elles prennent des décisions éclairées. Le gynécologue chirurgien m'a donné raison sur les décisions prises Sur un modèle informatif, le pouvoir de décision revient aux femmes après avoir été informé des connaissances de la science et des recommandations par le médecin.	
		Role du médecin informatif	"moi j'y connais rien, je suis pas du tout dans le médical, pour moi si on m'explique pas toutes les possibilités de contraception par exemple bah je peux pas savoir et je trouve ça dommage parce qu'au final la pilule c'était peut-être pas le meilleur choix à l'époque pour moi."	La gynécologue m'avait informé des difficultés que je pourrais rencontrer liées à ma pathologie. J'avais été informée des risques. Les sages femmes ont une approche centrée sur la femme. Le partage de connaissance permet un choix éclairé.	
		Communication		Pouvoir prendre une décision éclairée par les connaissances du médecin est primordial. Le manque d'information sur mes options m'a empêché de prendre une décision en lien avec mon vécu Souligne l'importance de la communication.	
		Relation de confiance		Je ne me suis pas sentie jugée avec les sages femmes Le sentiment de jugement m'a empêché d'être en confiance pour échanger	
		Impliquer la femme dans son suivi			
	Des médecins paternalistes rencontrés par nécessité	Prise de décision par le médecin sans prendre en compte la femme		Elle fonctionnait sur un modèle paternaliste en justifiant le report du frottis, mais c'était mon choix. C'est un médecin paternaliste qui ne pense pas que les personnes doivent être décisionnaires dans leur suivi J'ai consulté ce médecin parce que je n'avais pas le choix. Sur un modèle paternaliste elle m'a fait stopper ma contraception plus tôt que ce que j'aurais décidé Les gynécologues sont paternalistes. La gynécologue a porté un jugement de valeur. Je n'ai pas osé exprimer mon malaise mais j'ai changé d'intervenant.	
		Jugement de valeur		La gynécologue ne m'a pas donné d'information sur mes options contraceptives. J'ai un regard critique sur cette absence de rôle informatif avec le recul. Le recul me permet de critiquer la contraception initialement prescrite	
		Un manque d'information			
Critère de choix de l'intervenant en santé de la femme	Intervenant rencontré			Mon suivi a été débuté par une gynécologue et à sa retraite j'ai choisi de poursuivre mon suivi par un médecin généraliste. L'examen gynécologique en décubitus latéral a été réalisé par mon médecin traitant J'ai consulté mon médecin traitant pour un problème en santé de la femme aigue. Mon dernier examen a été réalisé par un médecin généraliste. J'ai rencontré des gynécologues paternalistes. Les gynécologues peuvent manquer d'empathie et de communication	
	Différence de compétence selon l'intervenant			J'ai choisi de me faire suivre par un médecin généraliste car je n'ai pas pathologie gynécologique nécessitant l'intervention d'un spécialiste. Les médecins généralistes adressent aux gynécologues lorsqu'un avis ou des compétences spécialisées sont nécessaires mais peuvent assurer le suivi de santé de la femme. Les gynécologues n'ont pas les mêmes compétences que les médecins généralistes. Les sages femmes ont des compétences nécessaires à l'hôpital. Le suivi ambulatoire en santé de la femme doit être réalisé par les médecins généralistes pour éviter d'aggraver la pénurie de sage femme en milieu hospitalier. Les sages femmes ont, elles aussi, des compétences différentes des médecins généralistes. Ses compétences n'étaient pas celles du suivi en santé de la femme normal. (Parle de sa gynécologue) J'ai continué mon suivi avec la gynécologue pour ses compétences spécifiques en PMA. J'ai consulté une gynécologue jeune car j'avais une pathologie nécessitant un avis spécialisé.	
	Méconnaissance des compétences des médecins généralistes			Les spécialistes méconnaissent et/ou ne considèrent pas les compétences de suivi des médecins généralistes. méconnaissance des compétences de suivi en santé de la femme du médecin généraliste	
	Mauvaise ou bonne expérience avec un intervenant			J'ai changé d'intervenant pour mon suivi en santé de la femme en allant voir une sage femme à cause de ce mauvais vécu. Le vécu positif de cet examen me ferai retourner chez le même médecin pour mon suivi. La gynécologue que j'ai rencontrée avait une approche dépassée	
	Caractéristiques personnelles de l'intervenant : âge, sexe, caractère	Age : plus à l'aise avec des praticiens de son âge Sexe : plus à l'aise avec un professionnel femme			La gynécologue était âgée et intrusive ce qui m'a gêné. Le jeune âge de l'intervenant me rassure en laissant penser qu'il serait mieux formé. Un jeune médecin a plus de connaissance. Les médecins ont une formation continue mais avec le temps les personnes restent plus sur leurs acquis. Je suis plus à l'aise avec un intervenant de mon âge. Ca me gêne d'avoir un intervenant masculin en santé de la femme. Les critères de choix d'un intervenant sont la gentillesse et la délicatesse, et le fait que ça soit une femme me mets plus à l'aise pour un examen gynécologique.
	Disponibilité				Je peux changer sans problème d'intervenant, le critère principal étant sa disponibilité en cas de besoin

