

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Daphné de SAINT PIERRE

Le 27 Mai 2025

PLACE DU TOUCHER VAGINAL DANS LE SUIVI SYSTÉMATIQUE DE LA FEMME ASYMPTOMATIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Directrice de thèse : Dr Anne SAINT-MARTIN

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Madame le Professeur Anne FREYENS

Madame le Docteur Anne SAINT-MARTIN

Président

Assesseur

Assesseur

**UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE**

FACULTE DE SANTE

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2024-2025

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LARRUE Vincent
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. AVET-LOISEAU Hervé	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEVADE Thierry
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CANTAGREL Alain	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CHOLLET François	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUSSEAU Hervé
Professeur Honoraire	M. DIDIER Alain	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. SALLES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOMMUN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SENARD Jean-Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Professeurs Emérites

Professeur Emérite	M. BUJAN Louis
Professeur Emérite	M. CARON Philippe
Professeur Emérite	M. CHAP Hugues
Professeur Emérite	M. CLANET Michel
Professeur Emérite	M. DIDIER Alain
Professeur Emérite	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Emérite	M. LANG Thierry
Professeur Emérite	M. LAROCHE Michel
Professeur Emérite	M. LAUQUE Dominique
Professeur Emérite	M. LEVADE Thierry
Professeur Emérite	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Emérite	M. MARCHOU Bruno
Professeur Emérite	M. MESTHE Pierre
Professeur Emérite	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Emérite	M. PARINI Angelo
Professeur Emérite	M. PERRET Bertrand
Professeur Emérite	M. ROQUES LATRILLE Christian
Professeur Emérite	M. SERRE Guy
Professeur Emérite	M. SIZUN Jacques
Professeur Emérite	Mme TAUBER Marie-Thérèse
Professeur Emérite	M. VIRENQUE Christian
Professeur Emérite	M. VINEL Jean-Pierre

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. MALAUDAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick (C.E.)	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
Mme CORRE Jill	Hématologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologique	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GEERAERTS Thomas (C.E)	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GUIMBAUD Rosine (C.E)	Cancérologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie	M. YRONDI Antoine	Psychiatrie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LANGLAIS Tristan	Chirurgie infantile
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. RAPOSO Nicolas	Neurologie
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés de Médecine
	M. SIBAUD Vincent
	Dermato. Vénérologie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. GOZE Tudi	Psychiatrie d'adultes
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BAUDOU Eloise	Pédiatrie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	Mme LARGEAUD Laetitia	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme LEGRAND - ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAULAT Charlotte	Bactériologie-virologie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Chirurgie digestive
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M. MONTASTRUC François	Biochimie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Jessika	Pharmacologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	Mme MOREAU Marion	Biologie du dév. Et de la reproduction
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Physiologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Biologie Cellulaire
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Physiologie
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Génétique
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SABOURDY Frédérique	Hématologie
Mme DUBUCS Charlotte	Histologie, embryologie et cytogénétique	Mme SAUNE Karine	Biochimie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Bactériologie Virologie
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Endocrinologie, diabète
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Hématologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme WEYL Ariane	Biophysique et médecine nucléaire
			Anatomie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUCAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés de Médecine Générale

M. CHABARDES Arnaud
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emille
Mme FRAY Isabelle
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian
M. VERGES Yohann

Remerciements

Au Professeur DUPOUY,

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Veillez trouver, en retour, l'expression de ma sincère gratitude.

Au Dr Freyens,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au jury de ma thèse et j'espère que mon travail, visant à contribuer à l'évolution des pratiques en médecine générale, saura retenir votre intérêt.

À Anne,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée tout au long de sa réalisation. Merci pour ton temps, ton écoute, ta gentillesse.

Ce travail est aussi et surtout le fruit de tes relectures attentives, et de tes remarques constructives.

Merci pour ton aide et ton accompagnement !

À tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire,

Je vous remercie pour votre temps, pour vos remarques, et pour votre engagement.

À Arnaud,

Mon partenaire, ma moitié, mon amour ...

La plus belle des équipes : merci de m'avoir accompagnée et soutenue toutes ces années, dans les bons et les mauvais moments.

Je t'aime.

À Maman,

Merci pour ton soutien et ton amour depuis toujours. Tu es source d'inspiration, tu m'aides au quotidien et tu remplis ma vie de tendresse et de joie.

À Papa,

Merci pour ta douceur et ta sensibilité, ta présence permanente malgré la distance.

Mon meilleur lecteur, merci pour ton aide au perfectionnement de ce travail.

A Katrin, que j'aime fort et qui rend mon Papa si heureux !

A Omi, ma grand-mère d'adoption.

À Alexandre, Antoine, et Hugues,

La plus belle fratrie qu'on puisse imaginer.

Merci d'être là, tout simplement, et d'avoir rempli mon enfance et maintenant ma vie d'amour et de complicité (et aussi de rires et de bêtises) !

À Roxane, Lucie et Anna, merci de supporter mes frères et d'animer nos réunions de famille, je suis heureuse que vous en fassiez partie.

Petite pensée en plus pour Billie, Cléo, et les petitous suivants que j'ai hâte d'accueillir !

À mes grands-parents, qui m'accompagnent à chaque instant.

À Pauline,

Qui me supporte depuis plus de 10 ans, c'est pas une mince affaire !

Merci de toujours savoir quoi me dire et quoi faire pour que j'aille mieux, d'avoir souvent les mots justes, et de lire en moi comme dans un livre ouvert.

À Eliette,

Merci pour ton soutien indéfectible. Merci d'être toujours la même, malgré le fait qu'on ne se voit pas si souvent (mais quand on se voit c'est tellement chouette que ça rattrape tout le reste de l'année). Hâte de vivre la prochaine aventure !

À Gwenaëlle,

Ma future associée, qui vit dans le même monde de bisounours que moi.

J'ai hâte de travailler avec toi, de partager le quotidien, et de construire un environnement doux et paisible.

Liste des abréviations

ACP = American College of Physicians

Atcd = antécédents

CNGOF = Collège national des gynécologues et obstétriciens français

DIU = dispositif intra-utérin, stérilet

FCV = frottis cervico-vaginal

FDR = facteur de risque

HPV = human papillomavirus

IST = infection sexuellement transmissible

MSP = maison de santé pluri-professionnelle

NC = non calculable

TV = toucher vaginal

Table des matières

INTRODUCTION

I. Contexte général.....	3
II. Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique.....	3
III. Le toucher vaginal dans l'examen gynécologique.....	4
IV. Perceptions et attentes des patientes.....	5
V. Enjeux éthiques.....	7
VI. Choix du sujet et implication de la chercheuse.....	8

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs de l'étude.....	9
II. Type d'étude.....	9
III. Population étudiée.....	9
IV. Réalisation du questionnaire.....	9
V. Diffusion du questionnaire.....	10
VI. Récupération des données et période d'étude.....	10
VII. Variables étudiées.....	10
VIII. Analyse des résultats.....	11
IX. Bibliographie.....	11

RESULTATS

I. Taux de réponse	12
II. Caractéristiques de la population étudiée.....	12
III. Pratique du suivi gynécologique et formation.....	12
IV. Pratique du toucher vaginal dans le suivi de la femme asymptomatique.....	14
V. Motivations expliquant la pratique ou non du toucher vaginal, et éléments qui confortent ce choix.....	16
5.1 Analyse dans le groupe « jamais de toucher vaginal ».....	16
5.2 Analyse dans le groupe « toucher vaginal non systématique ».....	18
5.3 Analyse dans le groupe « toucher vaginal systématique ».....	22
VI. Encadrement de la pratique en cas de formation d'un étudiant.....	23
VII. Le toucher vaginal comme outil de dépistage et de diagnostic en l'absence de symptomatologie ou de grossesse	23
VIII. Evaluation personnelle de l'intérêt du toucher vaginal dans ce contexte, et évolution des pratiques.....	25

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

I. Synthèse des résultats: Trois logiques de soin pour trois groupes de médecins...	26
II. Forces et limites de l'étude.....	27
III. L'influence des caractéristiques personnelles des médecins sur la pratique du toucher vaginal	30
IV. Le toucher vaginal : entre apprentissage, expérience et relation de soin.....	31
V. Ce que disent les recommandations : un changement encore peu intégré.....	32
VI. Vers une évolution possible : accompagner le changement.....	34
VII. Une pratique en lien avec les patientes.....	36
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	44

Introduction

I. Contexte général

Le suivi gynécologique, qui participe à la santé des femmes, est classiquement centré sur le **dépistage des cancers féminins** tels que ceux du col de l'utérus et du sein, mais aussi sur la mise en place de la **contraception** et la prévention des **IST**. La mise en œuvre de stratégies de dépistage (comme le frottis cervico-utérin et le test HPV) permet une détection précoce et une prise en charge optimale, réduisant ainsi la morbidité et la mortalité associées à ces pathologies. A titre d'exemple, selon l'Institut national du Cancer et Santé Publique France, environ 3.000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année, mais un dépistage systématique permettrait d'en éviter jusqu'à 90 % [1,2]. Ce suivi joue donc un **rôle essentiel dans la prévention en santé publique** [3,4].

Les recommandations actuelles, émanant du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), prévoient un **suivi annuel** à partir du début de l'activité sexuelle [4,5]. Pourtant, d'après une étude du CNGOF en 2017, plus d'**une femme sur cinq** n'a pas de suivi régulier sur le plan gynécologique [4]. C'est pourquoi les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, ont un rôle crucial à jouer. En effet, ils occupent une place centrale dans l'information, la prévention et le dépistage [6].

II. Place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique

Le suivi gynécologique, historiquement confié principalement aux gynécologues-obstétriciens [5], est désormais assuré par différents professionnels : le gynécologue médical, le gynécologue obstétricien, la sage-femme ou le médecin généraliste. Pourtant, la baisse progressive du nombre de gynécologues ces dernières années a imposé de repenser l'organisation des soins [5,7,8,9]. En effet, selon l'Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des Médecins de 2024, il existe en France métropolitaine en moyenne 2 gynécologues médicaux pour 100.000 habitants, contre 118,2 médecins généralistes pour 100.000 habitants [10,11]. Cette pénurie de gynécologues est particulièrement marquée dans les zones rurales et périurbaines, où le médecin généraliste et la sage-femme deviennent souvent les premiers recours en gynécologie.

Ce rôle du généraliste s'inscrit d'ailleurs dans les missions définies par la WONCA en 2022, qui mettent l'accent sur la **prise en charge globale** des patients et leur

orientation, si nécessaire, vers des spécialistes adaptés à leurs besoins [7]. Ainsi, le généraliste occupe une position centrale dans l'**organisation de la médecine ambulatoire** [5,12], et permet de faciliter l'accès à la **prévention**, au **suivi** et au **dépistage** [6,13]. Il a donc, en tant qu'omnipraticien, un rôle évident à jouer dans la santé de la femme, y compris dans son suivi gynécologique [6]. D'ailleurs, selon l'étude du Dr Guyomard faisant l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale, la grande majorité des médecins généralistes considèrent le suivi gynécologique comme partie intégrante de leur mission [13].

Cependant, cette **diversification des compétences** des médecins généralistes impose une **adaptation de leurs formations**. Pour répondre à ces besoins, plusieurs initiatives de formation et programmes spécifiques ont été mis en place, notamment les formations universitaires qui permettent ainsi aux généralistes d'acquérir des compétences techniques et théoriques plus poussées [7,14]. La formation spécifique au toucher vaginal est quant-à elle un **enjeu pratique et éthique**, son apprentissage se faisant par la répétition, et donc par la pratique régulière [15-17].

Toutefois, plusieurs travaux soulignent les **lacunes dans la formation initiale** qui freinent cette évolution [7,12,14,16,18,19,20,21]. C'est le cas de 27,3% des médecins généralistes interrogés par le Dr Dias dans son étude sur la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île de France. Ceux-ci ont en effet décrit un défaut de formation à la gynécologie, menant à un manque d'aisance dans les gestes techniques [5].

De plus, malgré cette redistribution des rôles, de nombreuses patientes **ignorent** encore que leur médecin généraliste peut être **compétent** pour effectuer leur suivi gynécologique, et une grande partie exprime une préférence pour les gynécologues en raison de leur spécialisation [3,5,9,12,22,23,24].

Enfin, tous les médecins généralistes ne font pas de suivi gynécologique. En effet, les freins à la pratique gynécologique les plus récurrents sont l'aspect **économique** avec des actes peu valorisés par rapport à l'investissement de **temps** et de matériel, une **formation** non adéquate, le sexe masculin, l'aspect **médico-légal**, ou le manque d'**intérêt** pour la gynécologie [3,5,7,12,22,25].

III. Le toucher vaginal dans l'examen gynécologique

Bien que le toucher vaginal existe depuis l'Antiquité, il n'a été intégré à la pratique médicale par les accoucheurs qu'à partir du XVIIe siècle. Ce n'est qu'avec le développement de la médecine anatomo-clinique, à la fin du XVIIIe siècle, qu'il a été véritablement reconnu comme un outil essentiel pour diagnostiquer les pathologies

gynécologiques. Depuis, il est couramment effectué en complément de l'examen au spéculum [26].

C'est un geste **invasif** [17], qui consiste en l'introduction par l'examineur de deux doigts dans le vagin, afin d'évaluer les différents organes pelviens [16,29].

Pour ce faire, la patiente est le plus souvent allongée en **position gynécologique** avec les pieds dans les étriers, ou parfois en **décubitus ventral ou latéral**, selon le confort et les habitudes du praticien [16,17,29].

Tout d'abord, il permet d'apprécier la tonicité du périnée et la paroi vaginale, puis de repérer et palper le col utérin. Ensuite, accompagné d'une palpation abdominale avec l'autre main, il aide à évaluer la taille, la consistance et la position de l'utérus et parfois des annexes [20]. La présence de douleur, ou d'une masse pelvienne (utérine, annexielle) est recherchée, et guide alors la prise en charge. Le plus souvent, il est réalisé **en complément** d'un examen au spéculum, et peut donner lieu à une imagerie ou à des analyses biologiques en cas d'anomalie.

L'examen gynécologique « **traditionnel** » souvent décrit comprend : examen visuel, spéculum, toucher vaginal (TV) et palpation mammaire [15,18,19,27,28,29].

La **pertinence** ou l'**utilité** du toucher vaginal dans cet examen n'est pas systématiquement questionnée [28,29] et surtout, n'est pas toujours clairement expliquée aux patientes [22,28,31]. D'ailleurs, aucune recommandation n'impose un toucher vaginal à chaque examen [32], et jusqu'en 2024 l'examen gynécologique - hors frottis cervico-utérin - n'a fait l'objet d'**aucun consensus** [20,30,32,33,34].

Pourtant, depuis plusieurs années, ce paradigme semble évoluer : son utilité est démontrée dans certains contextes, mais ses indications font débat [15,17]. Des études récentes questionnent le rôle du TV [21,27,35,36], notamment dans le contexte des grossesses à bas risque [27,37], ou dans le suivi des patientes asymptomatiques [21].

IV. Perceptions et attentes des patientes

Le vécu et le ressenti des patientes constituent des éléments clés de cette réflexion. L'examen gynécologique est fréquemment perçu comme **inconfortable ou intrusif**, entraînant un sentiment de **vulnérabilité** lié à une atteinte à la **pudeur** et une **perte de contrôle** [22,30,38,39,40].

Ainsi, Mme Gall indique dans son mémoire sur l'information et le consentement dans la pratique du TV, qu'environ 75 % des femmes décrivent cet examen comme **gênant**, et près de 46 % l'**appréhendent** avant la consultation [30]. Par ailleurs, dans le travail du Dr Cuer sur les inconforts ressentis par les patientes lors d'une consultation de gynécologie,

49,4% des répondantes ressentait un véritable **inconfort émotionnel** pendant cette consultation, allant de l'**anxiété** à l'**inquiétude**, jusqu'à la **peur** et la **honte** [39,41]. Ces perceptions semblent influencées par l'attitude du praticien et l'information donnée, ce qui prouve l'importance d'une **écoute attentive** et d'une **communication** de qualité de la part du professionnel de santé pour établir une **relation de confiance** [17,22,24,33,42].

