

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

Une formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral a-t-elle sa place dans le DES de médecine générale ?

JUTAN Elodie

Née le 23 Juin 1994 au Mans (72)

Sous la direction de Mme le Dre GUELFF Jessica

Membres du jury

Mme La Professeure DE CASABIANCA Catherine | Présidente

Mme Le Docteur GUELFF Jessica | Directrice

Mme Le Docteur BLANCHET Sophie | Membre

Soutenue publiquement le :
5 Juillet 2024

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée, JUTAN Elodie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **24/04/2024**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine

GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAUT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine

TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	INDUSTRIE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgia	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOThERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine
ATER		
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	
LEMAN Géraldine	BIOCHIMIE	Pharmacie
ECER		
HASAN Mahmoud	PHARMACIE GALENIQUE ET PHYSICO-CHIMIQUE	Pharmacie
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie

PIRAUX Arthur	PRATIQUE OFFICINALE	Pharmacie
AHU		
CORVAISIER Mathieu	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 5EN D2L2GATION POUR UN AN°	Pharmacie
ROBIN Julien	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES	Pharmacie

Nomination au 01/11/2023			
PAUVERT Adrien	Anatomie /Chirurgie orthopédique et traumat.	CCA	
HELIES Jérémie	Anatomie et cytologie pathologiques	AHU	
GOUJU Julien	Neurobiologie ; neuropathologie	AHU	
DONNARS Anne	Parasitologie ; mycologie	AHU	
MAURILLE Charles	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	CCA	Poste TUS - Ch du Mans
LODIN Magalie	Génétique	AHU	
BORGNETTA Nathalie	Anesthésiologie-réanimation	CCA	
BAUDRILLER Antoine	Pharmacologie clinique	CCA	
CHIRARA Rayana	Médecine d'urgence	CCA	Poste TUS - CH Laval
MADIETA Lou	Psychiatrie d'adultes	CCA	
GALLET Quentin	Psychiatrie d'adultes	CCA	
RACAPé Hélène	Rhumatologie	CCA	
ESNAUD Rose	Pneumologie	CCA	
JUSTEAU Grégoire	Pneumologie	CCA	Poste TUS - CH de Laval
VACHER Eloi	Cardiologie	CCA	
BOUD'HORS Charlotte	Néphrologie	CCA	
BRIERE Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement	CCA	
HAMMI Sami	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement	CCA	Poste TUS - Ch du Mans
DOINEAU Lise	Pédiatrie	CCA	
LOURY Charlotte	Gynécologie-obstétrique	CCA	
TEPLIXKY Antoine	Oto-rhino-laryngologie	CCA	
DECHAUFOR Pierre	Chirurgie maxillo-faciale	CCA	
Renouvellement			
HERSANT Jeanne	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	CCA	prolongation 1 an pour mobilité
DELESTRE Maxime	Chirurgie viscérale et digestive	CCA	
BRILLAND Benoit	Néphrologie	CCA ass	poste d'associé pour 1 an
PEUROIS Matthieu	Médecine générale	CCU	
OUATTARA Bintou	Médecine générale	CCU	
LEVAILLANT Lucie	Pédiatrie	CCA	
SUTEAU-COURANT Valentine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	CCA	

REMERCIEMENTS

Au Pre De Casabianca : Merci de me faire l'honneur de présider le jury. J'espère que vous apprécierez juger ce travail.

Au Dr. Guelff : Jessica, de 1^{ère} MSU à directrice de thèse, merci infiniment pour les rôles que tu as joué. J'ai apprécié découvrir la richesse de la médecine générale à tes côtés, ton enseignement m'a été précieux. Merci pour tout le temps que tu as passé à m'épauler et me conseiller pour valoriser ce travail. Les futurs internes et thésards sont entre de bonnes mains.

Au Dr. Blanchet : une belle rencontre tant professionnelle qu'amicale. Merci à toi Sophie de m'avoir partagé ta bienveillance et ton écoute envers les patientes. A travers toi, la gynécologie comme « santé pour les femmes » prend tout son sens.

A mes parents : votre amour et soutien sans faille m'ont permis d'arriver jusqu'ici. Vous n'avez jamais cessé de croire en moi et soutenu à chaque instant. Aucun mot ne pourra vous remercier à la juste valeur de tout ce que vous m'avez offert. Aujourd'hui, j'espère vous rendre fières. Je vous aime.

A ma sista : toi qui es ma confidente la plus précieuse, tu ne m'as jamais laissé seule face à mes peurs. Tu m'as partagé ta force et ton ambition afin que j'aille encore plus loin et que je donne toujours le meilleur de moi-même. Notre duo m'a permis de traverser et terminer cette grande étape. A l'instar de Shawn et Gus, l'avenir nous réserve bien d'autres aventures et j'ai hâte de les vivre à tes côtés. Je t'aime.

A mes beaux-parents, Magali, Bertrand, Louis, Juliette et Elise : merci pour tous les beaux moments passés ensemble et les souvenirs précieux que nous partageons.

Aux copinettes : merci d'avoir embelli ces années d'études, votre soutien m'a permis d'en venir à bout. L'amitié qui nous unie en est le plus beau cadeau et elle s'enrichit de jour en jour en continuant à partager les moments qui comptent ensemble.

A l'U42 de médecin po, Laetitia et Nathan : merci pour ce semestre de folie ! J'en ai encore mal aux abdos.