				La présence d'étudiants ne me dérange pas La présence d'étudiants peut gêner certaines femmes
	La place de l'étudiant en formation			La présence d'intervenants multiples lors d'un examen gynécologique est malaisant. Les personnes ont des a priori négatifs sur les compétences des étudiants L'étudiante qui m'a examiné était compétente. Elle s'est assurée de mon consentement quant à la présence d'un étudiant. Je n'ai pas ressenti que l'examen avait été réalisé dans le cadre d'une étude.
	Projection du ressenti des autres femmes (thème super ordonné finalement absorbé dans les bénéfices et attraits)	Pour les femmes avec trauma Pour les femmes pudiques		Je projette pour les femmes que cette posture est plus respectueuse. Je perçoit le bénéfice pour les femmes qui ont un vécu traumatique. Le décubitus latéral permet de se sentir préservée notamment pour les femmes ayant subi des violences. La position en décubitus latéral doit préserver d'avantage la pudeur pour les femmes Cette position préserve davantage la pudeur, ce qui doit être un vrai bénéfice pour les femmes pudiques. Cette position peut rassurer les femmes pudiques
	Freins et limites	Pas de limite Douleur ressentie Manque d'expérience du médecin ressenti par la femme Problématique de pudeur projetée	"C'était pas classique donc je pense qu'on était pas à l'aise toutes les deux de ne pas exactement savoir comment s'y prendre"	Je n'ai pas ressenti de limite à l'examen en décubitus latéral en tant que femme mais le matériel pourrait me limiter en tant que médecin. Je n'ai pas perçu de limite à cette position. J'ai ressenti des douleurs à l'introduction du spéculum. Je n'ai pas été guidée pour modifier ma position en vue d'améliorer la visibilité. J'ai ressenti le malaise du médecin Le fait d'avoir les fesses nues visibles peu être dérangeant pour certaines femmes mais la gêne est dissipée si on est couvert par un tissu
	Nouveauté : vécu comme un frein ou un attrait	Attrait pour la nouveauté Peur de la nouveauté Manque de représentation scientifique Besoin ressenti de validation scientifique Manque d'expérience du médecin ressenti par la femme Risque de retour en position connue vécu comme un échec		Je voulais faire l'expérience nouvelle de cette méthode d'examen. Je voulais essayer l'examen en décubitus latéral pour découvrir quelque chose de nouveau et faire avancer la médecine. Je voulais faire l'expérience de l'examen en décubitus latéral, quitte à retarder mon suivi La femme n'a pas voulu essayer une alternative à l'examen qu'elle connaissait Il est difficile de changer nos habitudes lorsqu'on est préparé à un type d'examen. Le changement des habitudes est un frein au décubitus latéral. La nouveauté fait peur aux femmes. Participer à une étude peut effrayer les femmes. L'absence de représentation concrète de la position d'examen peut être un frein à l'essai. La validation scientifique de la méthode d'examen par les pairs rassure La validation de la méthode d'examen par les pairs et sa diffusion permettra une adhésion des femmes. Nous avons terminé l'examen en position classique pour retrouver les repères connus. Le nouveau nous a mis mal à l'aise toutes les deux L'absence d'expérience pour le médecin et la nouveauté pour la femme sont des limites Le risque d'échec peut être mal vécu par certaines femmes.

Ressenti suite à l'examen en décubitus latéral	Bénéfices et attraits	Une alternative laissant libre choix aux femmes		Il faut proposer l'examen en décubitus latéral aux femmes. Je choisirai d'être examinée en décubitus latéral à l'avance. Le décubitus latéral permet de proposer une alternative aux femmes Avoir une alternative de position d'examen est une solution à ce manque de visualisation initial, quelque soit la première position adoptée.
		Comparaison à position classique	"IN-CROY-YABLE ! (Mot dit de manière décomposée). Je ne veux pas trop en faire mais ça a été un peu le jour et la nuit quand même" "Je crois que j'essaierai de consulter que comme ça si je peux" "Je m'attendais pas à ce que ce soit aussi clivant comme différence"	Mon ressenti en décubitus latéral a été parallèlement opposé pour le mieux à celui en position classique Je voudrais être examinée uniquement en décubitus latéral La différence de ressenti entre l'examen dans la position classique et l'examen en décubitus latéral est majeur (insiste sur le meilleur vécu en décubitus latéral)
Concordance avec la position classique	Absence de douleur	Temporalité : un examen plus court	"Je trouve qu'on est un peu plus vulnérable en étant jambes écartées avec les pieds dans les étriers je trouve"	La position classique rend vulnérable Le sentiment de vulnérabilité ressenti en décubitus dorsal n'est pas retrouvé en décubitus latéral. L'examen a été très rapide et efficace. L'examen en décubitus latéral est plus court pour le médecin et pour la femme.
		Pudeur préservée	"moins exposé les jambes écartées devant tout le monde et j'attends comme ça"	je n'ai ressenti aucune douleur ou gêne Un examen gynécologique moins long permet un meilleur vécu. Je n'ai pas eu de douleur en décubitus latéral. Je n'ai pas ressenti de gêne lors de l'examen La position est similaire à la PLS, elle préserve la pudeur. La position fermée des jambes en décubitus latéral permet de se sentir plus protégée(moins vulnérable) et préserve davantage l'intimité. L'ajout d'un drap pour nous couvrir permet de préserver l'intimité Cette position permet de diminuer le sentiment de vulnérabilité.
Le décubitus latéral en pratique	Matériel	Confort	"Position plus confortable oui et puis ça allait beaucoup plus vite aussi"	Le décubitus permet de préserver l'intimité et la pudeur, pour les femmes de se sentir moins vulnérable. Nous sommes plus couvertes en position latérale La position était confortable
		Confort		Mon vécu a été identique en décubitus latéral qu'en position classique. Pas de différence de souplesse selon la position. J'ai eu le même vécu de l'examen gynécologique en position latérale qu'en position classique. Mon ressenti a été identique en décubitus latéral qu'en position classique L'introduction du spéculum reste un acte désagréable. La mauvaise visualisation du col est possible en position classique autant qu'en décubitus latéral. La communication est encore plus importante en décubitus latéral car nous n'avons pas de contact visuel. L'absence de contact visuel n'est pas ressenti comme un frein. L'absence de contact visuel est également présent pour moi en position classique.
Installation et positionnement	Pas de difficulté Bien guidée Analogie PLS	Pas de difficulté Bien guidée Analogie PLS		L'aide du médecin a permis une installation plus confortable pour mes jambes même si je connaissais la position. L'examen gynécologique était fluide et la position en décubitus latéral est confortable J'ai été guidée par le médecin pour m'installer dans la bonne position. La position est similaire à la position latérale de sécurité. L'analogie du décubitus latéral avec la PLS aide à s'installer sans difficulté. e n'ai pas rencontré de difficulté à m'installer en décubitus latéral.
		Difficultés liées à l'expérience du médecin Une position adaptable		L'expérience du médecin et son manque de repère a rendu difficile l'installation en décubitus latéral. Je ne métrai pas bien positionnée au début malgré ses explications La table d'examen avec appui jambe du médecin a permis d'adapter la position pour un meilleur confort. J'ai adapté ma position en vue d'améliorer la visibilité
Représentation antérieure de la position	Absence de représentation antérieure A priori positif	Position connue par la femme		Le matériel doit être adapté. La table d'examen doit être large, les appuis jambes rendent la position plus confortable. Une table d'examen large et des appuis jambes permettent un confort optimal (répétition). Être couverte pour un tissu permet de préserver la pudeur. Il ne faut pas de matériel différent et il faut autant de souplesse dans les deux positions.
		"c'était sur le côté mais c'était beaucoup plus cosy que ce que j'imaginai"	"J'imaginai bien qu'on serait moins exposé"	Je connaissais la position. Le gynécologue chirurgien était intéressé par cette méthode d'examen qu'il ne connaissait pas. Je ne parvenais pas à me représenter la position. C'était plus confortable que ce que j'imaginai. J'ai été surprise du déroulé de l'examen que je ne connaissais pas Je ne me représentais pas l'examen en décubitus latéral de la bonne façon avant de l'avoir vécu. J'imaginai être moins vulnérable en décubitus latéral sans savoir à quoi cela correspondrait. Le seul apriori que j'avais était un meilleur respect de l'intimité dans cette position qu'en position gynécologique classique. Je ne me représentais pas la position avant l'examen mais j'avais un apriori positif.