Les ressentis évoqués peuvent entraîner un **défaut de suivi** gynécologique, aggravé par une **méconnaissance** des objectifs de l'examen [22,28,30,31] ou par des **expériences négatives** liées à des pratiques perçues comme intrusives [6,24,40,43,44]. Les Dr Marcilly et Mauri le confirment dans leur étude de 2018 sur la maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et sur les conséquences pour le suivi, montrant que près d'un tiers des patientes ayant vécu des expériences médicales négatives **hésitent à consulter à nouveau** [43]. Ceci constitue un enjeu de santé publique, en raison du risque accru de **retard dans le dépistage ou la prise en charge** de pathologies graves, représentant ainsi une **perte de chance significative** pour les patientes [40,43]. C'est pourquoi le contenu de la consultation gynécologique, et notamment le recours au toucher vaginal, devrait toujours s'inscrire dans une logique de proportionnalité entre le **bénéfice attendu** et l'**inconfort potentiel** pour la patiente.

Dans ce sens, plusieurs études ont été menées auprès des patientes pour définir leurs attentes lors de l'examen gynécologique. Elles incluent notamment une **information claire et accessible**, une **attitude neutre et sans jugement**, de la **bienveillance**, de l'**écoute** avec une attention particulière à leurs demandes, ainsi que le fait de **prendre le temps** nécessaire [22,28,30,33,44,45]. En parallèle, de nombreuses patientes expriment le souhait d'une **approche d'avantage axée sur l'information et le dialogue**, plutôt que sur des examens systématiques [42]. Ces données prouvent l'importance d'adapter les pratiques pour répondre aux attentes et préoccupations exprimées par les femmes [22].

Enfin, plusieurs cas de **maltraitance** médicale, notamment dans le domaine de la gynécologie, ont été relayés ces dernières années [30,37,43]. Ces récits de pratiques perçues comme intrusives ou réalisées sans consentement ont été largement médiatisés, ce qui a aussi pu participer à la **méfiance envers le corps médical**, ayant un impact direct sur la fréquence du suivi : de l'arrêt de suivi avec le praticien concerné à l'arrêt complet de suivi médical [43,46]. En parallèle, ces témoignages ont permis aux patientes de prendre conscience de leur **possibilité de questionner** ces moments et ces pratiques, **libérant ainsi la parole**. Cela

a ouvert le dialogue et poussé les professionnels de santé à s'interroger sur leurs pratiques, conduisant notamment à la création de collectifs militants et de collectifs de professionnels. Ces discussions ont mené à la publication en 2018 d'un rapport gouvernemental du Haut Conseil à l'Égalité (HCE) sur les actes sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical en France [43], suivie en 2021 par l'élaboration d'une charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique par le CNGOF [47].

Tout ceci souligne donc l'importance d'une étude des pratiques et d'une **remise en question individuelle et collective**.

V. Enjeux éthiques

Le toucher vaginal soulève des dilemmes éthiques majeurs, en particulier sur les questions de **consentement** et de **respect de l'intimité** des patientes [20,21,30,36,43,46], ce qui renforce la nécessité d'une réflexion dans ce domaine [40]. Plusieurs travaux insistent sur l'importance de replacer ce geste dans une **démarche bienveillante et informée** [17,21,28,30,43,46]. D'autres explorent la notion de **consentement libre et éclairé**, montrant sa nécessité pour éviter les pratiques abusives ou intrusives [21,30,36,46].

Or, comme l'indique le Dr Galissard dans son travail sur le consentement et vécu du toucher vaginal par les femmes primigestes en consultation prénatale, recueillir le consentement d'une patiente implique de lui fournir une **information complète**, en expliquant les **raisons de l'examen et son utilité** [28]. Ici, cela nécessite une communication claire sur le geste du toucher vaginal et son intérêt. Il est donc important dans cette démarche éthique d'analyser les pratiques et les motivations poussant les médecins généralistes à pratiquer le TV ou non.

Ces discussions mettent aussi en lumière le besoin d'une **formation continue** adaptée en éthique médicale, et surtout la nécessité d'un **cadre clair** pour intégrer ces actes dans une pratique **respectueuse et adaptée** aux besoins des patientes [21,36]. L'étude récente de 2023 intitulée « Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique » propose des recommandations actualisées pour l'examen pelvien, rappelant l'importance de son indication clinique [20].

Ainsi, aussi bien sur le plan médical qu'éthique, tout acte doit répondre à un **besoin exprimé par la patiente** et présenter un **bénéfice attendu** dans une démarche diagnostique, thérapeutique ou de dépistage [20]. Il est donc essentiel de **limiter les gestes intrusifs au strict nécessaire** en veillant à informer la patiente afin de garantir une prise en charge respectueuse, éthique et bienveillante [30].

VI. Choix du sujet et implication de la chercheuse

Au cours de son internat, puis lors de ses remplacements, la chercheuse a été initiée à la pratique de la gynécologie en médecine générale. Dans ce cadre, une interrogation sur l'**intérêt du toucher vaginal** dans le contexte de la consultation de suivi en dehors de la grossesse est née ; c'est-à-dire chez la patiente asymptomatique venant pour une **visite de prévention (contraception, dépistage, suivi)**.

Cette réflexion est principalement issue du contraste qu'elle a perçu entre l'impact psychologique potentiel de ce geste sur les femmes et sa réalisation fréquente, voire systématique, par certains professionnels de santé. Au moment d'entamer ce travail, **aucune recommandation claire** n'encadrerait sa pratique en France dans ce contexte.

À l'origine de cette étude, la chercheuse est partie du postulat que le toucher vaginal, en l'absence de symptôme ou de grossesse, **n'est pas forcément nécessaire, sauf contexte particulier** (facteurs de risque / antécédents de cancers gynécologiques, ou pose d'un DIU).

Elle a aussi supposé que, dans ce contexte précis, le toucher vaginal était **fréquemment réalisé**, et le plus souvent **par habitude**.

L'hypothèse que sa **faible capacité de dépistage était méconnue** a également été émise.

Enfin, elle a imaginé que de nombreux médecins ne se sentaient **pas suffisamment formés** à ce geste et que les pratiques tendent à **évoluer avec l'expérience**, ainsi qu'en présence de **recommandations claires**.

C'est pourquoi cette étude se propose d'approfondir ce sujet, en présentant une **analyse des pratiques** des médecins généralistes lors du suivi hors grossesse de la femme asymptomatique, afin de déterminer la place que prend le TV et les raisons qui motivent les médecins à le réaliser ou non.

Matériel et méthode

I. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'**analyser la pratique du toucher vaginal en médecine de ville lors de la consultation de suivi** gynécologique de la femme asymptomatique.

Par ailleurs, ce travail avait pour objectifs secondaires de **repérer ce qui relevait de l'habitude**, et d'évaluer s'il existait des **pratiques différentes en fonction de l'âge ou du sexe** des médecins.

II. Type d'étude

La thèse était basée sur une **étude quantitative descriptive par questionnaire** (voir annexe 1).

III. Population étudiée

Tous les **médecins généralistes installés de l'ex Midi-Pyrénées** étaient concernés, quel que soit leur mode d'exercice.

La zone géographique comprenait donc l'Ariège, l'Aveyron, la Haute-Garonne, le Gers, le Lot, les Hautes-Pyrénées, le Tarn, et le Tarn-et-Garonne.

Pour être inclus dans l'étude, il était nécessaire d'être médecin généraliste installé dans la zone.

IV. Réalisation du questionnaire

Le logiciel **LimeSurvey** a été utilisé comme support du questionnaire, disponible à partir du lien <https://questionnairetv.limesurvey.net/671635?lang=fr>.

Ce dernier comprenait 30 items, réunis en 2 groupes : « profil du médecin » (9 items) et « pratique du toucher vaginal » (21 items).

En l'absence de pratique de gynécologie, le questionnaire prenait fin au 7ème item.

Dans le groupe « pratique du toucher vaginal », 3 techniques étaient différenciées, avec des items adaptés en fonction des réponses apportées :

- jamais de toucher vaginal lors de la consultation de suivi et chez la patiente asymptomatique, dans ce cas le questionnaire était réduit à 13 items ;

- toucher vaginal systématique lors de la consultation gynécologique de suivi de la patiente asymptomatique, avec un questionnaire comprenant 21 items ;
- toucher vaginal non systématique, et dans ce dernier cas le questionnaire comportait 26 items.

Un pré-test non intégré à l'étude a été effectué auprès de 5 internes en médecine générale ayant validé leurs 6 semestres, et 5 médecins généralistes installés, avec un temps moyen de remplissage de 6 minutes.

Des modifications ont été apportées en fonction des difficultés rencontrées.

V. Diffusion du questionnaire

La diffusion s'est faite grâce à la **mailing-list de l'URPS** le 21/05/2024, avec une relance le 12/06/2024. Un courrier explicatif avec le descriptif de l'étude était joint au mail, ainsi que le lien internet vers le questionnaire (voir annexe 2).

L'adresse mail personnelle de la chercheuse a aussi été transmise à la fin du questionnaire, en cas de question ou de remarque.

VI. Récupération des données et période d'étude

La récupération des données s'est faite automatiquement sur le logiciel LimeSurvey, ainsi que l'**anonymisation** des réponses.

L'envoi du questionnaire a eu lieu le 21 Mai 2024 ; il a été clôturé le 21 Juillet 2024, laissant ainsi 2 mois aux médecins pour participer à l'étude.

VII. Variables étudiées

Grâce au questionnaire, les variables suivantes ont pu être étudiées :

- **Profil des médecins** : sexe, âge, conditions d'exercice (type d'installation, et milieux d'exercices), participation ou non à la formation des étudiants ;
- **Pratique du suivi gynécologique** : part du suivi gynécologique dans l'activité et sa durée dans le temps, formation reçue en santé de la femme ;
- **Pratique du toucher vaginal dans le suivi systématique de la femme asymptomatique** : jamais / non systématique / systématique ;
- **Motivations** expliquant la pratique ou non du toucher vaginal dans cette situation, et éléments qui confortent ce choix ;
- **Encadrement** de cette pratique en cas de formation d'un étudiant ;

- **Evaluation personnelle de son intérêt** : diagnostics recherchés, résultats avec fréquence de dépistage des pathologies, utilité estimée par le médecin, intérêt dans le dépistage ;
- **Evolution et adaptation de cette pratique** au cours du temps, et en fonction des recommandations.

VIII. Analyse des résultat

Seuls les questionnaires complets ont été étudiés (tous les questionnaires remplis partiellement n'ont pas été utilisés).

Le recueil des données et l'analyse statistique ont été faits sur le logiciel **Excel** puis analysés avec les tests du **Chi-2** et de **Fisher** selon les variables, avec l'aide du logiciel **BiostaTGV**. Le risque de première espèce a été défini à **5%**.

IX. Bibliographie

La recherche bibliographique a été réalisée par le biais d'internet, grâce aux bases de données Pubmed et Sudoc, ou directement via le moteur de recherche Google.

La bibliographie a été composée avec l'aide du logiciel **Zotero**.

Les recherches ont été stoppées le 20 Avril 2025.

Résultats

I. Taux de réponse

Le questionnaire a été envoyé à 2.162 médecins généralistes de l'ex région Midi-Pyrénées via la mailing-list de l'URPS. **250 réponses** ont été récupérées, dont **198 réponses complètes**, et 52 réponses incomplètes (non utilisées pour l'analyse). Cela correspondait à un taux de participation de **11,6%** et un taux d'achèvement de **79,2%**.

II. Caractéristiques de la population étudiée

Les profils des différents médecins généralistes répondants ont été étudiés, et reportés dans le tableau qui suit.

Profil		Effectifs N = 198	Proportions %
Sexe	Homme	49	24,75 %
	Femme	149	75,25 %
Age	< 40 ans	62	31,3 %
	Entre 40 et 50 ans	63	31,8 %
	> 50 ans	73	36,9 %
Activité	Rurale	47	23,7 %
	Semi-rurale	76	38,4 %
	Urbaine	68	34,3 %
	Mixte	7	3,5 %
Conditions d'exercice	Seul	31	15,7 %
	Cabinet de groupe	94	47,5 %
	MSP	68	34,3 %
	Centre de santé	5	2,5 %
Maitre de stage	Non	95	48 %
	Oui	103	52 %
Si maitre de stage Étudiant concerné	SASPAS	71	68,9 %
	SFE	33	21 %
	PN1	35	34 %
	Externe	32	31,1 %

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

III. Pratique du suivi gynécologique et formation

Ensuite, le questionnaire s'est intéressé à la proportion de gynécologie dans la pratique globale des médecins généralistes interrogés.

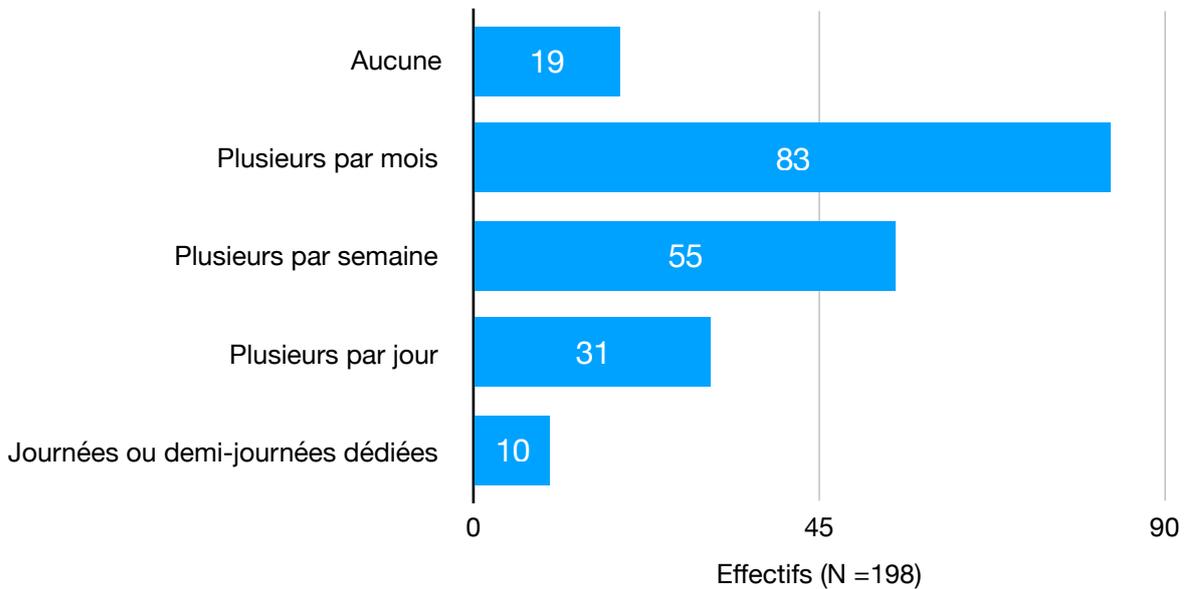


Figure 1 : Proportion de consultations gynécologiques dans l'activité des médecins

Ainsi, il apparaissait que 90,4% des médecins généralistes interrogés pratiquaient la gynécologie, quelle que soit la fréquence.

La fréquence des suivis gynécologiques réalisés par les médecins généralistes a été analysée en fonction de leur sexe, âge et conditions d'exercice.

Variables étudiées		Pratique de la gynécologie (fréquence des consultations de suivi)					P value
		Aucun	Plusieurs par mois	Plusieurs par semaine	Plusieurs par jour	Jour, 1/2 jour dédiés	
Sexe	H	11	26	7	5	0	< 0,05 Fisher
	F	8	57	48	26	10	
Age	< 40	5	25	19	7	6	0,49 Fisher
	40 - 50	4	26	19	12	2	
	> 50	10	32	17	12	2	
Exercice	Rural	7	25	10	5	0	NC
	Semi-rural	3	27	27	15	4	
	Urbain	7	28	17	11	5	
	Mixte	2	3	1	0	1	

Tableau 2 : Pratique de la gynécologie en fonction des caractéristiques des médecins répondants

Pratique du suivi gynécologique en fonction des caractéristiques des praticiens

Une différence significative a été mise en évidence entre les hommes et les femmes, quant-à la proportion de suivi gynécologique dans la pratique ($p < 0.05$ avec le test de Fisher). En effet, les femmes médecin avaient tendance à faire plus de suivi

gynécologique que les hommes, avec 94,64% des répondantes (n= 141) qui en effectuaient (quelle que soit la fréquence) contre 77,55% des hommes (n= 38).

En revanche, aucun lien statistique n'a été mis en évidence entre la pratique de la gynécologie et l'âge du praticien (p= 0,49 avec le test de Fisher).