A l'équipe des urgences du Mans : où quand être de garde devient un plaisir. Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale pour leur accueil et leur compagnonnage. Une belle leçon d'esprit d'équipe !

A Pierre : à mes côtés depuis bientôt 11 ans, tu as su être patient et concilier tout au long de ces études. Indéfectible soutien, tu as été ma force dans mes moments de doutes. Ton amour infaillible malgré les épreuves traversées me fait t'aimer toujours plus chaque jour. Comme tu me l'as déclaré devant nos témoins, sache que moi aussi « je t'aimais, je t'aime et je t'aimerai ».

Liste des abréviations

CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DES	Diplôme d'études spécialisées
DESMG	Diplôme d'études spécialisées de médecine générale
DL	Décubitus latéral
E3C	Etudiants de troisième cycle
EGDL	Examen gynécologique en décubitus latéral
MG	Médecine générale
NS	Différence non significative
PMI	Protection maternelle et infantile
RIPH	Recherches impliquant la personne humaine
SAFE	Stage ambulatoire femme enfant

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Une formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral a-t-elle sa place dans le DES de médecine générale ?

Elodie Jutan, Médecin généraliste, Université d'Angers, 49035 Angers.

Jessica Guelff, Médecin généraliste, Maître de Conférence Associée. Département de médecine générale, 49035 Angers.

Contexte : Devant l'appréhension que suscite l'examen pelvien pour les patientes, entraînant en partie une perte de suivi médical, il est nécessaire de repenser la réalisation de ce dernier. Proposer un examen gynécologique en décubitus latéral (EGDL) est une piste à envisager. Malgré une mise en lumière de cette alternative grâce au roman de Martin Winckler « Le Chœur des femmes », les praticiens y sont très peu formés.

Objectif : Quantifier l'intérêt des étudiants de troisième cycle (E3C) de médecine générale de la faculté d'Angers pour une formation portant sur la réalisation de l'EGDL durant le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DESMG). Objectifs secondaires : Décrire leur taux de connaissance de l'EGDL et l'auto-évaluation de leur niveau de compétences à l'examen gynécologique.

Méthode : Etude observationnelle descriptive transversale. Diffusion d'un questionnaire en ligne d'août 2023 à décembre 2023 auprès des internes inscrits en DESMG à la faculté d'Angers pour l'année 2022-2023.

Résultats : 39 % des E3C angevins avaient répondu. Aucun E3C n'avait bénéficié d'une formation à l'EGDL durant son cursus mais 52 (37,68 %) en avaient connaissance. 120 (86,96 %) E3C souhaitaient s'y former, sous forme d'une journée en binôme pluridisciplinaire. Il n'existait pas de différence significative du taux de connaissance de l'EGDL selon le type de stage de gynécologie effectué (hospitalier ou ambulatoire). Les E3C passés en stage ambulatoire femme-enfant (SAFE) présentaient un niveau auto-évalué de compétence à l'examen gynécologique significativement meilleur. Il n'existait pas de différence de niveau de compétence entre les E3C connaissant ou non l'EGDL. Les E3C supposaient des avantages à l'EGDL pour les patientes.

Conclusion : Les internes seraient intéressés par une formation à l'EGDL durant le DESMG. Proposer cette position alternative pourrait répondre aux besoins de certaines patientes et ainsi renforcer une relation de soin bienveillante et respectueuse.

INTRODUCTION

Le médecin généraliste, par sa pluridisciplinarité, tient un rôle dans le suivi gynécologique des femmes¹. La démographie des gynécologues médicaux, en déclin progressif avec une perte de 52,5 % des effectifs en treize ans, vient asseoir cette position². La région des Pays de la Loire n'est pas épargnée par ce phénomène et enregistre une diminution de sa densité de gynécologues médicaux à 4,1 pour 100 000 patientes en 2021, contre 8,4 en 2012³. Dans ce contexte, les médecins généralistes, ont vu leur implication renforcée dans le suivi gynécologique⁴.

La consultation gynécologique tient une place singulière dans l'exercice médical en touchant au domaine de l'intime⁵⁻⁶. Depuis les années soixante-dix, des travaux se sont intéressés au ressenti des patientes lors de cette consultation et les résultats sont unanimes : elle s'apparente à une nécessité désagréable⁷. La peur, la douleur ou encore l'atteinte de la dignité, sont autant d'éléments traduisant le vécu négatif des femmes lors de la consultation gynécologique. Ce ressenti est majoritairement lié à l'examen lui-même, sur le dos, les pieds dans les étriers et les cuisses écartées, moment durant lequel les patientes mettent en exergue un sentiment de vulnérabilité⁸.

Ce constat a poussé le corps médical à repenser la consultation gynécologique. Les réflexions menées à ce sujet prônent une bientraitance globale⁹, atteignable en construisant une relation de confiance avec les patientes¹⁰, au sein d'un environnement respectueux de l'intimité¹¹. Cette nécessité de remise en question a connu un rebond en 2014 avec la médiatisation des violences gynécologiques¹².

Par ailleurs, entre 2019 et 2021, le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin n'était que de 59,7 % en France¹³. Ce faible résultat est en partie corrélé au fait que les patientes renoncent à leur suivi gynécologique à la suite d'un mauvais vécu de l'examen¹⁴⁻¹⁵.

