



HAL
open science

Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique
gynécologique en médecine générale : étude qualitative
auprès de quinze médecins généralistes du
Lot-et-Garonne

Kitterie Lageyre

► **To cite this version:**

Kitterie Lageyre. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01089378

HAL Id: dumas-01089378

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378>

Submitted on 1 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R des sciences médicales

Année 2014

N°113

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
LAGEYRE Kitterie
Née le 23 Novembre 1984 à Dax (40)

Le 30 Octobre 2014.

**Déterminants objectifs et subjectifs de la pratique
gynécologique en médecine générale : étude
qualitative auprès de quinze médecins généralistes
du Lot-et-Garonne.**

Directeur de thèse :

M. le Professeur associé William DURIEUX

Jury :

M. le Professeur Bernard GAY (Président)

M. le Professeur Claude HOCKE

Mme le Docteur Sylvie MAURICE

M. le Docteur François PETREGNE

M. le Docteur Bernard LEFORT

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de mon profond respect pour votre engagement dans la spécialité de médecine générale, l'enseignement et la recherche dans cette discipline.

A Monsieur le Docteur François PETREGNE

Pour avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse.

Recevez ici mes remerciements et ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Claude HOCKE

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail et de participer au jury de ma thèse.

Pour votre enseignement.

Soyez assuré de ma grande considération et gratitude.

A Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de s'intéresser à mon travail et de siéger dans le jury de ma thèse.

Soyez assurée de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard LEFORT

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer au jury de ma thèse.

Pour votre enthousiasme et votre enseignement tout au long de mes études.

Vous êtes un modèle dans la pratique de la médecine générale.

A Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

Pour votre soutien, votre bienveillance et votre confiance tout au long de ces mois.

Recevez toute ma gratitude pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Aux médecins généralistes du Lot-et-Garonne qui ont accepté de participer à ce travail.

Pour leur confiance et leur disponibilité.

Remerciements

A Baptiste, pour le bonheur de vivre avec toi,

A Gabriel et Louis, pour votre joie de vivre au quotidien qui illumine nos vies.

A mes parents, pour votre précieux soutien, vos valeurs, pour avoir abandonner votre retraite active pour la relecture de cette thèse.

A ma sœur Sophie, si loin, mais si près, à Maxime et au petit Raphaël qui vient d'arriver.

A mes grands-mères, pour leur force et leur amour, à Jean-Michel

A Didier, Agnès, Jacques, Jeanne et Juliette pour m'avoir reçue si souvent lors de mes nombreux passages bordelais,

A ma belle famille, à Emilie, toujours épatante

A Claire, mon amie de toujours. Que je suis heureuse de t'avoir à nouveau comme voisine!

A mes amis, David, Cécile, Rémi, Luc, Marion(s), Florent, Laurine, Anna, tous les « Réunionnais » et les autres qui ont pu m'accompagner

A Nousone pour son aide précieuse dans ce travail, pour son amitié

Aux « Combeau », et à Super Nounou

A Christine et Yves pour m'avoir accueillie parmi eux, avec toutes mes pensées affectueuses

A mon groupe de pairs, toujours stimulant

Aux futurs participants de la maison de santé de Port-Sainte-Marie, pour tout le bonheur à venir à travailler ensemble

A Jean-Christophe, pour avoir accepté que je le remplace si souvent

A Krista, avec tout mon soutien.

A Borée, Martin Winckler et au Dr Haddad, qui m'ont montré une médecine différente.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION.....	10
PROBLEMATIQUE	11
I La pratique gynécologique fait partie des compétences du médecin généraliste	12
II Données objectives sur la pratique gynécologique en médecine générale :.....	13
III Déterminants étudiés influençant la pratique de la gynéco en médecine générale	14
IV Recherche d'autres déterminants (subjectifs) non retrouvés dans d'autres travaux	16
QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	17
I Question de recherche.....	18
II Objectif principal.....	18
III Objectifs secondaires.....	18
METHODOLOGIE	19
I Enquête qualitative.....	20
II Guide d'entretiens.....	20
III Echantillon	20
IV Entretiens et transcription	21
a. Prise de rendez-vous.....	21
b. Entretien	21
V Analyse.....	22
RESULTATS	23
I Les acteurs de la prise en charge gynécologique	26
I.1 Les médecins généralistes	26
I.1.1 Un premier recours mal défini.....	26
I.1.2 Plus d'écoute, moins de technique.....	29
I.2 Les gynécologues	30

I.2.1 Un deuxième recours	30
I.2.2 ...ou le « généraliste de la femme »	31
I.2.3 Difficulté à définir un rôle précis (ambiguïté).....	31
I.3 Les sages-femmes.....	32
I.4 Perception des patientes par les MG	32
I.4.1 Leur vision des différents acteurs	32
I.4.2 Leurs attentes concernant le médecin généraliste.....	34
I.4.3 Influence des mères	35
II Des représentations et convictions.....	36
II.1 Convictions personnelles et religion	36
II.1.1 Une influence... ..	36
II.1.2 ...parfois peu perçue	37
II.1.3 La religion	38
II.2 Sexualité.....	39
II.2.1 Evocation du rapport homme/femme	39
II.2.2 Ouverts à la discussion... ..	39
II.2.3 ...mais des freins évoqués.....	40
II.2.4 Statut ambivalent du médecin de famille	41
II.3 Représentations dans le domaine du médical	42
II.4 La gynécologie.....	43
II.4.1 Un statut particulier... ..	43
II.4.2 ...qui s'intègre dans le champ de la MG.....	44
II.4.3 Intérêt	45
II.5 La médecine générale.....	46
II.5.1 Définition du rôle	46
II.5.2 « Quelle idée je me fais de la médecine générale ».....	47
II.5.3 Défense de son champ de compétences	48

III Expériences	50
III.1 Formation.....	50
III.1.1 Une formation hétérogène.....	50
III.1.2 Une satisfaction inconstante.....	51
III.1.3 Une démarche active.....	52
III.2 Professionnelle.....	53
III.3 Personnelle.....	54
IV Pratiques gynécologiques.....	55
IV.1 Une évolution rapportée	55
IV.2 L'activité gynécologique des MG	57
IV.2.1 Un gradient des pratiques	57
IV.2.2 Une offre de soins limitée pour la contraception.....	59
IV.3 Déterminants énoncés par les MG.....	60
IV.3.1 Objectifs.....	60
IV.3.2 Subjectifs	61
IV.3.3 Contradictions.....	62
DISCUSSION	64
I Discussion méthodologie	65
I.1 Enquête qualitative	65
I.2 Le guide d'entretiens	65
I.3 Echantillon	66
I.4 Entretiens et transcription.....	67
I.5 Analyse.....	68
II Discussion analyse.....	69
II.1 La pratique gynécologique comme un gradient de pratiques	69
II.1.1 Difficultés à définir la pratique gynécologique	69
II.1.2 Sortir d'une « vision binaire ».....	70

II.2 Des « déterminants objectifs » ou une rationalisation à postériori	70
II.2.1 Des déterminants évoqués comme un rapport de causalité	70
II.2.2 Caractère paradoxal du raisonnement explicatif	71
II.2.3 Une possible rationalisation à postériori	72
II.3 Influence des représentations des autres acteurs de la prise en charge gynécologique .	73
II.3.1 Rapport complexe aux gynécologues	73
II.3.2 Absence remarquable des sages-femmes	75
II.3.3 Représentations du souhait des patientes	76
II.4 Déterminants propres aux médecins généralistes et à leur vision de la médecine générale.....	79
II.4.1 Déterminants personnels	79
II.4.2 Expériences	82
III Discussion de la question de recherche et des objectifs	84
III.1 Question de recherche et objectif principal	84
III.1.1 Existence de déterminants non rapportés à la pratique gynécologique	84
III.1.2 Exploration des déterminants.....	84
III.2 Objectifs secondaires	85
III.2.1 Absence de tendance forte retrouvée entre l'existence de ces déterminants et la pratique gynécologique	85
III.2.2 Rationalisation à postériori expliquant les « déterminants objectifs » avancés par les praticiens.....	85
III.3 Le déterminisme à la pratique de la gynécologie pourrait être un système complexe .	86
CONCLUSION	88
REFERENCES	89
ANNEXES.....	94

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Dispositif Intra –Utérin

F : Femme

FCU : Frottis Cervico-Utérin

GP Pride : General Practitioner Pride

H : Homme

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LGBT : Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Trans

MG : Médecin Généraliste

MG+ : Médecin Généraliste ayant une activité de gynécologie

MG- : Médecin Généraliste n'ayant pas d'activité de gynécologie

NDR : Note De la Rédactrice

RDV : Rendez-vous

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

PSA : Antigène Prostatique Spécifique, ou Prostate Specific Antigen

TV : Toucher Vaginal

WONCA : World Organization of National Colleges, Academic Associations of General Practitioners/Family physicians

INTRODUCTION

Le thème de la prise en charge de la femme en médecine générale est, depuis peu, largement abordé dans divers travaux. La féminisation de la profession a pu être évoquée pour expliquer cet engouement.

Il me semble, pour ma part, avoir fait ce choix de sujet, plus en tant que soignant qu'en tant que femme. C'est d'ailleurs un médecin généraliste écrivain homme –Martin Winckler- qui a participé à mon désir de devenir médecin généraliste. Je partage sa vision du soignant. Pour lui, « *La question de la liberté est centrale à la question du soin, elle est consubstantielle à l'éthique du soin. (...) Soigner n'est pas un rapport de force (...) Soigner, c'est partager le savoir.* ». Cette approche nous amène à prendre conscience de l'importance dans notre exercice de redonner le pouvoir décisionnel aux patients.

La nécessité de cette concertation apparaît encore plus dans le domaine spécifique du suivi de la femme. Ceci pour des raisons évidentes liées à l'intime, mais également du fait de l'histoire de l'émancipation des femmes.

Dans mon esprit, l'exercice de la médecine générale impose d'être un expert de la décision partagée. Cette compétence est utilement mise à contribution dans la prise en charge gynécologique de premier recours.

S'interroger sur les raisons qui conduisent certains médecins généralistes à pratiquer la gynécologie pourrait permettre d'enrichir une réflexion ayant pour finalité d'inciter les généralistes à réinvestir le suivi de la femme et d'y apporter leur approche holistique du soin.

Par une étude qualitative réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes, nous avons essayé de participer à cette réflexion.

PROBLEMATIQUE

I La pratique gynécologique fait partie des compétences du médecin généraliste

Le référentiel métier et compétences des médecins généralistes¹ apparaît comme un outil pour déterminer les attentes vis-à-vis des savoir, savoir-faire et savoir-être concernant les spécialistes en médecine générale. De plus, il peut permettre de garantir aux patients que le praticien est, dans sa spécialité, un médecin compétent et donc en mesure de faire face aux situations auxquelles il est confronté dans sa pratique.

Se basant sur la définition européenne de la médecine générale-médecine de famille 2002 WONCA Europe², il énonce :

« La médecine générale est habituellement le premier contact avec un médecin dans le système de soins (...) Prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. »

Parmi les « situations de soins types » décrites dans le référentiel, deux situations concernent explicitement la prise en charge gynécologique : « *l'adolescente face à la contraception* », « *femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé* ».

Cette compétence de la prise en charge spécifique des femmes fait donc bien partie de celles attendues pour un médecin généraliste.

De plus, une étude qualitative³ (15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes de la Loire), qui analysait en 2013 les déterminants de la pratique gynécologique, retrouvait que la grande majorité des médecins estimaient que la prévention dans le domaine de la gynécologie faisait partie de leurs fonctions. Ils y incluaient l'examen gynécologique, la palpation des seins, le toucher vaginal, la réalisation du FCU, de vaccins, la prescription de biologie de dépistage et de mammographie.

II Données objectives sur la pratique gynécologique en médecine générale :

De manière formelle, il apparaît donc que la pratique gynécologique fait partie de la mission du médecin généraliste.

L'étude des pratiques semble montrer une réalité plus contrastée.

Ainsi, en 2003, selon l'enquête Epilule⁴ réalisée auprès de 2802 patientes, 45% des initiations de contraception orale seulement étaient réalisées par les médecins généralistes.

La consultation de gynécologie représenterait, selon l'observatoire de la SFMG⁵ en 2009, seulement 3.9% (15^e position) des consultations en médecine générale.

Un travail de thèse publié en 2010⁶ qui cherchait à évaluer la pratique de la gynécologie en médecine générale, relevait que parmi les 4 « actes gynécologiques » les plus fréquemment réalisés par les médecins généralistes, aucun ne nécessitait d'examen gynécologique (information sur prévention et dépistage, prescription de mammographie, instauration contraception orale, prescription du vaccin contre certains papilloma virus). Ce travail était basé sur un questionnaire avec autoévaluation des pratiques par les médecins généralistes du Calvados (53 réponses sur 120 questionnaires envoyés). Les chiffres d'actes plus « techniques » apparaissent faibles (seuls 21 % déclaraient poser des D.I.U et 13% des implants contraceptifs) et peut-être majorés par le mode de recueil utilisé (éléments déclaratifs).

D'après l'Institut National Du Cancer⁷, qui publie en 2007 l'état des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, la part des généralistes dans le prélèvement des frottis reste faible (moins de 10 %).

Autre acte technique, le prélèvement vaginal semble également peu pratiqué par les médecins généralistes⁸ d'après un travail de thèse réalisé en 2012 étudiant la pratique gynécologique chez les médecins généralistes libéraux bourguignons, à partir d'une enquête qualitative descriptive en ligne.

S'il est évident que les médecins généralistes prennent en charge au quotidien les femmes et leur suivi, il semble qu'ils réalisent peu d'actes pratiques (examen au spéculum, FCU, prélèvement vaginal, pose et retrait de DIU, pose et retrait d'implant contraceptif).

III Déterminants étudiés influençant la pratique de la gynéco en médecine générale

Divers auteurs ont travaillé sur les déterminants influençant la pratique de la gynécologie en médecine générale. La plupart des travaux ont tenté de mettre en évidence des freins à cette pratique.

En 2013, un travail de thèse⁹ a été réalisé sur ce sujet auprès de médecins généralistes libéraux des Pyrénées Atlantiques. Cette étude quantitative retrouve comme principaux facteurs limitants après analyse de 132 questionnaires (sur 336 envoyés) :

- l'accès direct des patientes au médecin gynécologue sans l'obligation d'être adressées par son médecin traitant,
- la proximité d'une clinique ou d'un gynécologue
- le caractère chronophage d'une consultation de gynécologie,
- l'insuffisance de la rémunération liée aux actes techniques gynécologiques,
- le coût ressenti comme élevé du matériel

D'autres facteurs ont également été évoqués. Ainsi, dans un autre travail de thèse¹⁰ réalisé en 2011, sont mis en avant le manque de demande de la part des patientes, le manque d'expérience, de pratique des médecins, et le manque de formation initiale et continue. Cette étude était quantitative, réalisée à partir de 180 questionnaires (sur 298 envoyés), permettant entre autre d'étudier la pratique gynécologique des médecins généralistes en Lorraine.

Les pressions médico-légales, pouvant être définies comme « la peur du procès » sont également évoquées par 22% des médecins interrogés dans une autre étude¹¹ (48 auto-questionnaires auprès de médecins généralistes du Nord).

Le point de vue des patientes est également étudié :

Leur manque d'informations sur les compétences des médecins généralistes³ est mis en avant. Ainsi que la perception par le médecin généraliste du souhait des patientes d'être suivies sur le plan gynécologique par une femme³.

Un sondage BVA (institut d'études de marché et d'opinion) réalisé en 2008 pour la fédération nationale des Collèges de Gynécologie Médicale¹² retrouvait que seulement 20% des femmes jugeaient leur médecin généraliste assez formé en gynécologie pour assurer le suivi gynécologique.

Un travail¹³ réalisé en 2011, avait comme objectif l'étude des difficultés ressenties par les patientes pour leur suivi gynécologique systématique. Cette étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés auprès de 14 patientes, retrouve que les femmes interrogées attribueraient un rôle de guide à leur généraliste. Le gynécologue était apprécié pour sa maîtrise et son savoir-faire.

Néanmoins, certains facteurs facilitants ont été retrouvés.

Ainsi différents travaux^{3, 6, 11} avancent que le fait d'être une femme médecin favorise l'activité gynécologique. Cet élément n'est pas rapporté dans toutes les études^{13, 14}.

Le fait de participer à des formations médicales continues paraissait statistiquement corrélé avec l'activité gynécologique¹¹ dans un travail de thèse.

L'activité gynécologique semblait plus importante en milieu rural et périurbain dans un travail précédemment cité¹¹. Cependant, le seuil de significativité statistique n'a pas été atteint, peut-être du fait de la faible taille de l'échantillon.

Au total, les éléments subjectifs propres au médecin généraliste (représentations, éléments biographiques, expériences professionnelles marquantes...) apparaissent très peu dans ces différents travaux.

Seul le « manque d'intérêt pour la discipline » est évoqué à plusieurs reprises sans que cet élément ne soit exploré.^{6,11}

Un seul travail de thèse⁹ a rapporté explicitement l'existence de freins subjectifs en sus des freins objectifs précédemment cités. Il s'est agi notamment de la difficulté à proposer le suivi gynécologique par la crainte de gêner la patiente ou d'être soi-même gêné. Néanmoins, la méthodologie quantitative du travail a rendu difficile une exploration plus approfondie de ce point. Ainsi, l'étude conclut à l'intérêt d'*«une étude plus approfondie sur les freins subjectifs liés au suivi gynécologique en médecine générale»*.

IV Recherche d'autres déterminants (subjectifs) non retrouvés dans d'autres travaux

A la lecture de ces travaux, il nous apparaît que les différents facteurs retrouvés ne « balaient » pas l'ensemble de la réalité concourant à la réalisation (ou la non-réalisation) d'actes techniques par les médecins généralistes.

Dans d'autres domaines touchant à la pratique de la médecine générale, des déterminants non objectifs propres au médecin sont apparus pertinents sur le plan explicatif.

Ainsi, une étude transversale réalisée entre 2007 et 2008¹⁵ a montré que la prescription non-conforme d'antibiotiques (dans le cas d'une rhinopharyngite chez l'enfant) pouvait être motivée par la conviction personnelle des médecins sur l'efficacité des antibiotiques (pour 30% des praticiens interrogés).

Un autre travail¹⁶ dans le domaine de la prescription non-conforme d'antibiotiques apporte également des éléments intéressants. En 2001, une étude qualitative auprès de 30 médecins généralistes enseignants a montré que parmi les facteurs de prescription non-conforme, on retrouvait l'évocation par le patient d'épreuves familiales ou personnelles douloureuses, la mise en concurrence du praticien avec d'autres médecins ou encore une conviction forte et opposée aux recommandations.

Notons également les résultats d'une autre enquête qualitative¹⁷ sur la non-réalisation de touchers rectaux par les médecins généralistes. Ce travail mené par entretiens individuels auprès de 15 praticiens a retrouvé que la plupart des médecins reconnaissaient que le toucher rectal les mettait eux-mêmes mal à l'aise, ceci conduisant parfois à renoncer à l'examen.

Ces exemples ont pour objet de montrer que les facteurs objectifs seuls (suivi des référentiels, formation, temps, rémunération, etc.) ne rendent pas compte de l'ensemble des éléments influençant la pratique médicale.

Il devient dès lors légitime de penser que dans le domaine particulier de la pratique gynécologique (dans lequel se mêlent le rapport à l'intime, l'affirmation de la place et du rôle du médecin généraliste et l'histoire de la lutte des femmes pour leur émancipation) des déterminants subjectifs sont à rechercher, déterminants que notre analyse de la littérature sur le sujet n'a pas fait apparaître.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

C'est le fruit de cette réflexion qui nous a amené à poser la question de recherche, ainsi qu'à déterminer les objectifs de notre travail.

I Question de recherche

Existe-t-il des déterminants à la pratique gynécologique des médecins généralistes non rapportés par d'autres travaux (Eléments de vie professionnelle ou personnelle, rencontres, perception subjective de l'attente des patientes, conception personnelle de la médecine générale en tant que discipline...)?