Malheureusement il n'a pas été possible d'étudier la présence ou non d'un lien statistique entre le type d'exercice et la pratique de la gynécologie. En effet, les répondants en exercice mixte ainsi que les répondants pratiquant des journées/demi-journées dédiées à la gynécologie étaient trop peu nombreux pour l'interprétation.

Parmi les répondants, 19 médecins (9,6%) ne pratiquaient pas de suivi gynécologique. Leur questionnaire s'achevait donc à la question 7 après la caractérisation du profil. L'effectif pour les réponses suivantes était donc abaissé à 179 médecins généralistes.

Ensuite, la formation reçue ainsi que l'ancienneté de la pratique en gynécologie ont été étudiées. Les résultats trouvés ont été reportés dans le tableau suivant.

Pratique de la gynécologie		Effectifs N = 179	Proportions
Durée de pratique de la gynécologie	< 5 ans	16	8,9 %
	5 à 10 ans	47	26,3 %
	> 10 ans	116	64,8 %
Formation reçue	Stages durant l'externat	116	64,8 %
	Stages durant l'internat	117	65,4 %
	DPC	94	52,5 %
	DU / DIU	48	26,8 %
	Congrès	52	29 %

Tableau 3 : Durée de pratique de la gynécologie et formation reçue

IV. Pratique du TV dans le suivi de la femme asymptomatique

Les médecins interrogés devaient donner leur avis sur l'affirmation suivante : « le toucher vaginal fait partie intégrante de la consultation gynécologique de suivi ».

Ainsi,

21,8% ont déclaré ne pas du tout être d'accord (n= 39) ;

33,5% ont jugé n'être plutôt pas d'accord (n= 60) ;

30,2% étaient plutôt d'accord (n= 54) ;

14,5% ont répondu qu'ils étaient tout à fait d'accord (n= 26).

Ensuite, la pratique du TV dans la consultation de suivi de la patiente asymptomatique et en dehors de la grossesse a été étudiée.

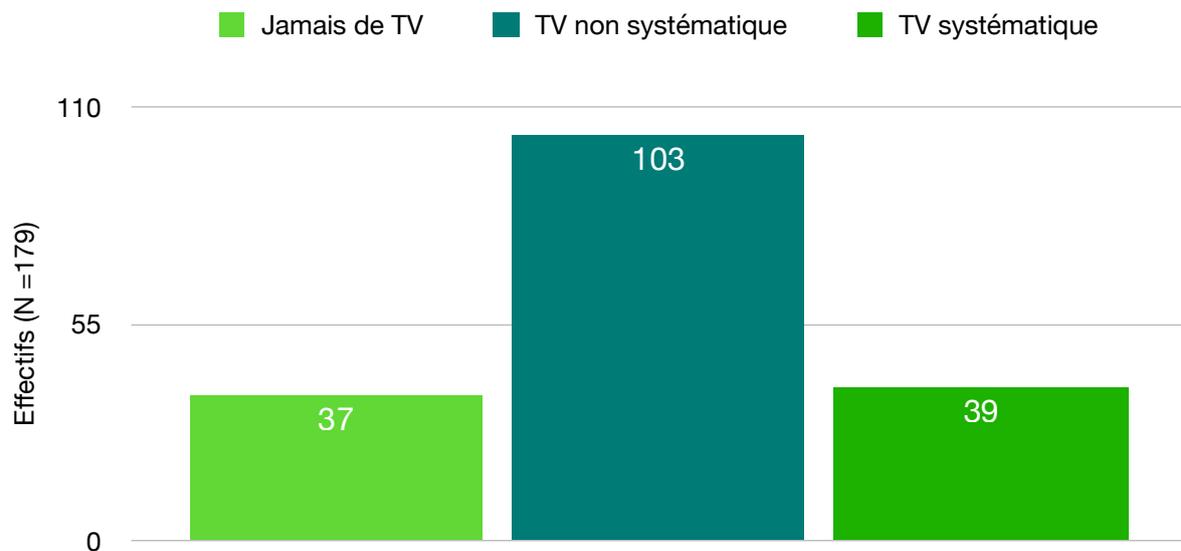


Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de leur pratique du TV dans le suivi systématique de la patiente asymptomatique

Aussi,

- 20,7% des médecins généralistes répondants ne pratiquaient jamais de TV dans ce contexte (n= 37) ;
- 57,5% ne le pratiquaient pas systématiquement (n= 103) ;
- 21,8% des médecins interrogés le réalisaient systématiquement (n= 39).

Pratique du TV chez la femme asymptomatique et hors grossesse, en fonction des caractéristiques des praticiens

Il existait une différence significative entre les hommes et les femmes dans la pratique du TV chez la femme asymptomatique ($p < 0.05$ avec le test de Chi-2).

En effet, parmi les femmes, la majorité soit 60,3% des répondantes n'effectuait pas de TV systématique (n= 85) , alors que 24,1% le faisaient systématiquement (n= 34), et seulement 15,6% ne le pratiquaient jamais (n= 22).

En ce qui concerne les hommes, 47,4% ne le pratiquaient pas systématiquement (n= 18), tandis que 39,5% ne le faisaient jamais (n= 15), et seulement 13,16% le réalisaient à chaque fois (n= 5).

Ainsi, une tendance plus marquée à la pratique non systématique du TV a été mise en évidence chez les femmes, tandis qu'une proportion plus élevée d'hommes ne le réalisait jamais.

En revanche, aussi bien l'âge du praticien ($p= 0,5$ avec le test du Chi-2), que le lieu d'installation ($p= 0,37$ avec le test de Fisher), la fréquence de suivi gynécologique dans l'activité ($p= 0,78$ avec le test de Fisher), la durée de pratique de la gynécologie ($p= 0,20$ avec le test de Fisher), ou le fait d'être maître de stage universitaire ou non ($p= 0,31$ avec le test du Chi-2) n'avaient pas de lien significatif avec la pratique du TV dans ce contexte.

Variables étudiées		Pratique du toucher vaginal			P value
		Jamais	Non systématique	Systématique	
Sexe	H	15	18	5	< 0,05 <i>Chi-2</i>
	F	22	85	34	
Age	< 40	15	29	13	0,5 <i>Chi-2</i>
	40 - 50	13	33	13	
	> 50	9	41	13	
Lieu d'installation	Rural	6	28	6	0,37 <i>Fisher</i>
	Semi-rural	17	35	21	
	Urbain	13	37	11	
	Mixte	1	3	1	
Fréquence cs gynéco	Plusieurs / mois	19	47	17	0,78 <i>Fisher</i>
	Plusieurs / semaine	10	29	16	
	Plusieurs / jour	6	20	5	
	Jour, 1/2 jour dédiés	2	7	1	
Ancienneté en gynéco	< 5 ans	4	10	2	0,20 <i>Fisher</i>
	5 à 10 ans	14	21	12	
	> 10 ans	19	72	25	
Statut universitaire	Etudiant	20	62	18	0,31 <i>Chi-2</i>
	Pas d'étudiant	17	41	21	

Tableau 4 : Pratique du TV en fonction des caractéristiques du praticien

V. Motivations expliquant la pratique ou non du TV, et éléments qui confortent ce choix

5.1 Analyse dans le groupe « Jamais de TV »

Parmi les répondants, 37 médecins ne pratiquaient jamais de TV dans la consultation de suivi de la patiente asymptomatique hors grossesse.

Les motivations des médecins et les éléments confortant ce choix ont été analysés, et regroupés dans les graphiques suivants.

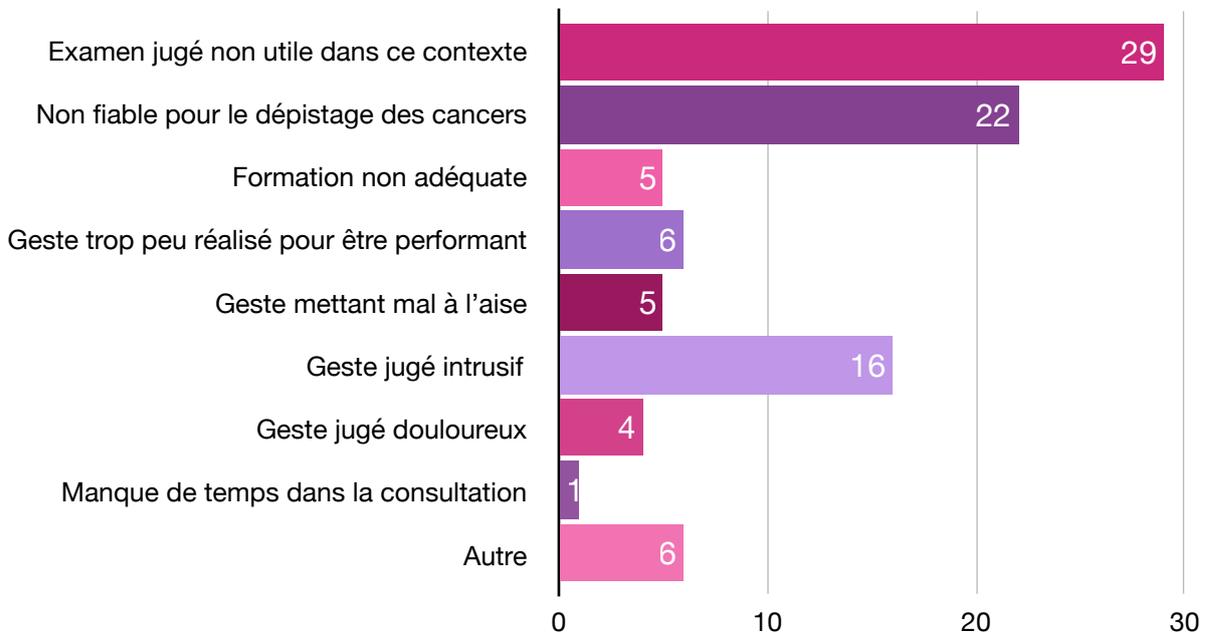


Figure 3 : Motivations des médecins ne réalisant jamais de TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

Six médecins ont choisi « autre », correspondant aux axes suivants :

- Le champ d'action et les compétences du médecin : « *Échographiste exclusif* », « *Suivi gynéco laissé aux autres* » ou « *Je ne fais que de la contraception* » qui revient 2 fois ;
- Le sexe du praticien : « *Consœurs au cabinet à qui j'adresse les patientes chez qui le geste me semble indiqué* » ;
- La culture des patientes, et le sexe du praticien : « *Je ne fais plus de TV depuis 15 ou 20 ans. Je travaille dans un "quartier" avec une majorité de musulmanes ou d'étrangères et j'ai progressivement arrêté de faire ce geste, le réservant à des confrères féminines que mes patientes allaient consulter* ».

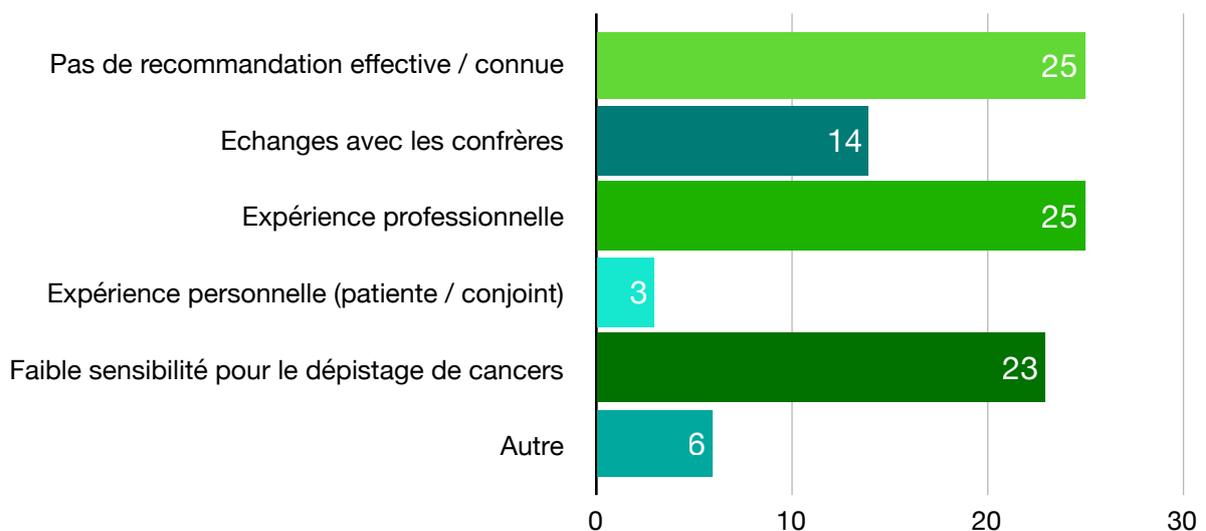


Figure 4 : Éléments confortant les médecins à ne jamais réaliser de TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

Les 6 réponses « autre » ont été justifiées comme ceci :

- Le champ d'action du médecin « *Échographiste exclusif, une écho semble plus adaptée si nécessaire pour un avis morphologique probablement plus fiable* » ou « *Je ne fais que de la contraception et adresse mes patientes pour le suivi gynéco "vrai" » ;*
- Les compétences perçues du médecin : « *je suis nul* » ;
- L'« *aspect médico légal* », qui revient 2 fois ;
- L'utilité du geste : « *J'essaie de minimiser les actes inutiles et la surmédicalisation gynécologique* ».

5.2 Analyse dans le groupe « TV non systématique »

Ce groupe réunissait 103 médecins généralistes.

Le questionnaire s'est tout d'abord intéressé à la fréquence estimée de réalisation du TV par rapport au nombre de consultations de suivi réalisées.

Fréquence de réalisation du TV	Effectifs N = 103	Proportions %
Rarement < 1/10 consultations	46	44,7 %
Parfois Entre 1/10 et 1/5 consultations	44	42,7 %
Souvent > 1/5 consultations	13	12,6 %

Tableau 5 : Fréquence de réalisation du TV proportionnellement au nombre de consultations gynécologiques, chez la femme asymptotique

Ensuite, l'étude a cherché à savoir s'il existait une fréquence minimale de TV dans le suivi d'une femme asymptotique.

Fréquence minimale du TV dans le suivi d'une femme	Effectifs N = 103	Proportions %
Pas de fréquence minimale	75	72,8 %
Environ tous les ans	5	4,9 %
Environ tous les 2 ans	9	8,7 %
Environ tous les 5 ans	7	6,8 %
Autre	7	6,8 %

Tableau 6 : Fréquence minimale de surveillance par toucher vaginal chez la femme asymptotique lors des consultations de suivi

Dans les réponses « autre », plusieurs idées ont été mises en avant :

- La plupart ne donnait pas de fréquence minimale : « au cas par cas », « selon symptômes », « première consultation puis si symptômes ou facteurs de risque » ou « dépend de l'âge » ;
- Plusieurs proposaient son association avec les actes de contraception ou de dépistage « seulement si réalisation d'un examen au spéculum pour pose/changement de DIU ou frottis, donc variable selon les recommandations de fréquence des frottis » ou « lors des cs pour FCV ».

Réalisation du TV lors du début de suivi gynécologique d'une patiente

Il apparut que 90,3% des répondants (n= 93) n'effectuaient pas de premier TV au début du suivi d'une patiente.

Réalisation du TV en fonction de l'âge ou du statut hormonal de la patiente

La grande majorité des médecins réalisant le TV de façon non systématique, ne le faisaient pas en fonction de l'âge ou du statut hormonal de la patiente (n= 70, soit 68%). Pourtant, 15.5% le réalisaient plus volontiers à partir de la ménopause (n= 16), et 12.6% à partir du premier accouchement (n= 13).

Seulement 3,9% le faisaient de façon préférentielle chez la patiente jeune < 35 ans (n= 4).

Réalisation du TV en fonction du contexte

Ensuite, les éléments circonstanciels pouvant faire réaliser le TV par les médecins ont été étudiés et reportés dans la figure qui suit.