Une des pistes est de repenser la position de l'examen gynécologique¹⁶. Des travaux ont été menés autour de la réalisation de l'examen gynécologique en décubitus latéral (EGDL). Proposée en France depuis les années 2000 par les sages-femmes lors de l'accouchement, cette pratique reste peu connue des médecins.

En 2009, la publication du livre *le Chœur des femmes* par Martin Winckler a suscité la réflexion autour de cette pratique de l'EGDL¹⁷. Le Dr Borrée, en propose ensuite une illustration en 2011 (**figure 1**). Ces derniers ont ouverts la voie aux premières publications de thèses et de mémoires en 2015, montrant des résultats encourageants avec des patientes qui trouvent l'EGDL plus confortable et respectueux de leur pudeur¹⁸⁻²². L'EGDL pourrait ainsi être un élément de réponse à la problématique. Cependant, peu d'enseignements à ce sujet sont actuellement proposés en médecine générale en France.

L'objectif de ce travail était de déterminer si les internes de médecine générale de la faculté d'Angers seraient intéressés par une formation portant sur la réalisation de l'EGDL durant le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DESMG), et de manière secondaire, de faire l'état des lieux de leurs connaissances sur le sujet et recueillir l'auto-évaluation de leur niveau de compétences à l'examen gynécologique.

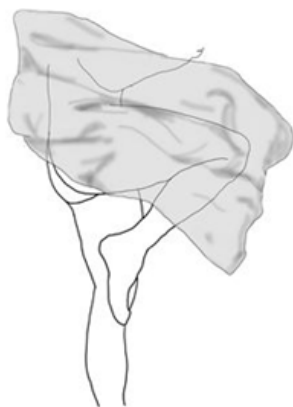


Figure 1 - Illustration d'une patiente en décubitus latéral gauche, issue du Blog de Borée.
Consultable sur [http:// boree.eu](http://boree.eu) et reproduite avec l'autorisation de l'auteur.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale interrogeant les internes inscrits au DESMG à la faculté d'Angers pour l'année 2022-2023. Le recrutement s'est effectué d'Août 2023 à Décembre 2023 par diffusion d'un questionnaire Lime Survey (**annexe**) via la liste de mailing facultaire. Une première relance par mail a été réalisée en Octobre 2023 et une seconde en Décembre 2023 par présentation physique lors de cours facultaires. Le critère de jugement principal portait sur l'effectif d'internes souhaitant bénéficier d'une formation à l'EGDL. Les critères de jugement secondaires interrogeaient l'effectif d'internes ayant connaissance de l'EGDL avant cette étude, ainsi que l'auto-évaluation de leur niveau de compétences à l'examen gynécologique. Les données, anonymes, ont été recueillies et analysées sur logiciel Microsoft Office Excel 2010®. Les analyses statistiques ont été réalisées sur BiostatGV. Les variables qualitatives nominales ont été analysées par les test du Chi-deux ou Fisher selon les effectifs, les variables ordinales par un test de Kruskal-Wallis. Les données ont été conservées conformément aux recommandations CNIL. Ce travail s'inscrivait hors des critères RIPH.

RÉSULTATS

Au total, 356 internes ont été sollicités. 153 réponses ont été obtenues, parmi lesquelles, 15 ont été exclues car inexploitable. Le taux de réponse au questionnaire était de 39 % soit 138 internes (**figure 2**). Les caractéristiques des internes répondants sont rapportées dans le **tableau 1**. 45.65 % des internes avaient réalisé leur deuxième cycle des études médicales à Angers.