II Objectif principal

Explorer les déterminants subjectifs à la pratique gynécologique des médecins généralistes.

III Objectifs secondaires

Mettre en évidence une éventuelle tendance liant le degré d'implication du praticien dans la pratique gynécologique et ces déterminants.

Retrouver des éléments explicatifs quant aux déterminants objectifs avancés dans d'autres travaux (rationalisation à postériori ?)

METHODOLOGIE

I Enquête qualitative

Nous avons décidé d'utiliser une méthode qualitative. Il s'est agi d'entretiens individuels semi-directifs.

II Guide d'entretiens

En fonction de la bibliographie connue sur les déterminants de la pratique de la gynécologie en médecine générale, et de nos questions de recherche et hypothèses, nous avons élaboré un premier guide d'entretien. Celui-ci comportait d'abord une question de présentation du praticien, puis quatre questions générales (**ANNEXE 1**).

Après quatre entretiens réalisés, une première analyse avec le directeur de thèse a permis quelques modifications ainsi que la rédaction de questions de relance standardisées (**ANNEXE 2**).

III Echantillon

Nous avons procédé à un échantillonnage raisonné, non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typiques de la population des médecins généralistes installés dans le Lot et Garonne.

Les médecins de l'échantillon ont été recrutés de proche en proche, selon la « technique de la boule de neige ».

La quasi-totalité des interviewés pratiquaient dans la région agenaise.

Nous avons recherché la variation sur l'âge, le sexe, l'activité en milieu rural, semi-rural, urbain, et sur la pratique d'une activité gynécologique (MG+) ou non (MG-).

La présence d'une activité gynécologique était admise lorsqu'au moins un des actes suivants était réalisé en pratique courante (élément déclaratif du praticien interrogé) : réalisation régulière de : FCU, pose ou retrait d'implant contraceptif, pose ou retrait de DIU.

IV Entretiens et transcription

La prise de rendez-vous et les entretiens ont été réalisés par la thésarde.

a. Prise de rendez-vous

Les médecins ont d'abord été contactés par téléphone pour organiser le rendez-vous.

Lors de cet entretien téléphonique, le thème de la thèse ainsi que la durée probable de l'entretien étaient indiqués.

b. Entretien

Les entretiens se sont ensuite déroulés au cabinet des praticiens, le jour et l'heure convenus.

Les médecins étaient assis à leur place habituelle, la thésarde à celle des patients.

Le sujet de thèse était rappelé. L'autorisation d'enregistrer était demandée.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité après l'accord des praticiens. Nous rassurons sur l'anonymat des réponses.

Nous expliquions également le principe des entretiens semi-directifs, où des questions très ouvertes sont posées.

Lors de l'entretien, pour chaque réponse, nous essayions de laisser parler les médecins, sans les couper, en leur laissant tout le temps nécessaire.

Nous avons essayé d'adopter une attitude de neutralité bienveillante.

Les enregistrements ont été ensuite entièrement retranscrits, les données non verbales n'ont pas été recueillies.

V Analyse

Nous avons réalisé une analyse de type thématique inter entretiens sur les retranscriptions.

De manière pratique, deux codeurs (la thésarde et un médecin généraliste installé dans le département) ont codé en parallèle les 8 premiers entretiens, avant de mettre en commun leur travail.

La technique a consisté à relever toutes les unités minimales de sens (mot, idée ou expression signifiant) entretien par entretien.

Après 8 entretiens, les deux codeurs se sont rencontrés pour confronter ce premier codage. Les associations « verbatim-code » ont été énoncées par chacun des codeurs et discutées.

Un premier livre de codes communs a ainsi été créé.

Le « codage en parallèle » s'est poursuivi jusqu'au 13^e entretien, en utilisant le livre de codes communs et en créant si nécessaire de nouveaux codes.

Les codeurs se sont alors à nouveau réunis pour confronter les nouveaux codes créés, complétant ainsi le livre de codes.

Deux derniers entretiens ont ensuite été codés séparément. Les deux codeurs se sont alors réunis une dernière fois.

Le livre de codes définitif ainsi constitué a permis l'émergence d'une classification à type de sous thèmes, thèmes et grandes thématiques.

Pour la création de cette classification, tout en s'appuyant sur le codage, nous avons recherché une cohérence inter entretien à partir des questions et hypothèses de départ ainsi que des éléments bibliographiques précédemment recherchés.

RESULTATS

L'échantillon

Nous n'avons subi aucun refus de médecin pour participer à notre travail.

15 médecins ont été sélectionnés au total.

Leurs caractéristiques sont reportées dans le tableau 1.

Le sexe ratio hommes/femmes a été de 0.53.

La moyenne d'âge a été de 51.73 ans.

Les entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes et 16 secondes.

Les retranscriptions ne sont pas rapportées dans cette thèse, elles pourront être communiquées par les auteurs.

La saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien.

TABLEAU 1 : Caractéristiques des 15 médecins interrogés :

Médecin	Sexe	Lieu	Age (en années)	Pratique gynécologique	Durée entretien
1	F	Semi-rural	52	+	11min20s
2	F	Rural	58	-	17min45s
3	H	Urbain	60	+	14min52s
4	H	Rural	42	-	10min32s
5	F	Rural	53	+	18min20s
6	F	Semi-rural	47	+	9min07s
7	H	Rural	53	-	23min50s
8	F	Semi-rural	33	+	11min36s
9	H	Urbain	54	-	14min56s
10	H	Rural	62	-	13min15s
11	H	Rural	58	-	16min42s
12	H	Urbain	55	+	11min56s
13	F	Semi-rural	32	+	18min43s
14	H	Semi-rural	54	+	15min30s
15	F	Urbain	63	-	14min42s

Légende :

H : Homme

F : Femme

Le lieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural) a été défini par le médecin interrogé lui-même. Il faut donc l'entendre comme la perception de son lieu d'exercice.

La présence d'une activité gynécologique était admise lorsque au moins un des actes suivants étaient réalisés en pratique courante (élément déclaratif du praticien interrogé) : FCU, pose ou retrait d'implant contraceptif, pose ou retrait de DIU.

Notre analyse a mis en évidence quatre thématiques principales :

- Les acteurs de la prise en charge gynécologique
- Des représentations et convictions
- Expériences
- Pratiques gynécologiques

I Les acteurs de la prise en charge gynécologique

I.1 Les médecins généralistes

I.1.1 Un premier recours mal défini

Lorsque nous évoquons les acteurs de la prise en charge gynécologique, les médecins généralistes sont souvent cités.

Le médecin 6 (M6) trouve que « *C'est comme pour n'importe quelle autre pathologie. Les pathologies de base, courantes, je pense que les généralistes peuvent le faire.* ».

Pour certains, le généraliste est un acteur évident de la prise en charge gynécologique, comme il l'est par exemple pour la pédiatrie :

« Il n'y a pas d'idées particulières sur la gynécologie par rapport à la pédiatrie par exemple. Je fais vraiment, mais pour moi ça va de pair de toute façon. » (M13)

« (...) et docteur vous faites aussi les enfants ? J'ai dit : « Oui, bien sûr, d'ailleurs j'en ai fait quatre ! ». Mais elle était très étonnée que je sois médecin généraliste des enfants [...] ; Et pour la gynéco, c'est pareil. » (M3)

M3 rapporte aussi : « *Docteur, j'ai rendez-vous avec mon gynécologue dans trois mois est ce que vous pourriez me prescrire la pilule ? Je leur dis : mais pourquoi vous voulez voir le gynécologue pour prescrire la pilule ? C'est quelque chose!* »

Ils relèvent notamment leur disponibilité, M14 par exemple: « *Celles qui viennent c'est souvent régulier, donc je pense que ce qui leur va bien c'est la disponibilité (...) c'est les délais de rendez-vous qui sont rapides.* » ; et notamment dans le contexte de l'urgence: M4 « *les urgences on en voit beaucoup...y a une demande très forte* ».

Cette disponibilité peut être perçue comme le seul atout du généraliste, le faisant apparaître parfois comme un acteur par défaut. Ce recours par défaut est pour certains un rôle assumé. Pour d'autres, il semble parfois une opportunité à informer de la compétence en gynécologie.

Lorsque ses patientes s'adressent à M2, c'est « *par commodité parce qu'il n'y a plus de gynéco.* ».

Pour M4, « *souvent les patientes viennent voir le médecin généraliste parce qu'elles n'ont pas eu de rendez-vous avec le gynéco, ou qu'elles y arrivent pas.* ».

« *on a pas mal de demande, parce que les délais sont longs pour avoir des rendez-vous chez les gynécos* »(M8)

M11 insiste sur le fait que les patientes n'ont pas le choix : « *parce qu'en plus elles ont de plus en plus les pires difficultés à avoir des rendez-vous en urgence [chez le gynécologue, NDR]. Donc une patiente qui a des pertes ou des brûlures ou des..., elle vient nous voir, elle n'a pas trop le choix.* »

M12 souligne le manque de gynécologues à proximité : « *Mais il y a toujours le même problème, c'est qu'il n'y a pas assez de gynéco. Du coup les femmes elles sont en demande d'avoir une réponse rapide quand elles en ont besoin. On fait au mieux, ...* »

Cette situation met en difficulté M2 : « *(...) justement c'est sur nous après, nous on n'a pas vraiment le droit de refuser les gens, quoique... et donc on va se retrouver à faire plein de choses qu'on ne devrait pas faire, qu'on n'a pas la mission de faire à l'heure actuelle, dans la médecine française en ce moment.* ».

Il est admis pour beaucoup que les patientes viennent en fonction de l'environnement en gynécologues :

« *Après le fait que l'on soit sollicité ou qu'on vienne nous consulter pour des problèmes gynécologiques, il dépend extrêmement de l'environnement (...) tout dépend aussi des délais d'attente des consultations*» (M1)

Il semble néanmoins à certains que les compétences des généralistes sont également reconnues : « *C'est une habitude qui s'est prise. Et puis, elles estiment que le généraliste peut faire aussi bien, donc elles vont chez leur généraliste et puis c'est tout!* »(M14)

Notons que des médecins délèguent la prise en charge.

« Moi, j'oriente pour tout ce qui est dépistage cancer du sein, et les frottis vaginaux, j'en fais pratiquement plus. Je les envoie toujours au laboratoire. Ou ils vont chez le gynécologue (...). Des stérilets, autrefois j'en posais, mais depuis quelque temps, j'en pose plus, j'oriente vers les gynécologues. » (M10)

Concernant la contraception M12 rapporte *« dès que ça devient un peu compliqué, je délègue, je préfère. »*. A propos de la ménopause, elle ajoute *« La ménopause, je délègue »*

Le suivi de grossesse semble un domaine particulièrement peu investi :

« Le suivi de grossesse, comme là aussi ça fait très longtemps, du coup je me suis dit : il y a une sage-femme qui est pas loin, il y a des gens pour s'occuper de ça, donc j'ai décidé de ne pas prendre en charge ça. » (M7)

« Et puis après, c'est vrai qu'après, je les envoie voir l'obstétricien (...) Bon, après elles revoient le gynécologue (...) Je n'en suis plus du tout jusqu'au troisième trimestre. Ca c'est tout à fait exclu maintenant. » (M11)

« On voit les femmes pendant leur grossesse, mais moi je ne fais plus de suivi. (...) Mais je trouve que (...), le généraliste n'a plus sa place (...). Donc je vois les femmes pour des problèmes intercurrents de la grossesse, des fois pour des contractions, l'asthénie, des fatigues des lombalgies, etc. Mais je ne fais pas vraiment le suivi régulier de la grossesse. Non, j'envoie d'emblée chez le gynéco. » (M14)

« Pour moi la grossesse, c'est que les gynécos par contre » (M6)

« Elles vont directement pour la première écho à la douzième semaine. (...) Et après, elles sont prises en charge. » (M9)

M7 pointe l'inutilité d'une pratique gynécologique sans actes techniques associés : *« Si au minimum je ne pose pas un DIU, ou un implant, c'est vraiment de la gynécologie de petite, enfin, finalement pas très utile, pas très contributive, pas très aidante dans le paysage professionnel actuel. »*

C'est ainsi que M7 cite le généraliste en dernier acteur de la prise en charge : *« (...) pour les grossesses, il y a aussi une sage-femme qui est pas loin d'ici. Je vois ces personnes-là dans ce secteur-là. Pour la pilule, à part le gynécologue ... et puis le généraliste enfin. »*

La pratique gynécologique du généraliste pouvait s'entendre pour certains comme excluant les actes techniques mais pas pour tous :

« Le dépistage, moi j'en fais. Quoi..., on en fait du dépistage. Autant sur les mammos, sur les frottis (...) Autant moi je fais pas de frottis, mais j'envoie les femmes faire les frottis. (...) Sinon j'envoie au labo directement, donc elles font quand même les frottis. C'est vrai que, oui, le dépistage c'est autre chose. On fait. Mais je ne fais pas le geste technique, parce que je ne sais pas faire. Enfin je sais faire, mais pas bien. Parce que je ne fais pas assez souvent. » (M4)

I.1.2 Plus d'écoute, moins de technique

Des médecins généralistes ont mis en avant leur qualité d'écoute, plutôt que leur qualité technique :

« C'est pas tant alors l'examen gynécologique lui-même, mais plus dans l'écoute psychologique qui accompagne souvent les problèmes gynécologiques, les pathologies gynécologiques, où là, on peut avoir un peu plus de disponibilité d'écoute que certains gynécologues. Et du coup, on peut être mieux perçu. » (M1)

« Je crois quand même, ce qu'elles demandent c'est du conseil, de l'écoute. Et être là pour répondre à leurs besoins. Enfin ce qu'elles n'attendent pas, c'est de la technique. Elles veulent pas de la technique. Si elles voulaient de la technique, c'est pas chez moi qu'elles viendraient. Elles attendent plus des conseils, mais il faut passer le cap du simple « vous pouvez me prescrire ma pilule ? ». Faut aller au-delà. Et très souvent, ça ouvre à toutes sortes de discussions, y compris sur la sexualité, sur les problèmes de féminité, sur tous les problèmes de ressenti ... Donc c'est largement au-delà du simple prescripteur, de la simple technicité. Je pense que, franchement, si c'est juste la technique, on n'a pas notre place. Enfin on n'a pas... si, on a notre place, mais on n'est pas indispensable. Par contre elles n'ont jamais, ou quasiment jamais, parce que les consultations de gynécologie, et que ce soit homme ou femme malheureusement sont très courtes, souvent de très courtes durées. C'est quelques minutes pour faire les examens : c'est bien, tout va bien, on prescrit, au revoir. Ca frustre beaucoup les femmes.» (M13)

« Je pense qu'elles se livrent peut-être plus facilement, elles s'expriment peut-être plus facilement que chez un gynécologue, peut-être, oui (...) parce qu'elles ont plus de temps. » (M5)

La proximité avec les patientes pouvait être un atout :

« Il y en a qui sont rassurées par le fait qu'on les connaisse bien » (M6)

Le rôle de conseiller et de guide a été mis en avant:

« On voit les patientes enceintes pour les soucis de santé occasionnels, pour des compléments d'informations par rapport à ce que leur disent, ou plutôt ne leur disent pas les gynécologues (...). On est plus là en deuxième ligne, au cas où, si besoin d'informations. Et dieu sait si il y en a besoin ! » (M13)

« J'essaie de la guider dans ses choix (...), j'essaie de lui donner les meilleurs conseils ». (M5)

1.2 Les gynécologues

1.2.1 Un deuxième recours

Pour certains généralistes, les gynécologues sont perçus comme des médecins spécialistes de deuxième recours :

« Je veux dire les gynécologues restent nos correspondants spécialisés. » (M1)

« Quand c'est des trucs un peu plus pointus faudrait que ce soit le gynéco. » (M6)

« Elles y vont s'il y a un problème ». (M5)

« Donc, s'il n'y a pas de problèmes particuliers, je dis que, pour l'instant c'est pas forcément utile (...) s'il y a quelque chose, je peux conseiller d'aller voir un gynéco. » (M15)

Le rôle de deuxième recours n'est pas toujours établi dans les faits, ceci entraînant d'après eux un manque de disponibilité quand ils en auraient besoin :

« Tous les gynécos ne veulent plus de gens nouveaux (...). Ça vaut pour tous les spécialistes, qui fonctionnent sur leurs agendas et qui refusent les nouveaux clients. » (M2)

« Les gynécologues sont injoignables dans la minute. » (M1)

« Le problème après, c'est d'avoir un rendez-vous chez le gynéco. » (M6)

« Bon, ils sont pour la plupart débordés. » (M14)

1.2.2 ...ou le « généraliste de la femme »

Contrairement au rôle de deuxième recours souhaité par certains médecins généralistes, le suivi par le gynécologue a semblé être pour certains médecins généralistes un « *processus normal* », qui « *fait partie de l'évolution de la médecine* » :

« Mais je pense que c'est normal d'aller voir la gynéco (...) Donc, c'est que ça fait partie du processus normal d'une jeune fille, il faut à un moment qu'elle aille voir la gynéco. (...) Moi je regrette un peu, mais c'est peut-être totalement personnel parce que j'aimais bien. J'aimais bien faire un suivi de grossesse, j'aimais bien ... Oui, je crois que ça fait partie de l'évolution de la médecine. Moi, personnellement, je peux le regretter, mais je peux comprendre aussi que maintenant, voilà, avec tout ce qu'on entend sur le dépistage, sur le suivi, que les jeunes femmes aient besoin d'aller chez le gynéco. » (M15)

Il a paru à l'un d'eux « *plus optimisant* » que le suivi par un médecin généraliste :

« ... mais c'est vrai que ce n'est pas...Bon, pour une femme c'est quand même plus simple d'aller voir un obstétricien. Plus..., probablement plus...optimisant entre guillemets. » (M9)

1.2.3 Difficulté à définir un rôle précis (ambiguïté)

Mais la prise en charge par le gynécologue reste mal définie pour des médecins qui ne savent plus quel rôle jouer : « *Et puis, il y a celles, où des fois j'y pense. Et puis, en fait elles sont suivies par le gynéco tous les 2 ans, qui fait les frottis, bon, voilà. J'ai du mal à avoir une statistique là-dessus (...) et puis, depuis j'ai démissionné. Depuis, voilà, j'ai démissionné.* » (M11).

Ce manque de clarté dans l'attribution des rôles de chacun a été parfois regretté, ainsi que la difficulté de collaboration et de coordination :

« (...) je comprends pas pourquoi les spécialistes ou les gynécos ne débarrassent pas un peu leurs agendas des gens qui viennent pour la pilule, tous les six mois pour des frottis, alors que c'est tous les trois ans. » (M2)

« J'espère que les gynécologues redeviendront des spécialistes consultants. (...). Les gynécos sont devenus les médecins généralistes des femmes ». (M3)

« Les gynécologues médicaux, ils ne savent pas ce que c'est qu'un courrier. C'est pas gentil hein ! (rires) »

I.3 Les sages-femmes

Les sages-femmes ont été spontanément très peu évoquées. Seuls deux médecins interrogés ont dit les considérer comme des acteurs dans la prise en charge gynécologique des patientes et ont reconnu leurs compétences propres ainsi que leur expérience dans l'accouchement à domicile en milieu rural :

« ... pour les grossesses il y a aussi une sage femme ... ». (M7)

« .. je pense que les sages-femmes ont un grand rôle. Et qu'ici, en milieu rural, il y a beaucoup de sages-femmes indépendantes qui font des accouchements à domicile. Et elles, elles font ça tout le temps, et elles font ça très bien. » (M2)

I.4 Perception des patientes par les MG

A la question de l'acteur principal dans la prise en charge gynécologique des patientes, un médecin (M10) a répondu : *« La femme ! »*, et ajouté : *« Moi je me tracasse pas, parce que si vous prenez les décisions pour elles, si elles l'admettent pas, ça ne va jamais ! Ca quand vous allez vous installer, vous avez intérêt à prendre cette attitude, moi je vous le dis ! »*.