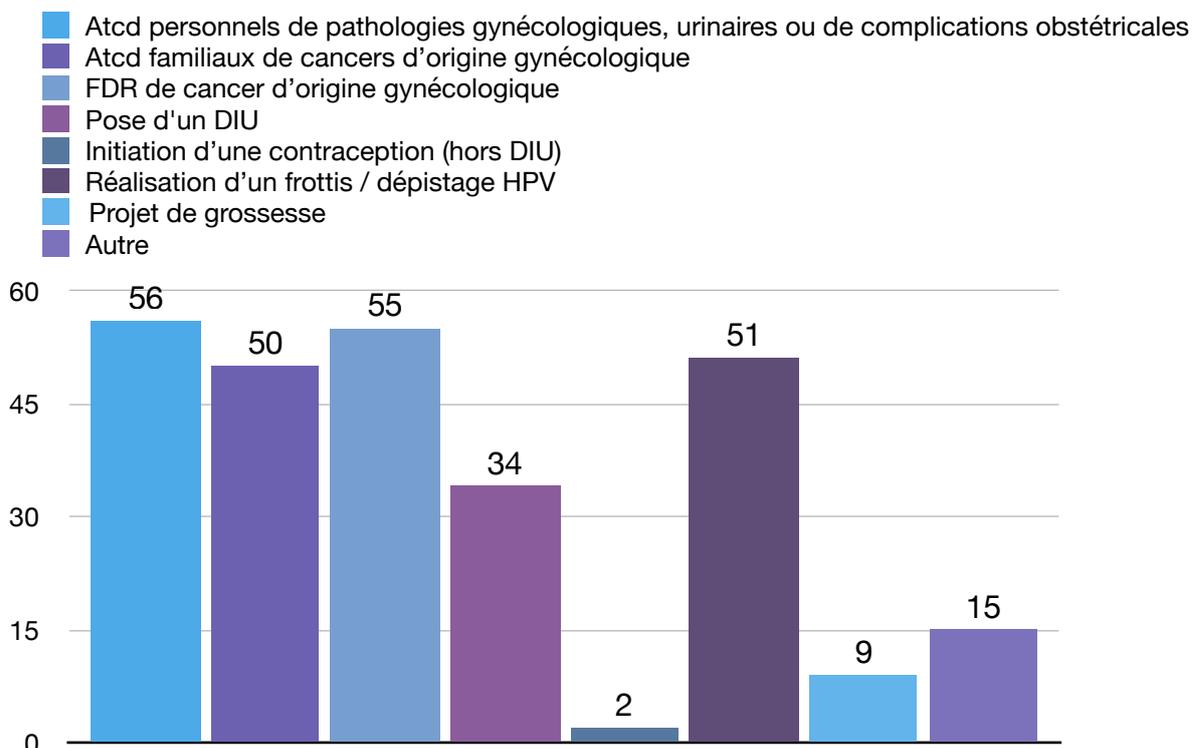


Figure 5 : Pratique du TV en fonction du contexte

Cette analyse mettait en évidence qu'environ la moitié des répondants du groupe « TV non systématique » le pratiquait en fonction des antécédents de la patiente. En effet, 54,4% (n= 56) réalisaient le TV en présence d'antécédents personnels de pathologies gynécologiques, urinaires, ou de complications obstétricales, tandis que 48,5% (n= 50) le pratiquaient en cas d'antécédents familiaux de cancers d'origine gynécologique, et 53,4% (n= 55) faisaient un TV en cas de facteurs de risques de cancer d'origine gynécologique.

Certains actes semblaient aussi être l'occasion de la réalisation du TV chez bon nombre de médecins, comme le dépistage HPV (49,5%, n= 51) et la pose d'un DIU (33%, n= 34). Le projet de grossesse, et l'initiation de contraception hors DIU, ne semblaient pas être des raisons très fréquentes de faire un TV (respectivement 8,7% avec 9 répondants, et 1.9% avec 2 répondants).

Plusieurs médecins ont précisé leur réponse grâce à la question ouverte :

- Pour fournir une aide à la clinique : « *difficulté à trouver le col avec le spéculum* » ;
- Autres situations non proposées : « *Suivi néoplasie* » et « *suivi du post-partum* » ;
- « *si indispensable avec accord de la patiente* » ;
- En cas de symptôme : « *Difficultés à avoir un enfant, douleurs pelviennes profonde* », « *Douleurs pelviennes* », « *Dyspareunie* », « *suspicion d'infection (chlamydiae)* », « *Dysménorrhée incontinence douleur* », « *diagnostic sur douleurs profondes et dyspareunie et prolapsus* » ou « *prolapsus* » ;
- 2 médecins n'ont pas identifié de situation parmi celles proposées : « *aucun* » ;
- 2 répondants n'ont apparemment pas été classés dans le bon groupe : « *aucun si asymptomatique* » et « *je ne fais jamais de TV chez une patiente asymptomatique* ».

Enfin, les motivations et éléments qui confortaient ce choix ont été étudiés.

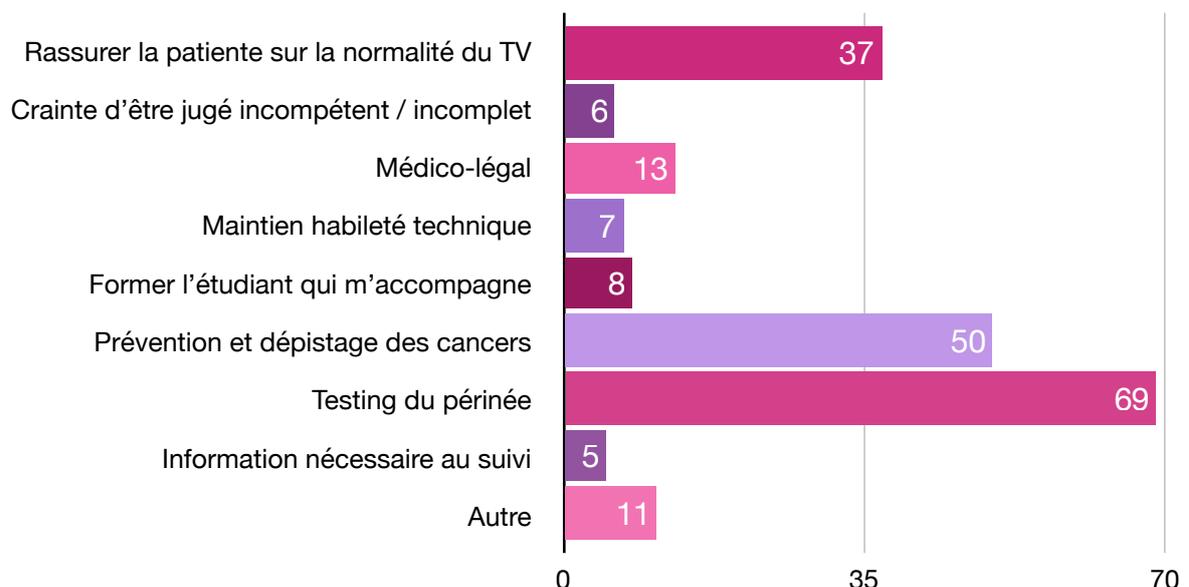


Figure 6 : Motivations des médecins ne réalisant pas systématiquement de TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

Parmi les 11 réponses « autre », voici les autres justifications des médecins :

- Pour satisfaire la patiente : « *si la patiente me le demande* » ;
- « *souvent pas nécessaire* » ;
- En cas de grossesse ou de symptôme : « *l'examen gynéco est l'occasion de demander s'il y a des fuites urinaires et si oui de proposer un testing du périnée, même pendant le suivi des grossesses, je ne fais pas de TV systématique (même pour entraîner les internes)* », « *exploration douleur* », « *suivi grossesse* » ;
- Plusieurs médecins semblent ne pas être dans le bon groupe : « *inutile si pas de symptôme ni motif à poser un spéculum* », « *aucune, seulement si symptômes* », « **PAS DE TOUCHER SI PAS DE SYMPTOME** » ;
- 3 médecins n'ont pas trouvé de justification qui leur convienne : « *aucun* ».

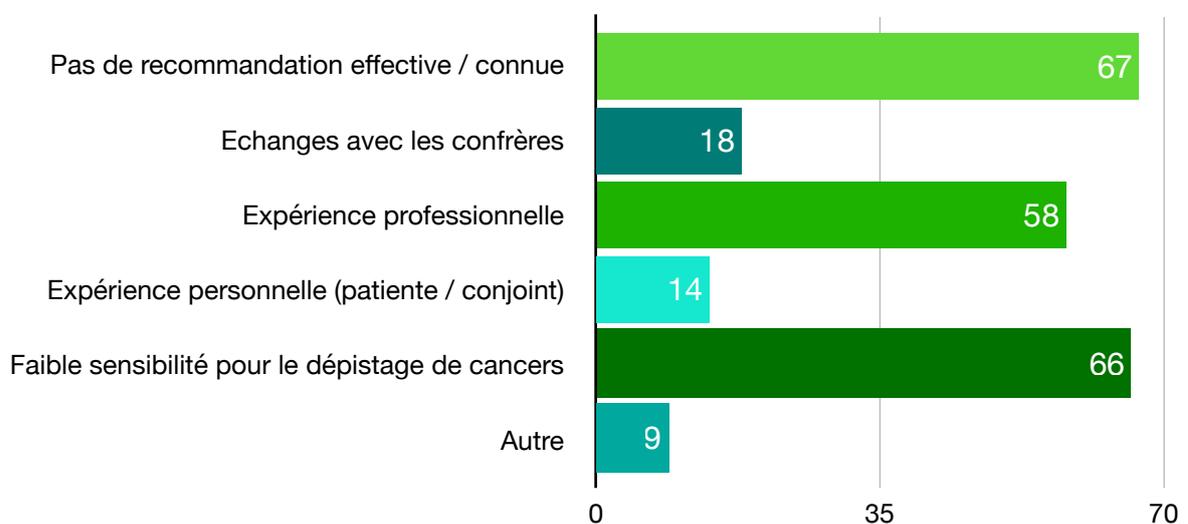


Figure 7 : Éléments confortant les médecins à ne pas réaliser systématiquement de TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

Dans les réponses « autre », plusieurs idées ont été mises en avant :

- La compétence perçue du médecin : « *Mon peu de compétence* », « *manque d'expérience dans la détection d'anomalie* » ;
- Les recommandations : « *d'autant plus avec les nouvelles reco* », « *Recommandations professionnelles CNGOF* » ;
- L'utilité du geste : « *Eviter les gestes invasifs quand ils n'ont pas une utilité avérée, être le moins invasive possible* », « *TV uniquement si c'est déterminant pour le diagnostic car examen souvent mal toléré et mal compris par les patientes* » ;
- La « *médiatisation sur les violences gynécologiques* » ;
- Les symptômes : « *Le TV doit être justifié à la recherche d'une étiologie symptomatique (douleur, saignements inexplicables)* ».

5.3 Analyse dans le groupe « TV systématique »

Parmi les répondants, 39 réalisaient systématiquement un TV dans la consultation de suivi de la patiente asymptomatique en dehors de la grossesse.

Comme précédemment, les moteurs de ce choix ont été étudiés.

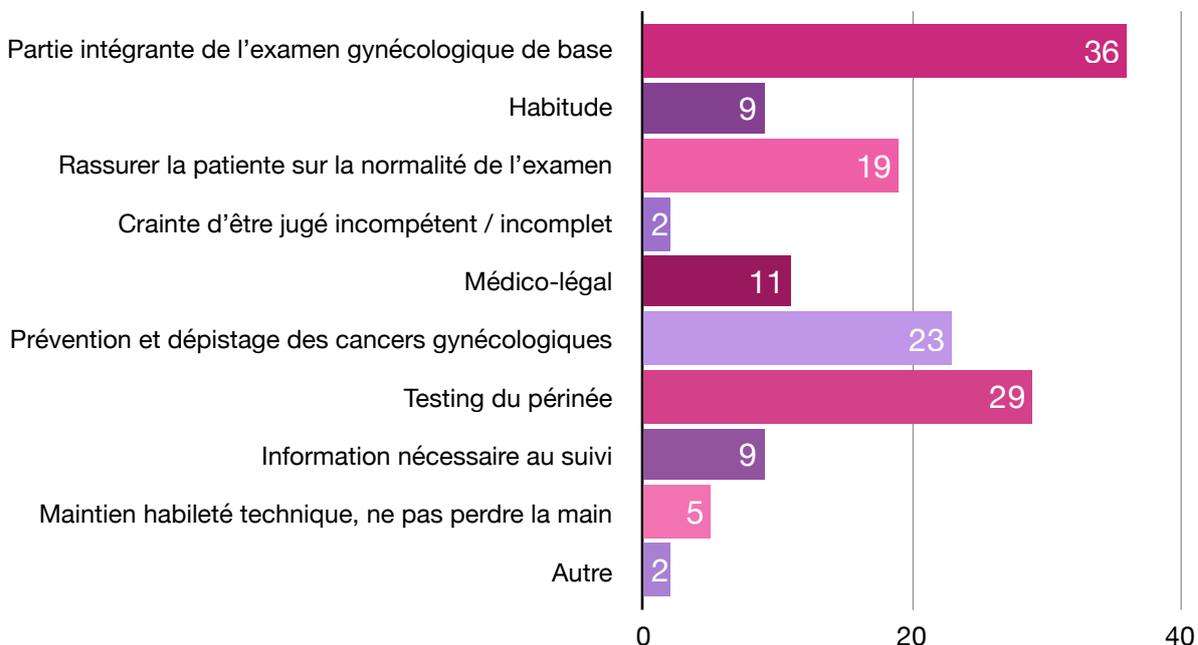


Figure 8 : Motivations des médecins réalisant systématiquement le TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

Parmi les réponses « autre », voici les éléments complémentaires proposés :

- Systématique mais dans la limite du consentement : « C'est l'examen clinique basique mais la proposition doit être aussi simple et empathique pour ne pas être refusée ou être remise à un rendez-vous proche » ;
- Recherche d'anomalie : « Recherche douleur col, masse ovarienne palpable ».

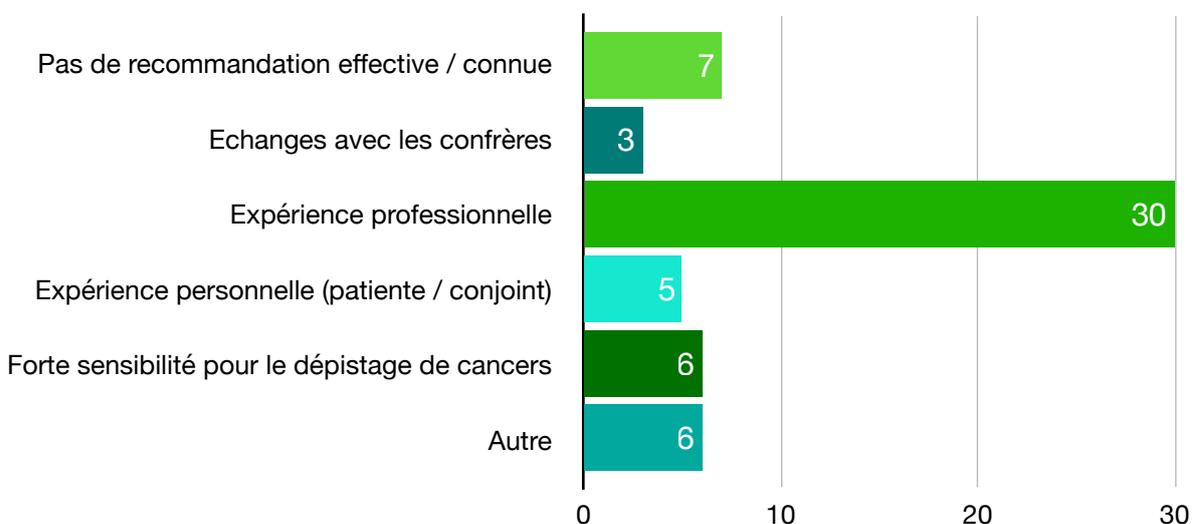


Figure 9 : Éléments confortant les médecins à réaliser systématiquement le TV dans le suivi de la patiente asymptomatique

6 professionnels ont coché la réponse « autre », dont les justifications sont les suivantes :

- Formation reçue : « *Formation initiale* », « *ce qu'on m'a appris à l'université* » ou « *PH le recommandaient lors de mes formations/DU* » ;
- Prélèvements réalisés : « *Peut être suivi de prélèvement utile et nécessaire pour ne pas avoir une vie plus courte* » ;
- Evaluation du périnée : « *Faire ressentir le périnée et faiblesse pour apprendre à contracter* » ;
- Pas de justification retrouvée : « *aucun, ce questionnaire me fait remettre en question ma pratique* ».

VI. Encadrement de la pratique en cas de formation d'un étudiant

Pour les 80 maîtres de stage universitaires restants, il était demandé si les médecins doublaient le toucher vaginal avec l'étudiant, en cas d'acceptation par la patiente.