Élément impactant le ressenti de l'examen	Communication et recherche du consentement	Rôle informatif du médecin		Communiquer et informer la femme en réalisant l'examen est rassurant et devrait être obligatoire
		Consentement		L'examen gynécologique a été rapide sans douleur, la médecin m'a expliqué chaque étape.
		Empathie		La communication a permis une consultation très fluide.
		Consentement	"elle a bien vu que à l'introduction j'avais eu un peu mal, elle m'a bien demandé si elle pouvait continuer"	Le vécu global de la consultation est positif grâce à la communication du médecin. (Consentement)
Respect	Respect mutuel Respect du temps du patient Respect de la pudeur Prendre le temps	Consentement	"s'intéresser un peu plus au point de vue de la patiente et à son ressenti pour le coup mais c'est vrai que c'est quand même hyper important pour éviter les traumatismes derrière"	L'absence de jugement de valeur et la recherche du consentement à chaque étape de l'examen gynécologique sont primordiales. La bonne communication du médecin est un facteur améliorant le ressenti.
		Empathie	"il faut avoir quelqu'un une personne qui est vraiment à l'écoute."	La communication et la recherche du consentement des femmes jouent un rôle majeur dans le ressenti de l'examen
		Consentement		L'empathie du médecin envers mon ressenti et la recherche de mon consentement à chaque étape de l'examen améliorent son vécu
		Empathie		La recherche et le respect de mon consentement m'ont permis de me sentir incluse dans l'examen
Confiance	Une confiance entre médecin et femme bénéfique Inclure la femme sans son suivi installe une relation de confiance	Respect mutuel	"Le respect de la femme est ça, c'est le maître mot."	L'absence de communication lors d'un examen gynécologique peut être vécu comme violent.
		Respect du temps du patient		L'écoute va avec la confiance et le respect
		Respect de la pudeur		
		Prendre le temps		
Proposer des alternatives	Laisser le choix Prendre en compte le vécu notamment traumatique des femmes Prendre en compte la personnalité de la femme	Respect mutuel	"Je le propose aux femmes qui me consultent qui refusent en mettant en avant la confiance envers le médecin. La confiance envers le médecin permet un meilleur vécu de l'examen."	Le respect doit aller dans les deux sens
		Respect du temps du patient		Le respect est primordial
		Respect de la pudeur		La ponctualité et l'accueil du médecin ont été appréciables
		Prendre le temps		Elle m'a fait me déshabiller en deux étapes pour respecter ma pudeur. Etre couverte d'un drap lors de l'examen gynécologique met plus à l'aise. C'est important de ne pas se sentir brusquée
Proposer des alternatives	Laisser le choix Prendre en compte le vécu notamment traumatique des femmes Prendre en compte la personnalité de la femme	Respect mutuel	"Il faut s'adapter, on propose les femmes disposent"	Je suis une femme avec un vécu traumatique qui me fait confiance et qui sait que je la respecte ce qui permet pour elle un meilleur vécu de l'examen gynécologique
		Respect du temps du patient	"c'est super important de communiquer, de demander comment la dame est à l'aise, éventuellement de lui proposer des alternatives pour faire l'examen dans de meilleures conditions"	Les femmes se sentent en confiance lorsqu'on les inclut dans la consultation.
		Respect de la pudeur		En mettant la personne au centre de la consultations et des décisions avec les informations adéquates, on crée une relation de confiance.
		Prendre le temps		
Caractéristiques du médecin	Environnement de l'examen Durée de l'examen Expérience du médecin Caractéristiques du médecin	Respect mutuel	"leur demander comment s'est passé le dernier examen aussi, s'il y a eu des douleurs ou s'il y a des choses particulières qui les ont dérangées pour pouvoir faire en sorte que ça se passe mieux cette fois"	Il faut proposer des alternatives à l'examen gynécologique en position classique avec une approche centrée sur la femme et son vécu. Je laisse le choix aux femmes.
		Respect du temps du patient		Il faut proposer et respecter la décision des femmes.
		Respect de la pudeur		Il faudrait pouvoir laisser le choix aux femmes en les informant correctement.
		Prendre le temps		S'intéresser au vécu des femmes et leur proposer des alternatives en conséquence est important
Caractéristiques du médecin	Environnement de l'examen Durée de l'examen Expérience du médecin Caractéristiques du médecin	Respect mutuel		Il faut proposer aux femmes les possibilités d'alternative à l'examen classique pour qu'elles prennent une décision éclairée en fonction de leur vécu.
		Respect du temps du patient		Il faut proposer aux femmes pour qu'elles décident avec toutes les informations.
		Respect de la pudeur		L'examen gynécologique ne fait pas écho au trauma vécu.
		Prendre le temps		Je suis une femme avec un vécu traumatique qui me fait confiance et qui sait que je la respecte ce qui permet pour elle un meilleur vécu de l'examen gynécologique
Caractéristiques du médecin	Environnement de l'examen Durée de l'examen Expérience du médecin Caractéristiques du médecin	Respect mutuel		L'absence de vécu traumatique m'a permis de bien vivre mes examens.
		Respect du temps du patient		Il faut s'intéresser aux ressentis des examens passés pour pouvoir l'améliorer.
		Respect de la pudeur		Mon tempérament optimiste m'a aidé à avoir un bon vécu des situations rencontrées.
		Prendre le temps		Je l'ai relativisé en ne gardant que le positif.
Caractéristiques du médecin	Environnement de l'examen Durée de l'examen Expérience du médecin Caractéristiques du médecin	Respect mutuel		Pour une personne impudique comme moi, il m'y a pas vraiment de différence entre les deux positions.
		Respect du temps du patient		Mon absence de pudeur améliore le vécu de la position classique
		Respect de la pudeur		
		Prendre le temps		