I.4.1 Leur vision des différents acteurs

Il est apparu que des médecins interrogés étaient convaincus que beaucoup de femmes préfèrent aller chez le gynécologue, ou y vont par habitude :

« Mon travail est entravé par le désir des femmes d'aller voir le gynéco. » (M3)

« Non, c'est vrai que c'est dommage que... qu'on en fasse pas plus de gynéco, enfin que les femmes nous fassent pas plus confiance. » (M13)

« Moi je pense qu'il y a quand même une proportion importante des patientes qui vont voir directement le gynécologue. Moi, je mettrais grosso modo probablement la moitié. » (M11)

« Les femmes ont l'habitude de voir le gynéco. » (M4)

« Les femmes ont l'habitude d'aller voir leur gynéco directement, ou en gynéco obstétrique ou en gynéco médicale » (M9)

Le manque d'information et les représentations pouvant être à l'origine de choix :

« Il y en a beaucoup qui s'imaginent effectivement qu'on ne fait pas les frottis (...). Ce qui relève effectivement de la prévention, c'est pas toujours..., l'information n'est pas toujours passée ! » (M1)

« Elles pensent... et c'est pas un problème de rapport médecin de famille. Mais c'est simplement, on leur a tellement bourré le mou en disant que c'est le gynéco qui doit faire les examens. »(M13)

D'après eux certaines préfèrent dissocier le suivi gynécologique du suivi médical général, mais d'autres acceptent le suivi par le généraliste :

« Ah non docteur, c'est pas possible, pas vous ! ». (M1)

« Il y en a qui effectivement, il y en a qui ont envie de faire le maximum de suivi au cabinet ». (M8)

Concernant le sexe du praticien, il a semblé à certains généralistes que les femmes préfèrent être suivies par un médecin femme :

« Je pense que les femmes acceptent plus facilement d'être suivies par un médecin femme que par un médecin homme au point de vu gynéco, sur ce que je vois. » (M6)

« Peut-être que les femmes préfèrent avoir une femme en tant qu'interlocutrice. » (M3)

« Le fait d'être une femme, je pense que ça joue pour moi, mais aussi pour les patientes (...). Les patientes se sentent un peu mieux comprises quand elles parlent de leurs problèmes de règles (...). Les femmes, elles aiment bien que ce soit une femme qui les examine. » (M8)

Mais cela ne semble pas avoir toujours été le cas.

« Au tout début de mon installation, il y a quand même une dizaine, une quinzaine d'années, il y avait quasiment aucune femme en médecine gynécologique. Et l'immense majorité de femmes ne voulait pas de femmes en gynécologie...Aujourd'hui c'est quasiment l'inverse.» (M13)

Des médecins ont évité la généralisation devant la singularité de chaque patiente :

« Je sais pas si on peut généraliser. » (M6)

« Les femmes ont leur propre vision de leur médecin » (M1)

I.4.2 Leurs attentes concernant le médecin généraliste

L'attente des patientes en matière de gynécologie a été différemment décrite suivant la pratique, ou non pratique du médecin généraliste interrogé.

Seuls les médecins ne pratiquant pas ou très peu la gynécologie n'ont pas retrouvé de demandes dans ce domaine de la part de leurs patientes :

M4, par exemple : *« J'ai pas l'impression qu'il y ait une demande que je fasse plus de gynéco. »*

A l'inverse, seuls des médecins pratiquant régulièrement (MG+) ont rapporté une demande de la part de leurs patientes. Les demandes ont semblé assez variées :

De la prise en charge des symptômes urgents :

« Je crois que c'est surtout la prise en charge des symptômes urgents, parce qu'en plus, elles ont de plus en plus les pires difficultés à avoir des rendez-vous en urgence. Donc une patiente qui a des pertes ou des brûlures, elles vient nous voir. Elle n' a pas trop le choix. Donc, c'est ça surtout l'essentiel du service rendu, je crois que c'est ça. C'est toute la pathologie, d'urgence entre guillemets. » (M11)

« Donc dans la semi urgence, oui, elles attendent que je fasse quelque chose oui. Mais autrement, elles n'ont pas d'attente particulière, j'ai pas l'impression. » (M4)

« Par contre tout ce qui est de l'ordre de prescription de la bobo gynécologie, je dirais, ça, elles savent parfaitement qu'on sait faire » (M1)

Au suivi régulier :

« C'est un peu tout ce qui est gynécologie en général, c'est-à-dire tout ce qui est contraception. Le suivi, ou, discuter de leur problème gynécologique. » (M10)

« Bon, elles attendent que je fasse un suivi, voilà. Moi je parle de celles qui sont jeunes, la « basique », que je puisse faire le frottis, que je puisse prescrire la pilule. Et puis que je puisse répondre à leurs questions. Parler sexualité si elles ont besoin. » (M12)

En passant par les pathologies au niveau des seins :

« Oui, elles peuvent venir pour des problèmes de seins. » (M14)

« Après les urgences, ça on en voit beaucoup, c'est aussi les masses mammaires, là oui, y a une demande très forte, oui. Dans 90% des cas c'est la patiente qui demande parce qu'elle a senti quelque chose. Là on fait un examen, et on a la mammo dans la journée. » (M4)

Un médecin soulignait sa difficulté à faire comprendre à ses patientes l'intérêt d'une consultation particulière :

« Ce que je trouve difficile, c'est que c'est souvent les femmes qui ont du mal à comprendre que la gynéco, ...enfin, que c'est quelque chose de particulier quand même. Et que en général, ça vient à la fin de la consultation. Le renouvellement de la contraception, juste, quand elles sont à la porte : « Ah j'ai oublié ! ». Et ça, c'est un peu dur de leur expliquer, de leur faire comprendre que, que c'est quelque chose d'à part quand même, que ça demande un suivi particulier. Et voilà, c'est plus dans ce sens-là que, ... j'ai plus de mal à leur faire comprendre. » (M12)

A noter que le seul médecin interrogé qui posait des DIU a souligné également l'attente des patientes dans ce domaine :

« Mais ça arrange aussi les femmes de le faire aussi, pour beaucoup. Qu'on le fasse oui. » (M14)

1.4.3 Influence des mères

Concernant les adolescentes, il a été remarqué que les mères étaient souvent à l'origine du rendez-vous chez le médecin :

« Elles viennent souvent avec leur mère. Enfin c'est plutôt leur mère qui les emmène d'ailleurs, souvent. » (M11)

Les mères sont apparues demandeuses d'un suivi par le gynécologue :

« Mais les mères, à 14, 15 ans, vont demander : est-ce qu'il faut que j'aille voir le gynéco pour ma fille ? Voilà. » (M15)

« Les femmes de 30/50 ans vont directement voir leur gynéco et disent à leur filles : c'est pas au médecin généraliste, tu vas voir le gynéco et tu prends rendez-vous directement avec le gynéco. » (M3)

« Certaines, qui vont adhérer et d'autres, qui, poussées par leur mère, vont aller voir le gynécologue. » (M1)

II Des représentations et convictions

II.1 Convictions personnelles et religion

II.1.1 Une influence...

La question de l'influence des convictions ou de la religion sur sa pratique a souvent suscité quelques rires.

Toutefois certains médecins ont rapporté une influence plus ou moins directe de leurs convictions sur leur pratique :

« Ça joue certainement un peu oui. » (M8)

« Indirectement probablement. Sûrement, oui, indirectement sûrement. Mais de façon directe je ne crois pas, non. » (M13)

Parmi les convictions influençant, sont ressortis l'engagement pour le droit à l'avortement et la non recherche du profit financier :

« Probablement que dans les années 80, mes convictions personnelles par rapport à la contraception, par rapport au suivi des grossesses, par rapport à la préparation de l'accouchement. (...). Oui, mes convictions, c'est sûr. » (M15)

Le droit à l'avortement a été spontanément mis en avant par deux praticiens :

« Le droit à l'avortement, ça c'est des choses qui m'importent et voilà. Je veux bien aider les patients dans cette voie-là oui. » (M8)

« Donc parce que je..., j'étais étudiante dans les années 68. Enfin, j'ai commencé médecine après, dans les années 70. Non, non à la pleine période, bon de..., de la loi sur l'avortement, j'étais en 2^o cycle de médecine. Et non, pour moi, c'était une telle avancée que... mes idées, parce que mes convictions..., mes idées. Pour moi, c'était, l'autre jour j'entendais encore le discours de Simone Veil. Et pour moi, c'était une telle ouverture et quand j'étais étudiante, j'ai pu aider des personnes. J'étais dans un service où le chef de service faisait partie des contre l'avortement, et j'ai pu aider des personnes en leur donnant des indications pour aller dans des services où les choses seraient faites plus facilement. Donc non, mes convictions religieuses, non, non c'était plutôt mon côté humaniste. (...) Donc moi j'étais au moment, à l'époque où tout se mettait en place. Donc j'ai vécu ça. J'ai vécu ça en étant dans un service où le chef de service était dans « laissez les vivre ». Et comme j'étais à P..., je pouvais les diriger vers l'hôpital de P... où là, on pouvait les aider au niveau contraception et au niveau IVG aussi. » (M15)

Parfois le terme de « convictions » n'est pas repris. Ici, ce médecin préfère parler de « philosophie » influençant sa façon de travailler :

« De façon caricaturale, si j'avais fait médecine pour gagner des sous, je ferais pas de la gynéco, je ferais pas de la pédiatrie... C'est chronophage, et donc c'est pas rentable. (...) J'ai pas fait médecine pour faire de l'argent. Donc, ça répond à la question indirectement (rires)(...) Euh, toujours pour prendre l'histoire de la pédiatrie, je prends plus d'une demi-heure pour un patient, pour un bébé. C'est pas rentable! (...) Donc peut-être que l'idéologie que j'ai de la vie en général fait qu'en médecine en particulier, je suis plus intéressé sur la pédiatrie ou sur la gynéco. Pour essayer de répondre. Mais c'est pas une idée politique au sens politique du terme si vous voulez, ... philosophique. » (M13)

II.1.2 ...parfois peu perçue

Certains médecins interrogés ne retrouvaient aucune influence de leurs convictions sur leur pratique :

« Non, (rires), non, je pense pas non. » (M12)

D'autres, conscients de l'influence potentielle de leurs convictions, ont dit essayer de les laisser de côté dans leur travail :

« Quelle que soit ma conviction personnelle, ce qui est important pour moi, c'est que les femmes, dans leur demande, soit bien accueillies. » (M3)

« Mes convictions personnelles par rapport à ..., enfin (hésitations) j'ai fait en sorte que ça n'influence pas (...). Je prends par exemple le cas de l'IVG, si une femme vient, que ce soit une femme jeune ou une femme plus âgée, parce que, c'est pas forcément des jeunes femmes, non. Moi j'ai ma propre opinion, mais à ce moment là, moi ça ne me La femme qui est en face de moi ne doit pas être au courant de ma propre opinion (...). C'est ses choix. » (M5)

« Moi, non. Moi, j'essaie de laisser mes convictions. » (M9)

« Moi j'insiste jamais. Suivant le comportement de la femme que j'ai en face, je m'adapte. » (M10)

II.1.3 La religion

La question sur l'influence de la religion a pour beaucoup été rapidement écartée :

« *Je respecte les convictions religieuses de chacun et de chacune, mais pour moi ça rentre pas en ligne de compte (...). Non, la religion non, c'est vraiment pas mon souci.* » (M6)

« *Non, là, pour ça, je crois que je suis tranquille! (rires)* » (M11)

D'autres médecins reconnaissaient l'influence de la religion dans l'exercice de leur profession :

« *Je pense que oui, quand même (...). L'histoire de la religion, on l'affiche pas dans la salle d'attente (rires), ni dans le cabinet. Donc effectivement, je pense que ça a quand même une influence. Oui, voilà. (...). Je pense que, effectivement, ça influence peut être mon comportement par rapport aux gens. Mais ça ne va pas influencer mon comportement quant à leur décision sur certaines choses qui sont quand même pour eux aussi très personnelles. Là, voilà, il faut être tolérant aussi!* » (M5)

L'un d'eux prend exemple du DIU, et nous a fait part de son questionnement à ce sujet :

« *Et puis peut-être aussi par une clause, comment dirais-je, une clause (...). Est-ce que c'est une interruption de grossesse? Quel est le mode d'action? La pose de stérilet, qui il y a 30 ans était quand même un peu tabou, et puis les interruptions de grossesse...* » (M3)

D'autres médecins remarquaient l'influence du fait d'être athée :

« *Ça joue, mais en sens inverse. C'est-à-dire que j'ai pas de barrière religieuse par rapport à ça.* » (M8)

« *Enfin, en particulier n'ayant aucune conviction religieuse, étant athée, je ne suis tenu vraiment par quoi que ce soit sur le plan religieux. Non, ni dans la pratique, ni l'examen, ni quoi que ce soit.* » (M11)

« *Non ! (rires). Moi non, parce que je ne suis pas croyant. Je ne suis pas croyant (...). J'essaie de rester ouvert à peu près à tout. De ne pas être fermé, de ne pas juger, de ne pas condamner. Moi mes oreilles sont prêtes à tout entendre. Donc non, je ne juge pas par rapport à la religion. Non.* » (M14)

Pour finir, un médecin a dit trouver important de connaître la religion de ses patients, pour s'y adapter :

« Mais par contre, connaître en particulier les convictions religieuses de certaines personnes, oui(...). Oui on s'adapte surtout aux convictions des patientes, on ne va pas aborder le problème de la même façon. » (M9)

II.2 Sexualité

II.2.1 Evocation du rapport homme/femme

Un médecin homme a spontanément mis en avant le rapport homme/femme :

« Après il y a toujours cette notion de rapport homme /femme qui existe même dans l'examen entre médecin homme et patiente. » (M4)

Mais pour lui la gêne était du côté des patientes :

« Il n'y a pas de problème du fait que j'ai suivi un enfant qui est devenu ado, et adulte. Il n'y a aucun problème pour moi. Après le côté patient, c'est autre chose. » (M4)

Pour un autre médecin la question ne se posait pas du tout :

« Pourquoi, il y en a [des médecins NDR] à qui ça pose des soucis ? » (M6)

II.2.2 Ouverts à la discussion...

Les médecins dans l'ensemble se disaient ouverts à la discussion concernant la sexualité. Cela ne semblait pas leur poser de problèmes.

« Ça ne me pose plus aucun problème quand on m'en parle (...) je suis très ouvert au questionnement... » (M3)

« Ça ne me pose aucun problème. » (M13)

« Moi je suis très libre là- dessus. C'est très ouvert. Puis on communique très bien, ça se passe très bien, de ce côté-là. » (M10)

II.2.3...mais des freins évoqués

Il est apparu que les médecins laissaient préférentiellement les patientes aborder le sujet. Ils n'allaient pas au-devant de la demande :

« Je suis très ouvert au questionnement, mais je vais pas anticiper le questionnement. » (M3)

« Moi je suis pas très directif. C'est-à-dire je ne vais pas aborder certains sujets, si les gens ne veulent pas les aborder. On ne va pas non plus leur imposer quelque chose. » (M9)

Certains médecins évoquaient tout de même des difficultés avec le sujet de la sexualité qui pouvaient être liées à différents facteurs :

L'âge du médecin :

« Je pense qu'en tant que jeune médecin ça m'en a posé [des difficultés NDR] » (M3)

Celui de la patiente :

« Et donc, et en même temps, je réalise qu'il y a beaucoup de jeunes filles, je pense, qui vont avoir les premiers rapports, sans, j'allais dire, sans passer par moi!(rires). Sans avoir une consultation préalable pour ça avec le médecin, avec moi (...) Bon, finalement j'ai pas l'impression d'avoir un rôle préventif, sur l'ensemble des adolescentes que j'ai connues quand elles étaient gamines. Probablement pas assez ». (...) Il n'y a qu'au début de l'adolescence, je dirai que c'est pas simple. Il y a quand même des connaissances par l'école par les médias et autres. » (M11)

Ce dernier médecin s'est plaint de l'absence de formation pendant ses études sur le sujet, entraînant un manque pour sa pratique :

« Moi, je ne suis pas très très à l'aise, pour une raison extrêmement simple. Parce que nous, on n'a absolument pas été formés (...). Donc moi, j'ai toujours un peu l'impression de gêner les gens. Donc je ne suis, je ne suis pas très très inquisiteur quoi. Ni certainement pas assez(...). C'était silence radio complet dans les études (...). Donc là, je crois qu'il y a un gros gros, une grosse grosse faute, une grosse lacune dans notre enseignement. Oui, une grosse lacune (...). Donc après, on se débrouillait chacun avec finalement, avec sa personnalité, avec la pudeur qu'on peut avoir pour aborder certains sujets. (...) En matière de sexologie je suis très très en dessous de ce qu'il faudrait faire...Faudrait, et savoir, et pratiquer. Voilà. » (M11)

II.2.4 Statut ambivalent du médecin de famille

Pour la plupart des médecins interrogés, le statut de médecin de famille, le fait de connaître ses patientes depuis longtemps, favorisaient la communication avec les patientes sur des sujets tels que la contraception, le suivi gynécologique :

« Alors c'est plus facile, c'est beaucoup plus facile. » (M4)

« Parce qu'il y a un contact quand même qui est fait. Une relation de confiance, et je pense que ça peut aider justement à amorcer des sujets que, d'habitude on n'amorce pas, quand on ne connaît pas les gens. » (M12)

« ...non, ça rapproche. Ça rapproche. Les jeunes femmes que je peux voir aujourd'hui, que j'ai suivies en tant qu'enfant, c'est évident qu'elles me parlent de leur contraception ou de leurs soucis de règles sans problèmes. » (M15)

« Ca se fait très naturellement je pense, d'un côté comme de l'autre. » (M5)

Cette position facilitant l'abord de l'aspect global du suivi gynécologique :

« Mais il faut passer le cap du simple « vous pouvez me prescrire ma pilule ? ». Faut aller au-delà. Et très souvent, ça ouvre à toutes sortes de discussions, y compris sur la sexualité, sur les problèmes de féminité, sur tous les problèmes de ressenti etc... » (M13)

Mais l'abord de ce sujet sensible pouvait ne pas toujours être aussi simple, du fait du statut de médecin de famille. Ainsi certains rapportaient :

« Mais je pense que à un moment ou un autre, il peut y avoir un souci quand même. Ça doit dépendre des gens en fait. » (M12)

« Mais peut-être que ça pose un problème au patient ou à la patiente qui vient me voir, si je la connais depuis très longtemps, d'aborder ce thème-là. Que peut-être, on n'avait jamais abordé spontanément. » (M3)

Un autre médecin, anciennement spécialisé en addictologie, posait la question du point de vue déontologique de connaître la patiente, y compris au niveau gynécologique :

« En addictologie, alors je disais aux femmes : non, je ne veux pas faire de gynéco avec vous (...). Non, je préfère que vous alliez voir quelqu'un d'autre (...). Donc aller connaître votre intimité génitale, ça, je trouvais ça un peu trop (...). C'est pas cohérent ni même d'ailleurs très déontologique je trouve d'avoir comme ça une connaissance aussi intime de chaque partie de vous (...). En même temps, faire de la gynéco en tant que médecin généraliste, c'est peut-être ennuyeux aussi. »

II.3 Représentations dans le domaine du médical

Certains médecins expliquaient leur pratique (ou non pratique) de certains actes par des « certitudes » médicales, ou des représentations dans le domaine du médical :

Un médecin a expliqué ne pas faire de dépistage par frottis cervico-utérins (FCU) suite à la lecture d'une étude concluant à la mauvaise qualité des FCU réalisés par les médecins généralistes :

« Il y a eu des études qui sont sorties comme quoi les frottis des généralistes n'étaient pas bien. Moi, ça, ça m'a marqué par exemple. Comme les infiltrations par exemple. Donc moi j'ai décidé. Je trouve que si le frottis il est pas exploitable, c'est pas la peine de le faire. » (M2)

Un autre médecin s'est agacé de la médicalisation autour de la ménopause:

« Mais, tout le côté gynéco médicale, je veux dire tous les traitements, de la ménopause qui nous ont enfumés pendant vingt ans. Je veux dire, moi j'ai été... Le problème de tous ces traitements ménopausiques qui m'a un peu fait hurler, moi. Quelque part pour en arriver à la case départ, c'est-à-dire revenir vingt ans en arrière ? Alors, le traitement ménopause ! » (M9)

A la question de l'influence des convictions personnelles, il est revenu sur le traitement substitutif de la ménopause :

« Convictions personnelles..., moi par exemple sur le... Je parlais du traitement substitutif, je me suis toujours posé la question de savoir quel était le domaine médical et quel était le domaine idéologique dedans. C'est qu'il y avait une espèce d'obligation d'une pratique, qui n'a pas été fondée sur des critères médicaux. Bon on a quand même mis quinze ou vingt ans avant de dire ok. Donc forcément, ça influence... » (M9)

Le septième médecin interrogé nous a dit orienter les « très jeunes filles » plutôt vers les préservatifs :

« J'essaie de les pousser à avoir plutôt une contraception mécanique tant qu'elles n'ont pas des rapports réguliers. Donc j'essaie de leur expliquer, mais c'est plus une question scientifique que morale oui. » (M7)

II.4 La gynécologie

II.4.1 Un statut particulier...