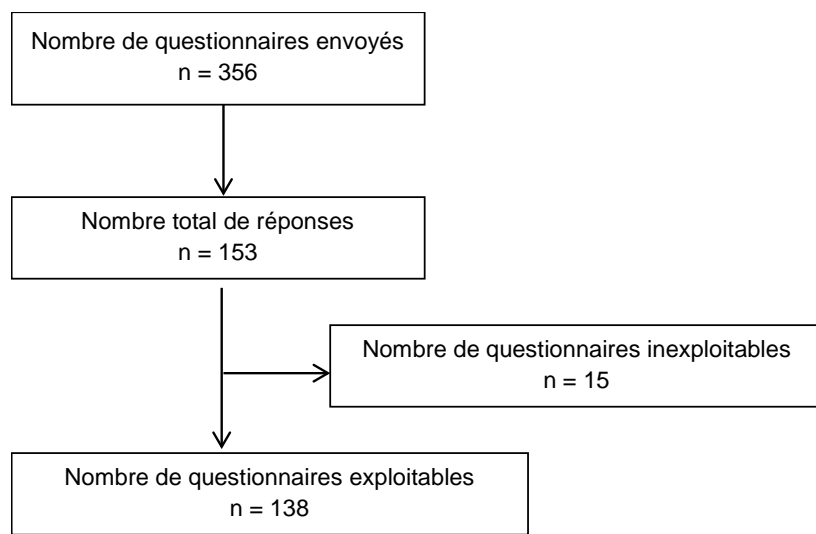


Figure 2 : Flowchart

Caractéristiques des internes de médecine générale	Internes de médecine générale n (%)
Sexe	138
Femme	117 (84,78)
Homme	21 (15,22)
Année de DESMG actuelle	138
1ère	39 (28,26)
2ème	46 (33,33)
3ème	53 (38,21)
Réalisation d'un stage de gynécologie en hospitalier	94
Oui	80 (57,97)
Non	58 (42,03)
Périodes de la réalisation du stage	80
Externat	40 (50)
Internat	12 (16,67)
Externat et internat	28 (33,33)
Réalisation d'un stage de gynécologie en ambulatoire, SAFE ou PMI	
Oui	24 (17,39)
Non	114 (82,61)
Périodes de la réalisation du stage	24
Externat	0 (0)
Internat	22 (91,67)
Externat et internat	2 (8,33)
Expérience de réalisation d'un examen gynécologique	138
Oui	133 (96,38)
Non	5 (3,62)
Positions de réalisation de l'examen gynécologique[†]	133
Décubitus dorsal avec les étrières	133 (100)
Décubitus dorsal sans les étrières	61 (45,86)
Position du lotus	5 (3,76)
Décubitus latéral	1 (0,75)

[†] Question à choix multiple

DESMG : Diplôme d'études spécialisées de médecine générale ; SAFE : Stage ambulatoire femme enfant ; PMI : Protection maternelle et infantile

Tableau 1 - Caractéristiques générales de l'échantillon

59 (42,75 %) internes interrogés se sentaient compétents dans la réalisation d'un examen gynécologique, 45 (32,61 %) moyennement compétents, 17 (12,32 %) peu compétents, 8 (5,80 %) pas du tout compétents, 8 (5,80 %) très compétents et 1 (0,72 %) ne s'était pas prononcé.

Dans la comparaison du niveau de compétence auto-évalué, il existait une différence significative en fonction de l'année de DESMG dans laquelle se trouvaient les étudiants de 3è

cycle (E3C) avec une progression du niveau avec les années ($p < 0.05$). De même, il existait une différence significative en fonction du type de stage gynécologique effectué avec un meilleur niveau de compétence auto-évalué par les internes ayant réalisé un stage SAFE (Stage Ambulatoire Femme-Enfant) (**tableau 2**).

Niveau de compétence auto-évalué à l'examen gynécologique

	n (%)	Pas du tout compétent	Peu compétent	Moyennement compétent	Compétent	Très compétent	p
Année de DESMG	138						
1ère	39 (28,26)	4 (10,26)	9 (23,08)	15 (38,46)	11 (28,20)	0	<0,05
2ème	46 (33,33)	1 (2,17)	3 (6,52)	13 (28,26)	25 (54,35)	3 (6,52)	
3ème	53 (38,41)	3 (5,66)	5 (9,43)	17 (32,08)	23 (43,40)	5 (9,43)	
Stage en gynécologie effectué	94						
Stage hospitalier seul	70 (74,47)	2 (2,86)	5 (7,14)	27 (38,57)	33 (47,15)	3 (4,29)	<0,05
Stage hospitalier + ambulatoire	10 (10,64)	0	0	4 (40)	4 (40)	2 (20)	
Stage ambulatoire seul	14 (14,89)	0	0	1 (7,14)	12 (85,72)	1 (7,14)	
Au moins un examen gynécologique réalisé *	133						
Décubitus dos + étriers	133 (100)	5 (3,76)	15 (11,28)	46 (34,59)	59 (44,36)	8 (6,02)	NS
Positions alternatives	67 (50,38)	1 (1,49)	8 (11,94)	19 (28,36)	32 (47,76)	7 (10,45)	
Connaissance de l'EGDL avant cette étude	135						
Oui	50 (37,04)	2 (4)	5 (10)	14 (28)	25 (50)	4 (8)	NS
Non	85 (62,96)	6 (7,06)	10 (11,76)	31 (36,47)	34 (40)	4 (4,71)	

DESMG : Diplôme d'études spécialisées de médecine générale ; NS : Différence non significative, EGDL : Examen gynécologique en décubitus latéral ; E3C : Etudiants de troisième cycle ; * question à choix multiples. Test statistique utilisé : test ordinal Kruskal-Wallis

Tableau 2 - Auto-évaluation du niveau de compétence à l'examen gynécologique en fonction de l'expérience des E3C.

Les connaissances portant sur l'EGDL des internes et leurs méthodes d'acquisitions sont présentées dans le **tableau 3**. 52 (37,6 %) E3C connaissaient l'EGDL, avec une augmentation significative ($p < 0.05$) du taux de connaissance au cours des années d'expériences. Un seul (0,72 %) déclarait avoir réalisé un EGDL, une seule fois, et s'être

senti moyennement compétent lors de sa réalisation. Aucun interne n'avait déclaré avoir reçu une formation spécifique à l'EGDL par leur faculté d'externat ni internat. Il n'existait pas de différence significative de connaissance de l'EGDL en fonctions des stages réalisés ni en fonction du sexe (**tableau 4**).

	n (%)
Suivi d'une formation à l'EGDL pendant l'externat ou l'internat	138
Oui	0 (0)
Non	138 (100)
Connaissance de l'EGDL avant l'étude	138
Oui	52 (37,68)
Non	86 (62,32)
Méthodes d'acquisition des connaissances[†]	52
Par un enseignement facultaire pendant l'externat	6 (11,54)
Par un enseignement facultaire pendant l'internat	4 (7,69)
Au cours d'un stage en gynécologie	5 (9,62)
Au cours d'un stage SAFE	3 (5,77)
Au cours d'un stage ambulatoire de niveau 1 ou 2	7 (13,46)
Au cours d'un stage aux urgences	0 (0)
Par l'entourage	17 (32,69)
Par des recherches personnelles	31 (59,62)