	oubli et manque de temps		<p>"J'avais pas beaucoup de temps personnel j'avais pas envie d'en prendre pour aller chez le gynéco"</p> <p>"Surtout quand on espère après à 3 ans puis à 5 ans, je pense qu'à Sans il y a des gros risques quand même d'oublier"</p>	<p>Des rappels sur les consultations de préventions recommandées aideraient à améliorer le suivi.</p> <p>Je n'ai pas consulté par manque de temps personnel</p> <p>Je ne suis pas sensibilisé au suivi préventif. Je ne consulte qu'en cas de besoin ressenti.</p> <p>J'avais du retard sur le dépistage recommandé par absence de suivi antérieur et oubli de ce dernier.</p> <p>Je ne consacre pas de temps à mon suivi</p> <p>Mon manque de temps personnel met mon suivi préventif au second plan.</p> <p>Un rappel es échanges de suivi préventif recommandé aiderait à améliorer le suivi (notamment la couverture des frotis).</p>
	Ressenti des examens passés	Inconfort Douleur Non impactant		<p>L'inconfort d'un suivi ne m'empêche pas de le faire s'il est nécessaire.</p> <p>Examen médical n'est pas synonyme de douleur.</p> <p>Le vécu des examens n'a pas eu d'impact sur la régularité de mon suivi</p>
	Vécu passés	Trauma altérer l'adhésion au soin Vécu qui sensibilise à l'adhésion au soin	<p>"C'est vrai que les patientes qui ont pu subir des violences sexuelles ou des violences obstétricales comme je devais tout à l'heure je pense vont moins facilement se suivre sur le plan gynéco"</p> <p>"Je le fais surtout depuis que j'ai une collègue qui a eu un cancer du sein très jeune"</p>	<p>Un vécu traumatique impacte le vécu du suivi et les critères de choix de l'intervenant.</p> <p>Ce vécu traumatique n'a finalement pas eu d'impact sur mon suivi.</p> <p>Un événement traumatique supplémentaire aurait pu impacter mon suivi.</p> <p>Le passif des femmes impacte leur suivi et leur ressenti lors des examens.</p> <p>Le passif d'une personne de mon entourage m'a sensibilisé au dépistage du cancer du sein et à mon adhésion à ce dernier.</p>