La gynécologie était une discipline à part pour certains médecins, du fait de sa difficulté supposée :

« Il fallait que je me lance dans le grand bain pour pas que ça reste quelque part une hantise. (...) Tout ce qui me paraissait difficile, je me suis dit, il faut absolument que j'aille m'y former (...). Et moi je savais que après, ça aurait été, comment dire, une zone d'ombre. » (M1)

Cette discipline supposait pour certains une technicité, une exigence particulière, ainsi qu'une formation et une pratique très régulière :

« Je me dis que la gynéco devrait faire partie de la médecine générale en fait. Mais peut-être parce que dans la gynécologie il y a une partie technique... » (M7)

« Pour moi, il faut que ce soit très bien fait. (...). Je ne veux plus faire que ce que je sais bien faire. » (M2)

« Pour moi, ça ferait partie si on était formé, si j'avais été formée. Si j'en avais fait quotidiennement, très souvent (...). Je trouve que le généraliste, ou alors il est vraiment formé, il en fait régulièrement, pas tous les jours mais presque, et il peut certifier qu'il donne des soins appropriés. » (M2)

La gynécologie a aussi été décrite comme chronophage pour certains, voire demandait trop d'explications à donner :

« Si c'est de la gynéco, je prends plus longtemps. Parce que ça demande plus de temps. (...) Voilà, on leur saute pas dessus pour faire un examen gynécologique comme ça, un peu. Ça demande de la détente, et du coup, ça prend plus de temps. Moi, je trouve que c'est un peu à part quand même. » (M12)

« Que vu la quantité de patients que je vois, je prends pas du temps à aller dans des problèmes techniques (...). C'est pas un problème de pas vouloir le faire (...). Je vais pas m'embêter avec mille questions, je vais pas expliquer mille choses, toujours la même chose ! » (M10)

Le suivi gynécologique ne semblait pas toujours faire partie du champ de la médecine générale.

Les gestes techniques en particulier étaient exceptionnellement pratiqués, beaucoup de médecins préférant les déléguer (comme vu précédemment) :

« Non, en fait la seule chose, c'est que je pose pas de stérilet. (...). Et ici, je le fais pas, ce qui me pose des problèmes parfois. » (M13)

Seul un médecin (M14) posait des DIU, et aucun ne posait d'implant contraceptif. Un médecin interrogé s'est étonné qu'on puisse le faire en tant que généraliste :

« Il y a des généralistes qui en posent ? » (M11)

II.4.2 ...qui s'intègre dans le champ de la MG.

Pour d'autres médecins interrogés, la gynécologie faisait partie intégrante de la prise en charge du médecin généraliste :

« Ça fait partie effectivement d'une prise en charge globale (...). Ça fait partie du suivi, parce que oui, c'est des choses qu'il faut faire en médecine générale je pense. » (M8)

« Ça fait partie de la mission du médecin généraliste, parce que c'est de la médecine générale. » (M3)

« Ça fait partie entière de notre mission. » (M4)

« Ça fait partie de la médecine générale, comme une autre (...) C'est le suivi quotidien d'une jeune fille qui vient vous voir pour la première fois, que l'on connaît depuis dix ans, certaines depuis leur naissance, pour faire de la gynécologie (...). Enfin, ça fait partie de notre métier, je vois pas pourquoi on le ferait pas. » (M13)

Cette discipline n'avait pas de statut particulier et il était « normal » de la pratiquer :

« Pour moi, la gynéco n'est pas différente du reste (...). Pas plus pas moins que les autres spécialités. » (M6)

« Elle n'a pas de statut particulier(...). Elle en fait partie, voilà. Au même titre que toute spécialité par ailleurs. » (M1)

« Donc, c'est normal que ça fasse partie de mon champ d'activité. » (M14)

Deux médecins trouvaient les actes techniques simples :

Le premier, qui ne pratiquait pas lui-même remarquait :

« Et puis aussi le fait que les gestes techniques en gynéco sont quand même assez simples pour être faits dans un cabinet de médecine générale. Il n'y a pas besoin d'un outillage important, d'une surveillance particulière. » (M7)

Le deuxième, sur un ton ironique :

« *Et... c'est pas si compliqué que ça quand même !* » (M13)

Plusieurs médecins ont rapproché la pratique de cette discipline avec celle de la pédiatrie.

II.4.3 Intérêt

La plupart des médecins disaient être intéressés par la gynécologie, bien qu'ils n'aient pas tous une activité gynécologique comme définie par l'étude.

« *Non, moi comme j'ai dit, ça m'intéresse, ça me passionne même.* » (M2)

« *Parce que j'aime ça (...), ça me plaît la gynéco. C'est quand même quelque chose de très intéressant!* » (M5)

« *La contraception, le fait de parler sexualité avec les jeunes c'est quelque chose qui m'intéresse.* » (M8)

« *Et puis j'ai vu que ça me plaisait.* » (M14)

« *C'est sûr qu'il y a de la demande et peut-être un intérêt personnel.* » (M8)

« *C'est quelque chose que j'aimais beaucoup. A un moment, je me suis demandé si je n'allais pas en faire ma spécialité. A l'époque, c'était gynéco obstétrique.* » (M15)

D'autres, minoritaires, ne s'y intéressaient pas. A noter que parmi eux, se trouve un médecin pratiquant la gynécologie (M6). A la question en introduction « Est-ce que cette discipline vous intéresse ? », ils ont pu répondre :

« *non* » (M6)

« *pas du tout* » (M4)

« *maintenant ça ne m'intéresse plus* » (M7)

Un médecin insistait sur la distinction entre gynécologie médicale qu'il trouve « *déprimante* » et l'obstétrique « *plus valorisante* » à ses yeux:

« *La gynéco médicale à proprement parler, non !(...) mais la gynéco médicale, fondamentalement, ça ne me passionne pas (...). Sur le plan professionnel, je dirais moi la prescription de pilule, moi ça ne me fascine pas. (...). C'est quand même moins déprimant que la gynéco médicale qui est quand même, pas spécialement marrante (...). C'est souvent des pathologies, soit on essaie de ne pas avoir de... bon. Ou faire semblant de ne pas vieillir, ou ne pas avoir d'enfants. Bon. C'est un peu déprimant (...). L'obstétrique, Oui ! (...) Quand même ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'obstétrique. Quand même, c'est quand même plus valorisant, plus ... c'est moins déprimant !* » (M9)

II.5 La médecine générale

II.5.1 Définition du rôle

Certains médecins, avant de commencer à exercer, avaient une idée précise du rôle du médecin généraliste, dont la gynécologie faisait partie :

« C'est vrai que à l'époque dans ma tête, être médecin généraliste c'était savoir faire de la pédiatrie, savoir faire de la gynéco, et puis bon, pour moi ça faisait partie vraiment du minimum pour être généraliste (...) au départ je pensais faire de la gynéco ». (M7)

« Donc, à un moment j'ai pris ça (un stage en gynécologie NDR) parce que ça m'a..., je voulais toujours exercer en milieu rural. Et je me suis dit, il faudrait vraiment là, que j'aie au moins les connaissances en obstétrique. Parce que, sans ça, ça va pas aller. » (M1)

D'autres soulignaient que la prévention (notamment en gynécologie) appartient au domaine de la médecine générale :

« Je dirais, ça le dépistage du cancer du sein, ça oui, je dirais que c'est un message que j'essaie de leur faire passer. La prévention par les vaccins, bon, même si ils sont un peu décriés, j'en fais. Si vous voulez, il y a des messages qu'on essaie de faire passer. » (M9)

Un médecin parlait du rôle social du médecin généraliste (peut-être avec regret) :

« Maintenant, on fait plus que de la médecine, on fait du social. ». (M5)

Le rôle de conseiller, de pédagogue du médecin généraliste était important pour certains :

« C'est rare qu'après une fois qu'elles ont vu le gynéco, c'est rare qu'elles ne viennent pas me voir. » (M5)

« Pour moi, c'est une mission vraiment d'apprendre aux gens... » (M2)

« Si vous voulez y a des messages qu'on essaie de faire passer. » (M9)

L'intégration du suivi gynécologique dans la prise en charge holistique était rapportée :

« Au contraire, j'aime savoir (...). Mais ça, faut leur dire aux gens, qu'ils doivent tout nous dire. » (M5)

« Chaque fois que j'ai une femme en face de moi, je lui rappelle que je suis normalement détenteur de son dossier complet. » (M3)

A l'opposé, un médecin généraliste s'est dit vouloir « *se recentrer sur la pathologie* »:

« *Dans la gynécologie, il y a quand même beaucoup de travail de prévention ou de médecine préventive. Donc voilà, je me suis dit que je préférais vraiment me réserver pour la pathologie.* » (M7)

II.5.2 « *Quelle idée je me fais de la médecine générale* »

Au-delà de l'intérêt ou non pour la discipline, apparaît une véritable théorisation de ce qu'est la médecine générale en tant que spécialité, et l'idée qu'ils s'en font :

« *Ou alors, c'est quelle identité ou quelle idée je me fais de la médecine générale. Mais c'est pas simplement la gynécologie. C'est quelle idée je me fais de la médecine générale.* » (M13)

« *Je suis généraliste aujourd'hui parce que j'aime tout. Mais je ne me serais pas vu m'enfermer dans une spécialité.* » (M1)

« *Et puis, je suis généraliste parce que j'aime vraiment tout faire.* » (M14)

« *Mais voilà, après, ça fait partie du métier de médecin généraliste, enfin je veux dire c'est ... le métier de médecin généraliste c'est tout !* » (M13)

Ce qui peut inciter certains à pratiquer la gynécologie, sans intérêt particulier pour cette spécialité, la notion de service à la patientèle en premier recours étant prépondérante pour eux :

« *Il y a plein de trucs en médecine générale qui me plaisent pas, et je les fais quand même !* » (M6)

« *J'en fais plus parce qu'il faut en faire.* » (M8)

Un médecin, au sujet de confrères ne pratiquant pas gynécologie ou pédiatrie parle « *d'amputation* » :

« *Je sais que j'ai des confrères et amis qui ne font pas du tout de gynéco, ça ne leur plaît pas. Et ils ne peuvent pas, ... ne veulent pas en faire. Et d'autres ne font pas de suivi de pédiatrie. Souvent les mêmes d'ailleurs. Je trouve que ça ampute. Ça ampute d'une part de notre profession.* » (M13)

II.5.3 Défense de son champ de compétences

Certains praticiens ont parlé de leur « bataille » pour garder la gynécologie dans le champ de la médecine générale :

« Nous on s'est battus pour faire de la gynécologie. On s'est battus parce que nos confrères spécialistes, et tout l'environnement, presse féminine, etc, on nous a squeezé complètement, on n'a plus du tout notre place. (...) Donc contre ça on s'est beaucoup battus (...). Bon, aujourd'hui s'il reste une place pour le médecin généraliste c'est un peu grâce à nous... » (M13)

« C'est vrai qu'on s'est battus quand même dans les premières années d'installation pour que le généraliste puisse exister en gynécologie aussi. » (M14)

La défense de ce domaine se faisait pour certains auprès des internes:

« C'est un peu à moi, médecin généraliste de défendre ce domaine (...). Je dis aux internes : « ne lâchez surtout pas ce domaine ! » » (M3)

Concernant les patientes, elle se faisait en les informant des compétences du médecin généraliste:

« En disant : « je sais faire les frottis, je les fais couramment », je leur montre que j'ai une table qui est faite pour ça, je montre et je dis et je verbalise : « effectivement ça fait partie de mon travail de base. » ». (M3)

« On signale que l'on peut le faire, qu'elle n'ont pas besoin d'aller tout de suite voir la gynéco. » (M1)

Deux médecins ont aussi signalé adresser leurs patientes désireuses d'un suivi gynécologique par une femme vers un médecin généraliste femme:

« Il m'est déjà arrivé d'orienter des femmes qui préféreraient avoir un interlocuteur féminin, non pas chez un gynécologue, mais chez d'autres médecins généralistes qui, je sais, font de la gynécologie de façon régulière. De façon à préserver notre travail de médecin généraliste. Ca me semble important. Donc j'ai effectivement des correspondants médecins généralistes qui pour la médecine générale de la femme, médecin généraliste féminin, font très bien l'affaire. Ça m'ennuie pas du tout de les orienter comme ça. » (M3)

« Dans ce cas-là, je travaille avec des confrères féminines, généralistes, à qui j'adresse pour les examens. » (M14)

La relation avec les gynécologues ou gynécologues obstétriciens était pour certains difficile, voire conflictuelle. Pour M3, par exemple, il y avait une : *« nécessité de défendre le domaine par rapport à l'accès direct aux gynéco (...). Il y avait peut-être trop de gynécologues qui cherchaient à trouver du travail, et qui ont pris notre métier ! (rires) (...) on est un peu squeezés ! ».*

M13 évoquait un manque de respect : « *Voilà, après le deuxième problème que l'on rencontre, c'est le manque de respect parfois de certains gynécologues. On prescrit une pilule, c'est systématiquement changé. Parfois même, ils changent de nom et c'est le même produit !* »

M14 parlait de « *chasse gardée* » : « *Parce que les gynécologues ne partagent pas les patientes. Je le dis souvent. Moi je trouve qu'aujourd'hui, la gynécologie, c'est la seule spécialité où on ne partage pas les patientes. C'est chasse gardée des gynécologues, et le généraliste, il n'a pas son mot à dire. Alors qu'on arrive à discuter avec les cardiologues, on arrive à discuter avec les pédiatres. Aujourd'hui, il n'y a aucun problème avec les pédiatres, on échange les gamins, on les voit, on demande un avis, il y a un retour. Alors que les gynécologues, c'est fermé, dès que l'on intervient oulala ! Qu'est-ce qu'on n'a pas fait ! Je trouve ça incroyable parce que je suis généraliste, je suis le médecin traitant, je ne vois pas pourquoi je n'interviendrais pas!(...) Ils lâchent sur rien ! Quand une femme a une mycose, ils préfèrent faire envoyer une ordonnance par la secrétaire ou leur dire de se débrouiller à la pharmacie plutôt que d'aller chez le médecin généraliste. Ça, ça me tue !* »

Au point qu'un médecin déclarait avoir « *démissionné* » :

« *Je n'étais pas très content quand les gynécologues, quand les obstétriciens emportaient mes patientes, et puis, depuis, j'ai démissionné. Depuis voilà, j'ai démissionné.* » (M11)

A l'inverse, pour certains, les relations ont toujours été satisfaisantes, ou le sont devenues :

« *Il n'y a jamais eu de problèmes, non. Avec moi, tout, tout ça se passe très, très bien !* » (M10)

« *On suit nos patientes parce qu'on a de bons rapports avec les gynécos (...). Il n'y a plus les guéguerres et autres qu'il pouvait y avoir il y a vingt ans, où là c'était quand même plus... (...). Il y a moins ça, oh oui, il y a plus du tout... je veux dire on n'est plus en train d'essayer de se renvoyer les... il n'y a plus de coups tordus. On se passe un coup de fil.* » (M9)

III Expériences

III.1 Formation

III.1.1 Une formation hétérogène

La plupart des médecins ont réalisé un stage en gynécologie comme externe ou interne.

Un médecin a cité un stage au planning familial (M13): « *Moi j'ai fait le stage au planning familial, à Toulouse, et en même temps on a fait des suivis de grossesses avec le Professeur F.* »

Un stage SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) a aussi été rapporté par un médecin comme important dans sa formation :

« *C'était dans un cabinet un peu à la campagne, où il y avait trois hommes installés, et du coup il y avait pas mal de demandes pour faire un peu de gynéco. Et du coup, c'est comme ça que j'en ai fait.* » (M8)

Seul M2 ne mentionnait pas de stage :

« *Et donc pour moi, manque de formation. Parce que moi, j'estime que j'ai pas été formé du tout, mais du tout du tout.* » (M2)

Pourtant trois médecins, actuellement pratiquant le plus la gynécologie dans l'échantillon, ont dit ne pas avoir de « *formation spécifique* ». L'un d'eux dit avoir « *appris sur le tas* », un autre dit être « *autodidacte* » :

« *En fait, je dois reconnaître que pendant mes études, personne ne m'a jamais appris à le faire et je me suis retrouvé dans un dispensaire à la Réunion et notamment à m'occuper de la population d'un cirque complètement fermé. Donc, il n'y avait absolument pas accès au spécialiste. Donc je me suis retrouvé autodidacte de la pose de stérilet.* »

Ce médecin était d'ailleurs le seul médecin interrogé qui pose des DIU actuellement.

III.1.2 Une satisfaction inconstante

Des médecins se sont dits satisfaits de leur formation et beaucoup ont évoqué des stages particulièrement marquants pour eux, à la fois formateurs, intéressants et déterminants pour la pratique future.