[†] Question à choix multiple

EGDL : Examen gynécologique en décubitus latéral ; SAFE : Stage ambulatoire femme enfant

Tableau 3 - Formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral

Connaissance de l'EGDL avant cette étude				
	n (%)	OUI	NON	p
Année de DESMG	138	52 (37,68)	86 (62,32)	
1ère	39 (28,26)	10 (25,64)	29 (74,36)	
2ème	46 (33,33)	14 (30,43)	32 (69,57)	<0,05
3ème	53 (38,41)	28 (52,83)	25 (47,17)	
Stage en gynécologie effectué	94	49 (52,13)	45 (47,87)	
Stage hospitalier seul	70 (74,47)	31 (44,29)	39 (55,71)	
Stage hospitalier + ambulatoire	10 (10,64)	2 (20)	8 (80)	NS
Stage ambulatoire seul	14 (14,89)	6 (42,86)	8 (57,14)	
Sexe	138	52 (37,68)	86 (62,32)	
Femme	117 (84,78)	48 (41,03)	69 (58,97)	NS
Homme	21 (15,22)	4 (19,05)	17 (80,95)	

EGDL : Examen gynécologique en décubitus latéral ; DESMG : Diplôme d'études spécialisées de médecine générale ; NS : Différence non significative. Test utilisé : test du Chi-deux.

Tableau 4 - Connaissance de l'EGDL en fonction des caractéristiques des E3C de MG

Par ailleurs, il n'existait pas de différence significative du niveau de compétence en fonction de la connaissance ou non de l'EGDL (**tableau 2**).

Les avantages et inconvénients de l'EGDL pour les patientes et les médecins généralistes, supposés par les internes répondants, sont décrits dans le **tableau 5**. Il s'agissait d'une question à choix multiples. Les différents items proposés ont été sélectionnés suite à leur mise en lumière dans les précédents travaux de recherche des Dre. Botalla-Pieretta¹⁸, Dre. Brun-Cottan et Dr. Beuneux²¹, Dre. Bréchet San-Onofre et Dre. Pennequin²³.

Pour les patientes			
Avantages[†]	n = 138	Inconvénients[†]	n = 138
Diminution des douleurs	22 (15,94)	Majoration des douleurs	16 (11,59)
Amélioration du confort	99 (71,74)	Diminution du confort	14 (10,14)
	102		
Diminution de l'anxiété	(73,91)	Augmentation de l'anxiété	6 (4,35)
	127		
Meilleur respect de la pudeur	(92,03)	Moindre respect de la pudeur	2 (1,45)
	127		
Laisser le choix à la patiente	(92,03)	Laisser le choix à la patiente	1 (0,72)
Sentiment de moindre intrusion	81 (58,70)	Sentiment d'intrusion accru	8 (5,80)
Motivation pour le suivi	43 (31,16)	Perte de motivation pour le suivi	3 (2,17)
Diminution du contact visuel	71 (51,45)	Diminution du contact visuel	41 (29,71)
			101
Exposition des fesses	4 (2,90)	Exposition des fesses	(73,19)
Proposition d'une méthode nouvelle	68 (49,28)	Proposition d'une méthode nouvelle	18 (13,04)
Pour les médecins généralistes			
Avantages[†]	n = 136	Inconvénients[†]	n = 136
Meilleure exposition du col utérin	3 (2,17)	Moins bonne exposition du col utérin	71 (51,45)
Position alternative pour les patientes refusant l'examen en décubitus dorsal	136 (98,55)	Position non envisageable pour les patientes victimes de violences sexuelles	4 (2,90)
Position alternative pour les patientes victimes de violences sexuelles	104 (75,36)	Diminution de la communication non verbale	42 (30,43)
Réalisation rapide de l'examen	7 (5,07)	Nouvelle formation à suivre	93 (67,39)
Nouvelle formation à suivre	34 (24,64)	Examen plus long	38 (27,54)
Diminution de la communication non verbale	6 (4,35)	Positionnement moins confortable	55 (39,86)
			100
Positionnement plus confortable	44 (31,88)	Nécessité de changer ses habitudes	(72,46)
Nécessité de changer ses habitudes	14 (10,14)		

* Les données sont des effectifs (pourcentages), † Question à choix multiple

Tableau 5 - Avantages et inconvénients supposés du décubitus latéral*

Si une formation à l'EGDL était proposée pendant le DES de médecine générale, 120 (86,96 %) internes souhaitaient y participer, 3 (2,17 %) n'étaient pas intéressés et 15 (10,87 %) ne savait pas. 102 (85 %) internes souhaitaient réaliser cette formation sous forme de travaux

pratiques, 97 (80,83 %) au cours d'une journée en binôme avec un médecin ou une sage-femme, 35 (29,17 %) lors d'une formation médicale continue et 9 (7,50 %) en cours magistral. Il n'existe pas de différence significative de type de formation souhaité en fonction de l'année dans laquelle se trouve l'E3C, ni selon leur niveau de compétence auto-évalué.