Éléments impactant le suivi	Relation entre la femme et le professionnel de santé	<p>Confiance et respect pour un suivi optimal</p> <p>Une bonne communication</p> <p>Écoute et disponibilité</p> <p>Rôle informatif et préventif du médecin</p> <p>Manque de sensibilisation au suivi préventif</p> <p>Mettre la femme au centre de son suivi en proposant des alternatives</p>	<p>"donc je pense que c'est important de communiquer, d'être doux et d'être un petit peu compréhensif et de prendre le temps parce que sinon les femmes vont probablement pas se suivre correctement si elles ont peur d'avoir mal."</p>	<p>La confiance et le respect mutuel sont importants pour un bon suivi.</p> <p>La confiance était repue pour le suivi</p> <p>La confiance et le respect de la femme et de son temps sont primordiaux pour un bon suivi en santé de la femme</p> <p>Une personne en confiance avec son médecin va mieux se suivre et plus facilement aborder les sujets intimes.</p> <p>Le lien de confiance avec le médecin généraliste peut rendre le suivi en santé de la femme plus confortable.</p> <p>La communication est primordial dans la relation avec le professionnel, peu importe l'intervenant.</p> <p>La communication aide à mettre à l'aise les femmes pour un meilleur vécu et donc un meilleur suivi en santé de la femme</p> <p>L'empathie et l'écoute des femmes par le médecin impacte leur suivi</p> <p>L'écoute et la disponibilité de l'intervenant permettent d'améliorer mon suivi.</p> <p>La prévention doit faire partie intégrante du suivi communication et l'écoute sont primordiaux pour un bon suivi</p> <p>La communication et les informations du médecin m'ont sensibilisées à la prévention et au dépistage lié à ma contraception</p> <p>Éduquer les femmes en les informant les inclus dans leur suivi, moi y compris.</p> <p>La communication aide à sensibiliser les femmes à la prévention et au suivi</p> <p>Le médecin a un rôle d'information et de prévention pour assurer le bon suivi des personnes.</p> <p>A nouveau, pas de sensibilisation à la médecine préventive.</p> <p>Les personnes ne consultent pas à but préventif et lors de problème aigue les consultations sont trop courtes pour en faire.</p> <p>Je ne me sens pas légitime de consulter sans pathologie.</p> <p>Il me faut un motif pour consulter (encore notion de légitimité à consulter).</p> <p>Proposer des alternatives à l'examen classique et laisser le choix aux femmes peut améliorer leur suivi en améliorant leur inclusion dans le soin</p>
	Problème de démographie médicale			<p>La difficulté d'accès aux rendez vous médicaux freine leur réalisation</p>
	Aborder les sujets sensibles	<p>Permet de mettre en confiance</p> <p>Les aborder de façon systématique pour un meilleur dépistage</p>		<p>Lorsque le médecin aborde les sujets sensibles comme les MST, cela contribue à les normaliser et à mettre les patients en confiance.</p> <p>En abordant de manière systématique les sujets sensibles, le médecin améliorerait le dépistage par un effet de mise en confiance des personnes.</p> <p>Il faudrait aborder les sujets intimes, jugés sensibles, dans leur globalité de manière systématique pour permettre un meilleur dépistage sans rapporter le sujet directement à la personne pour ne pas la brusquer.</p>

VII-7. Annexe 7 : 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

Caractérisés personnelles

1- Enquêtrice :

NAJBERG Sasha

2- Titres académiques :

Aucun

3- Activité

Médecin généraliste remplaçante (59-Nord)

4- Genre

Femme

5- Expérience et formation

Novice

Relation avec les participants

6- Relation antérieure

Participante 1 : Collègue de la directrice de thèse

Participante 2 : Connaissance amicale de l'investigatrice

Participante 2 : Connaissance amicale de l'investigatrice

Participante 4 : Ancienne collègue de l'investigatrice

7- Connaissance des participants au sujet

Les participants avaient des connaissances hétérogènes sur le sujet. L'une d'entre elle connaissait très bien la méthode d'examen. Les trois autres ne connaissaient pas du tout le décubitus latéral avant qu'on ne leur parle de l'étude.

8- Caractéristiques de l'enquêtrice

L'enquêtrice était une femme de 28ans, interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante au cours de l'étude, non ~~Thésée~~. Ayant réalisé le DIU formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Elle s'est intéressée au sujet de l'examen gynécologique en décubitus latéral en 2022 lors de sa grossesse avec pour projet initial un accouchement en décubitus latéral, puis encore davantage lorsqu'on lui a proposé d'intégrer l'étude en tant qu'investigatrice.

Domaine 2 : Conception de l'étude

Cadre théorique

9- Orientation méthodologique et théorique

Analyse par phénoménologie interprétative (IPA)

Sélection des participant

10- 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 influencés 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.

11- Prise de contact.

Les femmes participant à l'étude ont été recrutées parmi les femmes consultant les médecins inclus dans l'étude réalisée en miroir, étudiant le ressenti des professionnels de santé pratiquant l'examen en décubitus latéral. Certaines on été orientée vers ces médecins par le biais du bouche à oreille pour participer à l'étude. Elles ont été contactées par courriel, sms ou appel téléphonique.

12- Taille de l'échantillon

4 participantes

13- Non-participation

- 1 femme n'a pas donné suite au premier contact téléphonique.
- Certaines femmes ont été examinées par les médecins recrutés mais n'ont pas souhaitées être contactée par l'enquêtrice s'intéressant au ressenti des patientes.

Contexte

14- Cadre de la collecte des données

- P1 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de lille dans un bureau calme et fermé où nous n'avons pas été dérangé. C'était le matin en début de journée.
- P2 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de lille, dans une salle de travail de la bibliothèque universitaire réservée en amont où nous n'avons pas été dérangé. La salle était insonorisée donc calme et fermée. C'était en début d'après midi.
- P3 : l'entretien a eu lieu au domicile de la participante, en fin de journée après son travail. Nous nous sommes installées face à face à la table de son salon. Le lieu était calme et nous n'avons pas été dérangé.
- P4 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de lille, dans une salle de travail de la bibliothèque universitaire réservée en amont où nous n'avons pas

été dérangé. La salle était insonorisée donc calme et fermée. C'était en milieu d'après midi.