Ainsi, 20% des médecins (n= 16) le doublaient le plus souvent, 33,75% le doublaient en cas d'anomalie (n= 27), tandis que 46.25% ne le doublaient jamais (n= 37).

VII. Le TV comme outil de dépistage et de diagnostic en l'absence de symptomatologie ou de grossesse

Les 6 dernières questions concernaient les médecins qui pratiquaient le TV, systématiquement ou non, ce qui réduisait l'effectif total à 142.

Tout d'abord, les diagnostics recherchés par les médecins interrogés lors de la pratique du TV ont été étudiés.

Diagnostics recherchés	Effectif (n = 142)	Poucentages
Cancer utérin	72	50,7 %
Cancer ovarien	85	59,9 %
Cancer du col de l'utérus	48	33,8 %
Fibrome utérin	87	61,3 %
Kyste ovarien	76	53,5 %
Infection gynécologique	74	52,1 %
Autre	26	18,3 %

Tableau 7 : Diagnostics recherchés avec le TV chez la patiente asymptomatique

26 autres propositions ont été faites à travers la réponse « autre » :

- le « *testing du périnée* » ou la « *baisse de la force périnéale et nécessité de rééducation et lésion de la cavité vaginale* », proposé 10 fois ;
- L'endométriose, proposée 4 fois ;
- La recherche de prolapsus, proposé 3 fois ;
- La recherche d'une anomalie en général, sans diagnostic précis : « *recherche anomalie utérine et ovarienne (masse)* », « *empatement cul-de-sac : infectieux, tumoral* », « *Autre organe satellite* » ;
- L'orientation en cas de symptôme, avec « *testing sphincter si incontinence urinaire effort* », « *dyspareunie* », « *aucun TV fait si patiente asymptomatique, il faut qu'elle ait soit des douleurs soit des fuites urinaires* » ;
- L'aide à l'examen : « *Position du col pour placer le spéculum si celui ci est nécessaire pour frottis et/ou DIU* », « *recherche position du col avec FCV* » ;
- La compétence perçue du médecin : « *Je ne sais pas bien sentir utérus et ovaire* » ;
- Plusieurs médecins n'ont pas trouvé de justification qui leur convienne : « *aucun* », « *Le TV n'est pas un geste diagnostique* » ;
- Un médecin a expliqué que le TV était un « *signe négatif* ».

Ensuite, la fréquence de dépistage de pathologies avec le TV chez une patiente asymptomatique hors grossesse a été étudiée.

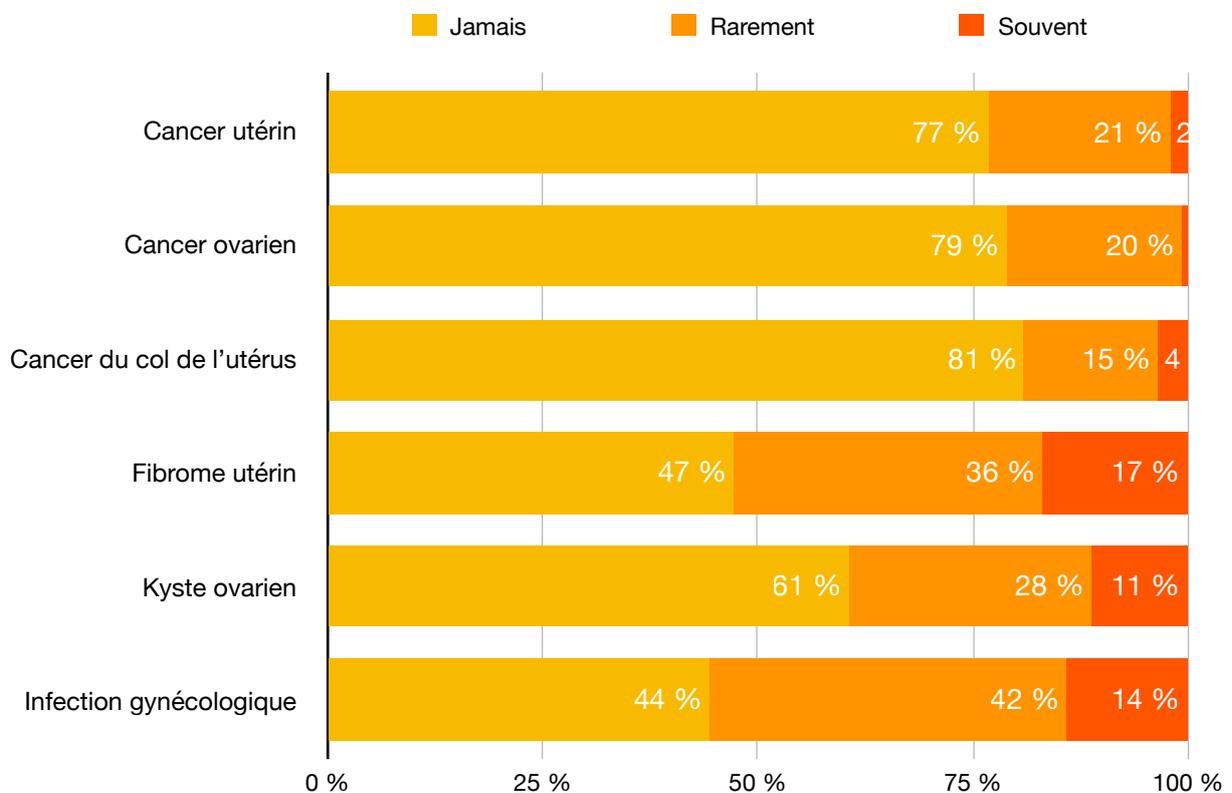


Figure 10 : Fréquence de dépistage des pathologies par le TV en l'absence de symptôme

VIII.Évaluation personnelle de l'intérêt du TV dans ce contexte, et évolution des pratiques

L'utilité du TV a été évaluée subjectivement par les répondants le pratiquant :

- 6,3% (n= 9) ne le jugeaient pas utile du tout ;
- 54.2% (n= 77) ne le trouvaient pas très utile ;
- 34.5% (n= 49) le considéraient utile ;
- 4,9% (n= 7) l'estimaient très utile.

D'ailleurs, la majorité des médecins ont adapté leur pratique avec le temps, proportionnellement au nombre de consultations gynécologiques qu'il pratiquaient. En effet, 63.4% d'entre eux (n= 90) en pratiquaient de moins en moins, tandis que seulement 0.7% avaient augmenté leur nombre de TV avec le temps (n= 1). Néanmoins, 35.9% des médecins interrogés n'avaient pas changé leur pratique avec le temps (n= 51).

En suivant cette appréciation subjective de l'utilité du TV dans ce contexte, les médecins devaient estimer sa valeur en tant que test de dépistage des cancers gynécologiques en l'absence de symptomatologie.

TV outil de dépistage en l'absence de symptôme	Effectifs (QCM) N = 142	Pourcentages
Oui, test sensible <i>TV anormal en présence de pathologie</i>	13	9,2 %
Oui, test spécifique <i>TV normal en l'absence de pathologie</i>	1	0,7 %
Non	91	64,1 %
Je ne sais pas	41	28,9 %

Tableau 8 : Valeur du TV en tant que test de dépistage des cancers gynécologiques en l'absence de symptomatologie, selon les médecins interrogés

Ainsi, 40.85% des répondants (n= 58) pensaient que l'absence de TV chez la femme asymptomatique ne pouvait pas induire un retard de diagnostic des cancers gynécologiques, contre 15.5% (n= 22) qui pensaient le contraire. 43.7% des médecins interrogés (n= 62) ne savaient pas répondre à cette question.

Enfin, 86.6% de la population étudiée ont déclaré qu'ils suivraient les recommandations si elles conseillaient de ne pas pratiquer systématiquement le TV dans cette situation.

Discussion et commentaires

I. Synthèse des résultats : Trois logiques de soin pour trois groupes de médecins

L'étude a permis d'identifier trois différents groupes de pratique du toucher vaginal chez la patiente asymptomatique et hors grossesse : ceux qui ne le réalisaient jamais (20,7 %), ceux qui l'intégraient systématiquement à la consultation (21,8 %), et une majorité (57,5 %) qui l'adaptaient au cas par cas.

Cela met en évidence une **pratique clivée**, reposant sur des logiques de soin différentes, et donc sur des conceptions variées du suivi gynécologique en médecine générale.

Tout d'abord, chez les médecins ne pratiquant jamais de TV, la décision reposait sur une **posture critique**. Ces praticiens remettaient en question la **pertinence** de cet examen en l'absence de symptômes, mettant en avant son **inutilité perçue** (78,4 %) et sa **faible fiabilité dans le dépistage des cancers gynécologiques** (59,5 %). De plus, le **caractère intrusif** du geste a été identifié comme un frein par 43,2 % des médecins, mettant en jeu leur perception du ressenti des patientes. D'autres facteurs influençaient cette décision, comme le **genre du médecin**, des **considérations culturelles ou religieuses** concernant les patientes, ou encore **l'absence de suivi gynécologique dans l'exercice** des praticiens. La formation reçue ne semblait avoir que peu d'impact (13,5%), contrairement à **l'absence de recommandations claires ou connues**, qui poussait les médecins à s'appuyer essentiellement sur leur **expérience clinique** (67,6%).

À l'inverse, les médecins pratiquant le TV de manière systématique le considéraient comme « **faisant partie intégrante de l'examen gynécologique de base** » (92,3 %). Pourtant, seulement 23 % des répondants de ce groupe déclaraient le faire par habitude. Cela laisse penser que le TV n'est pas perçu comme un automatisme mais plutôt comme une **norme** dans la consultation gynécologique.

Les principales raisons avancées étaient **cliniques** : **testing du périnée** (74,3 %) et **prévention des cancers gynécologiques** (58,9 %). Pourtant, seuls 15,3 % estimaient que le TV possède une forte sensibilité pour le dépistage des cancers, ce qui interroge sur le **décalage entre la pratique et ses bases scientifiques**. En parallèle de ces raisons cliniques, environ la moitié des médecins (48,7%) le réalisait pour **rassurer les patientes**. Ici, **l'expérience clinique** des médecins justifiait majoritairement la pratique (76,9 %), ainsi qu'à minima la **formation initiale** (évoquée dans les réponses libres), tandis que l'existence ou non de recommandations ne semblait pas influencer la décision.

Enfin, le groupe le plus représenté, celui des médecins pratiquant un TV non systématique, avait une **approche individualisée et contextuelle**. Dans ce groupe, la majorité des praticiens (87,4%) le réalisait **rarement** (< 1 consultation sur 10) ou **parfois** (entre 1/10 et 1/5), et 72,8 % n'avaient **pas de fréquence prédéfinie**, ce qui témoigne d'une volonté d'adapter le geste à chaque situation.

C'étaient donc les **antécédents personnels** (gynécologiques, urinaires, obstétricaux pour 54,4 %), les **antécédents familiaux de cancers gynécologiques** (48,5 %), ou encore la **présence de facteurs de risque** de cancers (53,4 %) qui guidaient la décision. La réalisation d'un **frottis / test HPV** (49,5 %), ainsi que la pose d'un **DIU** (33 %), constituaient d'autres contextes favorisant la pratique du TV.

Au contraire, l'âge de la patiente et son statut hormonal n'influençaient pas la pratique pour 68 % des médecins, ce qui peut paraître surprenant, ces caractéristiques étant connues comme pouvant influencer le développement de cancers de l'ovaire et de l'endomètre [48,49]. Par ailleurs, 90,3 % des praticiens de ce groupe déclaraient **ne pas réaliser de TV lors d'une première consultation**, ce qui prouve une distance avec la pratique systématique, et souligne l'importance accordée à la **construction d'une relation de confiance** avant de proposer un examen intime.

Ce groupe se distinguait donc par une approche personnalisée, où le TV est utilisé comme un **outil clinique spécifique** et non comme un geste de routine. D'ailleurs, 64% d'entre eux considéraient ce geste comme ayant une **faible sensibilité** pour le dépistage des cancers. Ici encore, l'**expérience clinique personnelle** était un moteur pour 56,3% des médecins puisque 65% déclaraient **ne pas connaître de recommandations officielles** encadrant le TV.

Ces résultats traduisent **une variation des pratiques influencée par des facteurs identitaires et relationnels**, plus que par des critères cliniques ou scientifiques. Ainsi, la décision de pratiquer ou non un toucher vaginal chez une femme asymptomatique ne répond pas à un modèle unique, mais repose sur une **construction individuelle** mêlant convictions personnelles, formation reçue, expérience professionnelle, et représentation du rôle du médecin dans la relation de soin.

II. Forces et limites de l'étude

Forces de l'étude

Tout d'abord, le choix de sujet semble **pertinent** et **d'actualité**, comme en témoigne la publication de recommandations entre la création du questionnaire et l'écriture du travail.

En outre, c'est un thème qui a **peu été étudié** dans ces conditions (femme asymptomatique et hors grossesse) et pour cette population (médecins généralistes, par

questionnaire). En effet, il existe de nombreuses études qui explorent la place du TV lors du suivi de grossesse, celle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique, ou encore le ressenti des patientes ou des sage-femmes quant-au TV. Pour autant, la posture des médecins généralistes a très peu été étudiée. D'ailleurs, l'étude ne se limitait pas à analyser la fréquence de réalisation du TV. En effet, elle cherchait aussi à comprendre les raisons qui poussaient ou non les médecins à le pratiquer et les facteurs personnels et professionnels le justifiant, telles que la formation reçue, l'expérience clinique et l'évolution des pratiques. Cela en fait un travail original.

Ensuite, ce travail a suivi une **méthodologie claire et rigoureuse** pour garantir des **données fiables et exploitables**. Le questionnaire a été testé avant diffusion, afin de repérer d'éventuelles difficultés de remplissage ou de compréhension. Les réponses ont été analysées avec des **outils statistiques adaptés et validés**, que sont les tests du Chi-2 et de Fisher. Cette approche a permis d'obtenir des résultats clairs et utiles pour mieux comprendre et analyser les pratiques.

Le fait que le questionnaire soit long et complexe permettait une **étude poussée et fine**, permettant de répondre aux objectifs de la recherche.

Concernant l'échantillon, la **diversité** et la **répartition harmonieuse** de la population en termes d'âge, de type d'exercice et de conditions d'installation étaient intéressantes pour l'analyse et la généralisation des résultats aux différentes populations de médecins généralistes. D'ailleurs, la sur-représentation des femmes, bien que non représentative de la population des médecins généralistes installés en ex Midi-Pyrénées, était cohérente avec le fait qu'elles pratiquent davantage la gynécologie en médecine générale [5].

Bien que le taux de réponse était faible, il était suffisant à l'analyse statistique, et satisfaisant pour un travail de médecine générale.

Enfin, ce sujet **interrogeait les pratiques** en médecine générale, afin d'identifier des **axes d'amélioration** pour une prise en charge optimisée. De façon conjointe, il permettait aux participants de **questionner leur propre pratique**, ce qui pouvait entraîner une prise de conscience, voire un changement, comme en témoignait la réponse d'un médecin sur ses motivations à réaliser systématiquement le TV : « **aucun, ce questionnaire me fait remettre en question ma pratique** ».

Limites de l'étude

L'échantillon de répondants est **équilibré, mais non représentatif** de la population étudiée. En effet :

- **Les femmes étaient en forte majorité** (75,25 %), alors qu'elles représentent 54,4% des médecins généralistes en France [11]

- **Les âges étaient mieux répartis que dans la population nationale**, approximativement un tiers avait moins de 40 ans, un tiers entre 40 et 50 ans, et un tiers plus de 50 ans. Au niveau national les médecins de plus de 50 ans sont majoritaires (42,6 %), tandis que les moins de 40 ans représentent 34,1 % et ceux de 40 à 50 ans seulement 23,3 % [11] ;
- **Les médecins impliqués dans l'enseignement étaient sur-représentés (52%)**, ce qui peut influencer les résultats en faveur d'une réflexion plus approfondie sur les pratiques professionnelles.

Le faible taux de participation (11,6%) ainsi que le fait que l'échantillon n'était pas tout à fait représentatif de la population, entraînaient un possible **biais de sélection**, ce qui limitait la généralisation et la reproductibilité des résultats.