Une question ouverte recherchait les avantages que pourraient apporter une formation à l'EGDL selon les internes interrogés. 136 réponses ont été obtenues :

- Pour 67 internes, cela permettrait de proposer « une alternative au décubitus dorsal », de « diversifier les méthodes », d'apporter « une nouvelle pratique »,
- Pour 23 internes, il s'agissait d'enrichir leur formation : « élargir ses connaissances », « améliorer ses compétences », « améliorer sa pratique »,
- Pour 16 internes, la formation était vue comme une nécessité avant toute mise en pratique : « se former avant de pratiquer », « se former pour être compétent »,
- Pour 55 internes, les avantages étaient pour les patientes elles-mêmes : « laisser le choix de la position », « meilleur vécu de l'examen », « plus confortable », « respectueux de la pudeur », « moins traumatique psychologiquement »,
- Pour 20 internes, il pourrait en découler « une amélioration du suivi gynécologique » et « une meilleure prise en charge des patientes ».

DISCUSSION

La quasi-totalité des internes serait intéressée par la réalisation d'une formation à l'EGDL pendant le DESMG, principalement sous forme de travaux pratiques ou de journée en binôme pluri-professionnel. Cet engouement fait écho aux faibles connaissances de ces derniers sur le sujet à l'heure actuelle. Cette constatation était déjà retrouvée dans de précédents travaux de recherches, allant jusqu'à être mentionnée comme un frein à la mise en pratique de l'EGDL²⁴. Les internes ayant connaissance de l'EGDL avant cette étude le doivent à une démarche de recherches personnelles. C'est également ce que rapporte le travail du Dre Botalla-Piretta¹⁸ en 2015, où les praticiens mentionnaient leur formation par compagnonnage ou avec l'aide des schémas réalisés par le Dr Borée (**figure 1**).

Les E3C passés en stage hospitalier ne connaissaient pas plus l'EGDL que les autres. Malgré la possibilité de contact pluri-professionnel, notamment avec les sages-femmes pratiquant l'EGDL, ils ne semblent pas avoir plus bénéficié de l'apprentissage de cette technique. Cependant, le niveau de compétence auto-estimé n'était pas impacté par le fait de connaître ou non l'EGDL mais par l'effectif d'un stage SAFE et les années croissantes d'expérience dans leur DESMG. La méthodologie de cette étude ne permettait pas de quantifier l'importance des autres stages ambulatoires (niveau 1 et 2) dans l'acquisition de cette compétence, mais on peut supposer que les expositions répétées en stage ambulatoire de tout type participent à sa construction.

Les avantages supposés de l'EGDL par les internes, étaient majoritairement évoqués à la faveur des patientes avec l'idée de renforcer le confort et le respect de la pudeur. Replacer les patientes au cœur de la prise en charge en leur laissant le choix de la position d'examen s'imposait également comme un argument d'importance. Les inconvénients supposés, quant

à eux, étaient plutôt à la charge des médecins généralistes. L'inquiétude principale reposait sur la remise en question des habitudes de pratique et la nécessité de suivre une nouvelle formation. La difficulté de réalisation de l'EGDL, pouvant aboutir à une perte de performance, était également une préoccupation pour la majorité des internes. Ces différents éléments, s'inscrivent dans les mêmes constatations soulevées par de précédents travaux^{18,22}, en particulier celui du Dre Pascal réalisé en 2021 qui interrogeait une population similaire, soit des professionnels de santé ne pratiquant pas l'EGDL²⁴.

Cette étude trouve sa force dans son originalité. Les travaux actuels sur l'EGDL, interrogeaient des populations de patientes et/ou de médecins généralistes¹⁸⁻²⁴, mais aucun, à notre connaissance, ne portaient sur les internes de médecine générale. Si le sujet du ressenti des patientes et des professionnels de santé vis-à-vis de l'EGDL est très largement abordé¹⁸⁻²⁴ et d'actualité, cette étude est la première à s'interroger quant à une formation à ce dernier. Devant l'appréhension que suscite l'examen pelvien pour les patientes, un groupe de travail multidisciplinaire de 45 experts a publié en Juin 2023 une liste de 40 recommandations pour la pratique clinique. La recommandation numéro 6 fait écho à la nécessité de proposer des positions d'examen alternatives aux patientes : « la position gynécologique standard (mise en place des pieds dans des étriers en métal et en décubitus dorsal) étant associée à un moins bon vécu de l'examen pelvien chez certaines femmes, il est recommandé de leur proposer des positions alternatives [...], si elles sont compatibles avec un examen de qualité dans la situation clinique de la patiente²⁵ ».

Les résultats encourageants concernant l'intérêt porté à la formation à l'EGDL sont cependant à mettre en relief avec la participation volontaire au questionnaire, entraînant un biais de sélection. En effet, les internes répondants étaient probablement plus intéressés et ouverts à une formation à l'EGDL que ceux n'ayant pas souhaité participer. Certaines

données étaient recueillies de manière rétrospective. Un biais de mémorisation est donc possible au sujet de l'acquisition des connaissances de l'EGDL au cours du cursus. Enfin, l'étude ne portait que sur les internes inscrits à la faculté d'Angers, la soumettant à un biais de représentabilité. Il ne peut être exclu qu'une sensibilisation à l'EGDL soit déjà véhiculée dans certaines facultés ou que l'intérêt des internes à ce sujet diffère entre les lieux d'études.