15- Présence de non participants

Non

16- Description de l'échantillon

	Age	Genre	Taille/poids CM/KG	IMC	Situation familiale	Parité/Gestité	Métier
P1	55	Féminin	170/90	31,15	Mariée	G2/P2 2AVB dont 1 extraction instrumentale par ventouse	Médecin généraliste
P2	28	Féminin	164/60	22,3	En concubinage	G0P0	Chômage
P3	28	Féminin	150/53	23,55	Célibataire	G0P0	Cadre en logistique
P4	28	Féminin	173/62	20,7	Célibataire	G0P0	Interne en médecine générale

Moyenne d'âge : 34 ans

Médiane d'âge : 28 ans.

	Virginité Oui/Non	ATCD gynécologiques	ATCD de violences Oui/Non	Fréquence du suivi en santé de la femme	Professionnels rencontrés en santé de la femme avant l'étude	Durée de l'entretien
P1	Non	SOPK	Oui	Annuel	Gynécologue Médecin généraliste	49min47
P2	Non	Aucun	Oui	Tous les 2/3 ans	Gynécologue Médecin généraliste Sage femme	38min58
P3	Non	Aucun	Non	Annuel	Gynécologue Sage femme	31min56
P4	Non	Aucun	Non	Pas de suivi régulier	Sage femme	51min03

Recueil des données

17- Guide d'entretien

Questions d'ouvertures :

- Quelle est votre représentation/perception du suivi gynécologique ?
- Quel est votre vécu de l'examen gynécologique ?
- Et votre ressenti de l'examen en décubitus latéral ?

Entretien testé en amont : non

18- Entretiens répétés

Non

19- Enregistrement audio-visuel

Les entretiens ont été enregistrés avec une tablette IPAD AIR et à un smartphone type IPHONE SE 2020.

20- Cahier de terrain

Des notes brèves ont été prise pendant les entretiens. A la fin de chaque entretien, l'enquêtrice a noté ses impressions à chaud dans son carnet. Toutes les réflexions et les synthèses des entretiens avec l'équipe de recherche ont été consignées dans un Journal de bord.

21- Durée

M1 : 49,47 minutes

M2 : 38,58 minutes

M3 : 31,56 minutes

M4 : 51,03 minutes

Durée moyenne de 42,56 minutes

22- Seuil de saturation

Pas de seuil de saturation an IPA

23- Retour des retranscriptions

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

Domaine 3 : Analyse et résultats

Analyse des données

24- Nombres de personnes codant les données

2 enquêtrices ont codé les données

25- 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. Des thèmes ont émergés à partir de chaque entretien et chaque code descriptif a été associé à un thème. Les thèmes de chaque entretien ont été mis en commun pour les lier ensemble. Ensuite, un livre de code a été réalisé

répertoriant pour chaque thème le code descriptif et le thème émergent associé pour l'ensemble des entretiens et des connexions entre ces différents thèmes on été établies pour les regrouper en thèmes superordonnés.

26- Détermination des thèmes

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

27- Logiciel

Microsoft Word

28- Vérification par les participants

Non

Rédaction

29- 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.

30- Cohérence des données et des résultats

Oui

31- Clarté des thèmes principaux

Oui

32- Clarté des thèmes secondaire

Oui

Reference:

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.



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

GRILLE SRQR

Traduction Française (1)

Titre et résumé

S1 Titre

Notre titre décrit de manière concise la nature et le sujet de l'étude. Il est recommandé d'identifier l'étude comme qualitative, ce qui a été fait dans notre titre.

S2 Résumé

Le résumé reprend les éléments clés de l'étude en utilisant le format requis généralement par les revues : le contexte, l'objet, les méthodes, les résultats et conclusions.

Introduction

S3 Formulation du problème

Dans l'introduction de notre étude, nous avons remplis ces critères :

- Description et importance du problème /phénomène étudié.
- Passage en revue d'une théorie appropriée et de travaux empiriques afférents.
- Énonciation du problème.

S4 Objectif ou question de recherche

Nous avons établi un objectif principal : Explorer le ressenti des médecins généralistes et des femmes suite à la réalisation d'un examen gynécologique en décubitus latéral.

Les objectifs secondaires sont :

- Améliorer la manière dont est abordé l'examen gynécologique par les professionnels de santé et les femmes, pour améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme.
- Proposer une alternative à l'examen gynécologique en décubitus dorsal parfois difficile à réaliser chez certaines femmes, soit pour des raisons physiques (handicap, mobilité réduite, obésité (20)) ou pour des raisons psychique (appréhension, antécédents de violences, mauvaises expériences dans le passé)

Méthodes

S5 Approche qualitative et paradigme de recherche

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative inspirée de la phénoménologie interprétative (IPA).

Cette approche se concentre sur l'expérience humaine, en mettant en avant la façon dont les individus perçoivent, ressentent et donnent sens à leurs réalités.

Au vu du peu de données disponibles sur le sujet, il s'agissait de la méthodologie la plus adaptée pour faire émerger de nouvelles données.

Nous avons réalisé des entretiens individuels ouverts.

Ces choix ont été justifié en détail dans la méthodologie.

S6 Caractéristiques et réflexivité des chercheurs

L'investigatrice était une femme de 28ans, interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante au cours de l'étude, non ~~Thésée~~. Ayant réalisé le DIU formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Elle s'est intéressée au sujet de l'examen gynécologique en décubitus latéral en 2022 lors de sa grossesse avec pour projet initial un accouchement en décubitus latéral, puis encore davantage lorsqu'on lui a proposé d'intégrer l'étude en tant que chercheur.