De la même façon, la participation reposant sur une démarche volontaire, il existait un possible **biais d'auto-sélection**. En effet, les médecins qui n'avaient pas d'intérêt pour la gynécologie ou qui ne pratiquaient pas le TV ont pu être moins enclins à répondre, entraînant une **sur-représentation des médecins impliqués dans ce domaine**.

Il en était probablement ainsi pour la proportion de femmes dans l'étude étant donné que les **femmes médecins pratiquent davantage le suivi gynécologique** que leurs homologues masculins [5]. Il en était de même pour les **maitres de stage universitaires**, qui sont de fait plus engagés dans l'enseignement et les recommandations, dans les travaux de recherche, et dans l'évolution et la réflexion autour des pratiques.

De plus, l'utilité du TV a été évaluée subjectivement par les répondants le pratiquant, ce qui pouvait entraîner un **biais de mémorisation**.

D'ailleurs, certains médecins semblaient s'être trompés de groupe parmi « jamais de TV », « TV non systématique » et « TV systématique », ce qui a pu altérer les résultats en créant un **biais de classement différentiel**. Il semble que les erreurs soient toutes en faveur du groupe « TV non systématique » puisque c'est le seul où les commentaires rectifiaient la position des médecins vers le groupe « jamais de TV ».

Ensuite, il semble y avoir eu quelques soucis de **compréhension** de la situation étudiée. En effet, il est rappelé à chaque question que seule la femme asymptomatique et hors grossesse était concernée, pourtant de nombreux médecins dans les commentaires citaient comme justification des symptômes (quels qu'ils soient), ou bien la grossesse. Cela pourrait être la conséquence d'un questionnaire trop **complexe** ou trop long.

Par ailleurs, certaines formulations du questionnaire étaient **trop restrictives** ou **trop peu précises** à l'origine d'un **biais d'interprétation**. C'est notamment le cas de la réponse « expérience professionnelle » à la question sur les éléments confortant les médecins à pratiquer ou non le TV, qui aurait probablement nécessité d'être plus précise pour comprendre les vrais facteurs en cause.

Enfin, cette étude touchant à un sujet sensible et reposant en partie sur des perceptions individuelles, il existait un risque de **biais de conformisme** : certains participants ont pu adapter leurs réponses en fonction de ce qu'ils estimaient **socialement ou professionnellement acceptable**, plutôt que de refléter fidèlement leur pratique réelle. D'ailleurs, on peut supposer que la publication de nouvelles recommandations entre l'élaboration du questionnaire et son envoi ait pu jouer sur les réponses des médecins.

III. L'influence des caractéristiques personnelles des médecins sur la pratique du toucher vaginal

Au-delà des trois profils identifiés, cette **hétérogénéité des pratiques**, malgré des situations cliniques similaires, interroge sur l'influence des caractéristiques personnelles des médecins dans la décision de réaliser ou non le TV.

Le **sexe**, en particulier, apparaît comme un déterminant important : les femmes généralistes étaient significativement **plus nombreuses à pratiquer le TV** (84,4 % contre 60,5 %), majoritairement de façon non systématique (60,3 % contre 47,4 % pour les hommes), tandis que les hommes étaient proportionnellement **plus nombreux à ne jamais le pratiquer** (39,5 % contre 15,6 %).

Ce constat a aussi été fait par le Dr Badis dans son travail sur la pratique du toucher pelvien par les généralistes, puisqu'elle constate que 87 % des médecins le pratiquant sont des femmes et 52 % des hommes [50].

Cela peut s'expliquer par le fait que les patientes expriment une **préférence marquée pour des médecins femmes** concernant leur suivi gynécologique [5,7,9,12,34], en raison d'une plus grande aisance ou d'une **perception de meilleure compréhension** de leur vécu gynécologique [41]. Les femmes généralistes, ainsi plus exposées à des demandes de suivi gynécologique, développent potentiellement un rapport au TV plus fréquent, plus aisé et donc plus nuancé.

Le fait que les hommes aient été plus nombreux à ne jamais pratiquer le TV pourrait refléter une forme de **prudence** face à un examen perçu comme **délicat ou intrusif**, surtout en contexte asymptomatique. Le Dr Decoster, dans son travail sur la vision des généralistes de l'intimité en consultation, va dans ce sens puisqu'elle indique que l'attitude d'un homme médecin sera plus rapidement perçue comme suspecte lors d'un examen intime, une femme ayant un profil moins « menaçant » [51]. La **pudeur** ou l'**embarras** peut aussi expliquer ce décalage [52], ainsi que la gêne due au **manque de pratique** [53].

En revanche, l'âge, le lieu d'exercice, l'expérience en gynécologie ou le statut de maître de stage n'ont pas montré d'influence notable sur la pratique du TV.

IV. Le TV : entre apprentissage, expérience et relation de soin

Parmi les médecins qui réalisaient le toucher vaginal, qu'il soit systématique ou non, la notion d'habitude n'était que rarement revendiquée comme motivation principale. Ainsi, seuls 23 % des médecins du groupe « TV systématique » déclaraient le pratiquer par habitude. Pourtant, une large majorité (92,3 %) considérait qu'il fait partie intégrante de l'examen gynécologique de base. Cette **distinction entre pratique systématique et habitude** interroge : un geste peut-il être perçu comme faisant partie intégrante d'un examen, être systématique, sans pour autant refléter une habitude ou un geste routinier ? Ceci laisse penser que le TV, plus qu'un simple réflexe, répond à une **norme implicite** probablement issue de la formation initiale : faire un TV lors d'une consultation gynécologique semble « aller de soi », même s'il n'y a pas de recommandation qui l'impose. Plusieurs médecins expliquaient d'ailleurs qu'ils ont appris à faire systématiquement le TV pendant leur formation. Cela montre l'**importance des apprentissages sur la construction de la pratique professionnelle**, parfois au détriment d'une réflexion actualisée sur la pertinence du geste. Une formation mettant l'accent sur le toucher vaginal comme un élément central de l'examen gynécologique pourrait donc inciter à sa réalisation plus fréquente, tandis qu'une approche plus sélective pourrait amener les médecins à le considérer avec davantage de recul. À l'inverse, la formation était rarement citée comme un frein par ceux qui ne réalisaient jamais le TV (13,5 %), ce qui prouve que ce n'est pas le seul déterminant.

Au-delà de l'apprentissage, l'**expérience professionnelle** apparaissait comme un élément clé dans la pratique du TV : elle était définie comme motrice par 76,9 % des médecins pratiquant le TV systématiquement, et par plus de la moitié dans le groupe non systématique. Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette **validation par la pratique malgré sa faible performance diagnostique** dans ce contexte : le fait qu'il n'y ait pas de retour négatif immédiat de la part de la patiente, qu'il fasse partie intégrante de l'examen clinique, qu'il soit simple et accessible, le désir d'être complet dans l'examen, ou encore le fait que la pratique ne soit pas encadrée par une recommandation (effective ou connue du médecin). Cependant, quelle que soit la raison, comme le soulignent les Dr Trépos et Laure dans leur travail sur l'impact des recommandations dans la pratique des généralistes, **l'expérience est essentielle mais elle doit s'accompagner d'une mise à jour régulière des connaissances** [54].

Enfin, de nombreux médecins justifiaient leur recours au TV non pas par son intérêt diagnostique, mais pour **rassurer les patientes** (48,7 % dans le groupe systématique, 35,9 % dans le groupe non systématique). Cet objectif est également retrouvé dans l'étude de Mme Perry, où 40 % des sages-femmes déclarent réaliser un TV chez les femmes asymptomatiques dans le but de les rassurer [32]. Cela souligne la

place centrale de la relation médecin-patient dans la pratique de certains actes médicaux. Le TV peut alors devenir une **réponse à une attente supposée**, plus qu'un geste fondé sur des indications précises. Or, cette logique de réassurance participe elle aussi à la systématisation du geste, en lui donnant une **justification relationnelle et émotionnelle**, plutôt que purement clinique.

Ainsi, même si l'habitude est rarement citée explicitement, elle semble influencer la pratique du TV en médecine générale. Qu'elle soit issue de la formation, de l'expérience professionnelle ou de la relation de soin, elle contribue à maintenir un geste dont le fondement scientifique est pourtant discuté. Cela amène à réfléchir sur les **normes implicites guidant la pratique**, et sur les moyens de les faire évoluer vers une médecine davantage fondée sur les preuves.

V. Ce que disent les recommandations : un changement encore peu intégré

Les doutes exprimés par les médecins généralistes sur l'utilité du toucher vaginal en l'absence de symptômes trouvent un fondement dans la littérature scientifique. Plusieurs études ont en effet remis en question sa pertinence dans une optique de dépistage systématique, chez la femme asymptomatique. La dernière recommandation française en date, qui encadre l'examen pelvien en gynécologie et obstétrique, offre un cadre plus clair aux professionnels de santé [20].

Le dépistage des cancers :

Le TV systématique n'est pas recommandé chez la femme asymptomatique à risque moyen dans le dépistage du cancer ovarien (recommandation forte) [20]. Le risque moyen étant ici défini par l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de cancer gynécologique.

Ainsi, le CNGOF, l'American College of Physicians et le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs s'accordent sur ce point : en l'absence de symptômes ou de contexte particulier, il **n'a pas d'utilité prouvée** en terme de dépistage et peut même entraîner des **examens ou traitements inutiles** [20,55,56]. L'étude « Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk, Adult Women » montre d'ailleurs que le TV a une **valeur prédictive positive inférieure à 4 % dans le dépistage du cancer ovarien** : c'est-à-dire que 96 à 100 % des TV anormaux ne révèlent pas de cancer ovarien.

Concernant le cancer du col de l'utérus, le dépistage repose sur le **test HPV ou le frottis** entre 25 et 65 ans (recommandation forte). Le TV ne semble pas apporter d'information supplémentaire, car les lésions précancéreuses ne sont **ni visibles ni palpables** [20,56].

Pour le cancer de l'endomètre, les études restent limitées, et **aucune recommandation** n'a été émise pour son dépistage par TV chez la femme asymptomatique [20].

Le dépistage des IST :

Bien que le TV soit parfois utilisé dans le dépistage des IST, sa **performance semble faible** pour le dépistage des IST en l'absence de symptôme. **Aucune recommandation** n'a été émise pour sa pratique dans ce contexte.

On privilégiera plutôt les **prélèvements biologiques** (vaginal, cervical ou auto-prélèvement) comme outils de diagnostic de référence (recommandation forte) [20].

La contraception :

Les recommandations récentes du CNGOF confirment également que le TV n'a **pas d'indication systématique dans le seul but d'initier une contraception hormonale ou dans le suivi** des femmes sous contraception pour en dépister une complication (accord professionnel) [20].

En revanche, il reste **indiqué avant la pose d'un DIU** (recommandation faible) [20].

L'endométriose

Il est effectivement **recommandé de pratiquer un TV en cas de suspicion** d'endométriose [20], seulement cela sous-entend une symptomatologie évocatrice, ce qui sort de notre cadre ici.

Autres pathologies bénignes :

En ce qui concerne le fibrome ou le kyste ovarien, les études n'encadrent pas leur recherche chez la patiente asymptomatique par le TV. On peut supposer qu'il apparait peu probable de les dépister en l'absence de symptôme. Quoi qu'il en soit, une thérapeutique ne sera proposée qu'en cas de symptôme (métrorragies, infertilité, inconfort, douleur, etc), ce qui sort aussi de notre cadre.

Concernant le testing du périnée, il se fait effectivement par le TV et s'associe à un interrogatoire sur les signes fonctionnels [58]. Cependant, seule une anomalie de la statique pelvi-périnéale symptomatique (symptômes urinaires / rectaux / génitaux, troubles de la continence, prolapsus) ou contextuelle (notamment en post-partum) mène à un traitement.

Si ces nouvelles recommandations contribuent à encadrer la pratique du TV, leur appropriation par les médecins généralistes reste inégale.

Dans cette étude, **55,3 % des médecins interrogés déclaraient ne pas les connaître** (67,6% parmi les médecins ne le pratiquant jamais, 65% parmi ceux le faisant selon le contexte, et 17,9% parmi ceux le réalisant systématiquement). Pourtant, **86,6 % affirmaient qu'ils appliqueraient les recommandations** si elles déconseillaient la

pratique du TV en l'absence de symptômes, ce qui montre une **disposition majoritaire à faire évoluer les pratiques**. Le décalage observé entre les recommandations et les gestes réalisés ne semble donc pas résulter d'un rejet, mais plutôt **d'un manque de diffusion, de discussion et d'intégration dans la formation** [59].

Ce décalage semble aussi s'expliquer par **le poids des habitudes, de la formation**, et d'une **prudence** face à la crainte de passer à côté d'un diagnostic. Ceci est visible dans les raisons avancées par les médecins pour maintenir la pratique du TV : le **dépistage des cancers gynécologiques** (ovaire, utérus, col) restait une motivation fréquente, bien que les résultats de l'étude révélaient une **discordance entre les pathologies recherchées et celles effectivement identifiées** grâce à cet examen. Si 59,9 % des médecins disaient rechercher un cancer ovarien, 50,7 % un cancer de l'utérus et 33,8 % un cancer du col lors du TV, **la majorité déclaraient ne jamais avoir diagnostiqué chez une femme asymptomatique** (79 % pour l'ovaire, 77 % pour l'utérus et 81 % pour le col). Ces chiffres mettent en évidence la **faible efficacité clinique** du TV pour le dépistage des cancers, qui était reconnue par **64,1 % des médecins interrogés**. De plus, 40,85 % considéraient que **l'absence de TV ne risquait pas d'induire de retard diagnostique pour ces cancers**, et 43,7 % restaient incertains. Au final, seuls **34,5 % des médecins jugeaient cet examen utile**, et **4,9 % très utile**, ce qui montre une prise de distance croissante vis-à-vis de son intérêt clinique, malgré la persistance de son usage. Ces contradictions rejoignent les recommandations actuelles, qui insistent sur **la faible valeur ajoutée du TV dans le suivi gynécologique des femmes asymptomatiques**, et appellent à une **réévaluation de la balance bénéfice/risque**, en tenant compte à la fois de son intérêt clinique limité et de son impact émotionnel pour les patientes [20].

En conclusion, **les pratiques n'évoluent pas seules**. Pour changer, les professionnels ont besoin d'être **clairement informés, formés et accompagnés** : ils doivent pouvoir **s'appuyer sur un cadre clair** pour guider leur décision. Cependant, comme l'a montré Mme Armand-Bertrand dans son travail sur les sages-femmes en accompagnement global, **les recommandations ne s'imposent pas de manière rigide**. Chaque professionnel reste libre **d'adapter ses gestes** à la situation clinique et à la relation avec la patiente [60].

VI. Vers une évolution possible : accompagner le changement

Dans l'étude, **de nombreux médecins déclaraient réaliser moins de TV qu'au début de leur exercice** (63,4 %), signe qu'une **évolution** est déjà en cours. Pour autant, ce changement n'est pas toujours accompagné.

Dans ce travail, la formation n'apparaissait pas comme un frein majeur pour ceux qui ne pratiquaient jamais le TV (13,5 %), mais elle était plusieurs fois citée par ceux qui la réalisaient comme un élément déterminant de leur pratique. Cependant, le questionnaire n'a pas étudié plus en détail l'impact de la formation. En ce qui concerne les maîtres de stage, la proportion de ceux qui doublaient le TV avec l'étudiant a été analysée : près de **la moitié ne le doublait jamais** (46,25 %), tandis qu'un **tiers le doublait uniquement en cas d'anomalie** (33,75 %). Cela suggère que l'objectif principal est **clinique (recherche d'anomalie) plutôt que pédagogique**, ce qui réduit les occasions pour les étudiants de s'exercer. Or, l'apprentissage du TV se fait **par la répétition** et nécessite de pratiquer fréquemment [16]. Cela pourrait donc jouer sur la **confiance** et la **compétence** des futurs généralistes dans la réalisation de cet acte.

La littérature donne ici des éléments de réponses complémentaires à notre étude. En effet, plusieurs travaux soulignent que la formation en gynécologie au sein du parcours de médecine générale reste **insuffisante**. C'est le cas de l'étude du Dr Dewez sur les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale, qui souligne que le principal frein pour les praticiens est le **manque de formation perçu**, en particulier sur le plan pratique [34]. Le **manque de stages dédiés** à la gynécologie dans le DES en médecine générale a été identifié comme un obstacle à la pratique du TV, entraînant parfois un **manque de confiance** chez les jeunes médecins [19]. D'ailleurs, il ressort de l'étude du Dr Biglia que les principaux obstacles à la pratique de la gynécologie chez les internes en médecine générale sont dus à un manque de confiance en leurs connaissances et à une **insuffisance d'expérience pratique** [25]. Enfin, les récentes recommandations apportent un cadre plus clair, tout en soulignant l'importance de **renforcer la formation** des médecins pour leur permettre de se sentir **plus compétents et confiants** dans la réalisation du TV [20].