A la lumière de ces éléments, il est raisonnable de penser qu'une formation à l'EGDL ait sa place au sein du DES de médecine générale. L'absence actuelle de formation systématique à l'EGDL, principal frein à sa mise en pratique²⁴, est mentionnée dans les dernières recommandations de bonne pratique : « bien que la position latérale [...] soit utilisée dans certains pays, elle est rarement enseignée en France²⁵ ». 72,46 % des internes interrogés voient le fait de changer leurs habitudes de pratique comme un inconvénient. Proposer une formation en début de cursus pourrait avoir un impact plus positif qu'une mise en place auprès des médecins généralistes déjà installés.

Avant de proposer une formation à l'EGDL, il est primordial de s'assurer de sa performance. C'est dans ce contexte, que le Dre. Chevet a publié en 2021 un protocole portant sur une étude qui « consiste à former des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes de ville à l'EGDL afin d'évaluer la faisabilité de son utilisation en soins primaires²⁶ ». Cette étude, apportera ainsi un argument de poids supplémentaire pour valider l'intérêt la diffusion de cette méthode d'examen et la mise en place d'une formation à l'EGDL.

Notre travail étant non exhaustif, il serait également pertinent que de futures recherches interrogent d'autres facultés de médecine générale, pour engager une réflexion sur une formation intégrée au DESMG.

CONCLUSION

Replacer les patientes au centre de leur prise en charge est une priorité. Former les praticiens à l'EGDL pour laisser le choix aux patientes de leur méthode d'examen est un levier intéressant pour y parvenir. Il ne s'agit pas de mettre en place une nouvelle méthode destinée à se généraliser, mais de pouvoir proposer une alternative aux patientes pour qui cela semble mieux convenir. La position n'est qu'une partie de l'examen gynécologique et doit s'inscrire dans un tout. Ainsi une relation de soin bienveillante, dans le respect de la pudeur, avec la réalisation d'un examen gynécologique adapté à chaque patiente, devrait être le gold standard de tous les praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de littérature. Thèse de médecine : Université d'Angers, 2018.
2. Dumont F. Démographie inquiétante des gynécologues médicaux en France. Journaux officiels du Senat 2021;4801.
3. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire. Démographie des médecins gynécologues médicaux et obstétriciens en Pays de la Loire. Situation 2021 et évolution. Nantes : ORS Pays de la Loire, 2021.
4. Observatoire régional de la santé Pays de la Loire, Union régionale des médecins libéraux des Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N° 15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Nantes : ORS Pays de la Loire, Saint Sébastien-sur-Loire : URML Pays de la Loire, 2016.
5. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. Champ Psychosom 2002;27:81-92.
6. Chiche F. « Vous pouvez vous déshabiller là ». La consultation gynécologique à l'épreuve de l'intime. Intimités en danger. Presses Universitaires de France 2019;17-27.
7. Grundström H, Wallin K, BerterÖ C. 'You expose yourself in so many ways': young women's experiences of pelvic examination. J Psychosom Obstet Gynecol 2011;32:59-64.
8. Pascal C. Pratique et vécu de l'examen gynécologique : une revue de la littérature. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2017.
9. De Bardonnèche-Richard É. La bientraitance en consultation de gynécologie de prévention : ce que les femmes ont à nous dire. Étude qualitative auprès de 15 patientes de

3 maternités des Hauts-de-France. Mémoire : Université de Lille, école de sages-femmes, 2019.

10. Skär L, Grankvist O, Söderberg S. Factors of importance for developing a trustful patient-professional relationship when women undergo a pelvic examination. *Health Care Women Int* 2020;41:869-82.

11. Nguyen NK, Bendahmane L, Martin MJ, Tilly A, Bayen S, Messaadi N. Environnement réconfortant et respect de l'intimité. L'organisation du cabinet médical pour la consultation gynécologique. *Santé Publique* 2020;32:347-58.

12. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées. Paris : HCE, 2018.

13. Santé publique France. Géo données en santé publique. Saint-Maurice : GEODES, 2021. Disponible sur : <https://geodes.santepubliquefrance.fr> [consulté le 24 Février 2024].

14. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer* 2011;98:122-8.

15. Rocher J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico-utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. Thèse de médecine : Université Paris Val de Marne, 2014.

16. Bates CK, Carroll N, Potter J. The Challenging Pelvic Examination. *J Gen Intern Med* 2011;26:651-7.

17. Winckler M. Le Choeur des femmes. 1 ed. Paris : P.O.L, 2009.

18. Botalla-Piretta AS. Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2015.

19. Feauveau C. L'examen gynécologique en décubitus latéral : vécu des patientes. Mémoire : Université de Limoges, école de sages-femmes, 2016.
20. Guillon-Boucher A. L'examen gynécologique en décubitus latéral : exploration du ressenti des patientes par une étude qualitative. Thèse de médecine : Université de Lyon, 2015.
21. Brun-Cottan C, Beuneux F. L'examen gynécologique en décubitus latéral : quel ressenti par les patientes ? Médecine 2019;15:468-73.
22. Grange-Cabane A. Le décubitus latéral : perspectives pour l'examen gynécologique du point de vue des patientes. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2015.
23. Bréchet San-Onofre N, Pennequin S. Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire. Thèse de médecine : Université de Grenoble, 2019.
24. Pascal A. Examen gynécologique en décubitus latéral : perception des professionnels de santé qui ne le pratiquent pas. Une étude qualitative en Auvergne. Thèse de médecine : Université de Clermont Auvergne, 2021.
25. Deffieux X, Rousset-Jablonski C, Gantois A, et al. Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 2023;6:297-330.
26. Chevet L. Performance de l'examen gynécologique en décubitus latéral. Rédaction d'un protocole pour une étude en soins primaires. Thèse de médecine : Université de Rouen, 2021.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Illustration d'une patiente en décubitus latéral gauche, issue du Blog de Borée. Consultable sur http:// boree.eu et reproduite avec l'autorisation de l'auteur.....	5
Figure 2 : Flowchart	7