Elle était novice dans la réalisation d'une étude qualitative.

Un journal de bord a été rédigé tout au long de l'étude par l'investigatrice pour y déconstruire ses aprioris.

Les relations antérieures avec les participants étaient :

- Participante 1 : Collègue de la directrice de thèse
- Participante 2 : Connaissance amicale de l'investigatrice
- Participante 2 : Connaissance amicale de l'investigatrice
- Participante 4 : Ancienne collègue de l'investigatrice

Ces relations ont été prises en compte et minimisées par l'établissement de règles claires concernant la transparence des participants sur leurs ressentis et l'absence de freins à se livrer sur leurs ressentis et leurs vécus au sens large

Cette étude est une étude qualitative explorant le ressenti individuel des femmes. Les résultats ne sont donc pas ~~extrapolables~~ à la population générale.

S7 Contexte

L'étude a été réalisée dans les Hauts de France.

Il s'agit d'une étude réalisée en ambulatoire, les femmes ont été examinées par des médecins généralistes dans leurs cabinets habituels.

L'étude a duré 2 ans mais les entretiens ont été réalisés sur une durée de 3 mois.

S8 Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon d'étude a été choisi de manière non probabiliste, afin qu'il soit ciblé et homogène vis-à-vis de l'expérience vécue. Cet échantillon raisonné homogène est de petite taille afin que la diversité de chaque expérience ne soit pas attribuée aux différentes caractéristiques des participants.

Selon les recommandations en recherche qualitative, un échantillon d'environ cinq à dix entretiens est généralement considéré comme suffisant.

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

S9 Questions éthiques relatives aux êtres humains.

Nous avons obtenu un avis favorable de la part du comité de protection des personnes.

Chaque participant a signé un formulaire de consentement à l'étude.

Notre étude a fait état d'une déclaration au registre des traitements de l'université de Lille.

Enfin, la confidentialité des données personnelles a été assurée selon la réglementation en vigueur.

Ces données sont détaillées dans la partie « aspects réglementaires et éthiques ».

S10 Méthodes de recueil de données

Les données recueillies étaient des entretiens d'une durée moyenne de 42 minutes et 56 secondes.

La procédure de collecte de données est décrite ci-dessous pour chaque entretien :

- P1 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de Lille dans un bureau calme et fermé où nous n'avons pas été dérangé. C'était le matin en début de journée.
- P2 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de Lille, dans une salle de travail de la bibliothèque universitaire réservée en amont où nous n'avons pas été dérangé. La salle était insonorisée donc calme et fermée. C'était en début d'après-midi.
- P3 : l'entretien a eu lieu au domicile de la participante, en fin de journée après son travail. Nous nous sommes installés face à face à la table de son salon. Le lieu était calme et nous n'avons pas été dérangé.
- P4 : l'entretien a eu lieu à la faculté de médecine de Lille, dans une salle de travail de la bibliothèque universitaire réservée en amont où nous n'avons pas été dérangé. La salle était insonorisée donc calme et fermée. C'était en milieu d'après-midi.

S11 Instruments et outils de recueil des données

Outil : Les entretiens ont été enregistrés avec une tablette IPAD AIR et à un smartphone type IPHONE SE 2020.

Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour la retranscription des entretiens et la rédaction de la thèse. Le logiciel Microsoft Excel a été utilisé pour la réalisation du livre de code.

Instruments :

Un guide d'entretien avait été réalisé afin de faciliter les entretiens et leur fluidité. Il contenait 3 questions d'ouvertures :

- Quelle est votre représentation/perception du suivi gynécologique ?
- Quel est votre vécu de l'examen gynécologique ?
- Et votre ressenti de l'examen en décubitus latéral ?

Il contenait également des phrases « type » de reformulation pour encourager notre interlocuteur à approfondir ses réponses. Ce guide avait pour vocation de servir de support d'aide pour fluidifier l'entretien, sans prétendre à être exhaustif. Il a pu être ajusté au fil des entretiens pour mieux répondre aux besoins spécifiques de chaque situation.

Des notes brèves ont été prise pendant les entretiens dans un carnet. A la fin de chaque entretien, l'enquêtrice a noté ses impressions à chaud dans son carnet. Toutes les réflexions et les synthèses des entretiens avec l'équipe de recherche ont été consignées dans un Journal de bord.

S12 Unités d'étude

4 femmes ont été inclus dans l'étude dont les caractéristiques principales ont été décrites dans le tableau ci-dessous :

	Age	Genre	Taille/poids CM/KG	IMC	Situation familiale	Parité/Gestité Geste	Métier
P1	55	Féminin	170/90	31,15	Mariée	G2/P2 2AVB dont 1 extraction instrumentale par ventouse	Médecin généraliste
P2	28	Féminin	164/60	22,3	En concubinage	G0P0	Chômage

P3	28	Féminin	150/53	23,55	Célibataire	GOP0	Cadre en logistique
P4	28	Féminin	173/62	20,7	Célibataire	GOP0	Interne en médecine générale

Niveau de participation :

- 1 femme n'a pas donné suite au premier contact téléphonique.
- Certaines femmes ont été examinées par les médecins recrutés mais n'ont pas souhaitées être contactée par l'enquêtrice s'intéressant au ressenti des patientes.

S13 Traitement des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot dans les plus brefs délais. Chaque entretien a été anonymisé et les données socio démographiques ont été séparées de l'entretien auquel elles appartenaient.