« ce fameux stage en gynécologie » (M1)

« Donc il y a eu les quatre mois de stage d'externe en 5^e année à la maternité de P.... Et puis après, mon service militaire qui a fait que pendant un an, j'avais dirigé un dispensaire à La Réunion. Pendant presque 18 mois. Où je faisais des suivis de grossesses et de la gynéco à longueur de temps en dispensaire. C'était intéressant pour moi aussi, j'ai appris beaucoup de choses. (...). J'ai eu un dispensaire et c'était hyper intéressant, c'était grandiose ! J'en garde un très très bon souvenir ! (...) Mais non, non, ça a été très très formateur ce stage aussi en gynéco ! » (M14)

« les professeurs étaient très sympathiques et nous faisaient faire, laissaient faire beaucoup de choses. » (M5)

« Ca a été extrêmement formateur (...) C'était vraiment très formateur (...) ça m'a beaucoup intéressé. » (M7)

« Et donc le fait d'avoir non seulement en tant qu'interne fait des stages de gynéco qui étaient très formateurs » (M3)

La moitié des médecins se sont plaints de la formation, trouvant leur formation initiale insuffisante ou la formation continue inorganisée :

« ...au niveau de la formation, c'est un petit peu juste voilà au niveau de la faculté. Moi voilà, normalement j'aurais dû faire un stage gynécopédia en tant qu'interne, mais j'ai pas fait de gynéco. J'ai fait... de la pédiat, ça de la pédiat j'en fais, j'en fais beaucoup et je suis assez à l'aise avec ça. La gynéco, je suis peut-être un peu moins à l'aise. »(M8)

« D'une façon générale, en gynécologie comme ailleurs, la formation professionnelle est dramatiquement insuffisante et inorganisée. Donc c'est le genre de chose qui devrait être obligatoire et organisée au niveau national. Malheureusement, ce n'est toujours pas le cas. Et que ça, je pense que ça entraîne beaucoup de carences dans notre exercice professionnel. Ah oui, ça, sans aucun doute. Et ça, ça influencerait beaucoup sur notre pratique. » (M11)

Un médecin a déploré la prééminence de la technique dans la formation :

« On nous transforme les médecins en techniciens purs et durs. Et le problème c'est que ça frustre énormément les patients... et les médecins. » (M13)

III.1.3 Une démarche active

La plupart des médecins qui ont beaucoup apprécié un stage de gynécologie l'avaient choisi :

« J'avais choisi un stage en tant qu'externe en gynéco obstétrique, c'est volontairement que j'étais partie faire de la gynécologie. » (M1)

« C'était un choix, oui .C'était un choix délibéré. (...). Donc, à un moment, j'ai pris ça parce que ça m'a paru..., je voulais toujours exercer en milieu rural, et je me suis dis, il faudrait vraiment là, que j'ai au moins les connaissances en obstétrique, parce que, sans ça, ça va pas aller. » (M11)

« Le stage, moi, j'ai fait le stage au planning familial, à T., et en même temps on a fait des suivis de grossesses avec le Professeur F. Et à l'époque, c'est vrai, moi ça me plaisait. Enfin, j'ai fait ce stage pour ça d'ailleurs. » (M13)

Un seul contre-exemple à propos du choix du stage pendant le service militaire :

« Non je n'ai pas choisi ! (rires) Du tout! Je pensais être hospitalier, j'espérais être hospitalier et on m'a dit que je ferai de la médecine du travail . Et puis non, j'ai pas fait la médecine du travail ! ». (M14)

Ces médecins se sont investis dans ce stage :

« Voilà, je savais que j'allais y apprendre des choses. Et je me suis accrochée au gynécologue du moment pour qu'il m'apprenne, pour qu'il me montre. (...) Donc, si on faisait pas la démarche effectivement volontaire d'apprendre cette pratique, on l'aurait jamais. (...) tout ce qui me paraissait difficile, je me suis dit, il faut absolument que j'aie m'y former ». (M1)

« Qu'il fallait se battre pour faire les accouchements avec les sages-femmes un petit peu (rires). Donc ça a été la bataille. Mais bon, j'avais réussi à le faire. (...) Ou chez H. alors on était hyper encadré, avec le professeur B. aussi. On s'est vraiment bien occupé de nous et puis on nous laissait faire beaucoup de choses en fait. Donc, enfin il fallait peut-être se battre aussi pour pouvoir les faire. Mais non, non, ça a été très très formateur ce stage aussi en gynéco. » (M14)

Ils y ont pris des responsabilités :

« *Je gérais tout.* » (M1)

« *On était vraiment le médecin et livrés à nous-mêmes (...) on faisait vraiment les consultations tout seuls. C'était nous qui faisons tout.* » (M3)

« *Moi j'ai fait plein de trucs, donc du coup ça a été vraiment... à la fin je faisais même des échographies.* » (M7)

Ce qui leur a donné confiance par la suite :

« *Je pense que ça a joué un très grand rôle dans le fait que j'en fasse après, oui. (...) Je crois que ça devait jouer beaucoup. (...) J'avais vu comment on posait un stérilet, je me suis mis à poser un stérilet (...). Je les posais plus au début, parce que comme j'avais fait des stages comme ça, un stage d'obstétrique. »*

« *Ne pas lâcher la formation initiale(...). Et donc le fait d'avoir non seulement en tant qu'interne fait des stages de gynéco qui étaient très formateurs, mais en plus d'avoir entretenu ce savoir par des journées de formation médicale continue, uniquement dédiées à la gynécologie m'ont aidé à essayer de ne pas lâcher ce domaine. »* (M3)

III.2 Professionnelle

Beaucoup des médecins interrogés ont dit ne pas avoir été influencés par une histoire professionnelle.

Les autres ont évoqué des expériences professionnelles marquantes qui pouvaient expliquer aujourd'hui leur implication :

M5 à propos d'une naissance suite une grossesse non suivie, avec naissance d'un bébé malformé : « *Donc ça je pense que oui ça motive, parce que on se dit que ça devrait pas exister. »*

« *J'ai été marqué par le fait que j'ai une patiente qui..., une patiente jeune, là, d'une cinquantaine d'années, à qui on a trouvé un cancer de l'ovaire. Il n'y a pas assez de, de dépistage, pas assez d'échographies, régulières. Elle était suivie par un gynéco et elle a, depuis plusieurs années elle y est pas allée. C'est bête parce que si elle avait fait son échographie régulièrement, elle aurait peut-être trouvé quoi. Et maintenant on est bien embêtés, elle a une carcinose péritonéale, et tout le bataclan et tout ça parce qu'il y a pas eu une échographie assez régulière. »* (M11)

III.3 Personnelle

Dix médecins interrogés n'ont pas retrouvé spontanément d'histoires personnelles pouvant influencer leur pratique professionnelle.

M10, par exemple : *« Pas du tout, non, ça faisait partie de mon métier, disons de mon travail de tous les jours, de ma patientèle, c'est ça. Je me suis jamais posé de questions moi. (...). Mais moi, il y a plus rien qui m'influence là-dessus! Ah non ! »*

Certains ont évoqué des événements sans influence d'après eux :

« Oui, il y a eu des problèmes mais qui n'ont pas été marquants.(...). Enfin je veux dire, ça reste au titre du fait qui est arrivé, mais qui n'a pas entraîné de ... je dirais de revendication, à la suite, d'être plus impliquée. » (M1)

« Non, mais que c'était un facteur important sur le plan personnel. Ça oui, d'avoir eu des enfants. Mais c'est plus anecdotique qu'autre chose. J'ai pas vraiment changé entre le moment où j'étais célibataire et... » (M9)

Un médecin a été marqué par l'influence d'un membre de la famille médecin:

« Mon grand-père était médecin, il a fait beaucoup d'obstétrique et de gynécologie à l'époque. » (M7)

Des événements négatifs ont été rapportés :

« J'ai perdu ma maman d'un cancer du sein, ça c'est des choses peut-être qui influencent. » (M5)

« Mais au niveau des cancers du sein, je ne sais pas si vous rentrez ça dans la gynéco mais ça, c'est assez fréquent et j'en ai eu dans ma famille. Donc, ça, ça, du coup, je suis peut-être plus, plus agressif entre guillemets, dans la prévention et dans l'examen clinique. Oui, ça certainement, ça a dû jouer, oui. » (M11)

D'autres (hommes et femmes) ont surtout mis en avant leur expérience de parents. Etre parent aiderait à mieux comprendre les difficultés des patientes :

« Le fait d'avoir eu des enfants, le fait d'avoir eu des grossesses, le fait d'avoir allaité. Oui je pense que ça influence, on a envie de leur faire part de notre expérience. (...) après on leur donne des conseils, effectivement, par rapport au vécu qu'on a eu oui. (...) Je pense qu'on comprend plus facilement ce qu'elles peuvent ressentir (...) le fait d'avoir eu des enfants, oui principalement, ça influence. » (M5)

« Je sais pas, quatre enfants ! (rires), mes jumeaux !(...) c'était un facteur important sur le plan personnel, ça oui, d'avoir eu des enfants. » (M9)

« Ça aide vachement à répondre à leurs questions à elles, sur comment ça se passe, voilà sur les petits symptômes qui font que c'est plus facile après à interpréter les moindres symptômes que les femmes elles ont pendant leur grossesse. » (M12)

« J'ai des enfants qui ont votre âge probablement. Oui, c'était évident que, jeune médecin, c'était évident. Et je suivais. Et je suivais les grossesses, et j'allais faire les examens du 8^{ème} jour à la clinique et voilà. Ça faisait partie, et je suivais les enfants ensuite. Et les retours de couches, et le suivi de l'allaitement. Ça faisait partie de ma pratique courante. » (M15)

« Après ma vie personnelle, je sais pas. C'est difficile à dire, mais c'est vrai que j'aime les gamins et tout ça. Ça fait partie du tout oui. » (M14)

Pour un médecin, l'angoisse de ses propres grossesses a pu influencer sur les prises en charge souhaitées pour ses patientes :

« Et événements marquants, c'est que moi j'ai eu des enfants, et que je trouve que c'est, je pense que les gens ont besoin de personnels vraiment qualifiés.(...) Juste le fait d'avoir eu des enfants, d'avoir moi-même été angoissée au niveau de mes grossesses et de mes accouchements, et donc d'avoir envie que ça soit pris en charge de manière bien carrée. » (M2)

IV Pratiques gynécologiques

IV.1 Une évolution rapportée

Les médecins les plus âgés ont souvent rapporté une évolution dans leur pratique. Ils disaient pratiquer auparavant plus de gynécologie obstétrique. Ils ont été nombreux à rapporter suivre des grossesses et à poser des DIU dans le passé, évoquant des évolutions de société, des évolutions personnelles en lien avec l'orientation de l'activité médicale, la notion de responsabilité légale plus présente aujourd'hui, et une augmentation de la compétence nécessaire.

« J'en ai fait à une époque, beaucoup, quand j'étais plus jeune, mais là maintenant j'en fais pas. (...) au début j'ai fait pas mal de gynéco, effectivement je posais des DIU. (...) Je faisais beaucoup de consultations de suivi de grossesse pratiquement jusqu'au 8^omois. » (M7)

« Ah, plus que maintenant oui! Même des accouchements ! A l'hôpital à T. quand il y était, alors ! (rires) Ah oui (rires) !(...) Quand je me suis installé ici, j'ai jamais fait autant d'accouchements qu'à T. C'était astronomique! Entre 15 et 25 par an ! Rien que moi, parce que il y avait mon associé à ce moment-là. Il en faisait autant, même plus que moi ! Et c'était la période des saisonniers, alors les saisonniers, ils venaient travailler ici et elles étaient toutes enceintes !(...) C'était la fin des espagnols, c'était le début des portugais. Mais alors maintenant il y a plus rien, depuis 7/8 ans c'est terminé ça. » (M10)

« Ce qui fait que au début quand je me suis installé, j'en ai fait quand même pas mal (...). J'en pose plus depuis maintenant peut être 20 ans, non j'en pose plus des stérilets. » (M11)

« Plus. Ca c'était au tout début de notre, de mon installation, pendant une dizaine d'années, ça a été très régulier. Et on le fait plus, du tout »! (...). On faisait du suivi de grossesse, oui ! Moi j'ai suivi des femmes régulièrement jusqu'à six mois! Avec des échos qui étaient faites essentiellement soit par le gynéco obstétricien, soit par les radiologues. » (M13)

« C'est-à-dire qu'au début de mon exercice, je pratiquais pas mal de gynéco, j'avais beaucoup de femmes qui venaient. Oui, c'était évident que, jeune médecin, c'était évident. Et je suivais. Et je suivais les grossesses, et j'allais faire les examens du 8^{ème} jour à la clinique et voilà. Ca faisait partie, et je suivais les enfants ensuite. Et les retours de couches, et le suivi de l'allaitement. Ca faisait partie de ma pratique courante. (...) J'en avais, mais j'en ai plus. » (M15)

« Mais c'est vrai que quand j'ai commencé, ça fait quand même 20 ans que je suis installée ici, on faisait les suivis tout à fait régulièrement, tout à fait. Les échographies, ils allaient chez le radiologue faire les échographies, les radiologues étaient un peu spécialisés là-dedans, et ça se faisait très bien. On n'avait pas plus de couacs qu'aujourd'hui. Maintenant effectivement c'est... Mais moi je trouvais ça très bien, je trouvais ça très intéressant et il y avait pas plus de couacs. Enfin on n'avait pas spécialement de souci. Quand il y avait un problème, effectivement, on passait la main à l'obstétricien pour une surveillance plus approfondie. Mais bien souvent, ça se passait normalement. »(M5)

M4, plus jeune, rapporte : *« Alors autrefois, il y a trente ans de ça, ici, tous les gens qui ont plus de 50 ans, ils sont nés dans le village. Et le médecin ici suivait la grossesse, faisait accoucher les femmes, faisait de la gynéco, tout ça! »*

M2 ne regrette pas ce temps-là : *« Il y a trente ans, on faisait tout et n'importe quoi quelque part. C'est-à-dire on était formé à tout, on devait tout faire, et on voyait bien qu'il y avait des choses, on n'avait jamais été formés, on savait pas faire. »*

IV.2 L'activité gynécologique des MG

IV.2.1 Un gradient des pratiques

La définition de la pratique de la gynécologie pouvait être très différente d'un praticien à l'autre.

Pour M6, la pratique du toucher vaginal (TV) était « la base » : « *Enfin , j'appelle pas ça vraiment faire de la gynéco, c'est un peu l'examen de base ça pour moi!* »

Alors que le suivi de grossesse était inenvisageable : « *Pour moi la grossesse, c'est que les gynécos par contre !* »

Pour M5, le suivi de grossesses apparaissait comme une évidence : « *Je fais les suivis de grossesse jusqu'à six mois, tout à fait !* »

La pratique des médecins généralistes interrogés était très variable :

De nulle, à faible :

« *L'activité en gynéco est faible(...) J'en fais pratiquement pas de gynéco.* » (M9)

En fonction des demandes et symptômes :

« *La gynécologie, comment dire ..., à la demande quoi. Selon les symptômes.* » (M11)

« *Sinon j'en fais pas beaucoup, c'est tout. J'en fais pas beaucoup. Disons, je fais ce qui est courant en gynécologie c'est tout. Quand il y a des problèmes, qu'on m'apporte des problèmes, là oui. Je fais de la gynéco. Je regarde ce qu'il se passe, avant d'orienter pour des examens particuliers, plus poussés.* » (M10)

La contraception orale et les problèmes infectieux ont souvent été mentionnés :

« *La gynéco on en fait oui, parce que l'on prescrit des pilules chez les adolescentes, parce que l'on fait des pathologies infectieuses, on les voit. Je veux dire ça fait partie intégrante.* » (M9)

« *C'est essentiellement des problèmes de, ... la prescription contraceptive je le fais, les problèmes infectieux, voie basse, enfin, tout ce qui est infectieux, vaginal etc, ça les patientes viennent nous voir aussi.* » (M11)

Concernant le dépistage par FCU, pour les médecins qui le faisaient, il n'était pas systématiquement proposé par les professionnels. Il était plutôt réalisé à la demande des patientes :

« Parce que j'en fais, j'en fais peu de moi-même. Ce sont les patientes qui viennent me voir pour ça. Mais c'est vrai que j'en propose pas assez de moi-même je pense. »
(M11)

D'autres avaient une activité gynécologique plus importante :

« Tous les examens gynécologiques et les frottis. » (M13)

« Je fais les frottis, je pose les stérilets, la contraception. Et puis toutes les questions que peuvent se poser les femmes. » (M14)

Concernant le suivi de grossesse, un seul médecin (M5) disait le réaliser jusqu'au 6^o mois.

Quelques uns suivaient le début de la grossesse :

« Je vois les débuts, je vois souvent l'examen du premier mois, voilà la déclaration de grossesse. » (M11)

La plupart ne suivaient pas du tout les grossesses, par choix ou non :

« Moi, j'ai plus fait de déclaration de grossesse depuis des années et des années ! C'est comme ça. » (M13)

L'activité de gynécologie, lorsqu'elle est pratiquée, ne répond pas à toutes les demandes. La pratique d'actes techniques est partielle le plus souvent. Et il existe une sorte de sélection d'activités gynécologiques en fonction des praticiens.

IV.2.2 Une offre de soins limitée pour la contraception

L'offre de soins concernant la contraception a paru limitée le plus souvent à la prescription de contraceptif oral, surtout pour les adolescentes :

M4, par exemple : « *Je fais pas mal, par contre. Je vois beaucoup d'ados, et donc oui, je fais la première prescription de pilule, j'en fais beaucoup oui.* »

Seul un médecin interrogé posait quelques DIU par an :

« *Je pose les stérilets... J'en pose pas énormément, j'en pose que quelques-uns par an. (...)* » (M14)

Aucun ne posait d'implant contraceptif. Pour certains, il était source de complications :

« *Ah je n'en pose surtout pas ! C'est un nid à emmerdements à la campagne ! Si vous allez à P. , vous avez pas intérêt à en poser ! Parce que, une fois sur vingt vous avez un problème !* » (M10)

« *Alors ce que je ne pose pas par exemple, c'est l'implant. Parce que quand il faut l'enlever, c'est une catastrophe. Donc je me vois mal envoyer au gynéco en disant « ben j'ai posé un implant est-ce que vous pouvez l'enlever j'y arrive pas. » Donc ça, je ne trouve pas très logique non plus, donc je ne le fais pas. »* (M14)

IV.3 Déterminants énoncés par les MG

Différents freins objectifs et subjectifs ont été énoncés par les médecins interrogés pour expliquer leur non- pratique de la gynécologie dans leur cabinet.

IV.3.1 Objectifs

Des problèmes matériels ont été évoqués :

« Il y a peut- être aussi le fait, l'ergonomie du cabinet qui est, j'ai installé comme ça, et au niveau gynéco, oui, on manque un peu de place. Sûrement qu'il faut que je fasse la pièce différemment, pour que ça soit mieux. Ça, ça a été un peu déterminant. »

« Il y a une salle à côté, donc on aurait pu la transformer en salle de gynéco. Mais bon, ça fait encore des investissements et gnagnagnagna. (...) parce que moi, je trouve qu'il faut une table de gynéco pour faire de la bonne gynéco. Et c'est difficile de trouver une table qui soit en même temps gynéco et pas gynéco. »

Un médecin mettait en avant le coût de son assurance pour la pose de DIU : *« Et puis, j'ai plus posé de stérilet parce que, il y a eu un moment où les assurances se sont mises à demander, je sais plus quoi, enfin un supplément vraiment très important. Je crois que c'était de l'ordre de 300 euros par an, ou quelque chose comme ça, pour poser des stérilets. »*

Il expliquait aussi l'arrêt du suivi de grossesses parce qu'il ne pouvait pas les suivre jusqu'à la fin, et par manque d'échographe : *« que ça m'a paru comment dire, finalement plus, plus logique quoi. Plus logique que, de toute façon, le dernier trimestre ça aurait pas été pour moi, ça aurait été pour l'obstétricien. Donc, à la limite, si, je pourrais le suivre, mais je n'ai pas l'échographe, donc l'échographie de la douzième semaine, c'est pas moi qui peux la faire, donc euh, pfff ! Donc voilà, c'est ça l'explication. Il n'y en a pas d'autre parce que techniquement je, grâce à ce stage justement pendant les études, je suis tout à fait capable de suivre la grossesse. »*

Un autre ne suivait pas de grossesses devant le désir supposé des femmes d'une échographie régulière *« Les femmes préfèrent avoir des échographies régulières(...) on est très proche quand même du milieu urbain, je suis pas éloigné d'une ville. »*

Le fait d'avoir repris la clientèle âgée d'un médecin explique pour un médecin sa non-pratique de la gynécologie: *« En fait, il avait une clientèle qui était relativement âgée et donc moi j'ai un peu suivi sa clientèle. »*

Le milieu urbain était aussi une explication pour ce praticien : *« Non, non parce que l'on est en milieu urbain ici, donc on est pas du tout, ...non. »*

Comme nous l'avons précédemment rapporté, certains médecins évoquaient le fait d'être un homme pour ne pas faire de gynécologie et le manque de formation était également mis en avant : « *Si j'étais formé oui, mais voilà. Si j'étais plus jeune, et si j'avais moins de boulot j'irai me former. J'y ai pensé, mais comme je vous dis c'est plus à l'ordre du jour.* »

IV.3.2 Subjectifs

Le thème de la peur, de l'appréhension, se déclinait sous différentes formes suivant les praticiens :

La peur du risque médicolégal a été évoquée par deux médecins concernant le suivi de grossesse :

« *C'est une évolution, je crois qu'il y a beaucoup de médicolégal là-dedans.* » (M13)

« *C'est là où je me sentais un petit peu en difficulté, je me sens très coincé par le suivi légaliste du suivi de grossesse actuellement.* » (M3)

Un médecin abordait la peur du « *premier pas* », c'est-à-dire la peur de se lancer alors qu'il s'était formé :

« *Je m'étais formé pour poser des implants, j'ai pas osé faire le premier pas.* » (M3)

Quelques médecins semblaient appréhender les gestes techniques :

« *Mais je ne fais pas le geste technique, parce que je ne sais pas faire, enfin je sais faire, mais pas bien. Parce que je ne fais pas assez souvent.* » (M4)

« *Cette partie technique qui m'arrête (...). Donc c'est plus une déconnexion technique, on va dire, qu'un manque d'intérêt. Aujourd'hui, c'est clair. En tournant autour de ça, je me dis que aujourd'hui, je me sens moins compétent en gynécologie sur le plan technique pour me dire : aujourd'hui je vais apprendre ça.* » (M7)

Pour l'implant contraceptif, les complications potentielles et les difficultés d'extraction ont été mises en avant par deux praticiens. (cf. IV.2.2)

M2 expliquait le fait de ne pas réaliser de FCU par le fait que ceux réalisés par les généralistes, ne seraient pas de bonne qualité : « *je trouve que si le frottis il est pas exploitable c'est pas la peine de le faire* »

Nous l'avons décrit en supra (cf. II.4.3), le manque d'intérêt pour la discipline était décrit comme un frein à sa pratique.