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques générales de l'échantillon	8
Tableau 2 - Auto-évaluation du niveau de compétence à l'examen gynécologique en fonction de l'expérience des E3C.	9
Tableau 3 - Formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral	10
Tableau 4 - Connaissance de l'EGDL en fonction des caractéristiques des E3C de MG.....	10
Tableau 5 - Avantages et inconvénients supposés du décubitus latéral*.....	11

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	3
MÉTHODES	6
RÉSULTATS.....	7
DISCUSSION	13
CONCLUSION.....	16
BIBLIOGRAPHIE	17
LISTE DES FIGURES.....	20
LISTE DES TABLEAUX	21
TABLE DES MATIERES.....	22
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe I : lien du questionnaire pour les internes de médecine générale de la faculté d'Angers : <https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/484766?lang=fr>

Une formation à l'examen gynécologique en décubitus latéral a-t-elle sa place dans le DES de médecine générale ?

RÉSUMÉ

Contexte : Devant l'appréhension que suscite l'examen pelvien pour les patientes, entraînant en partie une perte de suivi médical, il est nécessaire de repenser la réalisation de ce dernier. Proposer un examen gynécologique en décubitus latéral (EGDL) est une piste à envisager. Malgré une mise en lumière de cette alternative grâce au roman de Martin Winckler « Le Chœur des femmes », les praticiens y sont très peu formés.

Objectif : Quantifier l'intérêt des étudiants de troisième cycle (E3C) de médecine générale de la faculté d'Angers pour une formation portant sur la réalisation de l'EGDL durant le Diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DESMG). Objectifs secondaires : Décrire leur taux de connaissance de l'EGDL et l'auto-évaluation de leur niveau de compétences à l'examen gynécologique.

Méthode : Etude observationnelle descriptive transversale. Diffusion d'un questionnaire en ligne d'Août 2023 à Décembre 2023 auprès des internes inscrits en DESMG à la faculté d'Angers pour l'année 2022-2023.

Résultats : 39 % des E3C angevins avaient répondu. Aucun E3C n'avait bénéficié d'une formation à l'EGDL durant son cursus mais 52 (37,68 %) en avaient connaissance. 120 (86,96 %) E3C souhaitaient s'y former, sous forme d'une journée en binôme pluridisciplinaire. Il n'existait pas de différence significative du taux de connaissance de l'EGDL selon le type de stage de gynécologie effectué (hospitalier ou ambulatoire). Les E3C passés en stage ambulatoire femme-enfant (SAFE) présentaient un niveau auto-évalué de compétence à l'examen gynécologique significativement meilleur. Il n'existait pas de différence de niveau de compétence entre les E3C connaissant ou non l'EGDL. Les E3C supposaient des avantages à l'EGDL pour les patientes.

Conclusion : Les internes seraient intéressés par une formation à l'EGDL durant le DESMG. Proposer cette position alternative pourrait répondre aux besoins de certaines patientes et ainsi renforcer une relation de soin bienveillante et respectueuse.

Mots-clés : examen gynécologique, médecine générale, internes, enseignement, préférence des patients, éthique clinique

Does training in gynecological examination in lateral decubitus have its place in general medicine DES?

ABSTRACT

Background: Given patients' apprehension about pelvic examinations, leading in part to a loss of medical follow-up, it is necessary to rethink the way in which they are carried out. Offering a gynaecological examination in the lateral decubitus position (EGDL) is one option that could be considered. Despite the fact that Martin Winckler's novel "Le Chœur des femmes" (The Women's Chorus) has brought this alternative to light, practitioners have very little training in it.

Objective: To quantify the interest of postgraduate students in general medicine at the Faculty of Angers in training to perform the EGDL during the Diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DESMG). Secondary objectives: To describe their level of knowledge of the EGDL and their self-assessment of their level of skills in gynaecological examination.

Method: Cross-sectional descriptive observational study. Distribution of an online questionnaire from August 2023 to December 2023 to interns enrolled in the DESMG at the Faculty of Angers for the year 2022-2023.

Results: 39 % of E3Cs in Angers responded. No E3C had received EGDL training during their studies, but 52 (37.68 %) were aware of it. 120 (86.96 %) E3Cs wished to receive training, in the form of a day in multidisciplinary pairs. There was no significant difference in the rate of awareness of the EGDL according to the type of gynaecology training course undertaken (inpatient or outpatient). The E3Cs who had attended a women and children (SAFE) outpatient course had a significantly better self-assessed level of competence in the gynaecological examination. There was no difference in skill levels between E3Cs with and without knowledge of the EGDL. The E3Cs assumed that the EGDL would benefit patients.

Conclusion: Interns would be interested in EGDL training during the DESMG. Offering this alternative position could meet the needs of certain patients and thus reinforce a caring and respectful healthcare relationship.

Keywords : gynecological examination, general practice, internship, teaching, patient preference, clinical ethics