Une fois retranscrit, les enregistrements ~~audios~~ ont été détruits.

S14 Analyse des données

Nous avons reformulé 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. Des thèmes ont émergé à partir de chaque entretien et chaque code descriptif a été associé à un thème. Les thèmes de chaque entretien ont été mis en commun pour les lier ensemble. Ensuite, un livre de code a été réalisé répertoriant pour chaque thème le code descriptif et le thème émergent associé pour l'ensemble des entretiens et des connexions entre ces différentes thèmes ont été établies pour les regrouper en thèmes ~~superordonnés~~.

S15 Techniques pour améliorer la fiabilité

Nous avons réalisé une triangulation des données à la fois dans la réalisation des codes et descriptif et dans l'élaboration des thèmes pour garantir leur validité et minimiser la subjectivité.

Les thèmes ont été identifiés après analyse de chaque entretien de façon individuelle, puis mis en communs.

Résultats

S16 Synthèse et interprétation

Les résultats ont été décrits en utilisant les thèmes qui avaient émergé au préalable. Un schéma explicatif a été créé sous forme d'une mind map à la fin des résultats.

S17 Liens avec des données empiriques

Chaque thème a été illustré par un verbatim.

Discussion

S18 Mise en perspective avec des travaux antérieurs, implications, transférabilité et contribution(s) au domaine d'étude

La discussion comprend

- Un bref résumé des principaux résultats
- Une comparaison aux données de la littérature détaillant les liens avec les recherches antérieures ou au contraire les éléments discordants.
- Une critique de la portée de la recherche quant à la généralisabilité des résultats qui ne sont pas extrapolables.
- La description de la singularité de l'étude.

S19 Limites

Forces principales :

- Méthodologie rigoureuse
- Sujet innovant et pertinent
- Minimisation du biais de mémorisation et de perte de données

Limites principales :

- Biais méthodologique par inexpérience de l'investigateur, limité par une formation continue de ce dernier et un encadrement adéquat
- Biais d'interprétation inhérent à cette méthodologie
- Biais de recrutement avec un faible nombre de participant, présentant un biais de désirabilité en lien avec la relation antérieure entre certains participants et l'investigateur.

Les forces et limites de l'étude sont détaillé dans la discussion.

Autres

S20 Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

S21 Financement – Sources de financement et autres soutiens.

L'assurance a été financée par Dr Gabrielle LISEMBARD, directrice de thèse du projet. Elle a eu pour rôle de guider les investigateurs dans leur travail. Elle n'a pas participé aux entretiens ni à la triangulation des données. La rédaction des résultats a été réalisée indépendamment du financeur.

Référence:

- 1- Thébaud, Véronique, and Magdalini Dargentas. "Traduction Française Des Normes SRQR Pour Rendre Compte Des Recherches Qualitatives." *Kinésithérapie, La Revue* 23, no. 253 (January 1, 2023): 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2022.05.004>.

Journal de bord (disponible en version pdf).

AUTEURE : NAJBERG - VANLITSEBURGH Sasha

Date de soutenance : 03 octobre 2024

Titre de la thèse : Examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des femmes par une étude qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Thèse de médecine générale, thèse qualitative.

DES : Médecine générale.

Mots-clés : Examen gynécologique/ Décubitus latéral/ Ressenti/ Femmes/ Étude qualitative.

Résumé :

Contexte : L'examen gynécologique est un examen clinique qui touche à l'intimité physique et psychique des femmes. En France, les femmes sont insuffisamment suivies sur le plan gynécologique. La couverture du frottis cervico-utérin est de 58,7% entre 2015 et 2017 pour un objectif fixé à 80% en 2018. Pour certaines femmes la table d'examen gynécologique avec étriers apparaît comme un frein à leur suivi. Le collège national des généralistes enseignants propose différentes positions pour réaliser l'examen gynécologique, parmi elles, l'examen gynécologique en décubitus latéral apparaît comme une alternative. Bien que peu pratiqué, cette position semble pouvoir amender certains points de réticence émis par certaines femmes. L'objectif était d'explorer le ressenti des femmes suite à la réalisation d'un examen gynécologique en décubitus latéral.

Méthode : Recherche qualitative par entretiens individuels et analyse des verbatims inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique. 4 femmes majeures ayant bénéficié d'un examen gynécologique en décubitus latéral ont été incluses. La population s'est voulue homogène. Le recueil des données a eu lieu par entretiens ouverts individuels, en présentiel, anonymisés, d'environ 43 minutes.

Résultats : L'examen gynécologique en décubitus latéral est perçu positivement par les femmes, notamment parce qu'il offre une alternative à la position classique, leur donnant ainsi le choix. Cette option renforce leur sentiment d'inclusion et de respect, tout en préservant leur pudeur et en réduisant la vulnérabilité ressentie en position classique. De plus, cette position est jugée plus confortable et rapide. Cependant, certaines limites existent, comme l'exposition des fesses, facilement atténuable par un drap, et le manque de diffusion de cette méthode, qui peut inquiéter les femmes par son caractère perçu comme nouveau et peu répandu.

Conclusion : L'examen gynécologique en décubitus latéral apporte une alternative aux femmes qui se sentent considérées et incluses dans leur prise en charge. La décision médicale partagée, associée à une relation médecin-patiente de confiance et un ressenti positif des examens, participe à améliorer l'adhésion des femmes à leur suivi en santé de la femme.

Composition du Jury :

Président : Pr CATTEAU JONARD Sophie

Assesseur : Dr BAYEN Sabine

Directeur de thèse : Dr LISEMBARD Gabrielle