Le manque de « niaque » était cité par M7 : « *il y a aussi le fait que ça faisait peut être 15 ans que j'en ai pas fait donc du coup me remettre, c'est un peu compliqué . C'est plus le fait qu'il faudrait que je me remette en question. J'ai pas la niaque ni l'énergie pour me dire je vais passer une semaine au service de gynéco de l'hôpital de V. pour réapprendre, revoir des gestes pour être sûr de bien faire.* »

La « paresse » était évoquée par un praticien : « *En pratique, sachant que bon, les, ... quand je fais..., tous les prélèvements, les frottis je les fais faire au laboratoire directement, moi j'ai pas..., je suis assez paresseux.* » (M9)

IV.3.3 Contradictions

L'analyse du verbatim a mis en évidence des contradictions intra ou inter praticiens.

Si le manque de formation a été évoqué par certains, d'autres s'estimaient tout à fait bien formés, sans que cela ne présage de l'intensité de leur pratique.

M8 n'a fait qu'un stage d'externe et pratique pourtant actuellement : « *C'est un petit peu juste voilà au niveau de la faculté. Moi voilà normalement, j'aurai dû faire un stage gynécopédia en tant qu'interne, mais j'ai pas fait de gynéco . J'ai fait... de la pédia.* »

M7 a fait un long stage d'interne et ne pratique pas : « *Alors j'ai une formation, quand j'étais interne en médecine générale, j'ai fait un stage et demi, j'ai fait 10 mois en gynéco obstétrique* ».

L'importance des stages pratiques a été notée. Mais certains en mentionnent en gynécologie, sans que cela ne les incite dans leur pratique actuelle.

Parallèlement, un médecin nous a dit ne pas avoir fait de stage en pédiatrie, et voir beaucoup d'enfants dans sa pratique quotidienne :

« *De toute façon, je suis jamais allé en pédiatrie. Et pourtant, on en voit des enfants !* » (M11)

Le problème du manque de matériel a été rapporté par certains, alors qu'une partie de notre échantillon n'a pas rencontré de problème particulier pour s'équiper :

« *Je viens d'acheter une table qui monte et qui descend. J'ai toujours eu une table où les examens gynéco étaient possibles, avec des étrières. J'ai toujours eu des spéculums, j'ai toujours eu de quoi faire un examen gynéco.* » (M3)

Soulignons d'ailleurs, que l'un des praticiens (M7) possédait le matériel adapté, ayant repris les mêmes locaux qu'un médecin pratiquant régulièrement la gynécologie et pourtant ne pratiquait quasiment pas lui-même : *« Il y a peut-être aussi le fait, l'ergonomie du cabinet qui est... j'ai installé comme ça, et au niveau gynéco, oui, on manque un peu de place. Sûrement qu'il faut que je fasse la pièce différemment, pour que ça soit mieux. Mais ça, ça a été un peu déterminant. »*

M5 exerçant en milieu rural pensait *« obligatoire »* de pratiquer la gynécologie quand on se trouvait loin d'une ville : *« Je pense, étant en milieu rural, on est amené à en faire obligatoirement. »*

Elle mettait aussi en avant le fait d'avoir suivi un stage comme externe en gynécologie, le fait qu'elle soit une femme, pour expliquer sa pratique importante de la gynécologie :

« Je pense que le fait de faire de la gynéco c'est dû, d'une part au fait que j'ai fait des stages, que je sois une femme, que j'ai eu des enfants. Et puis le fait aussi d'être à la campagne, un peu isolée, et où effectivement c'est logique d'en faire, c'est un service rendu. » (M5)

Mais elle-même poursuivait que, si elle avait exercé en ville, elle aurait quand même fait de la gynécologie, parce que ça l'intéressait:

« Je dis ça, mais peut-être qu'en fait j'en aurais fait quand même [même si j'avais exercé en milieu urbain NDR] parce que j'aime ça. Ça me plaît, la gynéco c'est quand même quelque chose de très intéressant, j'en aurais fait sûrement quand même. »

Certains praticiens très intéressés, voire passionnés par la gynécologie ne pratiquaient pas.

« Comme j'ai dit, ça m'intéresse, ça me passionne même. Mais il y a des choses que je sais pas faire, donc que je fais pas. » (M2)

D'autres (M6 par exemple) qui disent ne pas être intéressés par la discipline, suivent leurs patientes sur le plan gynécologique.

DISCUSSION

I Discussion méthodologie

I.1 Enquête qualitative

Dans notre travail de thèse, nous cherchions à explorer des éléments subjectifs à la pratique gynécologique des médecins généralistes.

La recherche qualitative *«est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer.»*¹⁸.

De plus, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels : *« Les entretiens individuels(...) permettent d'aborder des sujets plus délicats. »*¹⁸.

Il nous a semblé que parler des histoires de vie de chacun, traiter de sexualité, ou d'engagements personnels serait plus facile pour les participants en entretiens individuels, c'est-à-dire interviewer et interviewé face à face, plutôt qu'en focus group (8 à 10 personnes rassemblées autour d'un animateur et observateur).

Les entretiens réalisés étaient semi-directifs, conduits avec des questions ouvertes, afin d'obtenir le plus d'idées possibles de la part des médecins interrogés et d'éviter de les influencer. Il s'est en effet agi d'un travail inductif, c'est-à-dire ne présupposant pas un schéma explicatif précis.

I.2 Le guide d'entretiens

Le premier guide d'entretiens rédigé selon la méthode précédemment énoncée a paru pertinent dans le sens où il a fait naître du discours.

La question de présentation générale, ainsi que les quatre questions suivantes n'ont pas été modifiées.

Il est apparu que les réponses spontanées aux questions ouvertes et larges restaient assez générales pour certains, et le souhait d'explorer certaines pistes spécifiques obligeait à des questions plus fermées. Il n'y a pas eu recours à des questions de précision.

Ces modifications au milieu des entretiens sont possibles : *« Entre l'analyse et le recueil des données le processus est continu et la découverte d'éléments imprévus dans un premier guide d'entretien peut amener à modifier celui-ci pour les entretiens ultérieurs. »*¹⁸.

1.3 Echantillon

Nous avons pris le parti de sélectionner des médecins de la région agenaise par commodité.

Il nous semble que les résultats pourraient être extrapolés à la population de médecins généralistes du département du Lot-et-Garonne. Néanmoins, cela peut interroger quant à la validité extrinsèque de notre travail, le Lot-et-Garonne ayant des caractéristiques démographiques en médecins généralistes qui ne sont pas celles de tous les départements (moyenne d'âge la plus élevée des départements d'Aquitaine (56 ans), avec la plus faible densité de médecins généralistes (112.9 médecins pour 100 000 habitants), et une baisse importante du nombre de médecins généralistes en activité (moins 5.4% entre 2007 et 2014)^a.

L'échantillon sélectionné était raisonné, c'est-à-dire non probabiliste.

Nous avons sélectionné les interviewés à partir de différents critères afin d'avoir les participants les plus typiques de la population cible. Les critères qui nous ont paru pertinents au vu de notre bibliographie ont été l'âge, le genre, le lieu d'installation (milieu rural /semi-rural/urbain), leur activité de gynécologie supposée.

Concernant ce dernier point, il s'est agi d'un élément déclaratif et est donc sujet à caution (peut être considéré comme un biais de mémorisation).

Nous n'avons pas déterminé de seuil, c'est-à-dire de nombre d'actes gynécologiques à partir duquel nous considérons les membres de notre échantillon comme faisant ou non de la gynécologie.

D'une part il n'existe actuellement pas de consensus sur ce point.

D'autre part, il nous a paru difficile de définir ce qu'est une pratique gynécologique pour un médecin généraliste. Un simple renouvellement de prescription de contraception orale, qui ne s'inscrit pas dans un suivi, peut-il être considéré comme une pratique gynécologique du médecin généraliste?

Nous avons plutôt fait le choix, pour les catégoriser, de nous baser sur les actes techniques qui nous semblent mieux refléter le choix d'une implication dans la pratique gynécologique, et notamment le suivi global.

Il s'agit là d'un postulat qui peut être discuté.

Les praticiens, à partir de ces critères, ont été sélectionnés selon la « technique de la boule- de- neige ». Cette méthode validée¹⁹ consiste en l'« *identification des sujets d'intérêt à partir de personnes qui connaissent d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.* »

^a Données Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Lot-et-Garonne.

Le nombre d'entretiens réalisés pour atteindre la saturation des données est cohérent avec des études qualitatives comparables^{20 21}.

1.4 Entretiens et transcription

Il est à noter qu'aucun refus de médecin généraliste n'a été opposé. La prise de contact directe par téléphone a certainement favorisé ce résultat, ainsi que l'utilisation de la technique boule-de-neige.

Les entretiens étant enregistrés, il nous a paru important que toutes les conditions soient réunies pour que les interviewés soient suffisamment à l'aise pour se sentir libres de donner leurs sentiments et opinions.

C'est pourquoi les entretiens ont tous été réalisés dans le cabinet des praticiens, assis à leur place habituelle de consultation pour favoriser, dans le contexte d'un lieu familier, des conditions rassurantes pour eux.

La date et l'heure étaient décidées par eux, pour une plus grande disponibilité de leur part. Mais il est possible que le moment de la journée, la fatigue, l'activité de la journée aient pu influencer leurs réponses, sans que nous puissions déterminer dans quel sens.

Le fait d'expliquer le principe de l'entretien semi-structuré avant chaque entretien (notamment en opposition aux questionnaires à réponses fermées) avait pour objectif de permettre des réponses longues afin d'obtenir le plus d'idées possible.

L'écart de la durée des entretiens que nous avons signalé reflète l'hétérogénéité de notre échantillon. Il était donc attendu.

Nous avons essayé d'adopter une attitude de neutralité bienveillante durant les entretiens. Mais il est impossible, avec l'inexpérience de l'interviewer d'éliminer un biais de prévarication.

Nous avons fait le choix de ne pas retranscrire les données non verbales. Nous ne les avons pas jugées pertinentes, mais il est possible que cela ait entraîné une perte d'informations, voire des contre-sens sans l'analyse.

I.5 Analyse

Notre analyse a été basée sur la « grounded theory »¹⁹, ou « théorie ancrée », c'est à dire que l'on est parti des données empiriques recueillies sur le terrain pour construire notre théorie.

Il s'agit d'une méthode inductive qui consiste à travailler sur le verbatim pour définir des codes puis des sous-thématiques et thématiques.

Ceci correspond à la définition de l'analyse du contenu parue dans un article dédié : faire « *un examen systématique des textes consistant à identifier et regrouper des thèmes et à coder, classifier et développer des catégories, puis établir des correspondances entre celles-ci* ». ¹⁸

Nous avons suivi de manière formelle les recommandations d'Isabelle Aubin-Auger : « (...) *le codage est ouvert, toujours centré par la question de recherche. À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données.* » ¹⁸.

La triangulation de l'analyse a été assurée par le codage de deux chercheurs distincts.

La saturation des données a bien été obtenue.

Ces différents éléments ont permis de renforcer la validité interne de notre étude.

II Discussion analyse

II.1 La pratique gynécologique comme un gradient de pratiques

II.1.1 Difficultés à définir la pratique gynécologique

L'un des premiers points que nous avons dû aborder dans la réalisation de notre travail a été de définir précisément ce qu'était la pratique gynécologique en médecine générale.

Ce flou a d'ailleurs été rapporté par certains des membres de notre échantillon.

De fait, il n'existe pas de définition consensuelle de ce qu'est la pratique gynécologique pour les médecins généralistes. Nous avons d'ailleurs pu retrouver ce questionnement dans les autres travaux traitant ce sujet.

Pour certains^{9, 11} il a été décidé de se baser sur la réponse d'un auto-questionnaire (« *Considérez-vous que vous avez une activité gynécologique régulière ?* », « *Comment qualifiez-vous votre activité gynécologique ?* »).

Pour d'autres⁶, une définition ex nihilo a été proposée :

« (...) nous avons considéré que les médecins généralistes qui pratiquaient « souvent » ou « toujours » des frottis ET la palpation annuelle des seins ET l'instauration d'une contraception orale ET le suivi de grossesse faisaient partie d'une population ayant une forte activité globale en gynécologie ».

Dans ce travail, la définition s'est adaptée aux caractéristiques de l'échantillon : « *Nous avons fait le choix de ne pas tenir compte de la pose d'implant ou de DIU, au risque de trop restreindre les échantillons, puisque nous avons constaté précédemment qu'il s'agissait d'actes peu réalisés en pratique courante par les médecins généralistes* ».

Pour notre part, nous avons pris le parti de ne pas proposer de définition précise aux médecins interrogés, avec pour objectif de laisser à chacun la possibilité de décrire son abord de la pratique gynécologique en médecine générale.

Cette idée avait été émise dans un travail sociologique²² sur l'abord de la sexualité : « *(...) l'idée était d'ouvrir l'entretien au maximum sur la question de la sexualité sans en donner de définition préalable et en laissant volontairement ce thème dans une position indéfinie, afin de laisser justement le choix à chacun des médecins interrogés de le définir à sa façon.* ».

II.1.2 Sortir d'une « vision binaire »

Le principal résultat que nous retenons après avoir laissé cette « imprécision » sur la définition de la pratique gynécologique est que l'on ne peut pas l'aborder sous l'aspect d'une dichotomie.

On ne peut pas dire que la pratique gynécologique *est* ou *n'est pas*, mais plutôt qu'il existe un continuum allant d'une pratique quasi- inexistante à une pratique régulière comprenant les actes techniques. C'est ce que nous avons appelé le gradient des pratiques. Les témoignages reflétant la pratique d'accouchement au début de carrière et l'absence actuelle vient conforter cette idée. L'activité minimale de gynécologie du médecin généraliste recouvrant un rôle de prescripteur. L'activité maximale incluant l'examen gynécologique et les actes techniques qui l'entourent.

Notre recherche bibliographique n'a pas mis en évidence cette notion.

Notre classification de l'échantillon en MG+ et MG- apparaît donc comme « binaire », occultant une partie des informations.

II.2 Des « déterminants objectifs » ou une rationalisation à postériori

Nous avons décidé de considérer les facteurs extérieurs au praticien (matériel, assurances...) ou intangibles (sexe notamment) comme objectifs en opposition aux facteurs subjectifs (manque d'intérêt, paresse, peur...). Cette définition, bien entendu contestable, n'a pas d'autre but que celui de proposer une classification, même imparfaite. Cela ne nous a pas semblé influencer le raisonnement explicatif.

II.2.1 Des déterminants évoqués comme un rapport de causalité

Parmi les freins qui nous ont été énoncés, certains ont déjà été mis en évidence dans d'autres travaux.

Le manque de demande est rapporté de manière quasi consensuelle. ^{6, 14, 23, 24}.

Le caractère chronophage de la pratique gynécologique est fréquemment noté ^{6, 14, 23, 24, 25}.

Le problème du matériel, encombrement ou coût est également cité. ^{6, 23, 25}

Le manque de formation ou compétence apparaît souvent ^{3, 6, 23, 25}.

Le fait d'être un homme a semblé être un obstacle à la pratique gynécologique. ^{3, 6, 9}

Dans ces différents travaux, ces facteurs sont présentés comme les principaux freins à la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes.

II.2.2 Caractère paradoxal du raisonnement explicatif

Ces différents éléments nous apparaissent néanmoins comme incomplets d'un point de vue explicatif.

D'une part, dans nos propres résultats certains praticiens avancent des explications partiellement ou complètement contradictoires.

D'autre part, l'analyse des autres travaux va également dans ce sens.

Le manque de demande par exemple, peut sembler un élément prépondérant étant cité par 40% des médecins femmes²³, et apparaître de manière anecdotique dans un autre travail en n'étant cité que par 5.6% des médecins femmes⁶.

Lorsque le caractère chronophage est évoqué, c'est le plus souvent par ceux qui pratiquent le plus la gynécologie⁹, tendant à prouver qu'il ne s'agit pas là d'un déterminant à la non- pratique.

Le problème de manque de matériel ou de stockage de celui-ci ne semble pas insoluble dans le sens où une partie non négligeable des médecins généralistes s'estime correctement équipée dans notre étude ou d'autres travaux^{3,6}.

La perception du manque de formation comme élément explicatif est également très hétérogène. Si une étude²⁵ rapporte 80% d'insatisfaction sur ce thème, une autre¹⁴ évoque le chiffre de 54% de satisfaction. Enfin, un autre travail⁶ décrit une majorité de médecins généralistes s'estimant avoir « *de bonnes compétences, voire une maîtrise complète des actes pratiqués de manière courante en gynécologie* ».

Le sexe masculin comme déterminant négatif semble peu convaincant. Laurence Guyard rapporte dans une étude sociologique²⁶ que « *il ressort que si 58 % des femmes interrogées font le choix d'une gynécologue, 34 % préfèrent s'adresser à un gynécologue homme.* ». Or dans les deux cas, la motivation mise en avant est la même : « *je me sens plus à l'aise* ».

Une enquête qualitative¹³ en arrive à la même conclusion : « *le genre du médecin n'apparaissait pas comme un facteur rédhibitoire, homme ou femme pouvait être choisi (...)* »

Ces contradictions entre les études, parfois à l'intérieur d'une même étude voire dans le verbatim d'un même praticien mettent en évidence l'existence probable d'autres facteurs explicatifs quant à la pratique gynécologique en médecine générale.

II.2.3 Une possible rationalisation à postériori

Les déterminants à la pratique gynécologique retrouvés dans les différentes études sont pour la plupart énoncés par les praticiens eux-mêmes. Il est donc surprenant de noter la difficulté à mettre à jour un ou plusieurs éléments particulièrement pertinents.

L'une des hypothèses que l'on pourrait avancer est qu'un ou plusieurs éléments sont hors du domaine de la conscience, et que les déterminants énoncés le sont à postériori afin de donner des éléments de rationalité à leur pratique.

Cette hypothèse peut être rapprochée de la théorie de la dissonance cognitive²⁷, décrite ainsi : *« lorsque les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses croyances, cette personne éprouvera un état de tension inconfortable appelé dissonance, qui, par la suite, tendra à être réduit, par exemple par une modification de ses croyances dans le sens de l'acte ».*

L'application de cette théorie à notre cas particulier pourrait être résumée ainsi « je pense que je devrais pratiquer de la gynécologie, mais je ne le fais pas, je l'explique à postériori par le fait que je sois un homme/que je manque de matériel/que je ne sois pas bien formé... ».

De ce fait, le véritable élément moteur (ou freinateur) reste à déterminer.

II.3 Influence des représentations des autres acteurs de la prise en charge gynécologique

II.3.1 Rapport complexe aux gynécologues

II.3.1.1 « Vision fantasmée » de la pratique gynécologique courante

Pour une part importante des membres de notre échantillon, les « gestes techniques » gynécologiques courants apparaissent comme particulièrement difficiles à réaliser et hors du domaine de compétences du médecin généraliste.

Le mot « hantise » est évoqué concernant cette pratique, ainsi que la nécessité d'une exigence et d'une formation particulières. L'un des praticiens est surpris que des généralistes « posent des implants ».

Cette « vision fantasmée » d'une technique particulièrement exigeante semble corroborée par la pratique, ainsi en Ile-de-France par exemple, les médecins généralistes réalisaient 4% des frottis cervico-utérins en 2002²⁸.