Il apparaît donc nécessaire de **repenser la formation initiale et continue** autour du TV, en allant plus loin que les seuls apports théoriques. Des outils comme la **simulation**, l'**analyse réflexive en stage** et les **ateliers pratiques** pourraient offrir des pistes pour accompagner une pratique plus adaptée. Ainsi, dans un contexte où la formation au TV soulève des **enjeux pratiques et éthiques** liés à l'intime, la **simulation** apparaît comme une solution intéressante. Elle permet de travailler la technique dans un cadre sécurisé, sans enjeu direct pour la patiente [16,20]. Si les mannequins sont utilisés en France, d'autres pays intègrent également des **patientes professionnelles** [16], permettant un retour d'expérience sur le ressenti, la proposition, la réalisation, le consentement et la relation. L'**analyse réflexive**, en stage ou en groupe de pairs, aide à mieux comprendre quand et comment proposer un TV. Elle questionne l'indication, la posture du médecin, et les

formulations de la proposition d'examen. Elle permet de prendre du recul pour mieux interroger les pratiques [61].

De même, les **ateliers pratiques**, qu'ils soient intégrés à la formation initiale ou continue, pourraient combiner entraînement technique, jeux de rôle, apports théoriques et discussions. Ils permettraient de **replacer le TV dans la globalité de la consultation** (technique, indication, contexte, communication).

Enfin, la réalisation d'un **stage en santé de la femme** dans toutes les maquettes de formation des internes des internes en médecine générale semble nécessaire.

Il est à noter ici que **certaines facultés ont déjà amorcé ce changement** (comme la faculté de médecine de Toulouse par exemple).

Cependant, ces initiatives restent encore **trop inégalement réparties** à l'échelle du territoire français. Une généralisation de la formation semble indispensable pour garantir une homogénéité dans l'apprentissage et la mise en œuvre de la pratique du TV.

Ces approches viseraient à éviter une pratique systématique « par défaut » ou une exclusion totale du geste, au profit d'une **décision éclairée**. Il ne s'agit pas d'imposer une seule façon de faire, mais d'**aider les médecins à mieux évaluer la pertinence du TV** en fonction des situations, en tenant compte à la fois des données scientifiques, du vécu des patientes et du contexte. Néanmoins, l'évolution des pratiques ne passera pas uniquement par un changement pédagogique, mais aussi par une **réflexion collective sur le rôle du médecin généraliste** dans le suivi gynécologique. Le TV ne doit plus être réalisé « parce que c'est comme ça qu'on fait », mais parce qu'il a un sens clinique et relationnel clair, **partagé avec la patiente**.

VII. Une pratique en lien avec les patientes

Au-delà des aspects cliniques, techniques ou scientifiques, la pratique du toucher vaginal impacte directement la **relation médecin-patient**. De nombreux médecins de l'étude ont d'ailleurs évoqué le fait de réaliser le TV non pas pour son utilité diagnostique, mais pour **rassurer les patientes**. Cela montre que, dans certaines consultations, le geste prend une **dimension plus relationnelle que purement médicale**.

Ainsi, la réassurance peut être un motif légitime, mais elle ne peut justifier un examen dont l'utilité clinique est incertaine **sans un réel échange préalable**. Or, notre étude montre que cette discussion est loin d'être systématique : le TV reste parfois perçu comme un passage obligé, un « geste de base », ce qui peut le rendre **difficile à refuser** pour certaines patientes.

Le Dr Decoster dans son travail sur l'intimité en consultation expose ainsi qu'en l'absence de communication claire ou d'attention au ressenti du patient, ce dernier peut

ne pas réussir à exprimer son refus, et l'examen peut alors être vécu comme **intrusif voire violent**, même sans mauvaise intention du médecin [51]. D'ailleurs, plusieurs études montrent que peu de femmes refusent le TV car elles ne savent pas qu'elles en ont la possibilité, cet examen étant vu comme « **un passage obligatoire** » [22,36]. Pourtant dans cette relation, le **consentement** est essentiel ! Ce dernier ne peut pas être réduit à un simple « oui » ou à l'absence de refus, mais devrait être le fruit d'un **échange éclairé** entre médecin et patiente. Cela suppose d'expliquer à quoi sert le TV, ce qu'il permet (ou non) de dépister, et pourquoi on le propose (ou pas). C'est ce qu'explique le Dr Decoster dans son étude : les médecins ne doivent pas imposer des examens mais les expliquer et accompagner la patiente pour qu'elle décide de leur réalisation ou non [51]. Ainsi, il apparaît important d'**associer davantage les patientes à cette réflexion** pour rééquilibrer la relation et aller vers une **décision réellement partagée**. Cela passe notamment par une **explication claire du déroulé** de l'examen, un rappel des **bases anatomiques**, la mise en place en place d'une **formation à la vie affective et sexuelle**, et la création d'un **espace de dialogue** permettant à la patiente de comprendre, de poser ses questions et de participer pleinement à la décision [33].

En parallèle de la volonté des médecins de rassurer les patientes par la pratique du TV, plusieurs études ont étudié le **ressenti des patientes**. Elles montrent que les femmes se sentent effectivement plutôt rassurées par la réalisation d'un TV dans le cadre du suivi de grossesse [28,29,36,62]. Cependant, en dehors de ce contexte, cette impression de réassurance est bien moins fréquente : selon l'étude de Chardenal, seulement une minorité de patientes considère cet examen comme rassurant [22]. L'étude du Dr Bernard, qui s'intéresse aux ressentis des patientes lors du suivi gynécologique, souligne que ce qui les rassure réellement, ce n'est pas tant la réalisation d'examens systématiques, mais plutôt la **qualité de la relation** avec leur médecin : **le dialogue, l'écoute, l'empathie et l'attitude bienveillante** sont les éléments les plus importants pour elles [24]. De même, l'analyse du Dr Chardenal portant sur les femmes en situation de précarité, confirme que leurs attentes sont avant tout **relationnelles** : elles ont besoin d'une **information claire, compréhensible**, et d'un médecin **attentif**. L'étude met aussi en évidence que ces patientes n'osent pas toujours poser de questions, et qu'elles comptent sur le professionnel pour leur expliquer les choses de manière accessible [22].

En conclusion, le TV ne peut pas être perçu uniquement comme un outil médical. Il est aussi une partie intégrante **de la relation de soin** touchant à la confiance et au respect. Repenser sa place dans la consultation de suivi gynécologique, c'est aussi favoriser **une médecine plus centrée sur la patiente**.

Conclusion

Le TV est un acte courant lors des consultations de suivi gynécologique, mais il existe une **hétérogénéité des pratiques**.

Ce travail a permis de distinguer trois groupes de praticiens : les généralistes qui ne pratiquaient jamais de TV, ceux qui l'intégraient systématiquement, et ceux, majoritaires, qui adaptaient leur décision à la situation.

Cette diversité reflète des logiques de soin différentes, basées sur des **critères médicaux** mais aussi sur des **habitudes**, des **expériences professionnelles**, et des **représentations** du rôle du médecin généraliste dans la relation de soin.

Sa pratique ne semble pas toujours guidée par des fondements scientifiques : elle reste fréquente malgré une **absence de bénéfice démontré** pour le dépistage de cancers gynécologique. D'ailleurs les recommandations, méconnues de la plupart des médecins interrogés, **déconseillent sa pratique systématique** chez la femme asymptomatique.

Au-delà de l'aspect clinique et technique, ce geste impacte directement la **relation médecin-patiente** : il engage la confiance, la communication, et la vécu de la consultation. Il ne devrait donc pas suivre une norme implicite, « parce que c'est comme ça qu'on fait », mais plutôt s'inscrire dans une **réflexion éthique, partagée** avec la patiente, et reposant sur un **consentement éclairé**.

Face à ces constats, plusieurs leviers d'évolution pourraient être proposés : une **meilleure diffusion des recommandations**, le développement d'**outils pédagogiques** adaptés (simulation, analyse réflexive, ateliers pratiques) et une **formation plus approfondie** en santé de la femme pour les généralistes, et en **santé sexuelle** pour les patientes.

Pour compléter ce travail, il serait intéressant de mener une **étude qualitative** auprès des médecins généralistes sur la place du TV dans le suivi de la femme asymptomatique, afin d'explorer plus précisément les contradictions dans la pratique, mises en évidence par ce travail.

De même, une analyse de l'**impact d'une formation spécifique** sur l'évolution des pratiques permettrait d'évaluer puis de parfaire les actions pédagogiques à développer. Enfin, il serait utile d'étudier le **point de vue des patientes** quant-à la réalisation ou non du TV, leur compréhension des recommandations, et leur confiance envers la prise en charge proposée. Croiser ces résultats avec ceux de notre étude pourrait contribuer à modifier les perceptions des médecins, renforcer l'implication des patientes, et améliorer l'expérience vécue par les patientes comme par les médecins..

le 02/05/2025
Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 6 mai 2025
Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

Bibliographie

1. Santé publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus Période 2014-2023. 4 juillet 2024;
2. Institut national du cancer (INCa). Le dépistage du cancer du col de l'utérus en pratique. Juillet 2022;
3. Caroline Terris. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale. Etude qualitative auprès des patientes. 2016;146.
4. Hermine De La Roque. Le suivi gynécologique de prévention et de dépistage à Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04412052;
5. Sabrina Dias. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'île de France. 2010;139.
6. Valérie Megret. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. 2010;140.
7. Audrey Lagneau. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01375462
8. Christelle Huet. Suivi gynécologique : quelles sont les perceptions des patientes sur la pratique des médecins généralistes. Etude qualitative. 2018; 115. Disponible sur: <http://portaildoc.univ-lyon1.fr>
9. Pauline Lechevallier. Suivi gynécologique par le médecin généraliste : influence d'une campagne d'information par affiche sur la disposition des femmes de l'Hérault à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02964742
10. Conseil national de L'ordre des médecins, Dr Francois Arnault. Atlas de la démographie médicale 2024. 1 janv 2024; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf
11. Conseil national de L'ordre des médecins, Dr Francois Arnault. Atlas de la démographie médicale 2024 : approche territoriale des spécialités. 1 janv 2024; Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/3hjpu6/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_2.pdf
12. Marie Brosset. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale : une étude quantitative. 2013;1. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf

13. Héloïse Guyomard. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. 2018;69. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127032/2018MCEM9882/fichier/9882F.pdf>
14. Manel Saidani. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016 : vision des médecins généralistes et des patientes. 2020;163.
15. Julia Burgevin. Attitude des médecins généralistes quant à la pratique du toucher vaginal lors du suivi de grossesse à bas risques, étude quantitative. 2020 2019;57. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007435/2020MCEM11688/fichier/11688F.pdf>
16. Tatiana Arias. Apport de la simulation dans l'apprentissage du toucher vaginal obstétrical. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01206812
17. Isaure De Cacqueray. Les représentations du toucher vaginal chez les sages-femmes. 2018;22.
18. Levasseur, G., Bagot, C.-. et Honnorat, C. (2005). L'activité Gynécologique des Médecins Généralistes En Bretagne. Santé Publique, . 17(1), 109-119. <https://doi.org/10.3917/spub.051.0109>.
19. Matthieu Colchen. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01346788
20. X. Deffieux, C. Rousset-Jablonski, A. Gantois et al., Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.04.001>
21. Marie-Christine Bournot, Jean-François Buyck, Françoise Lelièvre, Anne Tallec, Thomas Hérault. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. 2016;8.
22. Louise Chardenal. Comment les femmes en situation de précarité perçoivent-elles le suivi gynécologique ? Etude qualitative par 16 entretiens semi-dirigés. 2018;156. Disponible sur: <https://www.sudoc.fr/229098967>
23. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. 2008;14.
24. Julie Bernard. Suivi gynécologique : Représentations et ressentis des patientes. Étude qualitative. 2018;75.
25. Mathilde Biglia. La consultation gynécologique en médecine générale et la prescription du Dispositif Intra Utérin chez la jeune femme nullipare : étude qualitative sur les représentations des internes de la faculté d'Aix Marseille. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. Dumas-03401162
26. Sylvie Arnaud-Lesot, Bernard Hœrni. Apprentissage de l'examen gynécologique de 1800 à nos jours. La revue du Praticien, VOL. 58, Mai 2008

27. Romain Lориoux. Y a-t-il un intérêt à la pratique du toucher vaginal en systématique dans le suivi des grossesses à bas risque ?. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00658331
28. Clara Galissard. Consentement et vécu du toucher vaginal par les femmes primigestes en consultation prénatale. 2016;59.
29. Claire Justeau, Sophie Vuillermet. Opinion et ressenti des femmes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque. Etude qualitative menée dans le Maine et Loire. 2018;59.
30. Marine Gall. L'information et le consentement dans la pratique du TV. 2018;80.
31. 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;22(98):122-8.
32. Justine Perry. Intérêt du toucher vaginal en systématique lors d'une consultation de gynécologie chez une femme à bas risque et asymptomatique Enquête auprès de 69 sages-femmes lorraines en 2015. 2015;58. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870312>
33. Anne Freyens, Mélanie Dejeanne, Elise Fabre, Marie-Eve Rouge-Bugat, Stéphane Oustric. Le premier examen gynécologique idéal imaginé par les jeunes filles. Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. 2017.
34. Elise Dewez. Le suivi gynécologique en milieu rural : état des lieux et freins. Etude réalisée auprès de 27 cabinets de médecins généralistes de la région Nord-Pas de Calais. 2014;44.
35. Hjörleifsson S, Bjorvatn B, Meland E, Rørtveit G, Hannestad Y, Tschudi Bondevik G. The when and how of the gynaecological examination: a survey among Norwegian general practitioners. Scandinavian Journal of Primary Health Care [Internet]. 3 avr 2019;37(2):264-70. Disponible sur: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2019.1619829>
36. Marion Lefebvre. Les enjeux éthiques autour de l'examen du toucher vaginal et leur impact sur la femme. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01415758
37. Capucine Duchateau, Marie Martin. Attitude des médecins généralistes quant à la réalisation du toucher vaginal dans le suivi des grossesses à bas risque, étude qualitative. 2016 2015;75. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20117148/2016MCEM6740/fichier/6740F.pdf>
38. Guillin-Angoulvant C. L'examen clinique dans le cadre du suivi gynécologique: étude des représentations des femmes : Université d'Angers; 2003.
39. Charène Cueur. Étude des inconforts ressentis par les patientes évalués avant et après une consultation de gynécologie et facteurs associés : étude déclarative, descriptive et comparative. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01878891
40. Julie Pierson. Que vivent les femmes lors d'une consultation gynécologique ? Etude qualitative auprès de 17 femmes de la région Grand-Est. 2020;164. Disponible sur:

https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_PIERSON_Julie.pdf

41. Camille PASCAL. Pratique et vécu de l'examen gynécologique : une revue de la littérature. 2017;111. Disponible sur: https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:370638&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1383&file=2017_Pascal_Camille.pdf
42. Aurelie Blin. Suivi gynécologique hors grossesse : Contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative. 2016;72.
43. Amandine Marcilly, Mélissa Mauri. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01881279
44. Noelia Brechet San-Onofre, Sophie Pennequin. Femmes aux antécédents de violences sexuelles : le vécu de l'examen gynécologique en ambulatoire. dumas-02367978. 2019;106. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02367978/document>
45. Aurore Rialland, Margaux Ripaud. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active. Etude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire. 2016;119.
46. Clémence Thévenin. Toucher vaginal et recherche du consentement : enquête des pratiques professionnelles dans une maternité de niveau III. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03321905
47. CNGOF. La charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. Octobre 2021
48. Ramirez Pedro, Salvo Gloria. Cancer de l'endomètre. sept 2023. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/tumeurs-gynecologiques/cancer-de-l-endometre>
49. Ligue nationale contre le cancer. Les cancers de l'ovaire. Recherche. Prévention et promotion du dépistage. Actions pour les personnes malades Société et politiques de santé (SPS). avr 2018
50. Badis A. État des lieux de la pratique du toucher pelvien par les médecins généralistes lors de l'examen gynécologique chez les femmes sexuellement actives: étude quantitative. dumas-03413045 [Internet]. 2021;52. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03413045>
51. Mathilde Decoster. L'intimité en consultation : la vision des médecins généralistes. Enquête qualitative sur base d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes. 2023. Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/en/object/thesis%3A44439>
52. Jessica Barbier. Exploration du ressenti des médecins généralistes face à l'examen clinique en consultation. Etude qualitative par entretiens individuels. 2022. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20100333/2022MCEM14663/fichier/14663F.pdf>

53. Charlotte Lasserre. Le toucher : un regard de médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02073850
54. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique [Internet]. 2008;56(4, Supplément):S221-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762008002927>
55. Marcello Tonelli, Sarah Connor Gorber, Ainsley Moore, Brett D. Thombs. Pour le compte du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Recommandations sur l'examen pelvien de dépistage systématique. Canadian Family Physician Le Médecin de famille canadien. 2016;5.
56. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD, for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening Pelvic Examination in Adult Women: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med [Internet]. 2014 [cité 16 oct 2024];161(1):67-72. Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M14-0701>
57. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening Pelvic Examinations in Asymptomatic, Average-Risk Adult Women: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. Ann Intern Med [Internet]. juill 2014 [cité 16 oct 2024];161(1):46-53. Disponible sur: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M13-2881>
58. Jean-Pierre SARRAMON, Pascal RISCHMANN. Examen du périnée féminin. Progrès en Urologie (1997), 7, 137-148
59. E. Luporsi. De la diffusion des recommandations à l'utilisation en pratique clinique : quels processus d'adaptation ? . 27^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), Deauville, 2005. Dogmes et doutes, Nov 2005, Deauville, France. pp.48-54. hal-03573701
60. Armand-Bertrand H. Pourquoi l'examen vaginal? L'expérience du toucher vaginal chez les sages-femmes en accompagnement global. dumas-03219123. 2020;75.
61. Clerc, N. et Agogué, M. (2014). Analyse réflexive de pratiques et développement de nouvelles compétences. Recherche en soins infirmiers, 118(3), 7-16. <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0007>.
62. Pauline Morvan. Le vécu du toucher vaginal par les femmes en consultations prénatales. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01194852

Annexes

Annexe 1 : questionnaire de thèse

Profil du médecin :

1) Etes vous...