Notons qu'un des membres de notre échantillon évoque une étude qui conclurait à une mauvaise réalisation des FCU par les médecins généralistes. La littérature semble indiquer le contraire^{29,30}

De plus, la Haute Autorité de Santé (HAS) décrit le médecin généraliste parmi les acteurs de la réalisation de ce geste dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus³¹, et elle confirme qu'il n'existe pas de différence de pronostic materno-fœtal d'une grossesse à bas risque suivie par un obstétricien, un généraliste ou une sage-femme³². Enfin cet argument semble peu recevable en intégrant le fait que depuis 2001, c'est l'anatomopathologiste et non le clinicien qui définit le caractère satisfaisant ou non d'un FCU pour son interprétation. Il apparaît ainsi aisé de s'assurer de la bonne réalisation de son geste.

Cette vision d'une pratique gynécologique particulièrement ardue amène même certains auteurs à conclure : « *plus qu'une formation adéquate pour l'ensemble, il faut peut-être envisager la formation spécifique de quelques médecins motivés, afin de prétendre à une qualification supplémentaire* »²⁵

Cette idée apparaît comme surprenante dès lors que l'on considère que la gynécologie de premier recours fait partie intégrante des compétences du médecin généraliste (comme nous l'avons précédemment rappelé) et que la formation initiale actuelle de la maquette du DES de médecine générale comprend 6 mois en gynéco-pédiatrie pour acquérir cette compétence.

II.3.1.2 Gynécologues : des médecins de deuxième recours ?

L'accès au gynécologue est direct et c'est clairement un premier recours pour la femme présentant un motif de consultation gynécologique. Ceci étant aussi favorisé par la crainte de réaliser les gestes techniques gynécologiques pour certains médecins généralistes (cf. II.3.1.1).

Notre travail met en évidence le désir (de certains praticiens) que les gynécologues restent des acteurs de deuxième recours et ne deviennent pas les « généralistes de la femme ».

Pourtant, le recours au médecin généraliste pour un motif gynécologique apparaît parfois dans notre étude comme un premier recours « par défaut ».

Parfois, ce recours par défaut est l'occasion pour le médecin généraliste de définir son domaine de compétences et permettre à la patiente l'accès au suivi gynécologique par ses soins.

La gynécologie ambulatoire en France est donc reconnue comme un soin de premier recours. Ceci n'exclut pas la position de coordination du médecin traitant. En cela, à défaut de pratiquer lui-même le suivi gynécologique des patientes, il devrait être informé de la réalité du suivi. Il pourrait, ne pratiquant pas lui-même, avoir un recours privilégié à un correspondant pour adresser les patientes dans une articulation logique d'orientation au spécialiste gynécologue.

II.3.1.3 Des rapports en partie apaisés

Si pour certains, les relations entre médecins généralistes et gynécologues sont tout à fait satisfaisantes, d'autres rapportent certaines incompréhensions.

Ainsi, peut exister un conflit autour de l'« appropriation » du suivi gynécologique des patientes, ou du manque de communication. L'un des praticiens de notre échantillon évoque même sa « démission » du suivi gynécologique du fait, entre autres, de ces rapports problématiques.

De leur côté, les gynécologues médicaux revendiquent ce premier recours. Une pétition lancée en 2013 par le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale³³ (association regroupant des gynécologues médicaux et des patientes) arrive au constat suivant :

« (...) si en France le nombre de cancers du col de l'utérus a été divisé par 4 en 20 ans, et si les femmes sont seulement 6,7% à être privées d'utérus à 50 ans, contre 40% aux Etats Unis, 20 à 30% dans le reste de l'Europe, c'est grâce au suivi gynécologique personnalisé, tout au long de la vie, qu'assurent les médecins spécialistes des femmes que sont les gynécologues médicaux. Toutes les femmes doivent pouvoir consulter un gynécologue médical ! »

Sans entrer dans cette polémique notons simplement qu'actuellement 30 à 40 % des françaises ne sont pas dépistées correctement, en particulier les plus à risques (âgées et milieu défavorisé)^{7,34}. Elles ont pourtant probablement en majorité un médecin traitant.

Ce sont celles qui ne consultent pas le gynécologue mais le médecin généraliste, qui semble dès lors le professionnel le plus adapté pour le dépistage, qu'il soit individuel ou organisé.

La difficulté à définir précisément le rôle de chacun que nous avons évoquée (cf chapitre I.2.3), contribue probablement à expliquer ces tensions.

II.3.2 Absence remarquable des sages-femmes

Il est surprenant de relever que lorsque nous évoquons avec les membres de notre échantillon les acteurs de la prise en charge gynécologique, les sages-femmes n'apparaissent quasiment pas (à l'exception de seulement deux praticiens).

Pourtant le référentiel métier des sages-femmes stipule explicitement leur compétence pour « réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention »³⁵.

Il est vrai que le champ des compétences des sages-femmes a été modifié récemment dans le code de santé publique³⁶. Il est désormais clairement noté que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »³⁷; et que les sages-femmes peuvent prescrire « les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration. »³⁸

Une hypothèse pour expliquer que les médecins de notre échantillon n'envisagent pas les sages-femmes comme acteurs dans la prise en charge gynécologique est la méconnaissance de ces compétences récemment acquises, leur activité étant le plus souvent directement en lien avec les services de maternité et les obstétriciens.

Il semble ainsi qu'une nouvelle articulation entre acteurs du soin de premier recours reste à perfectionner.

Une solution « idéale » pourrait être qu'en fonction du choix singulier de chacune des patientes le suivi gynécologique physiologique de premier recours puisse être réalisé par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme.

Le rôle de coordination ou de prise en charge de situation pathologique resterait du domaine du médecin.

La conclusion de l'éditorial d'Anne-Marie Lehr-Drylewicz dans la revue *Exercer*³⁹ semble à ce titre tout à fait pertinent : « *il faut cependant bien garder à l'esprit que la confiance des patientes sera avant tout liée à la compétence explicitement démontrée par le professionnel de santé, et non à son statut ou à son sexe.* »

II.3.3 Représentations du souhait des patientes

II.3.3.1 Surestimation de la préférence des patientes d'être suivie par un gynécologue

Nos résultats ont montré une perception importante du souhait ou du « *désir* » des femmes d'être suivies par un gynécologue, de la part des praticiens de notre échantillon. Le terme « *optimisant* » a aussi été employé à ce sujet.

Pourtant les données de la littérature ne sont pas univoques sur ce point. En 2009, un travail⁴⁰ relevait que « *le choix du praticien pour le suivi gynécologique dépend fortement de l'expérience personnelle de la patiente, son 1^{er} contact, ses origines géographiques, ses problèmes de santé.* », ce qui de fait n'excluait pas le médecin généraliste.

De manière plus explicite, l'étude qualitative¹³ précédemment citée clarifie ce point:

« *Si le fait de trop connaître le médecin généraliste pouvait conduire à une gêne pour le suivi gynécologique, à l'inverse certaines femmes se sentaient plus à l'aise et appréciaient ce sentiment de familiarité avec leur médecin généraliste qu'elles trouvaient plus accessible. Elles appréciaient également que ce suivi soit intégré à leur suivi médical général.* »

L'influence d'une perception déformée de l'attente des patients a déjà été mise en évidence en 2002 concernant la prescription d'antibiotiques⁴¹. Dans cette étude, «*si 33% des médecins généralistes estiment que leur patient leur suggère implicitement une prescription d'antibiotiques, seuls 14% des patients pensent en avoir demandé. Si 24% des médecins généralistes déclarent vivre des demandes explicites, 8% des patients déclarent avoir insisté pour obtenir des antibiotiques.*»

Les auteurs concluent à une surestimation par les médecins de l'attente des patients.

Le même phénomène pourrait être évoqué concernant l'attente des patientes d'être suivies uniquement par un gynécologue.

II.3.3.2 Perception d'un rôle à jouer spécifique

Malgré ce constat, les praticiens que nous avons interrogés relèvent que le rôle du médecin généraliste peut parfois également prendre tout son sens dans la pratique gynécologique.

Pour eux, il existe bien une plus-value. Si elle n'est pas liée à la technique elle l'est plutôt au temps d'échange, à une écoute accrue et à la globalité de la prise en charge : lorsque les patientes s'adressent au médecin traitant pour ce suivi, c'est «*pour toute la gynéco*».

C'est cette idée que relève Aline Sarradon –Eck en évoquant l'idéal relationnel des médecins généralistes caractérisés par «*une proximité privilégiée (...) [qui] leur permet de se différencier positivement sur le registre de la plus grande humanité en mettant en avant leur connaissance approfondie du patient, l'aspect « global » de la prise en charge et la relation humaine avec le patient.*»⁴²

Ainsi peut être rappelée la nécessité pour le médecin de porter attention à «*la subjectivité de l'expérience vécue du malade*»⁴³.

Le rôle spécifique du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique pourrait alors apparaître comme un habile compromis entre savoirs et compétences indispensables et prise en charge holistique de la patiente.

II.3.3.3 Faire savoir son savoir faire

Quelques praticiens interrogés ont noté l'importance d'informer les patientes sur leurs compétences en gynécologie.

Une enquête¹³ a montré que certaines femmes se dirigeaient vers un gynécologue pour l'unique raison que leur médecin généraliste ne leur propose pas de suivi gynécologique.

Ainsi la situation semble être un cercle vicieux : les médecins généralistes ne proposent pas de suivi pensant que les femmes ne le souhaitent pas ; tandis que ces dernières, ne sachant pas que le médecin généraliste peut réaliser le suivi gynécologique se dirigent vers le gynécologue.

Si l'on surestime la volonté des patientes à voir le gynécologue, on ne propose plus de suivi, et les patientes partent effectivement vers les gynécologues. On peut parler de prédiction auto-réalisatrice.

L'importance d'une démarche active des médecins généralistes semble d'autant plus importante que les patientes sont peu ou mal informées par ailleurs, notamment par les médias, comme le souligne un médecin interrogé.

Un bref survol de la presse dite féminine en ligne corrobore ce constat^b.

^b Quelques exemples retrouvés en ligne : <http://www.aufeminin.com/fiche/couple/f13014-le-rendez-vous-chez-le-gynecologue.html>, <http://www.femina.fr/Famille/Adolescent/Preservatifs-contraception-est-ce-a-nous-de-proteger-nos-enfants/Faut-il-trainer-notre-fille-chez-la-gynecologue>

II.4 Déterminants propres aux médecins généralistes et à leur vision de la médecine générale

II.4.1 Déterminants personnels

II.4.1.1 Une influence peu reconnue

Spontanément la plupart des praticiens interrogés accordent peu ou pas d'influence à des déterminants personnels.

Contrairement à nos hypothèses préalables au travail, le thème du militantisme pour le droit des femmes n'est que peu cité alors qu'il avait été mis en évidence dans d'autres travaux⁴⁴. Mais nous notons que quand il est présent, il semble fort pour le choix de la pratique gynécologique.

Exception notable: l'influence de la parentalité est reconnue. S'agissant d'un élément socialement valorisé (avoir été enceinte, être parent...), ceci peut être plus facile à évoquer dans le cadre d'un entretien.

De plus le caractère scientifique de la formation médicale peut conduire à percevoir qu'un bon médecin doit exclure toute reconnaissance de sa subjectivité⁴⁵.

Cependant nous avons relevé des éléments allant à l'encontre de la « toute objectivité » avancée par les interviewés.

Nous identifions finalement l'influence d'éléments personnels.

La « paresse » et le « manque de niaque » sont rapportés. La peur ou l'appréhension, sans apparaître de manière explicite, transparaît dans les entretiens. Il s'agit bien là de déterminants liés à la personnalité du praticien.

Des pratiques sont aussi expliquées par des raisons « parascientifiques » (représentations dans le domaine du médical). Ceci apparaît également comme un élément personnel.

La non-recherche du profit a également été évoquée.

Comme nous l'avons vu en supra^{16, 17}, dans d'autres disciplines médicales il a été montré que des déterminants subjectifs influençaient la pratique.

Notons également un travail sur la prescription de l'antigène prostatique spécifique (PSA) réalisé en 2012⁴⁶. Il a été montré que la stratégie d'évitement du « regret anticipé » pouvait être un moteur important dans des conduites de « surprescription » du PSA, et ce d'autant plus que le médecin a été confronté à des cas de patients souffrant de pathologies graves ne correspondant pas aux critères de probabilité.

Ainsi des éléments propres à notre étude et d'autres se basant sur d'autres travaux permettent d'envisager l'existence de déterminants subjectifs à la pratique de la gynécologie.

II.4.1.2 La gynécologie une discipline à part...comme les autres

La gynécologie, était pour certains considérée comme une discipline particulière du fait de sa difficulté supposée par rapport à d'autres disciplines.

De plus de nombreux médecins ont noté comme spécificité l'accès direct aux gynécologues et les influences extérieures (médias, presse dite féminine) qui orientent vers le gynécologue.

Concernant la contraception, il est à remarquer la quasi inexistence de propositions pour d'autres moyens contraceptifs que la contraception orale.

Des travaux ont montré qu'en plus de l'influence des différents déterminants étudiés sur la pratique de la gynécologie en médecine générale, des représentations erronées concernant les différents moyens de contraception intervenaient.⁴⁷

La contraception la plus adaptée qui est celle que la femme choisit⁴⁸ n'est donc pas privilégiée.

Ceci est d'autant plus dommageable que le médecin généraliste semble le mieux placé, étant souvent le premier contact pour les jeunes filles.

Cet état de fait participe certainement au « paradoxe contraceptif »⁴⁹.

Dans notre travail, l'abord de la sexualité était souvent considéré comme non problématique pour les médecins. Certains relevaient que cela pouvait l'être pour les patientes.

Mais ils étaient très peu à dire aborder ce thème spontanément. Ils préféreraient laisser l'initiative aux patientes.

Ce phénomène a été étudié par des sociologues²² : « *ces médecins construisent ainsi un système en boucle dans lequel ils justifient leur refus d'aborder ces problèmes par le fait que ce sont les patients eux-mêmes qui ne les abordent pas.* »

Tout en reconnaissant les spécificités de la gynécologie, parfois les mêmes médecins déclaraient qu'elle était une discipline comme les autres, sans statut particulier, aux actes techniques de base simples. C'est dans cette optique qu'elle a parfois été comparée à la pédiatrie.

La notion de services de premier recours dus à la patientèle est apparue prépondérante pour certains. Le devoir passait avant le goût pour une discipline.

Par ailleurs, il semble que le fait de considérer la gynécologie comme n'importe quelle autre discipline ne suffise pas systématiquement à la faire pratiquer. Il faut aussi y trouver un intérêt. Un élément moteur à l'origine de cet intérêt n'est pas facilement identifiable dans notre travail, car un même élément peut être moteur pour l'un et obstacle pour l'autre.

II.4.1.3 La « G.P pride »

De manière un peu provocatrice, nous comparons le militantisme du mouvement LGBT (lesbienne gay bi trans) à celui pour la médecine générale.

En effet, la discipline médecine générale s'est construite comme minoritaire face aux autres spécialités, et a dû s'imposer face à la vision hospitalo-centrée alors largement dominante, comme le souligne l'« appel des dix » lancé en 1984 lors des Etats Généraux de la médecine générale : « (...) *Jusqu'à présent les médecins généralistes ne recevaient aucune formation spécifique. Ils subissaient un enseignement dont le but principal était la sélection et non la formation. Seuls les étudiants s'orientant vers une carrière hospitalière ou vers un certificat d'études spécialisé avaient un enseignement véritablement formateur et adapté à leur exercice professionnel (...) les médecins généralistes sont les laissés pour compte d'un système universitaire caduc* »⁵⁰.

C'est également ce que rappellent trois présidents du CNGE (collège national des généralistes enseignants) dans un article paru en 2013 : « *La loi Debré et la création en 1958, des centres hospitalo-universitaires (CHU) ont marginalisé la médecine générale hors de l'université, la réduisant à une activité de soins, sans recherche ni enseignement spécifique(...) les soins de santé primaires ont été de fait dévalorisés, au profit des soins secondaires ou tertiaires. La médecine générale était enseignée par des médecins qui ne la pratiquaient pas, et les étudiants étaient formés au CHU à des démarches diagnostiques et à des stratégies thérapeutiques de soins tertiaires.* ».⁵¹ Cette brève contextualisation historique permet de comprendre que si la médecine générale a su s'imposer à l'université, c'est notamment grâce au combat mené par une génération. L'identité de cette discipline médicale reste façonnée notamment par cette lutte.

Pour une partie des médecins généralistes interrogés, dans un contexte de perception d'une réaffirmation toujours nécessaire du champ de compétence de la médecine générale, cette « GP pride » apparaît comme un levier pour faire pratiquer la gynécologie.

II.4.2 Expériences

II.4.2.1 Prendre sa formation en main

Dans de nombreuses thèses^{6, 9, 11, 25} la question de la formation, et surtout du manque de formation en gynécologie est notée comme frein à la pratique.

Dans notre travail, des médecins évoquent également ce manque de formation, ou une formation hétérogène. Ceci est retrouvé dans une étude⁵² (notamment concernant les étudiants en deuxième cycle), qui rapporte « *que la formation pratique des externes repose sur un système qui ne garantit pas à chacun une qualité d'apprentissage équivalente* ».

Mais notre recherche fait apparaître que les médecins qui se sentent bien formés ont souvent fait le choix de se former, ont pris l'initiative, ont pris des responsabilités, se sont impliqués, que ce soit dans la formation initiale ou continue.

Nous n'avons retrouvé qu'un seul contre-exemple.

Notre hypothèse est que lorsqu'une étude retrouve un lien entre formation et pratique, elle mesure en fait le lien entre le désir de se former et la pratique.

Le déterminant formation apparaît alors comme un biais de confusion.

L'élément moteur de ce désir de formation reste indéterminé.

II.4.2.2 Influence « à la marge » des histoires de vie

Les seules expériences précises évoquées sont les expériences de santé négatives, dans sa famille ou dans sa patientèle.

La surreprésentation de ces expériences peut s'expliquer par un mécanisme proche du biais de mémorisation.⁵³ D'autre part, la démarche diagnostique hypothético-déductive cherchant à éliminer (ou identifier) le cas grave explique aussi que ce soit ces expériences qui seront retenues.

Nous avons retrouvé peu d'histoires personnelles considérées comme déterminantes.

Ceci peut s'expliquer en partie par la difficulté de se livrer sur des sujets personnels, parfois encore tabous, notamment dans le contexte d'un entretien enregistré.

De plus la pratique des médecins est en partie déterminée par des facteurs dont ils ne sont pas conscients. Ce phénomène est notamment bien étudié dans le domaine particulier de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la pratique médicale^{54,55} : il est aujourd'hui clairement démontré que les médecins qui reçoivent les représentants de l'industrie n'en perçoivent pas l'influence, cette influence étant pourtant bien documentée.

III Discussion de la question de recherche et des objectifs

III.1 Question de recherche et objectif principal

III.1.1 Existence de déterminants non rapportés à la pratique gynécologique

Nous avons procédé à une étude qualitative, afin de rechercher l'éventuelle existence de facteurs non rapportés (c'est-à-dire non mis en évidence par d'autres travaux) déterminant la pratique de la gynécologie en médecine générale.

Ce travail inductif nous a permis de retrouver des éléments originaux :

Il existe des déterminants non rapportés par d'autres travaux à la pratique gynécologique en médecine générale.

III.1.2 Exploration des déterminants

Notre travail exploratoire a retrouvé de nouveaux déterminants:

- Démarche active dans sa propre formation (initiale et continue).
- Histoire de vie personnelle ou professionnelle (notamment expérience négative)
- Parentalité (grossesse, accouchement, allaitement, maternité/paternité).
- Vision fantasmée de la gynécologie (perçue comme particulièrement difficile et technique).
- Peur/appréhension.
- Prise en considération d'éléments parascientifiques.
- Vision biaisée de l'attente de prise en charge des patientes.
- Manque de définition précise du rôle de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique.
- Non-recherche du profit financier
- Notion de service à la patientèle en premier recours
- Engagement pour le droit à l'avortement
- « GP Pride » ou militantisme en faveur de la médecine générale comme une discipline médicale à part entière.

III.2 Objectifs secondaires

III.2.1 Absence de tendance forte retrouvée entre l'existence de ces déterminants et la pratique gynécologique

Notre méthodologie n'a pas été construite pour mettre en évidence un lien de causalité statistique direct. Ainsi, nous ne pouvons pas affirmer si la présence ou l'absence de l'un ou l'autre de ces déterminants a une incidence directe sur la pratique gynécologique.

Néanmoins le travail qualitatif peut parfois retrouver des tendances. Dans notre étude, aucune tendance forte n'a été mise en évidence, à l'exception peut-être des facteurs « GP Pride » et services de premiers recours dus à la patientèle (qui semblent être corrélés à une implication importante dans la pratique gynécologie).

Un travail quantitatif permettrait indépendamment d'évaluer chacun des facteurs.

III.2.2 Rationalisation à posteriori expliquant les « déterminants objectifs » avancés par les praticiens

Comme nous l'avons évoqué précédemment (cf. chapitre II.2.2), les « déterminants objectifs » retrouvés dans notre travail et dans les autres études apparaissent insuffisamment explicatifs.

Plusieurs éléments sont à considérer pour comprendre qu'ils soient fréquemment cités :

- Rationalisation à posteriori proche du phénomène de dissonance cognitive.
- Influence non consciente de certains facteurs sur la pratique.
- Faible importance accordée à la subjectivité lors de la formation médicale.
- Force de l'habitude.

III.3 Le déterminisme à la pratique de la gynécologie pourrait être un système complexe

Si nous avons pu retrouver des déterminants originaux, aucun d'entre eux n'a été particulièrement discriminant quant à la pratique gynécologique.

Certains de ces déterminants (intérêt pour la discipline, formation active...) nous ont semblé être des facteurs intermédiaires: avoir de l'intérêt pour la gynécologie ou s'impliquer activement dans sa propre formation apparaît comme la conséquence d'un élément moteur initial que nous n'avons pas retrouvé.

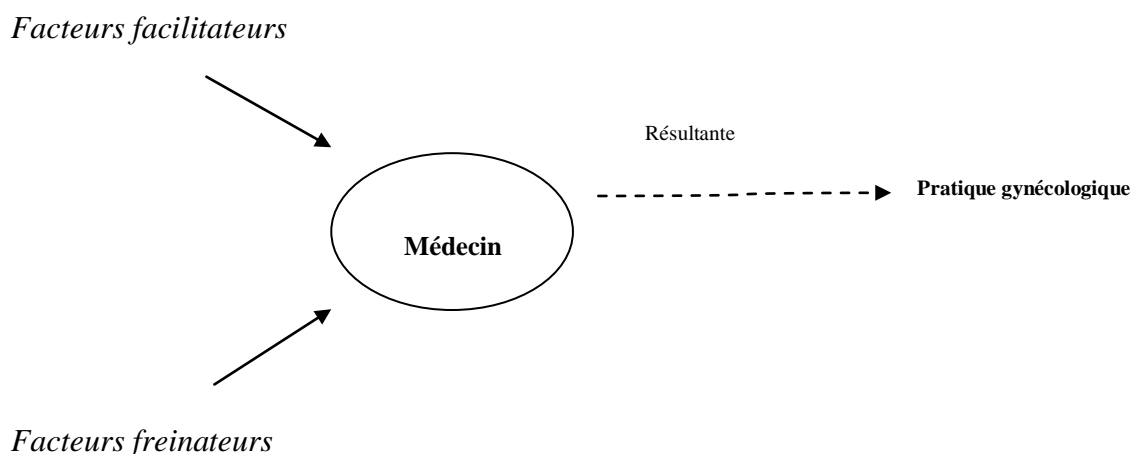
Il n'a pas été possible d'identifier un élément moteur unique.

Notre hypothèse est que cet élément moteur que ni notre étude, ni les études précédentes n'ont mis en évidence n'existe pas.

Des praticiens de notre échantillon bien que formés et intéressés ne pratiquaient pas certains actes du fait de leur appréhension. D'autres les pratiquaient s'étant formés « sur le tas ».

Tout se passe comme si la pratique gynécologique (ou plutôt le gradient de pratiques) était déterminée par la résultante de multiples forces qui vont dans des sens différents selon les individus.

Il s'agirait alors d'un système complexe de déterminants (évolutifs selon chacun et dans le temps) que nous pourrions modéliser comme suit :



Cette théorie devrait bien entendu être confirmée par des travaux dédiés.

Si elle s'avérait pertinente, cela aurait une implication dans le domaine de la formation initiale des étudiants et de la formation continue des médecins généralistes.

Puisque la pratique gynécologique du médecin généraliste est difficile à définir dans le système de santé français, puisque les médecins généralistes eux-mêmes offrent un gradient de pratique variable d'un médecin généraliste à l'autre et pour un même médecin généraliste dans le temps, il est difficile de donner des axes d'amélioration après notre travail.

Cependant, dans le but d'augmenter l'implication des médecins généralistes dans la pratique gynécologique, il pourrait être judicieux d'établir une « cartographie » des facteurs facilitateurs et freinateurs propres à chacun afin de les rendre perceptibles à l'enseignant et de pouvoir les travailler spécifiquement.

CONCLUSION

Nous avons mené une étude qualitative afin de rechercher l'existence de déterminants à la pratique de la gynécologie en médecine générale non mis en évidence dans d'autres travaux.

Ce travail inductif nous a permis de retrouver des éléments originaux.

Il s'est agi des facteurs suivants :

- Démarche active dans sa propre formation (initiale et continue).
- Histoire de vie personnelle ou professionnelle (notamment expérience négative)
- Parentalité (grossesse, accouchement, allaitement, maternité/paternité).
- Vision fantasmée de la gynécologie (perçue comme particulièrement difficile et technique).
- Peur/appréhension.
- Prise en considération d'éléments parascientifiques.
- Vision biaisée de l'attente de prise en charge des patientes.
- Manque de définition précise du rôle de chacun des acteurs de la prise en charge gynécologique.
- Non-recherche du profit financier
- Notion de service à la patientèle en premier recours
- Engagement pour le droit à l'avortement
- « GP Pride » ou militantisme en faveur de la médecine générale comme une discipline médicale à part entière.

Nous n'avons pas retrouvé de tendance forte liant ces déterminants à l'importance de la pratique, à part peut-être la « GP pride » et la notion de services à la patientèle en premier recours.

Tout se passe comme si la pratique gynécologique d'un généraliste à un moment donné était la résultante de diverses forces ou déterminants, certains facilitateurs et d'autres freinateurs.

Il s'agit pour l'instant d'une hypothèse que des études quantitatives sur le sujet pourraient venir corroborer.

Connaître ces déterminants, et agir dessus, dans la formation initiale ou continue, permettrait peut-être de favoriser la pratique de la gynécologie par les médecins de premier recours que sont les médecins généralistes.

Cela ne remet nullement en question l'importance des médecins spécialisés en gynécologie. Cela permettrait au contraire de valoriser leur rôle de médecin de deuxième, voire de troisième recours.

REFERENCES

-
- ¹ Collège national des généralistes enseignants. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger Levrault, 2010. 155p.
- ² World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. [En ligne] [consulté le 11/08/ 2014]. Disponible sur : <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>.
- ³ Fayolle E. Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer 2013; 107 : 114-20.
- ⁴ MG France, syndicat de médecin généraliste. 31/12/2008 [en ligne] [consulté le 08/09/2014]. Disponible sur : <http://www.informationhospitaliere.com/actualite-13833-medecin-generaliste-suivi-femme-source-enquete-epilule-etude-portant-2802-femmes-16-54-ans.html>
- ⁵ Observatoire de la Médecine Générale. Information épidémiologique sur les pathologies prises en charge en ville. [en ligne] [consulté le 24/03/2014]. Disponible sur : <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>.
- ⁶ Perissin-Pirasset M. Pratique de la gynécologie en médecine générale : état des lieux et perspectives, attentes et ressentis des médecins généralistes. Th. d'exercice : Médecine : Caen : 2010 ; 3931.
- ⁷ Institut National Du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Collection synthèses et rapports 2007.
- ⁸ André R. Pratique de la gynécologie par les médecins généralistes bourguignons : état des lieux, analyse et éléments de réflexion. Th. d'exercice : Médecine : Dijon : 2012 ; 50.
- ⁹ Ravelojaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques : état des lieux, freins objectifs et subjectifs. Th.d'exercice: Médecine : Bordeaux2-Victor Ségalen : 2013 ; 72.
- ¹⁰ De Verbizier A. Dispositifs intra-utérins en médecine générale en lorraine. Th. d'exercice : Médecine : Nancy : 2011.
- ¹¹ Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste ? : études du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Th. d'exercice: Médecine: Lille:2009 ; 31.

¹² David M, Périgois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. BVA. Enquête de l'institut BVA demandée par la FNCGM. Novembre 2008. [en ligne] [consulté le 24/03/14]. Disponible sur : http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_egard_du_suivi_gynecologique.html

¹³ Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer* 2011; 98 : 122-8.

¹⁴ Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique* 2005 ; 17(1) :109-19.

¹⁵ Le Reste JY, Cadier S, Keruzoré B et al. Concordance des déterminants non cliniques de la prescription d'antibiotiques avec les pratiques des médecins généralistes. *Exercer* 2010; 90 (suppl1)48S-9S.

¹⁶ Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. *La revue du praticien médecine générale* 2003; 17: 155-60.

¹⁷ Vorilhon P, Mousnier B, Cambon B, Tanguy G, Guy L. Les obstacles au toucher rectal dans le cadre du dépistage individuel du cancer de la prostate en médecine générale. *Exercer* 2012; 104: 196-202.

¹⁸ Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008; 84 :142-5.

¹⁹ Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. *Exercer* 2009 ; 88 : 106-12.

²⁰ Garnier F, Bilgorajski C, Vallée J. Prise en charge de la première demande de contraception de l'adolescente par les médecins généralistes. *Exercer* 2014; 111:12-9.

²¹ Hidoussi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. *Exercer* 2014; 111: 20-8.

²² Gianni A. La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité. In : *Singuliers généralistes*. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010.

²³ Nicole C. Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique. Th. d'exercice : Médecine: Toulouse: 2004 ; 3147.

²⁴ Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés-. Th. d'exercice: Limoges: 2010; 3105.

-
- 25 Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique : enquête auprès de médecins landais. Th. d'exercice: Médecine: Bordeaux: 2006 ; 98.
- 26 Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ Psychosomatique* 2002-3 ; 27 : 81-92.
- 27 Vaidis D, Halimi-Falkowicz S. La théorie de la dissonance cognitive : une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de psychologie Sociale* 2007 ; 1 : 9-18. [en ligne] [Consulté le 11/08/14]. Disponible sur : <http://www.psychologie-sociale.com/rebs1.pdf>.
- 28 Bergeron C, Cartier I, Guldner L et al. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisap 2002. *BEH* 2005 ; 2 :5-6.
- 29 Flori M. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqués par les médecins généralistes. *Exercer* 2005; 73: 44-47.
- 30 Hofliger P, Caluzio P, Guegan JC et al. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale, l'exemple du frottis cervical. *Revue du praticien en médecine générale* 1994 ; 254: 29-32.
- 31 Haute autorité de santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Saint-Denis : HAS, 2010.
- 32 Haute autorité de santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Saint-Denis : HAS, 2007.
- 33 Comité de défense de la gynécologie médicale. Sauvons la gynécologie médicale ! Une pétition lancée en 2013 par le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. 2014. [en ligne] [consulté le 12/08/2014]. Disponible sur : <http://www.cdgm.org/>.
- 34 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Baromètre cancer 2010. [en ligne] [consulté le 12/08/14]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>.
- 35 Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, Collectif des associations et des syndicats de sages-femmes. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger Levrault, 2010. 155p.
- 36 République française. Article R4127-318 du Code de la Santé Publique. *Journal Officiel* du 27/08/2008.
- 37 République française. Article L5134-1 du Code de la Santé Publique. *Journal Officiel* du 17/12/2012.
- 38 République française. Article L.4151-4 du Code de la Santé Publique. *Journal Officiel* du 12/10/2011.

39 Lehr-Drylewicz AM. Prendre en charge la santé des femmes en médecine générale. *Exercer* 2014; 111: 3.

40 Barrere-Chantre C. Qu'est-ce qui détermine le choix du praticien pour le suivi gynécologique des femmes ? Th. d'exercice. *Médecine : Clermont-Ferrand I* : 2009 ; 012.

41 Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés. Regards croisés médecins/patients sur les antibiotiques. 2002. [en ligne] [Consulté le 12/08/14]. Disponible sur http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_SyntheseIPSOS_2002.pdf.

42 Sarradon-Eck A. « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste pivot » du système de soins. In : *Singuliers généralistes*. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010.

43 Canguilhem G. Puissance et limites de la rationalité en médecine. In : *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris : Vrin, 2002.

44 Hidoussi H, Vallée J. L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse : motivations, difficultés et propositions des médecins généralistes. *Exercer* 2014; 111: 20-8.

45 Jaddo. Juste après dresseuse d'ours. E-A-U. 2014. [en ligne] [consulté le 12/08/14]. Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2014/02/08/e-a-u/>.

46Cogneau J. Dépistage du cancer de la prostate : pourquoi les médecins prescrivent-ils un dosage du PSA ? Le « regret anticipé ». *Exercer* 2012; 103 : 183-4.

47 Guyomar M, Guilloteau G, Baron C. Que pensent les gynécologues et les médecins généralistes posant des dispositifs intra-utérins de ce mode de contraception chez la femme nullipare ? *Exercer* 2013; 110 : 252-3.

48 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. 2007. [en ligne] [consulté le 12/08/14]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>.

49 Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a pas baissé en France depuis 30 ans ? *Population et Sociétés* 2004; 407: 89.

50 Hassenteufel P. La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes. In : *Singuliers généralistes*. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2010.

51 Gay B, Druais PL, Renard V. Les 30 ans du CNGE : l'émergence de la médecine générale universitaire. *Exercer* 2013; 110: 244-9.

52 Saint-Marc D. La formation des médecins. Sociologie des études médicales. Paris : L'Harmattan, 2011. 249p.

53 Kensinger EA, Garoff-Eaton R, Schacter DL. Effects of emotion on memory specificity: Memory trade-offs elicited by negative visually arousing stimuli. *Journal of Memory and Language* 2007; 56 : 575–91.

54 Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of America medical association* 2000; 283(3): 373-80.

55 Organisation mondiale de la santé. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. 2013. [en ligne] [consulté le 12/08/14]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/comprendre_la_promotion_pharmaceutique_et_y_repondre_-_un_manuel_pratique.pdf

ANNEXES

Annexe 1

Feuille de route initiale

1. Présentation générale

- Sexe, âge
- Commune
- Vous estimez-vous suffisamment formés en gynécologie de médecine générale
- Intérêt ?
- Est-ce que vous faites de la gynéco ? Que réalisez-vous en pratique dans le suivi des femmes ? et ce n'est qu'un guide réponse ensuite à cocher
 - i. Les prises en charges urgentes
 - ii. Contraception
 - iii. Prescriptions ODM frottis Mammo
 - iv. Examen gynéco (pose speculum, TV, prélèvements)
 - v. Frottis
 - vi. Pose DIU, Implants
 - vii. Suivi de grossesse ? (médecin référent du début de G ?)

2. Histoire professionnelle

Est-ce que vous pouvez me raconter des événements marquants de votre vie étudiante et/ou professionnelle qui ont pu influencer votre pratique (ou non pratique) de la gynécologie ?

3. Positionnement par rapport à la MG

Une des caractéristiques principales du MG est qu'il prend le patient en charge dans sa globalité. Qu'est-ce qui fait selon vous que la gynécologie fait partie ou non de votre mission ?

4. Attente des patientes Le MG est le médecin de premier recours dans de nombreux domaines.

Dans notre travail on cherche à savoir si cette attente s'applique aussi au domaine particulier de la gynécologie. Qu'en pensez-vous ?

5. Histoire de vie

Est-ce que vous pouvez me raconter des événements marquants dans votre vie personnelle, ou des opinions vous concernant, ou concernant votre entourage qui pourraient avoir influé sur votre pratique de la gynécologie ?

6. Y-a-t-il des points que nous n'avons pas abordé, ou que nous avons abordé et que vous voudriez souligner concernant la pratique de la gynécologie en MG ?

Feuille de route modifiée

1. Présentation

- Sexe, âge
- Commune
- Formation ? vous estimez-vous suffisamment formés ou non en gynécologie de médecine générale ?
- Intérêt ? Est-ce que vous faites de la gynéco ? Que réalisez-vous en pratique dans le suivi des femmes ?
 - i. Les prises en charges urgentes
 - ii. Contraception
 - iii. Prescriptions ODM frottis mammographie, BHCG
 - iv. Examen gynéco (pose speculum, TV, prélèvements)
 - v. Frottis
 - vi. Pose DIU, Implants
 - vii. Suivi de grossesse ? (médecin référent du début de grossesse?)

2. Histoire professionnelle

Est-ce que vous pouvez me raconter des événements marquants de votre vie étudiante et/ou professionnelle qui ont pu influencer votre pratique (ou non pratique) de la gynécologie ?

- Relance 1 : Des anecdotes, des personnes, des rencontres
- Relance 2 : Lorsque vous étiez étudiant, interne ou résident, en stage, en remplacement ou encore installé
- Relance 3 : Est-ce que vous vous souvenez d'un chef qui vous aurait intéressé à la discipline par ses cours, sa façon d'exercer ?
- Relance 4 : Est-ce que vous vous souvenez de l'histoire particulière d'une patiente qui vous aurait marqué ?

3. Positionnement par rapport à la MG

Une des caractéristiques principales du MG est qu'il prend le patient en charge dans sa globalité. Qu'est-ce qui fait selon vous que la Gynécologie fait partie ou non de votre mission ?

- Relance 1 : Quels doivent être selon vous les acteurs principaux de la PEC gynécologique ?
- Relance 2 : La problématique de la prise en charge gynécologique inclut des problèmes de santé publique :
 - i. Le nombre d'IVG ne baisse pas
 - ii. Les cancers gynécologiques font partie des premiers cancers de la femme.

-
- Relance 3 : est-ce que vous avez en tête des situations en gynécologie ou obstétrique que vous avez vécu comme des échecs au moins en partie personnels.
 - Relance 4 : Comme est-ce que vous gérez le fait d'être à la fois le médecin de famille (suivi parfois la femme depuis qu'elle était bébé), et d'être aussi le médecin qui s'intéresse aux problèmes du corps et de la sexualité.

4. Attente des patientes comment pensez vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leur suivi gynécologique ?

Que pensez vous qu'elles attendent de vous en terme de suivi gynéco ?

- Relance 1 : Comme décririez-vous l'attente de vos patientes en matière de gynécologie vous concernant ?
- Relance 2 : Avez-vous des anecdotes qui vont dans ce sens ou à l'inverse qui montrent qu'elles n'attendent pas que vous la suiviez sur ce plan là ?
- Relance 3 : Le MG est souvent aussi le médecin de famille, comment pensez-vous que cette particularité influence l'attente de vos patientes dans le domaine de la gynécologie ?

5. Histoire de vie

Est-ce que vous pouvez me raconter des événements marquants dans votre vie personnelle, ou des opinions vous concernant, ou concernant votre entourage qui pourraient avoir influé sur votre pratique de la gynécologie ?

- Relance 1 : par exemple, avez-vous le sentiment que votre propre parcours ou celui des femmes de votre entourage ait pu influencer votre pratique ?
- Relance 2 : Je parle par exemple des grosses et du déroulement de celles-ci, oubli de contraception, grossesses non souhaitées, découverte de cancers gynécologiques et de leurs suivis.
- Relance 3 : avez-vous l'impression que la religion ait pu influencer votre pratique de la gynécologie ?

6. Y-a-t-il des points que nous n'avons pas abordé, ou que nous avons abordé et que vous voudriez souligner concernant la pratique de la gynécologie en MG ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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