- Un homme
- Une femme

2) Quel âge avez-vous ?

- < 40 ans
- Entre 40 et 50 ans
- > 50 ans

3) Quelle est votre activité principale en médecine générale ?

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine
- Mixte

4) Dans quelles conditions exercez-vous ?

- Seul
- En cabinet de groupe
- En MSP
- En centre de santé

5) Etes-vous maitre de stage ?

- Oui
- Non

6) Si vous êtes maitre de stage, quels étudiants recevez-vous ? (QCM)

- SASPAS
- SFE
- PN1
- Externe

7) En moyenne, quelle est la part de suivi gynécologique (contraception, prévention, frottis) dans votre activité ?

- Aucune (fin du questionnaire)
- Plusieurs consultations par mois
- Plusieurs consultations par semaine
- Plusieurs consultations par jour
- Journées ou demi-journées dédiées à la gynécologie

8) Depuis combien de temps pratiquez-vous une activité gynécologique ?

- < 5 ans
- 5 à 10
- > 10 ans

9) Quelle formation avez-vous reçue en santé de la femme ? (QCM)

- Stages durant l'externat
- Stages durant l'internat : avec un praticien exerçant la gynécologie et/ou en service de gynécologie
- DPC
- DU / DIU
- Congrès

*Dans ce questionnaire, nous nous intéresserons à la consultation de suivi de la patiente asymptomatique en dehors de la grossesse, c'est-à-dire la **visite annuelle de prévention (dépistage des cancers gynécologiques)**, et les actes d'initiation / renouvellement de **contraception**.*

Pratique du Toucher vaginal

10) Que pensez-vous de cette affirmation : le TV fait partie intégrante de la consultation gynécologique de suivi

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord

11) Quelle est votre attitude la plus fréquente lors des consultations de suivi annuel en gynécologie ?

- Jamais de TV : se reporter aux questions du groupe 1 (questions de 12 à 13)
- TV non systématique : se reporter aux questions du groupe 2 (questions de 14 à 19)
- TV systématique : se reporter aux questions du groupe 3 (questions de 20 à 21)

Groupe 1 = jamais de TV

12) Pourquoi ne jamais pratiquer de TV chez la femme asymptomatique lors de la consultation de suivi ? (QCM)

- Examen jugé non utile dans ce contexte
- Examen non fiable pour le dépistage des cancers gynécologiques
- Je n'ai pas reçu la formation adéquate
- Formation adéquate mais geste réalisé trop peu souvent pour être performant
- Geste qui me met mal à l'aise
- Geste jugé intrusif
- Geste jugé douloureux
- Manque de temps dans la consultation
- Autre

13) Quels éléments vous confortent dans l'idée de ne jamais le pratiquer dans l'examen de la femme asymptomatique lors de la consultation de suivi ? (QCM)

- Le fait qu'il n'existe pas de recommandation à ce sujet / que je n'en connaisse pas
- Les échanges avec les confrères qui ne le pratiquent pas systématiquement
- Mon expérience professionnelle ne m'a pas conforté dans l'idée de faire le TV
- Mon expérience personnelle en tant que patiente / conjoint
- La faible sensibilité de cet examen dans le dépistage
- Autre

Fin du questionnaire pour le groupe « jamais de TV »

Groupe 2 = TV non systématique

14) A quelle fréquence estimez-vous faire un TV chez la femme asymptomatique proportionnellement au nombre de consultations gynécologiques de suivi que vous pratiquez ?

- Rarement (< 1/10)
- Parfois (entre 1/10 et 5/10)
- Souvent (> 5/10)

15) Effectuez-vous systématiquement un premier TV lors du début de suivi gynécologique d'une patiente ?

- Oui
- Non

16) Quelle est selon vous la fréquence minimale de surveillance par TV chez la femme asymptomatique lors des consultations de suivi ?

- Il n'existe pas pour moi de fréquence minimale de surveillance par TV
- Environ tous les ans
- Environ tous les 2 ans
- Environ tous les 5 ans
- Autre

17) L'âge ou le statut hormonal de la patiente conditionne-t'il votre pratique du TV lors de la consultation de suivi ?

- Je le réalise plus volontiers chez la patiente jeune < 35 ans
- Je le réalise plus volontiers à partir du premier accouchement
- Je le réalise plus volontiers à partir de la ménopause
- Non

18) Quelles sont les situations médicales qui peuvent vous amener à réaliser le TV pendant la consultation de suivi en l'absence de symptôme ? (QCM)

- La présence d'antécédents personnels de pathologies gynécologiques, urinaires, ou de complications obstétricales
- La présence d'antécédents familiaux de cancers d'origine gynécologique
- La présence de facteurs de risques de cancer d'origine gynécologique
- La pose d'un DIU
- L'initiation d'une contraception (hors DIU)
- La réalisation d'un frottis / dépistage HPV
- Le projet de grossesse

- Autre

19) Quels sont les autres motivations pouvant vous faire pratiquer le TV en l'absence de symptomatologie ? (QCM)

- Rassurer la patiente sur la normalité de l'examen
- Crainte d'être jugé incompetent / incomplet dans mon examen si je ne fais pas de TV
- Crainte de passer à côté de quelque chose, me rassurer, me protéger d'un point de vue médico-légal (traçabilité dans le dossier médical)
- Maintien d'une habileté technique, « ne pas perdre la main »
- Former l'étudiant qui m'accompagne
- Prévention et dépistage des cancers gynécologiques
- Testing du périnée
- Information nécessaire au suivi
- Autre

20) Quels éléments vous confortent dans l'idée de ne pas pratiquer systématiquement de TV pendant la consultation de suivi ? (QCM)

- Le fait qu'il n'existe pas de recommandation à ce sujet / que je n'en connaisse pas
- Les échanges avec les confrères qui ne le pratiquent pas systématiquement
- Mon expérience professionnelle ne m'a pas conforté dans l'idée de faire un TV systématique
- Mon expérience personnelle en tant que patiente / conjoint
- La faible sensibilité de cet examen dans le dépistage
- Autre

Passer à la question 23

Groupe 3 = TV systématique

21) Quelles sont vos motivations pour faire le toucher vaginal systématiquement lors de la consultation de suivi ?

- Partie intégrante de l'examen gynécologique de base
- Habitude
- Rassurer la patiente sur la normalité de l'examen
- Crainte d'être jugé incompetent / incomplet dans mon examen si je ne fais pas de TV
- Crainte de passer à côté de quelque chose, me rassurer, me protéger d'un point de vue médico-légal (traçabilité dans le dossier médical)
- Prévention et dépistage des cancers gynécologiques
- Testing du périnée
- Information nécessaire au suivi
- Maintien d'une habileté technique, ne pas perdre la main
- Autre

22) Quels éléments vous confortent dans l'idée de pratiquer un TV systématique chez la femme asymptomatique ? (QCM)

- Le fait qu'il existe des recommandations à ce sujet
- Les échanges avec les confrères qui le pratiquent systématiquement
- Mon expérience professionnelle m'a conforté dans l'idée de faire le TV

- Mon expérience personnelle en tant que patiente / conjoint
- La forte sensibilité de cet examen dans le dépistage
- Autre

Passer à la question 23

Suite du questionnaire (pour les groupes « TV systématique » et « TV non systématique » :

23) Si vous êtes maître de stage : proposez-vous de doubler le TV avec l'étudiant, si la patiente l'accepte ?

- Oui, le plus souvent
- En cas d'anomalie
- Non

24) Quelles sont les diagnostics recherchés lors de votre pratique du TV de la femme asymptomatique en dehors de la grossesse ? (QCM)

- Cancer utérin
- Cancer ovarien
- Cancer du col de l'utérus
- Fibrome utérin
- Kyste ovarien
- Infection gynécologique
- Autre

25) En cas de TV anormal réalisé chez la femme asymptomatique, à quelle fréquence avez-vous dépisté... (diagnostic posé par la suite avec les examens complémentaires) (QCM)

- Cancer utérin : jamais / rarement / souvent
- Cancer ovarien : jamais / rarement / souvent
- Cancer du col de l'utérus : jamais / rarement / souvent
- Fibrome utérin : jamais / rarement / souvent
- Kyste ovarien : jamais / rarement / souvent
- Infection gynécologique : jamais / rarement / souvent

26) Comment évaluez vous l'utilité de ce geste dans votre pratique ?

- Pas du tout utile
- Pas très utile
- Utile
- Très utile

27) Votre pratique du TV s'est-elle adaptée avec le temps, proportionnellement au nombre de consultations gynécologiques que vous pratiquez ?

- Oui, j'en fais de plus en plus
- Oui, j'en fais de moins en moins
- Non elle n'a pas changé

28) Pensez-vous que le TV soit un bon test de dépistage des cancers gynécologiques en l'absence de symptomatologie ? (QCM)

- Oui, test sensible (TV anormal en présence de pathologie)
- Oui, test spécifique (TV normal en l'absence de pathologie)
- Non
- Je ne sais pas

29) Pensez-vous que l'absence de TV chez la femme asymptomatique pourrait induire un retard de diagnostic des cancers gynécologiques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

30) Si les recommandations étaient de ne plus réaliser de TV en l'absence de symptomatologie dans la consultation de suivi, les appliqueriez-vous ?

- Oui
- Non
- Détails si non

Annexe 2 : courrier d'adressage

Chère consœur, Cher confrère,

Je vous adresse ce questionnaire dans le cadre de ma thèse d'exercice pour l'obtention du titre de docteur en médecine générale, réalisée sous la direction du Dr Imane DINARI et du Dr Anne SAINT-MARTIN.

Il s'agit d'une thèse quantitative par questionnaire afin d'évaluer les pratiques quant-au toucher vaginal en médecine générale.

Ce questionnaire en ligne comprend 7 à 26 questions selon les réponses apportées, pour une durée de remplissage estimée à environ 6 minutes.

Toutes les données recueillies seront anonymisées.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Bien confraternellement,
Daphné de Saint Pierre

AUTEUR : Daphné de SAINT PIERRE

TITRE : Place du toucher vaginal dans le suivi systématique de la femme asymptomatique en médecine générale

DIRECTRICE DE THÈSE : Dr Anne SAINT-MARTIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : le 27 Mai 2025 à la Faculté de médecine de Rangueil

OBJECTIFS : Analyser la pratique du toucher vaginal (TV) en médecine de ville lors de la consultation de suivi des femmes asymptomatiques, repérer les pratiques qui relèvent de l'habitude, et évaluer l'impact de l'âge et du sexe des praticiens. **MATERIEL ET METHODE** : Étude quantitative descriptive par questionnaire diffusé aux médecins de l'ex-Midi-Pyrénées par la mailing-list de l'URPS ; 198 réponses complètes analysées. **RESULTATS** : 20,7% des répondants ne réalisaient jamais de TV, motivés par la faible fiabilité diagnostique, l'aspect intrusif du geste, et une volonté d'éviter des actes inutiles. A contrario, 21,8% le pratiquaient systématiquement malgré une reconnaissance de son faible intérêt en dépistage, souvent par héritage de la formation initiale ou pour rassurer la patiente. Enfin, 57,5% l'effectuaient de manière non systématique, en fonction du contexte clinique (antécédents, facteurs de risque, gestes associés : pose de DIU, frottis). L'utilité diagnostique du TV était jugée faible par la majorité, et 63% des médecins avaient réduit leur recours au TV au fil du temps. Le sexe du praticien influençait significativement la pratique, les femmes généralistes étant plus nombreuses à réaliser le TV et souvent de manière plus adaptée au contexte. L'âge en revanche n'avait pas d'influence. **DISCUSSION** : Trois profils de médecins se distinguaient : ceux rejetant le TV jugé peu pertinent et intrusif, ceux le pratiquant systématiquement parce qu'il fait partie de l'examen de base, et ceux l'adaptant au contexte clinique. Cette hétérogénéité souligne le poids de l'expérience, de la formation et des représentations personnelles dans le choix de pratique, davantage que les données scientifiques ou les recommandations. Ceci traduit un besoin d'évolution des pratiques vers une approche plus éthique et individualisée. **CONCLUSION** : Le toucher vaginal, en dehors de toute symptomatologie, ne peut plus être un geste réflexe ou imposé. Il doit s'inscrire dans une démarche partagée, respectueuse du vécu des patientes, fondée sur une véritable indication médicale et un consentement libre et éclairé.

Role of Vaginal Examination in the Follow-up consultation for Asymptomatic Women in General Medical Practice

OBJECTIVES: To analyze the practice of vaginal examination (VE) for general practitioners during follow-up consultations for asymptomatic women, to identify practices based on habit, and to assess the influence of practitioner's age and gender. **MATERIALS AND METHODS**: A quantitative descriptive study based on a questionnaire was distributed to general practitioners in the former Midi-Pyrénées region via the URPS mailing list; 198 complete responses were analyzed. **RESULTS**: 20.7% of respondents never performed VE, motivated by its low diagnostic reliability, its intrusive nature, and a desire to avoid unnecessary procedures. Conversely, 21.8% performed it systematically despite acknowledging its limited value in cancer screening, often due to training habits or to reassure the patient. Finally, 57.5% performed VE selectively, depending on the clinical context (personal or family history, risk factors, associated procedures such as IUD placement or Pap smears). The diagnostic utility of VE was considered low by most respondents, and 63% reported decreasing their use of VE over time. Physician gender significantly influenced practice, with female doctors more frequently performing VE and often in a more context-appropriate manner. Age, however, had no significant impact. **DISCUSSION**: Three practitioners profiles emerged: those who rejected VE as irrelevant and intrusive, those who performed it systematically as part of the traditional examination, and those who adapted its use to clinical context. This heterogeneity shows the influence of experience, training, and personal beliefs in the choice of practice, more than scientific evidence or guidelines. This highlights the need for an evolution toward a more ethical, individualized approach to care. **CONCLUSION**: Outside of any symptomatic context, vaginal examination should no longer be a reflexive or imposed gesture. It must be based on a clear medical indication, integrated into a shared decision-making process, and carried out with full respect for the patient's experience and with her free and informed consent.

Mots-Clés : Toucher Vaginal, Médecine générale, Gynécologie.

Keywords: Vaginal Examination, General Practice, Gynecology.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE