



HAL
open science

Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018

Suzanne Loiseau

► **To cite this version:**

Suzanne Loiseau. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02096658

HAL Id: dumas-02096658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096658>

Submitted on 6 Jun 2019

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.

**Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique
par le médecin généraliste : une étude qualitative menée
auprès de patientes seinomarines en 2018**

Suzanne Loiseau

► **To cite this version:**

Suzanne Loiseau. Facteur facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de patientes seinomarines en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02096658

HAL Id: dumas-02096658

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096658>

Submitted on 11 Apr 2019

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.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2019

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

**Diplôme d'État de Médecine Générale
PAR**

**Suzanne LOISEAU
Née le 10 mai 1987 à AMIENS**

Présentée et soutenue publiquement le 28 Mars 2019

**Facteurs facilitant la réalisation du suivi gynécologique par le
médecin généraliste : une étude qualitative menée auprès de
patientes seinomarines en 2018**

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Lucille PELLERIN

MEMBRES DU JURY : Docteur Emmanuel LEFEBVRE

Docteur Marianne LAINE

Docteur Laetitia BOURDON

MEMBRE HONORIFIQUE : Docteur Marie-Thérèse THUEUX

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de Communication

Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY Mr Frédéric DI FIORE	HCN CB	Neurochirurgie Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et Traumatologie
Mr Éric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque

Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la Reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Éric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Sergueï FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 leur famille dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect et de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Emmanuel LEFEBVRE, Professeur associé

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Au Docteur Marie-Thérèse THUEUX, Professeur associé

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Sachez que je vous en suis très reconnaissante.

Au Docteur Marianne LAINE, Maître de Conférences associé

Vous me faites l'honneur de juger mon travail en plus de tous vos enseignements apportés durant ces trois années d'internat. Je vous en remercie grandement.

Au Docteur Laetitia BOURDON, Maître de Conférences associé

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Au Docteur Lucille PELLERIN, Maître de Conférences associé

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir consacré autant de temps. Tes conseils avisés m'ont été d'une aide précieuse.

A mes maîtres de stages, les Docteurs Sandrine RATKOFF-ROJNOFF, Karine BREANT, Anne DAUTREPPE, Stéphane LANDEL et Paul GOULON

Merci de m'avoir tous accueillie avec autant de bienveillance et pour vos nombreux enseignements. Sandrine et Karine, merci d'être devenues de telles collègues.

À Henri

Merci de toujours te surpasser et de fournir toujours plus d'efforts pour moi. Tu as uni ta vie à la mienne, au propre comme au figuré et tu m'as offert le plus beau des cadeaux. Je t'aime.

À Ernest

Je n'ai pas de plus grande fierté ni de plus grande joie que celles d'être devenue ta maman. Tu as fait de moi quelqu'un de meilleur et te dire un million de fois que je t'aime ne sera jamais assez...

À mes parents

Papa, notre pudeur respective nous empêche souvent de nous dire tout le bien qu'on pense l'un de l'autre. J'ai grandi en te regardant travailler toujours plus et je suis très fière d'avoir hérité, entre autres, de ta grande ténacité et de ton courage. Maman, merci de m'encourager sans interruption et de toujours me porter vers le haut. Merci à vous deux d'avoir toujours cru en moi, même quand moi je n'y croyais plus.

Rose, merci pour tout depuis toutes ces années. Jean, merci pour ton soutien discret mais si important...merci de te décarcasser à me donner confiance en moi

À mes grands-parents

Merci pour votre affection sans borne, votre présence et vos encouragements depuis toujours. Pépé, j'espère que tu es fier.

À Camille et Corentin

Vous êtes mes piliers, je suis très fière de ce que vous êtes et de faire partie d'une telle fratrie. Fayçal, Clémence, merci de ce que vous apportez à notre famille. Malik, Mona, j'espère être une tata qui déchire !

À ma belle-famille

Christophe, Geneviève, Charlotte, Gauthier, Auguste et Castille : ce n'est pas toujours simple d'accueillir un nouveau membre alors merci de m'avoir fait une si jolie place.

À mon « noyau dur »

Victoria : merci d'effacer mes craintes et d'être si patiente avec moi. Je ne pouvais pas trouver de meilleure fée marraine pour ma « gambas ». Vincent, merci pour ta recette de lasagnes et pour ta gentillesse infinie.

Catherine : merci de m'encourager à oser et d'être mon catalyseur depuis la seconde où nous avons fait connaissance.

Otilie : merci de savoir si bien alterner tendresse et coups de pieds aux fesses selon ce dont j'ai besoin ! Ta force et ta confiance restent aussi inspirantes pour moi après tout ce temps. Yves, merci d'être, à ton tour, devenu un ami.

Emilie : au fil des années, tu m'as appris à prendre du recul et à dédramatiser. Je t'en remercie énormément.

Sophie : ta bienveillance et ta joie me sont souvent d'un grand réconfort alors j'espère pouvoir en profiter encore longtemps !

Florent : de rien, la lutte contre la sédentarité est mon cheval de bataille !

Xavier, Stéphane, Baptiste T. et Baptiste D. : merci d'être restés de si bons amis malgré la distance

Aux « Normands »

Pauline : merci de m'avoir toujours épaulée dès mes premiers pas d'interne, merci pour les goûters, les sessions chaussures, tous ces fou-rires passés et pour tous ceux à venir !

Jean-Romain : on ne l'aurait pas dit au départ, mais tu es devenu un ami très précieux. Ne change jamais rien à ce que tu es.

Quentin : merci pour ta sagesse tant professionnelle que personnelle. Je suis heureuse du chemin que tu prends et que l'internat ait croisé nos routes.

Margot, Domitille, Claire, Baptiste, Anne-Laurène : chacun d'entre vous est une belle rencontre que j'espère préserver. Merci pour tous ces bons moments.

Aux équipes soignantes

Le médecin que je suis devenu est un petit morceau de chacun de vous. Merci plus particulièrement au service de Pédiatrie du CHIC de Fécamp, aux Urgences de Dieppe et au service d'Addictologie du CHU.

Au cabinet médical de Harfleur

Merci pour votre motivation suprême à m'avoir détournée de mon projet initial. Je suis fière de travailler avec vous tous. L'aventure ne fait que commencer !

À tous les autres...

Aux patientes, pour m'avoir accordé de leur temps avec tant d'intérêt.

A Monsieur le Docteur Jean-Marie CLAVERIE : j'ai choisi la médecine générale en vous regardant. Je n'ai malheureusement pas pu vous en remercier à temps, alors j'espère que vous m'avez vu évoluer de là où vous êtes...merci.

A Monsieur CHARIFOU : vous m'avez appris bien avant la médecine qu'à force de travail et de courage, on peut réaliser beaucoup de choses. « *Travaillez, prenez de la peine : c'est le fonds qui manque le moins* ». Tout ça, c'est aussi un peu grâce à vous et je vous en remercie.

ABRÉVIATIONS

BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CNGOF: Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CNODM: Conseil National de l'Ordre Des Médecins

CNR: Centre National de Référence

CNOSF: Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes

DREES: Direction de Recherche, d'Etude et d'Evaluation des Statistiques

DIU: Diplome Inter Universitaire

EAL: Exploration d'Anomalies Lipidiques

ECN: Examen Classant National

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FNCG : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie

GAJ: Glycémie A Jeun

HAS: Haute Autorité de Santé

HCSP: Haut Conseil de Santé Publique

HPV: Human Papilloma Virus

HSH: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

InVS: Institut national de Veille Sanitaire

IP: indice de Pearl

ISNAR-IMG: Inter Syndicale Nationale Autonome et Représentative des Internes de Médecine Générale

IST: Infections Sexuellement Transmissibles

MST: Maladies Sexuellement Transmissibles

OP: Oestro-Progestatifs

ODM: Ordre Des Médecins

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

POP : Pilule Oestro-Progestatives

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

TA : Tension artérielle

THM : Traitement Hormonal de la Ménopause

UFR : Unité de Formation et de Recherche

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	11
REMERCIEMENTS	13
ABRÉVIATIONS.....	17
TABLE DES MATIÈRES.....	19
INTRODUCTION	23
LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN FRANCE.....	23
1) Définition	23
2) L'examen clinique gynécologique	23
3) Les actes de prévention	24
a. Le cancer du col utérin.....	24
b. Le cancer du sein.....	24
c. Les infections sexuellement transmissibles	25
4) La prescription et le suivi de contraceptifs.....	26
a. La contraception orale	26
b. Le Dispositif Intra Utérin.....	27
c. L'implant contraceptif	27
d. Autres méthodes contraceptives hormonales	28
e. Préservatifs et méthodes dites naturelles	28
5) La prescription et le suivi de traitements hormonaux de la ménopause ...	29
LES ACTEURS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN FRANCE	29
1) Gynécologues médicaux et obstétriciens	30
2) Médecins généralistes.....	30
3) Sages-femmes	31
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PROBLÉMATIQUE ACTUELLES	31
1) La population féminine en France et en Seine Maritime	31
2) Assiduité du suivi gynécologique en France	32
3) Problématique actuelle	33
OBJECTIFS	33
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	34
TYPE D'ÉTUDE	34
POPULATION ÉTUDIÉE	34
1) Critères d'inclusion	34
2) Critères d'exclusion	34

3) Echantillon.....	34
RECUEIL DES DONNÉES	35
1) Guide d'entretien	35
2) Recrutement.....	35
3) Enregistrement.....	36
ANALYSE DU CONTENU.....	36
1) Retranscription	36
2) Codage.....	37
MENTIONS LÉGALES.....	37
RÉSULTATS	38
DONNÉES GÉNÉRALES DES ENTRETIENS	38
1) Résultats quantitatifs des données sociodémographiques des patientes	38
2) Résultats quantitatifs des caractéristiques des médecins généralistes....	40
3) Caractéristiques des entretiens	40
a. Durée	40
b. Lieu.....	40
RÉSULTATS DU CODAGE THÉMATIQUE.....	40
1) Le médecin généraliste, pierre angulaire du soin premier en gynécologie	40
a. Représente le premier recours au soin et le suivi de routine	40
b. Adresse aux gynécologues	41
c. Rappelle les éléments du suivi gynécologique aux patientes	41
d. Assure la continuité du soin et du suivi	41
e. Gère les situations aiguës ou urgentes	41
f. Prescrit des examens complémentaires.....	42
g. S'assure de la prévention.....	42
2) Le médecin généraliste, acteur de la vie quotidienne	42
a. Est un personnage de proximité	42
b. Soigne les enfants des patientes	42
c. Est consulté durant la grossesse	43
d. Emploie le tutoiement	43
3) Le médecin généraliste, guide des patientes	43
a. Explique et répond aux questions	43
b. Conseille les patientes	43
c. Démystifie le suivi gynécologique	44
d. Anticipe la question du suivi gynécologique.....	44
4) La médecine générale, prise en charge de la patiente dans sa globalité .	44
a. Une prise en charge multiple : un médecin pour tout.....	44

b.	Un dossier unique et centralisé	45
c.	Une connaissance des antécédents médicaux de la patiente.....	45
d.	Une connaissance de la personnalité et de l'histoire de la patiente	45
e.	Une prise en charge somatique et psychologique	45
5)	Facteurs inhérents au soignant.....	46
a.	Son humeur et son tempérament.....	46
b.	Son aptitude à la réassurance	46
c.	Sa capacité d'écoute et d'attention	46
d.	Sa capacité d'adaptation.....	46
e.	Sa capacité à prendre le temps	47
f.	Son genre : le sexe féminin.....	47
g.	Sa bienveillance et son empathie	47
h.	Sa gestuelle et son attitude.....	47
i.	Son langage	47
j.	Sa rapidité durant l'examen.....	48
k.	Son ouverture à parler d'autres sujets	48
l.	Son professionnalisme	48
m.	Sa propension à faire participer la patiente.....	48
n.	Sa prise en compte des craintes.....	48
o.	Son jeune âge.....	49
6)	Facteurs inhérents à une relation soignant/soignée solidement établie ...	49
a.	L'ancienneté de la relation	49
b.	La communication aisée	49
c.	L'absence de jugement.....	49
d.	Le respect du secret médical	49
e.	L'entente et la complicité.....	50
f.	La patiente actrice de sa santé	50
g.	L'aspect équitable de la relation.....	50
h.	La gestion d'un évènement de vie	50
i.	La préservation d'une certaine distance.....	51
j.	Le vécu du suivi facilité	51
7)	Facteurs inhérents à l'organisation du cabinet.....	51
a.	Les délais des rendez-vous	51
b.	La praticité	51
c.	Le tarif de la consultation	52
8)	Facteurs inhérents à la patiente	52
a.	L'information de la patiente.....	52

b.	L'entourage féminin suivi par un médecin généraliste	53
c.	Le militantisme des patientes suivies	53
d.	Le désir et la volonté d'être suivie	53
e.	Le désir de soutenir la médecine générale	53
	SYNTHÈSE DU CODAGE THÉMATIQUE.....	54
	DISCUSSION	55
	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	55
1)	Type d'étude, intérêts et limites.....	55
2)	Les biais de l'étude.....	56
a.	Biais de recrutement	56
b.	Biais de similarité	56
c.	Biais de désirabilité	57
d.	Biais relatifs au déroulement des entretiens	57
	DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	58
1)	Mettre en œuvre une communication adéquate et étendue apparaît comme un facteur facilitant.....	58
2)	L'attitude du médecin apparaît comme un facteur facilitant	61
3)	Optimiser la relation de confiance dans un suivi recentré sur le patient...	62
4)	Anticiper le suivi gynécologique en amont	65
	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE	68
	ANNEXES	74
1)	Guide d'entretien	74
2)	Lettre et descriptif médecins généralistes	76
3)	Affiche salles d'attente	77
4)	Formulaire accord patientes.....	78
5)	Accord C.N.I.L.....	79
6)	Occurrences.....	85
	RÉSUMÉ	88

INTRODUCTION

LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN FRANCE

1) Définition

La gynécologie se définit comme la science traitant de la morphologie, de la physiologie, de la pathologie et de la psychologie de la femme (1). On peut approfondir cette définition en la décomposant en gynécologie-obstétrique, traitant les situations rattachées à la grossesse, l'accouchement ainsi que les prises en charge chirurgicales et en gynécologie médicale (2).

Le suivi gynécologique correspond donc aux actes visant à assurer aux patientes le meilleur état de santé possible en termes de gynécologie. En France, il regroupe :

- Un examen clinique gynécologique
- Des actes de prévention
- La prescription et le suivi de contraceptifs
- La prescription et le suivi de traitements hormonaux de la ménopause

2) L'examen clinique gynécologique

Le CNGOF décompose l'examen gynécologique en trois actes (3) :

- L'examen abdomino-périnéal, réalisé vessie vide, avec inspection et palpation.
- L'examen pelvien, regroupant l'examen au spéculum, qui permet une visualisation de la cavité vaginale, du col utérin et de réaliser une hystérométrie si nécessaire et le toucher vaginal, permettant d'apprécier les organes pelviens notamment les annexes. Ce dernier pourra être couplé au toucher rectal s'il est indiqué de compléter l'examen.
- L'examen sénologique, lui aussi regroupant une inspection et une palpation, bilatérale et réalisé quadrant par quadrant.

Les recommandations sont floues concernant l'âge de début et la fréquence de réalisation de l'examen clinique gynécologique. Hors pathologie justifiant d'un suivi rapproché, la HAS n'a, à ce jour, aucune recommandation de bonne pratique destinée

aux professionnels de santé réalisant le suivi gynécologique indiquant de manière non équivoque l'âge préconisé pour un premier examen gynécologique, ni sa fréquence.

Le CNGOF préconise une consultation annuelle dès le début de l'activité sexuelle et ce tout au long de la vie de la patiente (3). L'INPES pencherait plutôt pour une première consultation au moment où la patiente en ressent le besoin et incite à une « régularité » du suivi sans en préciser la fréquence (4).

3) Les actes de prévention

a. Le cancer du col utérin

Avec une incidence de 3000 nouveaux cas et 1100 décès par an, le cancer du col utérin représente la 12ème cause de néoplasie et la 10ème cause de mortalité par cancer en France (5). Il s'agit du deuxième cancer de la femme dans le monde.

Le cancer du col utérin bénéficie de deux grands axes de prévention.

La prévention primaire, correspondant à la vaccination contre le Papillomavirus Humain (HPV) des jeunes filles entre 11 et 13 ans, avec rattrapage possible de 14 à 19 ans (6). Il existe à ce jour deux types de vaccins ayant chacun son schéma vaccinal (7 et 8): le vaccin tétravalent GARDASIL ®, avec 2 injections à 6 mois d'intervalle si la première est administrée entre 11 et 13 ans (si moins de 6 mois, une troisième dose devra être administrée et si la première injection est faite au-delà de 13 ans révolus, une troisième injection devra également être réalisée). En parallèle, le vaccin bivalent CERVARIX ®, comprenant lui 2 injections à au moins 5 mois d'intervalle si la première est administrée entre 11 et 14 ans (pour les jeunes filles vaccinées après 14 ans, un schéma à trois injections respectivement à M0-M1 et M6 devra être adoptée).

La prévention secondaire, quant à elle, réside dans la réalisation du dépistage par frottis cervico-vaginal (FCV) en suspension liquide ou en étalement sur lame. Ce dépistage concerne les patientes âgées de 25 à 65 ans révolus et doit être réalisé tous les 3 ans après obtention de deux frottis normaux à un an d'intervalle (9).

b. Le cancer du sein

Il est le cancer le plus fréquent chez la femme en France avec 54.000 nouveaux cas par an, ce qui le classe au deuxième rang de tous les cancers confondus en termes de fréquence. Il est responsable de 12.000 décès par an dans notre pays (10).

Le dépistage du cancer du sein se fait par mammographie. Les femmes concernées sont les patientes âgées de 54 à 70 ans, asymptomatiques et hors antécédent familial. Contrairement au frottis, la mammographie est organisée par un plan national, résidant dans l'envoi par courrier au domicile des femmes concernées d'une invitation à réaliser l'examen.

La mammographie est analysée en double lecture par deux radiologues différents. Si l'examen se révèle normal, la patiente sera invitée à effectuer une nouvelle mammographie à deux ans (10 et 11).

On peut noter que l'examen sénologique réalisé au cours du suivi gynécologique participe, lui aussi, au dépistage dans la mesure où son anormalité est une indication à réaliser un bilan d'imagerie précoce.

Les patientes devant bénéficier d'un dépistage spécifique sont les femmes de plus de 20 ans ayant soit un antécédent personnel de cancer du sein, d'hyperplasie atypique ou d'irradiation thoracique à haute dose, soit un antécédent familial de cancer du sein avec mutation avérée du gène BRCA 1 et 2 (12).

c. Les infections sexuellement transmissibles

Les IST se définissent comme infections se transmettant lors d'un rapport sexuel (13). Ce terme a remplacé celui de MST (maladies sexuellement transmissibles) devant la grande prévalence des formes asymptomatiques, ce qui entretient leur contamination (14). On remarque une augmentation constante de la prévalence des IST en France depuis le début des années 2000 notamment pour le gonocoque, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne avec un pic fulgurant depuis les années 2010 dans la population HSH (15). La population âgée de 15 à 24 ans reste l'une des plus touchées par les IST (16). Cependant, le VIH présente une amélioration épidémiologique avec un recul de 5% des nouveaux cas de séropositivité entre 2013 et 2016 (17). Les patients âgés de 25 à 49 ans représentent la majorité des découvertes de séropositivité (16).

Le seul acte de prévention s'appliquant aux IST est l'information aux patients sur la nécessité d'avoir des rapports sexuels protégés et d'effectuer des sérologies de dépistage en cas de doute. Le dépistage peut être demandé par le patient lui-même, mais le corps médical est encouragé à aborder la question en cas de (18) :

- Manifestations cliniques évocatrices d'IST
- Chez les populations à risque, en situation de vulnérabilité ou susceptibles de ne pas avoir accès à une information de qualité
- Lors d'une consultation à motif gynécologique, urologique ou lors d'une première consultation

Selon l'agent pathogène en cause, les IST peuvent engager le pronostic fonctionnel (stérilité) ou vital des patients atteints (14). C'est le cas du VIH, qui, dans 1/3 des cas est diagnostiqué au stade d'immunodépression (SIDA). La coexistence d'une autre IST est un facteur augmentant le risque de transmission du VIH (19).

4) La prescription et le suivi de contraceptifs

La contraception est une méthode réversible et temporaire visant à empêcher la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y'a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé (20). L'efficacité d'une méthode contraceptive est définie par l'indice de Pearl, qui rapporte le nombre de grossesses non désirées chez 1000 femmes pendant 12 mois (21).

a. La contraception orale

Il en existe deux familles, oestroprogestatives ou progestatives.

La prescription d'une POP est contre indiquée en cas d'antécédents thromboemboliques, d'hypertension artérielle non contrôlée, de cancer hormonodépendant, de risque cardiovasculaire élevé, de lupus, de trouble du métabolisme lipidique, d'ictère ou prurit gravidique ou de prise concomitante d'un traitement rendant inactif les OP (Rifampicine, anticonvulsivants inducteurs enzymatiques, millepertuis). En l'absence de facteurs de risque, un bilan biologique de surveillance comprenant GAJ et EAL est réalisé entre 3 et 6 mois d'utilisation puis tous les 5 ans en cas de normalité et en l'absence de faits nouveaux (22 et 23). Une mesure de la TA et du poids sera réalisée annuellement (22).

Les pilules progestatives sont contre indiquées en cas d'accident thromboembolique en cours, d'insuffisance hépatique, de cancer hormonodépendant. Elles ne justifient pas d'une surveillance particulière (23).

On retiendra, à part, les pilules dites « du lendemain », utilisées en contraception d'urgence. Il s'agit de comprimés à base de Levonorgestrel (Norlevo ®) ou d'Ulipristal acétate (Ella One ®). Le comprimé doit être pris le plus tôt possible après le rapport à risque et ce jusqu'à 72 heures pour le Levonorgestrel, 120 heures pour l'Ulipristal acétate. Le Levonorgestrel est délivré gratuitement sans ordonnance dans les pharmacies ou plannings familiaux conformément à la directive européenne du 31 Mars 1992 tandis que l'Ulipristal acétate est délivré sur ordonnance et remboursé à 65% (23).

b. Le Dispositif Intra Utérin

Le dispositif intra utérin, ou stérilet, se présente en deux catégories : au Cuivre ou à la Progestérone. Les dispositifs intra utérins agissent localement au niveau de la glaire cervicale et de l'endomètre (réaction inflammatoire pour le Cuivre, atrophie de la muqueuse pour le progestatif). Il existe maintenant des formats dits « shorts » pour les deux modèles, rendant leur utilisation possible chez les nullipares et en l'absence de contre-indication (23).

Les contre-indications à la pose de dispositifs intra utérins sont la grossesse, les infections génitales hautes, les troubles de la crase sanguine et les cardiopathies valvulaires (22). Avant la pose effectuée en première partie de cycle, il faudra donc s'assurer de l'absence de grossesse ou d'IST en cours et vérifier la hauteur utérine par hystérométrie (24).

Il est recommandé d'effectuer une consultation de surveillance entre 1 et 3 mois après la pose, puis annuellement jusqu'au changement du dispositif intra utérin dont la durée d'efficacité est de 5 ans (22).

Le dispositif intra utérin peut également être utilisé comme contraception d'urgence. Il est alors recommandé de le poser le plus précocement possible et ce jusqu'à 120 heures après le rapport sexuel à risque.

c. L'implant contraceptif

Il s'agit d'un dispositif sous cutané permettant une délivrance continue de progestatif. A ce titre, les contre-indications sont les mêmes que pour les progestatifs oraux (24).

La pose peut être envisagée à n'importe quel moment du cycle sous anesthésie locale et le retrait doit être réalisé dans des conditions d'aseptise strictes.

Il ne nécessite pas de surveillance particulière mais doit être retiré au bout de 3 ans (2 ans pour les femmes obèses ou en surpoids) car la quantité de progestatif devient insuffisante.

d. Autres méthodes contraceptives hormonales

Moins répandues que les méthodes suscitées, on pourra retenir :

- L'anneau vaginal aux œstrogènes (NUVARING ®) : l'anneau est laissé en place 3 semaines suivies d'une semaine de pause
- Le patch transdermique aux œstrogènes (EVRA ®) : à appliquer en continu chaque semaine, 3 semaines sur 4
- Les progestatifs injectables (DEPO PROVERA ®) : une injection tous les 3 mois. A noter que cette méthode n'est pas indiquée en première intention, qu'elle est déconseillée chez l'adolescente et présente un risque important de diminution de la densité minérale osseuse (24).

Les contre-indications à ces dispositifs hormonaux sont les mêmes que pour les contraceptifs oraux contenant la/les mêmes hormones.

e. Préservatifs et méthodes dites naturelles

Plus aléatoires et de ce fait moins efficaces que les contraceptifs hormonaux (surtout les méthodes dites « naturelles »), nous pouvons citer dans cette catégorie (24) :

- Les préservatifs masculins et féminins, qui présentent cependant un intérêt majeur dans la mesure où ils protègent de la transmission des IST
- Le diaphragme féminin et la cape cervicale
- Les spermicides
- Les méthodes naturelles dites « d'ovulation » ou d'abstinence périodique (Ogino, des températures, glaire cervicale, appareillage des urines matinales, des « jours fixes » avec collier de cycle), ou la MAMA (méthode allaitement maternel et aménorrhée)

5) La prescription et le suivi de traitements hormonaux de la ménopause

Les traitements hormonaux de la ménopause ou THM (anciennement appelés traitements hormonaux substitutifs) ont pour fonction de pallier les effets occasionnés par la carence oestrogénique secondaire à la ménopause (25). Ces effets secondaires se séparent en deux grands groupes :

- A court terme, dits climatériques : bouffées vasomotrices, asthénie, dysthymie, sécheresse des muqueuses, douleurs articulaires, troubles fonctionnels urinaires. Ils sont présents chez 50 à 70% des femmes.
- A long terme : augmentation du risque cardio vasculaire et déminéralisation osseuse avec risque de fractures.

Le traitement consiste donc en l'administration d'œstrogènes par voie orale, en gel ou en patchs transdermiques. Ils seront associés à un progestatif selon si la patiente a bénéficié d'une hystérectomie ou non.

Il existe trois schémas de prescription.

Tableau 8.4. Schémas de traitement

Traitement séquentiel	Traitement combiné discontinu	Traitement combiné continu (« traitement sans règles »)
(Estradiol de J1 à J25 du mois Progestérone ou progestatif de J13 à J25 du mois	(Estradiol et progestérone ou progestatif de J1 à J25 du mois	(Estradiol et progestérone avec un progestatif tous les jours sans interruption

Source : Société Française d'Endocrinologie

Les contre-indications au THM sont : antécédent ou présence d'un cancer hormonodépendant (sein, endomètre), de troubles emboliques veineux ou artériels, d'hémorragie génitale d'étiologie indéterminée et d'affection hépatique aigüe ou chronique.

LES ACTEURS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN FRANCE

En France, trois catégories de soignants se répartissent le suivi gynécologique de routine.

1) Gynécologues médicaux et obstétriciens

On différencie la gynécologie-obstétrique, prenant en charge essentiellement les affections liées à la grossesse, à l'accouchement et les prises en charge chirurgicales versus la gynécologie médicale qui se concentre sur les autres aspects de la discipline gynécologique (26).

Selon l'atlas de démographie médicale, la population de spécialistes médicaux et chirurgicaux a tendance à augmenter depuis 2010, toutes spécialités confondues (27). Ceci est en opposition avec la tendance estimée par la DREES (28).

Au premier Janvier 2018, on totalise en France 1054 gynécologues médicaux et 1021 gynécologues-obstétriciens (29).

Avec à cette date, 19 gynécologues médicaux et 101 gynécologues-obstétriciens comptabilisés, la Haute-Normandie se classe parmi les régions les moins dotées en professionnels spécialisés du suivi gynécologique. La Seine-Maritime possède une densité de 1,2 pour les gynécologues médicaux (densité moyenne) et 6,5 pour les gynécologues-obstétriciens (densité forte). Par contre, l'Eure mesure une densité de 0,5 pour les gynécologues médicaux (densité faible) et 2,7 pour les gynécologues obstétriciens (densité faible également).

2) Médecins généralistes

Le médecin généraliste est apte à prendre en charge le suivi gynécologique de routine. Il a les compétences pour le réaliser s'il souhaite l'intégrer dans sa pratique. Les actes de suivi gynécologique sont fréquents en médecine générale, comme le montrait ce classement de l'Observatoire de Médecine Générale en 2009 (30).

Au premier Janvier 2018, on recense 87 801 médecins généralistes dans l'hexagone, tous modes d'activité confondus, soit une baisse de 7% des effectifs par rapport à 2010 (27). La tendance à prévoir est à la baisse avec une diminution des effectifs attendue jusqu'en 2025 (28). De plus, l'exercice libéral est de plus en plus délaissé au profit du salariat (+ 4 points).

De même que pour les gynécologues, la Haute-Normandie fait partie des régions les plus défavorisées avec une baisse de 1,4 à 2,74% des effectifs depuis 2017 pour la Seine Maritime et de 3,03 à 7,30% pour l'Eure.

La profession se féminise avec un passage de 39,2% de femmes en 2010 à 48,2% lors du recensement de 2018. L'âge médian reste stable autour de 50 ans.

3) Sages-femmes

Selon l'article L-4151.1 du Code de Santé Publique, modifié par la loi 2009-879 (dite Hôpital, Patient, Santé, Territoire), « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter 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 » (31).

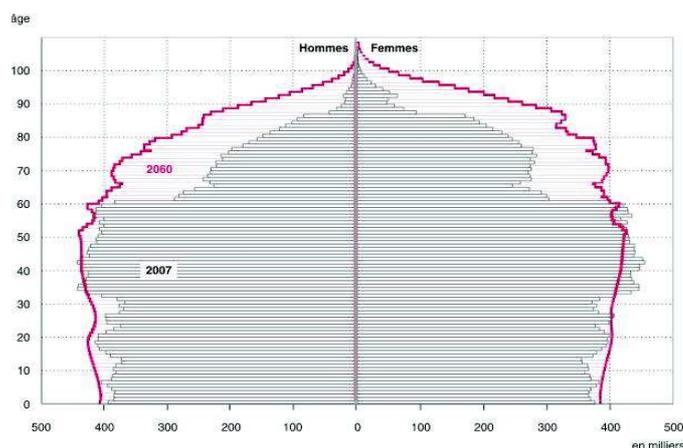
Les sages-femmes peuvent réaliser un FCV, prescrire un contraceptif, poser un dispositif intra utérin etc. Même si leur autonomie est plus restreinte que celle du corps médical, elles participent donc activement à la proposition de soins en termes de suivi gynécologique pour femme en bonne santé.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET PROBLEMATIQUE ACTUELLES

1) La population féminine en France et en Seine Maritime

Selon les sources de l'INSEE, la France compte 34,6 millions de femmes au 1^{er} Janvier 2019. Parmi elles, on compte 22,4 millions de femmes âgées de 20 à 75 ans inclus. La Seine-Maritime compte actuellement 652 405 femmes dont 428 332 femmes âgées de 20 à 74 ans inclus (32).

D'ici à 2060, la population Française devrait passer à 73,6 millions d'habitants dont 23,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, soit une hausse de 80% par rapport à 2007 (33). La population âgée de 20 à 59 ans devrait, quant à elle, rester stable sur cette période.



Champ : France Métropolitaine

Source : INSEE, projection de population 2007-2060

Malgré les 760 000 naissances en France en 2018, la natalité diminue significativement depuis 2012 mais reste conséquente (34). La population allant en vieillissant, mais couplée à une espérance de vie en hausse, la population féminine rentrant dans le cadre du dépistage gynécologique devrait donc augmenter dans un futur proche.

2) Assiduité du suivi gynécologique en France

Selon une étude réalisée en France en 2008 pour la FNCG, 85% des femmes interrogées déclarent avoir un suivi gynécologique régulier dont 70% par un gynécologue (47% par un gynécologue médical, 23% par un gynécologue-obstétricien) et 15% par un médecin généraliste (35).

Cependant, ces résultats semblent être en discordance avec les statistiques plus récentes. En effet, si l'on prend l'exemple du FCV, la couverture de dépistage était de 57% en 2013 (36). A noter que dans une étude publiée au BEH en 2016 portant sur les actes associés au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013, en moyenne 10% des femmes ayant bénéficié d'un frottis durant l'année en cours étaient âgées de moins de 25 ans et donc, hors recommandations (37). Ces résultats sont inférieurs aux 80% d'objectif fixé par la loi Santé Publique du 4 Août 2009 (38).

Il semblerait donc que malgré un suivi qui semble correct pour les patientes, son optimisation pourrait être améliorée.

3) Problématique actuelle

Devant la raréfaction actuelle des spécialistes et afin d'essayer de contrer la difficulté de recours aux soins, les études médicales ont été remaniées ces dernières années avec une augmentation du numérus clausus. Malgré cela, le nombre d'internes en gynécologie-obstétrique formés est très inférieur à celui des internes en médecine générale et le nombre d'internes formés à la gynécologie médicale ne suffit pas à renouveler suffisamment le pool de spécialistes d'organes. En 2018, 207 nouveaux internes seront formés pour la gynécologie-obstétrique et 47 pour la gynécologie médicale contre 4173 pour la médecine générale.

Ce fléchissement d'effectif pourrait être compensé par les médecins généralistes. D'ailleurs, le CNGOF rappelait en 2006 (39) que les spécialistes en gynécologie-obstétrique « n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens de dépistage et systématique, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal substitutif de la ménopause ».

Pour comprendre le manque d'assiduité, plusieurs études ont déjà été menées afin de mettre en évidence les freins à ce suivi et de pouvoir proposer des solutions pour les réduire (40, 41, 42). Aucune étude n'a exploré les facteurs favorisant le suivi gynécologique par le médecin généraliste et les motivations des patientes ayant fait le choix d'être suivies sur le plan gynécologique par un médecin généraliste.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les facteurs facilitant le recours à un médecin généraliste pour le suivi gynécologique, du point de vue des patientes.

L'objectif secondaire est d'élaborer des propositions de modifications de pratique afin d'apporter une aide aux médecins généralistes désireux d'initier ou de développer le suivi gynécologique au sein de leur activité.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

TYPE D'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude qualitative menée en entretiens semi dirigés.

POPULATION ÉTUDIÉE

1) Critères d'inclusion

La population interrogée concernait des patientes bénéficiant d'un suivi gynécologique assuré par un médecin généraliste, traitant ou non. Les patientes devaient également être majeures, francophones et avoir donné leur accord pour participer à l'étude.

2) Critères d'exclusion

Les patientes âgées de moins de 18 ans étaient exclues pour des raisons de législation.

Les patientes de plus de 75 ans étaient exclues car ne répondant plus aux recommandations de dépistages et ayant donc un suivi au cas-par-cas.

Les patientes en cours de grossesse étaient exclues : leur suivi actuel favoriserait de fait une prise en charge gynécologique rapprochée.

Les patientes ayant une pathologie gynécologique en cours de suivi par un spécialiste étaient également exclues.

3) Echantillon

La variabilité de l'échantillon étudié a été recherchée en termes : d'âge, de catégorie socioprofessionnelle, de situation familiale, de la présence d'enfants à charge, du type d'habitat, de la distance lieu de vie/cabinet du généraliste et du spécialiste, de la gestité et de la parité, des antécédents gynécologiques, de l'utilisation ou non d'un contraceptif, de l'ancienneté du suivi par le médecin généraliste en question et de son caractère de médecin traitant ou non.

La représentativité statistique de l'échantillon n'était pas recherchée.

RECUEIL DES DONNÉES

1) Guide d'entretien

Après une revue de la littérature des facteurs facilitants et des freins au suivi gynécologique, une première version du guide d'entretien ou prétest a été rédigée puis testée. Le prétest a été ensuite remanié afin d'adapter les questions semblant non ou mal comprises ou n'apportant pas d'hypothèse à notre questionnement. Le guide d'entretien final a été ainsi élaboré et l'utilisation de ce dernier dans sa dernière version a débuté dès le troisième entretien (Annexe 1).

Le guide d'entretien était axé sur neuf grandes questions ouvertes :

- Une première question d'ouverture, explorant la dernière consultation gynécologique en date réalisée par la patiente
- Un ensemble de questions au sujet du ressenti positif déjà encodé par la patiente au cours de son suivi gynécologique passé
- Un second ensemble de questions abordant la place et le rôle du médecin généraliste au cœur du suivi gynécologique
- Une question de clôture, centrée sur la relation de confiance

2) Recrutement

Le recrutement des patientes était effectué via un panel de médecins généralistes contactés au hasard parmi les médecins généralistes de Seine-Maritime, par courriel ou par téléphone.

Le descriptif de l'étude ainsi qu'une affiche à destination des patientes (Annexes 2 et 3) étaient remis aux médecins généralistes ayant répondu favorablement à notre premier contact. Les médecins étaient à même de pouvoir renseigner les patientes sur l'étude dans un premier temps.

L'effet « boule de neige » était utilisé chez les médecins et les patientes. Les médecins généralistes participant étaient invités à en recruter de nouveaux et chaque patiente

recrutée était, de même, invitée à parler de l'étude dans son entourage afin de recruter de nouvelles patientes.

Un processus de relance était ensuite utilisé. Régulièrement, les médecins généralistes étaient recontactés par courriel ou téléphone afin de recueillir les coordonnées de patientes ayant donné leur accord pour participer à l'étude. Les patientes étaient par la suite directement contactées afin de présenter l'étude en détail, de répondre à leurs éventuelles questions et de fixer un rendez-vous.

Le nombre exact de patientes à recruter n'était pas été fixé à l'avance, mais était déterminé par l'obtention de la saturation des données.

3) Enregistrement

Chaque patiente était reçue en entretien individuel selon ses disponibilités d'horaires et ses possibilités de déplacement (à son domicile, au cabinet du médecin référent ou sur son lieu de travail).

Chaque entretien s'est déroulé à huis-clos entre la patiente et l'investigateur.

Avant chaque enregistrement, la patiente était une nouvelle fois informée du déroulement de l'entretien, des conditions d'enregistrement et de la garantie de son anonymat. Elle était ensuite invitée à signer un formulaire de consentement en double exemplaire : l'un pour la patiente, l'autre pour l'investigateur (Annexe 4).

Les entretiens étaient enregistrés via une application dictaphone pour smartphone. Ils étaient ensuite rendus anonymes et les noms des patientes n'étaient jamais mentionnés une fois l'enregistrement commencé.

ANALYSE DU CONTENU

1) Retranscription

Chaque entretien était retranscrit manuellement en intégralité via Word, mot à mot, dans le but de respecter au maximum le discours des patientes interrogées. Les éléments non verbaux étaient également retranscrits et indiqués entre parenthèses dans le texte.

Afin de préserver l'anonymat des patientes, ni leur nom, ni celui de leur médecin n'était cité lors de l'exploitation des données. Le nom du médecin était remplacé par l'appréciation employée par la patiente (Docteur, Madame, Monsieur), puis par la lettre X.

2) Codage

Deux niveaux de codage étaient réalisés : codage descriptif et codage axial (ou thématique).

Après retranscription, chaque entretien était analysé afin d'en extraire le verbatim le plus complet possible. Il s'agissait du codage descriptif. Chaque citation significative exprimée par la patiente s'était vu attribuer un code, apportant une idée nouvelle ou contributive pour l'étude. Une même expression pouvait exprimer plusieurs idées et s'était donc vu attribuer plusieurs codes. Pareillement, une même idée (donc, un même code) pouvait être exprimée différemment selon les participantes.

Le codage axial avait pour objectif de regrouper les différents codes en thématiques et ainsi, de les organiser.

Chacun des différents niveaux de codage était réalisé manuellement via Word en intégralité.

MENTIONS LÉGALES

Une demande d'autorisation de traiter le sujet a été transmise et validée par le Comité National Informatique et Liberté (CNIL) préalablement aux entretiens (Annexe 5).

Aucun conflit d'intérêt n'a été relevé.

RÉSULTATS

DONNÉES GÉNÉRALES DES ENTRETIENS

1) Résultats quantitatifs des données sociodémographiques des patientes

Neuf patientes ont été interrogées pour la réalisation de ce travail. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau joint à la page suivante.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9
Âge (ans)	24	28	68	33	43	65	40	25	26
Situation familiale	en couple	célibataire	divorcée	en couple	célibataire	célibataire	mariée	en couple	en couple
Enfants à charge	oui	oui	non	oui	oui	non	oui	non	non
Profession	Invalidité	Assistante sociale	Retraitée	Aide-ménagère	Psychologue	Retraitée	Formatrice	Chimiste	Couturière
Gestité-Parité	G1P1	G2P1	G2P2	G3P3	G1P1	G1P1	G2P2	G0P0	G0P0
Contraception	Pilule	Non	Ménopausée	Non	Non	Ménopausée	Stérilet	Pilule	Pilule
Antécédents gynécologiques	Salpingite	IVG	Non	Hysterectomie	Non	Kyste sein	Non	IST	Non
Habitat	Urbain	Rural	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Rural	Urbain
Distance avec médecin généraliste	< 5 km	< 5 km	< 5 km	<5 km	< 5 km	< 5 km	10-20 km	10-20 km	5-10 km
Distance avec gynécologue	< 5 km	5-10 km	< 5 km	5-10 km	5-10 km	< 5 km	> 20 km	10-20 km	< 5 km
Médecin généraliste	1	2	3	4	3	4	5	6	5
Ancienneté du suivi	1,5 an	4 ans	1 an	15 ans	8 mois	17 ans	7 ans	10 ans	5 ans

2) Résultats quantitatifs des caractéristiques des médecins généralistes

	MG 1	MG 2	M 3	MG 4	MG 5	MG 6
Age (ans)	30-40	30-40	30-40	> 50	40-50	30-40
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin	Féminin
D.I.U	Non	Non	Non	Oui	Non	Non

Tous les médecins généralistes responsables du suivi gynécologique des patientes interrogées étaient également le médecin traitant déclaré de ces dernières.

3) Caractéristiques des entretiens

a. Durée

L'entretien le plus long durait 24 minutes, le plus court 10 minutes.

La durée moyenne était de 14 minutes et 30 secondes par entretien.

b. Lieu

Sur les neuf patientes, quatre patientes étaient interrogées à leur domicile, trois au cabinet médical de leur médecin généraliste et deux sur leur lieu de travail.

RÉSULTATS DU CODAGE THÉMATIQUE

L'analyse du codage descriptif a permis de mettre en évidence 53 codes. Ils ont pu être regroupés en 8 thèmes, que nous allons détailler.

1) Le médecin généraliste, pierre angulaire du soin premier en gynécologie

a. Représente le premier recours au soin et le suivi de routine

En premier lieu pour les patientes interrogées, le médecin généraliste demeurait le premier recours en termes de soins et du suivi gynécologique de routine.

« Quand y'a pas de problème gynécologique autre, je ne vois pas pourquoi on irait voir un spécialiste » Patiente 5

« Si au niveau gynécologique tout se passe bien, c'est eux (les médecins généralistes) qui devraient nous suivre » Patiente 1

« (...) n'empêche que quand j'avais un souci, c'est vers elle que j'allais » Patiente 3

b. Adresse aux gynécologues

Le médecin généraliste s'assurait d'adresser les patientes à un gynécologue quand cela était nécessaire.

« Il m'a fait un courrier pour aller voir un chirurgien » Patiente 4

« Mon médecin m'avait dit, si ça s'avère un peu plus important (...) il faudra aller voir un gynécologue » Patiente 2

c. Rappelle les éléments du suivi gynécologique aux patientes

Le fait de rappeler à ses patientes les échéances concernant les différents aspects de leur suivi, notamment au sujet du dépistage, était un rôle important.

« J'ai une petite tête donc je ne me souviens pas moi-même, mais c'est pas grave : le Docteur X., elle me le rappelle » Patiente 8

« Même le Docteur X., il me le rappelle des fois » Patiente 6

d. Assure la continuité du soin et du suivi

Pour les patientes interrogées, le rôle du médecin généraliste réalisant le suivi gynécologique était important car il permettait un suivi plus régulier et assurait, de manière plus globale, une continuité du soin.

« De dire elle me suit (...) c'est un rôle important » Patiente 7

« J'ai eu une maladie (nb non gynécologique) pendant un an et demi et mon médecin traitant m'a contactée plusieurs fois par téléphone » Patiente 7

« Vérifier régulièrement que tout va bien » Patiente 8

e. Gère les situations aiguës ou urgentes

Le médecin généraliste, en tant que premier interlocuteur, permettait aux patientes d'être prises en charge lors de situations problématiques, à savoir aiguës ou urgentes.

« Je suis venue, à la base, pour une IVG » Patiente 1

« Si c'est quelque chose d'urgent ou un suivi de contraception (...) et que je ne peux pas avoir mon rendez-vous (...) ça nous pose des soucis » Patiente 1

« Il (le généraliste) m'a dit : il faut vous faire opérer rapidement (...) j'ai été opérée un mois après, ça a été très rapide » Patiente 4

f. Prescrit des examens complémentaires

Face à une situation clinique particulière, le médecin généraliste avait la possibilité de prescrire des examens complémentaires.

« Là, mon généraliste m'a posé mon stérilet et m'a donné une échographie dans un mois pour vérifier qu'il sera en place » Patiente 7

« J'avais une énorme douleur dans le ventre avec des saignements, donc j'ai consulté mon généraliste qui m'a fait faire une échographie » Patiente 4

g. S'assure de la prévention

Prévenir des pathologies gynécologiques était également une fonction confiée au médecin généraliste.

« Au niveau de la prévention : vérifier quand même que tout va bien » Patiente 2

« (...) j'ai des amies qui ont eu un cancer du col de l'utérus et qui n'avaient pas de symptôme (...) c'est presque de la prévention pour moi » Patiente 3

2) Le médecin généraliste, acteur de la vie quotidienne

a. Est un personnage de proximité

En premier lieu, le rôle d'acteur de la vie quotidienne des patientes résidait dans l'idée que le médecin généraliste était un personnage proche, que l'on voit régulièrement.

« Quelqu'un en qui j'ai plus confiance et que je vois régulièrement » Patiente 1

« Parce que le médecin traitant, on le connaît » Patiente 4

b. Soigne les enfants des patientes

Au-delà de prendre en charge la famille, le fait de soigner et d'avoir soigné auparavant les enfants des patientes pouvait jouer de manière significative dans leur décision de faire appel au médecin généraliste pour le suivi gynécologique.

« Que ça soit pour les enfants ou pour moi : c'est super d'avoir un médecin traitant aussi impliqué » Patiente 4

« Avec nos enfants, ou quand on est soi-même malade » Patiente 7

c. Est consulté durant la grossesse

Bien que le suivi de grossesse ne fasse pas partie à proprement parler du suivi gynécologique de routine, le fait d'avoir consulté son médecin généraliste pendant cette période pouvait être un moment décisif pour le suivi gynécologique futur.

« C'était mon médecin traitant qui m'avait suivie pendant la grossesse donc c'est elle qui a fait le suivi gynécologique ensuite » Patiente 1

« Je lui faisais confiance parce qu'il m'avait déjà examinée durant ma première grossesse » Patiente 4

d. Emploie le tutoiement

Parfois tellement au cœur de la vie de ses patientes, le fait que le médecin généraliste utilisait parfois le tutoiement était apprécié chez certaines patientes.

« Comme elle me connaît depuis que je suis petite, elle me dit tu » Patiente 5

3) Le médecin généraliste, guide des patientes

a. Explique et répond aux questions

L'aspect primordial du rôle de guide était d'expliquer aux patientes les éléments de leur suivi en prenant le temps de répondre à leurs questions.

« C'est vraiment le fait qu'elle m'ait tout bien expliqué » Patiente 2

« Il m'expliquait ce qu'il allait faire donc ça, c'était très bien » Patiente 4

« (...) avec les questions si besoin » Patiente 5

b. Conseille les patientes

Secundo, le conseil avait une place fondamentale en cas de doute pour les patientes.

« Toujours en étant guidée quand même, parce que c'est ça un médecin généraliste c'est comme une sorte de guide (...) donc ça peut être un conseil » Patiente 3

« S'il y'a des soucis (...) ce que je dois faire en fonction » Patiente 8

c. Démystifie le suivi gynécologique

En réalisant lui-même le suivi gynécologique, le médecin généraliste l'intégrait dans le suivi général de sa patiente, au même titre que n'importe quel autre examen. Cette mise à niveau désacralisait le suivi gynécologique.

« Si les généralistes bah...généralisent la chose, on sait que ce genre de choses (nb les IST) ça arrivera moins » Patiente 1

« Ça démystifie, ça devient un examen normal (...) Et moi j'aime bien ce côté-là, ça devient quelque chose de normal » Patiente 5

d. Anticipe la question du suivi gynécologique

Le médecin généraliste étant au cœur de la vie quotidienne de ses patientes, cette fonction de guide pouvait débiter en amont de l'âge classiquement utilisé pour débiter le suivi gynécologique.

« Le gynécologue, faut que ça soit nous même qu'on aille le voir et quand on a 14-15 ans on n'a pas forcément l'idée, que si le généraliste nous le propose c'est plus facile. A mes 16-17 ans j'avais du mal à prendre des RDV (...) ça aurait pu se faire plus tôt si ça avait été par un généraliste » Patiente 1

4) La médecine générale, prise en charge de la patiente dans sa globalité

a. Une prise en charge multiple : un médecin pour tout

Ce terme regroupait deux sous-parties : l'idée que le suivi gynécologique devait être regroupé au suivi global et la possibilité de pouvoir prendre en charge plusieurs aspects de la santé par un seul médecin, voire une seule consultation.

« Il traite déjà le reste du corps donc euh... je ne vois pas pourquoi on devrait séparer les deux (...) on peut le voir quand on a mal à la tête, pourquoi pas sur le plan gynéco ? » Patiente 2

« Quand je suis allée me faire vacciner pour la grippe, elle m'a dit il y'a longtemps que vous n'avez pas fait de frottis » Patiente 3

« On y va comme on irait pour renouveler son traitement, aller voir pour sa grippe et en même temps, on fait son frottis ! (rires) » Patiente 5

b. Un dossier unique et centralisé

Le médecin généraliste était le responsable de la centralisation du dossier médical de ses patientes. Il possédait donc toutes les données médicales en un seul endroit.

« Notre médecin généraliste, il a tout son dossier sur nous et ils savent que ça fait un an qu'on n'a pas fait de frottis » Patiente 1

« Je m'étais rendue à une visite chez mon médecin et je lui ai demandé dans combien de temps il fallait qu'on le refasse » Patiente 9

c. Une connaissance des antécédents médicaux de la patiente

Par extension, le fait de connaître les antécédents médicaux de ses patientes permettait au médecin généraliste de les intégrer à la prise en charge lors du suivi gynécologique.

« Elle nous connaît, elle sait les pathologies qu'on peut avoir » Patiente 1

« Bah de bien nous connaître et ça, c'est important » Patiente 4

d. Une connaissance de la personnalité et de l'histoire de la patiente

De même, à force de côtoyer ses patientes, le médecin généraliste connaissait leur vécu et se faisait une idée de leur personnalité. Il pouvait donc également les intégrer à la prise en charge.

« C'est important, c'est plus...la prise en compte de ce qu'on est » Patiente 3

« C'était pas du tout un problème d'aller lui en parler à elle. Elle me connaît, elle connaît mon histoire » Patiente 5

e. Une prise en charge somatique et psychologique

Enfin, une prise en charge du patient dans sa globalité impliquait une prise en compte de son état psychologique, sur le moment et de manière plus générale.

« Il est là pour guérir les problèmes somatiques mais aussi tout ce qu'il y'a à côté et il est là pour participer au bien-être » Patiente 2

« Peut-être qu'il a une vision plus globale de l'être humain, de son patient (...) s'il sent que ce n'est pas le bon jour, on peut reporter à un autre jour » Patiente 3

5) Facteurs inhérents au soignant

a. Son humeur et son tempérament

Le fait d'être face à un soignant au tempérament et à l'humeur agréables facilitait le recours à ce dernier.

« J'étais hyper stressée et elle avait une voix hyper apaisante » Patiente 2

« Elle a toujours un petit mot pour euh...détendre l'atmosphère, faire les choses simplement (...) ça fait plus familial qu'un médecin qui serait très carré » Patiente 8

b. Son aptitude à la réassurance

Il était fondamental que le soignant soit en mesure de rassurer ses patientes.

« Euh bah il m'a simplement dit qu'on allait enlever les fibromes, que c'était une petite opération et que ça allait très bien se passer » Patiente 4

« Il me dit quand même que ça va gynécologiquement, que je suis bien euh...qu'il y'a pas de problème... il me rassure » Patiente 6

c. Sa capacité d'écoute et d'attention

Le fait de savoir écouter et prêter attention au discours des patientes était également un point fondamental.

« (...) qu'elle écoute, qu'elle s'intéresse » Patiente 2

« Pour moi, le spécialiste va à l'essentiel (...) alors qu'avec le généraliste, comme la semaine dernière, il y'a plus de questions (...) je trouve qu'il y'a beaucoup plus d'interrogation » Patiente 7

d. Sa capacité d'adaptation

Découlant du fait de connaître ses patientes et de savoir optimiser son écoute, le médecin généraliste s'adaptait en cas de besoin.

« Je suis quelqu'un d'anxieuse et elle a tendance à adapter son comportement » Patiente 1

« (...) je ne suis pas copine avec les médecins parce que j'ai peur de la maladie (...) elle faisait le nécessaire et pour moi, ça c'est parfait ! » Patiente 3

e. Sa capacité à prendre le temps

Afin de pouvoir optimiser l'écoute, s'adapter à la patiente ou expliquer, le médecin généraliste devait pouvoir prendre le temps.

« Elle a pris le temps en fait, pendant la consultation (...) c'était pas une consultation juste de 15 minutes, elle a vraiment pris beaucoup de temps » Patiente 2

« C'est prendre 5 minutes pour demander au patient comment il va » Patiente 3

f. Son genre : le sexe féminin

Le fait d'être une femme semblait être un facteur facilitant pour la plupart des patientes interrogées

« Bah pour moi c'est très bien, d'autant plus que c'est une femme » Patiente 7

« Est-ce que vous appréciez que ça soit votre médecin traitant qui s'occupe de vous pour ça ? » - « Oui, c'est une femme ! (sourire) » Patiente 9

g. Sa bienveillance et son empathie

Au-delà du tempérament adopté, la capacité d'empathie et la bienveillance envers les patientes étaient de rigueur pour prendre en charge le suivi gynécologique.

« On a su être mises à l'aise, poser les choses à plat » Patiente 1

« Elle a été très bienveillante » Patiente 5

h. Sa gestuelle et son attitude

Les gestes employés durant l'examen et le « langage corporel » du soignant pouvaient également jouer en termes de douleur et de réassurance indirecte.

« Elle a des gestes de contenance, c'est-à-dire qu'elle m'a accompagnée, en me tenant un peu parce que j'avais un peu peur » Patiente 5

« Je n'ai jamais eu de douleur » Patiente 7

i. Son langage

Certaines patientes notaient l'importance que le soignant emploie un langage approprié, que cela soit des termes adaptés afin de faciliter la compréhension de son discours, ou une intonation adaptée aux circonstances.

« Ça dépend de la manière dont on annonce les choses » Patiente 3

« Il y'a (...) aussi des paroles simples (...) s'il y'a des termes compliqués. J'ai déjà eu ça avec des Dermatologues (...) qui sont cantonnés dans leur spécialité » Patiente 3

« Il parle, il me dit allez, on se décontracte ! » Patiente 6

j. Sa rapidité durant l'examen

Il semblait parfois intéressant pour les patientes, qu'au moment de l'examen gynécologique à proprement parler, le soignant puisse avoir des gestes rapides afin de limiter la durée de l'examen.

« C'est qu'elle était assez efficace, je veux dire, assez rapide. On y allait et les gestes étaient rapides, ça ne durait jamais très longtemps » Patiente 5

k. Son ouverture à parler d'autres sujets

Pouvoir aborder des sujets divers et variés était un élément notable et permettait de simplifier le ressenti de l'examen gynécologique

« Je sais qu'elle peut parler d'elle, (...) de tout et de rien, elle n'est pas fermée. J'ai eu l'occasion de pouvoir parler avec elle de plein d'autres choses » Patiente 8

« On parle d'autres choses pendant ce temps-là » Patiente 5

l. Son professionnalisme

Comme dans toute profession, faire preuve de sérieux dans la réalisation de ses fonctions était nécessaire.

« Tant qu'un médecin généraliste fait son travail ! » Patiente 3

« C'est les choses qu'elle va nous donner, qu'elle ne prenne pas nos maladies à la légère » Patiente 7

m. Sa propension à faire participer la patiente

Faire participer la patiente était un élément à prendre en considération.

« Elle m'a parlé, demandé si ça allait, si je ne voulais faire une pause (...) Quand elle me l'a enlevé, elle m'a fait voir mon stérilet : on ne me l'avait jamais fait » Patiente 7

n. Sa prise en compte des craintes

Quand la patiente avait pu exprimer ses craintes, il était important que le soignant les intègre à la planification de la consultation et du suivi.

« Le fait que le médecin (...) qu'il écoute vraiment les craintes » Patiente 2

o. Son jeune âge

Pour un certain nombre de patientes interrogées, être un face à un soignant jeune était potentiellement apprécié.

« (...) moi je pense qu'il faut faire place aux jeunes quand même ! » Patiente 3

6) Facteurs inhérents à une relation soignant/soignée solidement établie

a. L'ancienneté de la relation

Facteur quasi indissociable d'une relation soignant/soignée solide pour les patientes, le fait d'être prise en charge par son médecin depuis un laps de temps conséquent était important.

« Sûr à 100%, c'est au fil du temps (...) c'est au fil du temps que la confiance arrive » Patiente 7

« Depuis des années que je la connais, c'est une habitude » Patiente 9

b. La communication aisée

Le fait de savoir que l'on peut bénéficier d'une communication de qualité était un point primordial à l'élaboration d'une relation médecin/malade durable.

« Quand on peut aller voir le médecin sans avoir d'a priori, sans se dire : ah ben non, ça je ne peux pas lui en parler » Patiente 8

« (...) on parle, on n'est pas bloquées. C'est simple, c'est fluide » Patiente 9

c. L'absence de jugement

Allant de pair avec cette notion de communication aisée, le fait de ne pas ressentir de jugement de la part du médecin était décisif pour les patientes.

« Le fait que le médecin nous écoute sans porter de jugement » Patiente 2

« Le non jugement » Patiente 5

d. Le respect du secret médical

Au-delà du ressenti des patientes, car il s'agissait d'une obligation légale, la dimension du secret médical était néanmoins indispensable à la relation médecin/malade.

« (...) qu'il ne trahisse pas le secret professionnel » Patiente 2

« Le secret, mais ça, vous n'avez pas le choix ! (rires) » Patiente 9

e. L'entente et la complicité

La création d'un contact limpide et la présence d'atomes crochus entre le médecin et la patiente participait activement à l'élaboration d'une relation de qualité.

« Moi j'adore le contact que j'ai avec mon médecin » Patiente 4

« (...) ouais, la complicité » Patiente 4

« Je me suis sentie à l'aise d'emblée. C'est comme ça, je ne sais pas... » Patiente 9

f. La patiente actrice de sa santé

Laisser la patiente participer activement à sa santé et son projet de soin impliquait de lui laisser le choix et s'assurer de sa bonne compréhension au moment des prises de décision.

« C'est plus qu'elle me laissait le choix (...) elle m'a toujours laissé le choix en fait » Patiente 3

« Pas le patient passif » Patiente 5

« J'ai voulu un stérilet donc je suis allée voir un gynécologue (...) sans me le dire, il me l'a posé ! Donc ça m'a surpris ça ! Vous voyez la différence ? (...) moi, j'étais juste venue me renseigner » Patiente 6

g. L'aspect équitable de la relation

Pour certaines patientes, le fait que le médecin les laissait actrices de leur santé allait de pair avec l'élaboration, sur le long terme, d'une relation plus équitable à l'opposé du modèle paternaliste.

« Une relation équitable, une relation pas de dominant/dominé (...) Je ne pense pas que c'est ça qui fonctionne le mieux » Patiente 5

h. La gestion d'un évènement de vie

Le fait que le médecin était présent au cours d'un évènement de vie renforçait la relation avec sa patiente.

« Ça s'est bien passé à ce moment-là (nb demande d'IVG) et elle nous a mis en confiance » Patiente 1

« Quand j'ai su que j'étais enceinte, ce n'était pas une bonne nouvelle (...) j'ai rencontré la remplaçante de mon médecin et qui m'a beaucoup rassurée(...) Après, j'ai basculé tout le suivi avec cette nouvelle médecin » Patiente 2

i. La préservation d'une certaine distance

Malgré tous les facteurs cités ci-dessus, il semblait que le fait de conserver une certaine distance entre le médecin et sa patiente en renforçait la solidité.

« Moi j'aime bien les médecins un peu en distance (...) C'est pour ça que je parle d'une relation de confiance, mais en distance » Patiente 3

j. Le vécu du suivi facilité

Il en résultait que le vécu du suivi gynécologique semblait facilité pour la très grande majorité des patientes interrogées.

« Je pense que quand il y a une relation de confiance qui est instaurée avec le médecin euh... tout ne peut être que bénéfique » Patiente 3

« Je suis à l'aise, j'ai confiance en lui » Patiente 6

7) Facteurs inhérents à l'organisation du cabinet

a. Les délais des rendez-vous

La majorité des patientes interrogées mettaient en avant les délais plus courts de rendez-vous avec leur médecin généraliste versus le gynécologue.

« Les délais de RDV quand même » Patiente 2

« La prise de rendez-vous rapide » Patiente 4

b. La praticité

Ce terme regroupait plusieurs notions. A la fois une praticité d'accès au cabinet et une proximité géographique, mais aussi de manière plus générale dans l'emploi du temps des patientes. De plus, le fait que le médecin généraliste puisse prescrire une contraception en facilitait l'accès du point de vue de certaines patientes.

« (...) si on change de moyen de contraception, c'est quand même beaucoup plus pratique » Patiente 1

« Je trouve ça pratique » Patiente 1

« Ça m'évite d'aller à Rouen » Patiente 6

« De voir plusieurs médecins... c'est beaucoup de temps perdu » Patiente 8

c. Le tarif de la consultation

Contrairement aux spécialistes, le médecin généraliste n'avait pas la possibilité d'appliquer de dépassement d'honoraires ce qui impliquait une différence de frais pour les patientes.

« Le prix ! » Patiente 2

« Déjà, ça coûte une fortune (les consultations de spécialistes) » Patiente 3

8) Facteurs inhérents à la patiente

a. L'information de la patiente

Les patientes devaient être informées qu'un médecin généraliste avait la possibilité de réaliser le suivi gynécologique de routine pour pouvoir faire appel à lui. Elles pouvaient l'être par le médecin lui-même, sa secrétaire ou par des moyens plus détournés, comme le fait de mettre en avant l'obtention du D.I.U.

« Il a même affiché son... diplôme, pour que tout le monde le sache » Patiente 6

« Donc j'ai appelé la secrétaire et elle m'a dit : votre docteur peut le faire si vous le souhaitez » Patiente 7

« Elle m'a dit qu'elle faisait les frottis donc j'ai pris rendez-vous pour ça » Patiente 9

« Il peut être généraliste et avoir fait, comme mon médecin, son diplôme de gynécologie » Patiente 6

Certaines patientes avaient réfléchi à des alternatives pour transmettre l'information

« Il y'a des fois plein de dépliants dans les salles d'attente : on voit de tout comme dépliants ! On pourrait y voir d'autres alternatives au gynécologue » Patiente 8

A noter qu'en cas d'information délivrée par le médecin, il semblait que proposer cette option au début de la relation médecin/malade n'était pas forcément facilitant, ce qui corroborait le facteur d'ancienneté de la relation.

« Tout au début, au bout de 2 ou 3 fois, je ne sais pas si j'aurais accepté » Patiente 7

b. L'entourage féminin suivi par un médecin généraliste

La transmission de l'information prenait une importance particulière quand elle se faisait par l'entourage proche de la patiente. Par exemple, une mère étant suivie par un médecin généraliste sur le plan gynécologique servait indirectement d'exemple à ses filles, ou l'inverse.

« Ma mère est suivie par un médecin généraliste, ma sœur est suivie par un médecin généraliste (...) donc on est allées voir le médecin généraliste » Patiente 2

« Ma mère, elle va chez un gynécologue (...) quand je lui ai dit que mon médecin traitant s'occupait de ça, elle a été étonnée » Patiente 8

c. Le militantisme des patientes suivies

Au-delà d'une simple transmission de savoir, certaines patientes avaient le souhait de militer activement pour propager cette information.

« Moi je suis pour, je suis militante ! » Patiente 3

« Pour le contrôle moi je trouve que c'est l'idéal et c'est ce que je transmettrai à ma fille » Patiente 5

d. Le désir et la volonté d'être suivie

Le fait d'être désireuse d'avoir un suivi gynécologique restait un facteur influent dans la mesure où il donnait aux patientes la volonté de rechercher toutes les opportunités pour y parvenir.

« Parce que je veux être suivie gynécologiquement, je tiens à être suivie » Patiente 6

« C'est quand le spécialiste est parti en retraite (...) il fallait vraiment un suivi parce que je trouvais ça important » Patiente 7

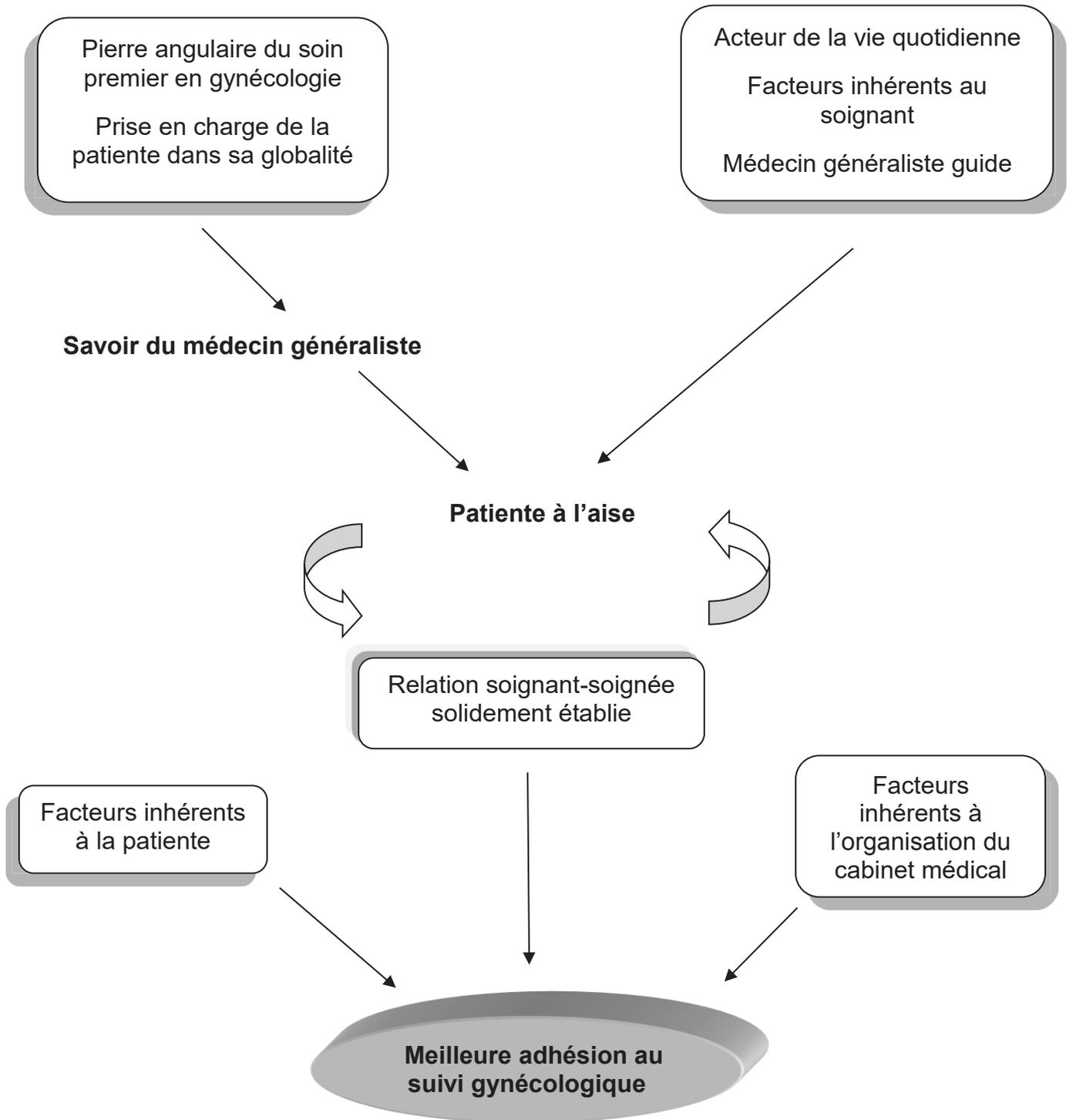
e. Le désir de soutenir la médecine générale

Enfin, il apparaissait chez certaines patientes un réel souhait de soutenir la profession de médecin généraliste

« (...) il faut défendre le métier de médecin généraliste » Patiente 3

SYNTHÈSE DU CODAGE THÉMATIQUE

Le schéma ci-dessous synthétise la mise en lien des différents thèmes cités.



DISCUSSION

FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1) Type d'étude, intérêts et limites

Nous avons choisi pour ce travail d'effectuer une recherche qualitative. Il s'agit d'élaborer une théorie en se basant sur la collecte d'informations ainsi que sur les différents niveaux d'analyse des éléments recueillis.

L'échantillon n'a pas à être représentatif de la population générale. De ce fait, la généralisation des résultats est impossible puisque l'étude ne représente pas la population générale. Pour caractériser l'hétérogénéité de l'échantillon, le questionnaire sociodémographique comprenait 15 items, hétérogènes sur 14 d'entre eux. Il n'était homogène que sur un seul item : le fait que le médecin généraliste responsable du suivi gynécologique soit également le médecin traitant déclaré par la patiente à la sécurité sociale.

Les différents travaux de recherche déjà effectués sur le sujet retrouvés dans la littérature étaient essentiellement axés sur l'association des freins aux facteurs facilitant le suivi gynécologique et/ou comprenaient souvent le point de vue des médecins généralistes. Il était important de se recentrer sur l'avis des patientes, car ce sont les premières concernées par ce suivi. Pour pouvoir proposer une ou plusieurs pistes à des modifications de pratique de manière plus positive, nous avons choisi de nous concentrer sur les facteurs facilitant.

L'une des motivations premières était également de replacer le médecin généraliste au cœur du questionnement. Initialement, les patientes qui n'étaient pas suivies par un médecin généraliste pouvaient être admises dans l'étude : il est très vite apparu que les données recueillies n'orientaient vers aucune hypothèse répondant à la problématique posée. Le fait de ne pas être suivie par un médecin généraliste est donc devenu un critère d'exclusion.

L'originalité de ce travail réside donc dans son approche focalisée uniquement sur la perception des facteurs facilitant le suivi gynécologique, en se centrant sur le point de vue des patientes.

2) Les biais de l'étude

a. Biais de recrutement

Le recrutement mis en œuvre pour ce travail était fixé sur la base du volontariat. De ce fait, les patientes interrogées avaient certainement un attrait pour le sujet traité, ce qui constitue un biais de recrutement.

Afin d'obtenir le soutien d'un interlocuteur préalablement à la première prise de contact avec chaque patiente, les investigateurs avaient d'abord cherché à entrer en contact avec le médecin généraliste référent. Ce dernier, étant informé du déroulement de l'étude, pouvait répondre aux premiers questionnements de femmes susceptibles de répondre aux critères d'inclusion dans sa patientèle. Cette opération avait donc pour but d'éviter aux investigateurs de paraître trop intrusifs d'emblée mais avait le désavantage d'être chronophage. Ainsi, le recrutement était long. Les neuf patientes avaient finalement été interrogées sur l'ensemble de l'année 2018 (de février à novembre).

Nous pouvons nous interroger sur le nombre final de patientes incluses. Dans son travail portant sur les facteurs facilitant et freins au suivi gynécologique en médecine générale présenté en 2018, Madame Aline VERGER (43) avait inclus 14 patientes réparties en 3 focus groupes. Mais par définition, la méthodologie qualitative ne requiert pas d'élaborer à l'avance une taille d'échantillon puisque ce dernier n'a pas à être représentatif. La recherche arrive à son terme à obtention de la saturation des données, ce qui était le cas pour le présent travail.

b. Biais de similarité

L'effet « boule de neige » était utilisé lors du recrutement dans la mesure où chaque médecin ayant répondu favorablement à notre premier contact était invité à faire participer d'autres médecins de sa connaissance. De même, pour chaque patiente interrogée, une invitation à en recruter de nouvelles était également proposée. Aucun médecin n'avait finalement pu transmettre les coordonnées de confrères ou consœurs

suite à sa participation, mais par cet effet « boule de neige », l'une des patientes nous avait permis d'en recruter deux autres. Ces trois patientes avaient un lien de parenté.

Même si l'utilisation de l'effet « boule de neige » ne constituait pas un biais en soi, le fait d'avoir un lien de parenté entre certaines patientes en était potentiellement un. Dans la mesure où chaque individu aurait tendance à considérer inconsciemment de manière plus favorable les personnes qui lui ressemblent, on ne peut écarter une probable éducation médicale proche, un rapport aux personnels soignants et un recours au soin similaires entre ces patientes. On ne peut donc pas écarter le doute que leurs réponses se recoupaient.

c. Biais de désirabilité

Il s'agit du fait de modifier inconsciemment son comportement de manière à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé et/ou observé. Cette catégorie de biais regroupe également les modifications d'attitude occasionnées par la valorisation liée au fait d'être le sujet d'intérêt (effet Hawthorne).

Les entretiens s'étant, de plus, déroulés en huis clos, on ne peut éliminer le biais de désirabilité occasionné.

d. Biais relatifs au déroulement des entretiens

L'étude était réalisée en entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire suivant un guide d'entretien préétabli regroupant une liste de questions ouvertes.

Selon le sociologue William L. NEUMAN (44), on peut retrouver six catégories de biais susceptibles d'apparaître au cours d'un entretien :

- Les erreurs du répondant relatives aux oublis, à la mauvaise compréhension des questions et à la gêne occasionnée,
- Les altérations de l'investigateur qui reformule les questions, modifie les réponses fournies ou en oublie certaines,
- La négligence de l'investigateur : mauvaise lecture d'une question, modification non pertinente de l'ordre des questions etc.,
- Les influences indirectes de l'investigateur, telles que son apparence, le ton de sa voix, son attitude, ses réactions aux réponses,

- Les influences dues aux attentes de l'investigateur en fonction de l'apparence du répondant, de sa situation de vie ou de ses réponses préalables,
- Les erreurs dues à une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats de l'exploration

DISCUSSION ET PERSPECTIVES

1) Mettre en œuvre une communication adéquate et étendue apparaît comme un facteur facilitant

Il apparaît de manière récurrente au cours des neuf entretiens que les patientes n'étaient pas au courant que le médecin généraliste pouvait les prendre en charge pour leur suivi gynécologique. L'information des patientes quant à la compétence du médecin généraliste en gynécologie n'est que très peu optimisée. Deux tiers des patientes interrogées n'étaient pas au courant des possibilités de recours au médecin généraliste dans ce domaine, notamment à la fin de l'adolescence ou au passage à l'âge adulte. Or, ce moment est habituellement recommandé pour l'initiation d'un suivi gynécologique. Seules les patientes ayant au préalable dans leur entourage une femme déjà suivie par un médecin généraliste étaient détentrices de cette information et avaient donc la possibilité de choisir quel serait le praticien référent de leur suivi gynécologique. Cette constatation est corroborée par les résultats du travail de recherche mené en région Rhône-Alpes en 2016 par Madame Caroline TERRIS (42), mettant en avant le fait que la plupart des patientes présentaient une véritable méconnaissance au sujet des modalités de leur suivi gynécologique et sur les professionnels soignant capables d'en assurer la prise en charge.

Il semblerait donc qu'au-delà d'une simple transmission d'information, une opération de communication à grande échelle pourrait être envisagée comme perspective de réponse à cette problématique.

Durant l'un des entretiens, une patiente avait émis l'idée de présenter un dépliant ouvrant sur des alternatives au recours à un gynécologue, dont le médecin généraliste, qui serait mis à disposition dans les salles d'attentes. Dans leur étude menée en 2016 sur l'élaboration et l'évaluation d'une brochure d'information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en médecine générale, Mesdames Stéphanie

MOUCO et Estelle DELORME (45) révélaiient l'impact favorable de ce mode de diffusion de l'information. Le fait que la transmission des données se fasse via un support que les patientes pouvaient emporter avec elles était un argument supplémentaire.

D'autres moyens de diffuser cette information pourraient être envisagés. L'idée qui ressortait comme la plus facilement réalisable serait l'affiche, qui serait ensuite disposée en salle d'attente du cabinet de médecine générale.

A l'image de la tendance actuelle à l'utilisation de supports numériques, la diffusion d'un spot vidéo sur un écran de télévision disposé également en salle d'attente peut constituer une alternative. Lors d'une étude prospective réalisée sur l'hiver 2017-2018 portant sur l'impact d'un spot vidéo diffusé en salle d'attente de cabinets de médecine générale sur la réalisation du dépistage du cancer du col utérin par FCV, il résultait une incitation plus importante à la réalisation du FCV chez les patientes exposées au spot vidéo par rapport au groupe de patientes non exposées (46). Cette option serait d'autant plus intéressante qu'elle permettrait de toucher les patientes illettrées. Si la vidéo était doublée d'une bande sonore, elle toucherait également les patientes non ou mal voyantes.

En s'appuyant également sur les moyens de communication numériques, nous pourrions nous pencher sur l'outil des plateformes utilisées pour la prise de rendez-vous en ligne. La plupart de ces plateformes peuvent être programmées pour que le patient sélectionne le type de consultation demandée lors de la prise du rendez-vous (pédiatrie, séance d'ostéopathie etc.). Le fait de stipuler au sein de cette liste la consultation gynécologique, voire les actes qui s'y rapportent de manière détaillée (frottis, pose de stérilet, pose d'implant etc.) pourrait être une façon détournée d'informer la patientèle quant aux capacités du médecin généraliste.

Dans cette même thématique, l'utilisation des réseaux sociaux pourrait être une alternative similaire, à l'instar de la campagne vidéo lancée par l'association IMAGYN en mai 2018 qui informait et incitait la population féminine à consulter pour un examen gynécologique de routine annuel (47).

Deux patientes avaient mentionné durant leur entretien la spécialisation de leur médecin généraliste en gynécologie via l'obtention du Diplôme Inter Universitaire (D.I.U) de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique. Il avait semblé durant l'analyse du verbatim et le codage de ces entretiens que le fait d'avoir obtenu le D.I.U n'était pas un facteur favorisant en soi mais venait informer la patientèle du médecin généraliste en question de ses compétences dans ce domaine. La mise en avant de ce dernier correspond à un autre moyen de transmettre la notion de recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique. Cependant, cette spécialisation étant un D.I.U et non un diplôme national (D.E.S.C, D.E.S, Capacité), l'Ordre des Médecins en interdit sa stipulation sur les ordonnances et plaques professionnelles donc ces dernières ne pourront pas être utilisées comme support (48). De plus, le seul médecin généraliste obtenteur du D.I.U dans notre panel de médecins généralistes était également le seul homme et le praticien le plus âgé. Il serait donc intéressant d'élaborer une étude de plus grande ampleur et centralisée sur l'impact réel du D.I.U en tant que tel auprès des patientes. A ce jour et à notre connaissance, il n'existe pas de travail de recherche de ce type.

Le rôle d'un secrétariat médical participatif était aussi évoqué. Pour l'une des patientes interrogées, il était la clé de l'initiation de son suivi gynécologique par le médecin généraliste. Le fait d'avoir un secrétariat médical lui-même informé de la compétence du médecin généraliste en gynécologie est donc fondamental. Intégrer la communication d'information au sujet du suivi gynécologique aux patientes dans les fonctions de ce secrétariat semblerait être un moyen non négligeable de diffuser l'information.

Enfin, l'élaboration d'une campagne à l'échelle nationale par les autorités sanitaires pourrait être envisagée. Cependant, elles risqueraient de se confronter au fait que l'amélioration du suivi gynécologique ne présente pas un intérêt majeur pour tous les médecins généralistes.

En 2005, G. LEVASSEUR, C. BAGOT et C. HONNORAT (49) abordaient dans leur article portant sur l'activité gynécologique des médecins généralistes de Bretagne le peu d'importance du nombre d'actes de gynécologie chez certains omnipraticiens. Le manque de temps mais aussi d'intérêt personnel et de formation était mis en avant. Le manque de formation pourrait se voir amélioré avec la proposition de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, qui propose un semestre obligatoire en gynécologie

(ambulatoire, hospitalier ou mixte) (50). Mais il s'avère délicat d'aller à l'encontre du manque de temps et/ou d'intérêt ressenti par certains médecins généralistes.

2) L'attitude du médecin apparaît comme un facteur facilitant

De manière assez homogène, les facteurs inhérents à la façon d'être du soignant en consultation étaient déterminants pour les patientes. On ne peut influencer certains des facteurs mis en avant tels que l'ancienneté de la relation, l'âge ou le genre du praticien mais d'autres facteurs pourraient faire l'objet d'une adaptation.

Les études de médecine débutent par six années de tronc commun dont les trois premières sont dédiées en priorité aux cours théoriques. A partir de la quatrième année, les U.F.R partagent pour la formation des étudiants un temps équivalent entre les cours théoriques et les stages en milieu hospitalier. C'est au cours des stages hospitaliers que l'étudiant applique cliniquement ce qu'il a appris en théorie. Mais il est aussi amené à travailler son attitude face au patient, devenu à présent réel.

Cependant, c'est la validation des cours théoriques qui reste majoritairement prise en compte par rapport aux stages lors des admissions dans les années supérieures.

Il semble donc qu'une valorisation de l'importance des stages en milieu hospitalier par les U.F.R soit une première piste.

Une seconde perspective à envisager serait l'élaboration d'un temps dédié au théâtre et à l'improvisation comme partie intégrante du cursus médical. Dans un article paru en Mars 2015, il était mis en avant que l'ajout de cours de théâtre et d'improvisation au sein des études supérieures était une façon d'optimiser la confiance en soi, d'améliorer l'élocution mais aussi de développer un regard analytique sur son quotidien professionnel (51).

Ainsi, partant du constat d'un déficit d'humanité parmi les étudiants, la faculté de médecine de Nantes a intégré depuis 2006 un stage de théâtre obligatoire pour les étudiants de quatrième année. Le but était de « renforcer l'aisance communicationnelle des futurs médecins » avant qu'ils ne soient confrontés aux patients. Il en est allé de même pour la faculté de médecine de Montpellier.

Cette idée de travailler sur le comportement médical renverrait à ce que le psychiatre hongrois Michael BALINT (52) proposait comme définition de la fonction apostolique

du médecin. Pour lui, il serait fondamental d'encourager les médecins à proposer dans chaque entretien un ajustement de leur comportement qui serait adapté au patient et au contexte. Dans cette optique, il avait créé dès 1949 les groupes BALINT, séminaires regroupant, initialement, des médecins généralistes afin de discuter de la relation médecin/malade autour d'un cas clinique ayant posé problème ou sujet à questionnement (53). Les groupes BALINT existent encore aujourd'hui et ont depuis été ouverts à toutes les catégories de soignants.

Dans un article paru en 2018, l'impact de la participation aux groupes BALINT dans le développement professionnel et personnel de résidents en médecine familiale était étudié. Il en ressortait qu'après une participation régulière à des groupes BALINT, les résidents menaient leurs entretiens de manière différente et avaient gagné en termes d'empathie, de prise de perspective et une meilleure appréciation des expériences individuelles (54).

Les groupes BALINT sont considérés comme validant la formation médicale continue, rendue obligatoire pour les médecins depuis la loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoire » de 2009. Cependant, leur utilisation semble peu optimisée en France, en témoigne le faible nombre de groupes BALINT répertoriés : il n'en existe que 23 dont 8 institutionnels. Il n'existe qu'un seul groupe en Normandie (53). La mise en valeur et le développement de ces groupes pourraient constituer une perspective de travail sur le comportement des praticiens.

3) Optimiser la relation de confiance dans un suivi recentré sur le patient

La relation de confiance était apparue comme un pilier fondamental à l'élaboration du suivi gynécologique. Avant d'envisager de confier ce suivi au médecin généraliste, les patientes soulignaient l'importance d'une relation de confiance solide préétablie avec leur médecin référent.

L'un des aspects cités au sujet de la relation de confiance consistait à laisser la patiente actrice de son suivi, notamment en lui laissant le choix quant aux décisions concernant son suivi gynécologique. Cette idée renvoyait à ce que l'on nomme en sciences humaines et sociales le *consentement éclairé* et qui se définit comme le droit du malade à exercer un choix à la lumière de toutes les informations le concernant (55). Dans son travail de recherche portant sur l'examen gynécologique en décubitus latéral en 2015, Madame Anne-Sophie BOTALLA-PIRETTA (56) soulignait bien cette

importance du choix laissé aux patientes : même les patientes qui n'étaient finalement pas intéressées par le fait d'opter pour cette position notaient de manière positive le fait que le médecin généraliste leur ait laissé le choix.

Un autre point avait été soulevé par les patientes au sujet de la relation de confiance. Il semblait que privilégier une relation plus « équitable » était important pour certaines d'entre elles, laissant de côté l'impression d'une relation où siégerait un « dominant » et un « dominé ». Encore récemment, ce modèle dit paternaliste était de rigueur dans la relation entre le patient et le médecin : il se caractérise par une obéissance unilatérale du patient au médecin, exigeant de lui une certaine compliance (55). Allant en ce sens, certaines patientes avaient également insisté sur l'importance d'un langage adapté à une meilleure compréhension et donc l'abandon d'un certain ésotérisme de la part du médecin généraliste.

La tendance actuelle serait donc, pour les patientes, en faveur de l'abandon du modèle paternaliste pour une relation plus horizontale, une relation avec une décision partagée.

Dans l'optique d'une relation de confiance médecin/malade optimisée, le fait que le médecin généraliste propose une prise en charge globale était souligné par les patientes.

Un certain holisme semblait attendu de la part de nos participantes, c'est-à-dire la prise en compte de tous les facteurs pouvant déterminer l'état du malade dans sa globalité (55). Il apparaissait nécessaire de repenser la patiente comme un individu, une unité indécomposable faisant de chacun un être original (55).

En réponse à cette thématique, nous pourrions nous interroger sur le fait d'avoir recours à un médecin généraliste non traitant pour la réalisation du suivi gynécologique. L'une des neuf patientes avait réfléchi à ce point et en lien avec cette relation de confiance créée avec son médecin traitant, ne voyait pas l'intérêt d'avoir recours à un médecin généraliste non traitant plutôt qu'à un gynécologue ou une sage-femme s'il s'agissait de faire appel à quelqu'un d'autre que son médecin traitant.

Dans un article paru en décembre 2017, le bénéfice de consulter son médecin généraliste était mis en avant dans la population étudiée (les adolescents) en termes de santé globale, de pouvoir parler et de se sentir compris (57). Ce bénéfice était

ressenti comme plus important chez les personnes se déclarant en difficulté. Il apparaissait en revanche que les médecins généralistes avaient tendance à sous-estimer l'impact positif qu'ils pouvaient avoir.

Cet intérêt porté à la relation de confiance, en particulier lorsqu'il s'agit de la santé de la femme, avait déjà été mis en avant par le passé, jusque dans la littérature ou le cinéma.

En 1957, le réalisateur Jean-Paul Le CHANOIS (58) mettait en scène dans *Le cas du Docteur LAURENT* un médecin fraîchement installé dans un village reculé des Alpes Maritimes. Ce dernier, révolté par les conditions d'accouchement contemporaines va initier sa nouvelle patientèle à la méthode de l'accouchement sans douleur, quitte à se heurter à l'opinion publique (voire à celle de ses pairs), afin de privilégier le confort de ses patientes. Il va ainsi créer avec elles une relation de confiance des plus solides, suivant son principe selon lequel « *dans la Médecine, il y a d'abord l'amour* ».

Dans son roman *Le cœur des femmes*, l'écrivain et médecin Martin WINCKLER (59) relate également l'importance de la relation de confiance soignant/soignée. L'intrigue se déroule dans une unité de Médecine de la Femme et par conséquent, la relation de confiance est exclusivement tournée autour de ce thème. L'auteur démontre l'intérêt fondamental d'une relation médecin/malade réorientée en colloque singulier, c'est-à-dire autour d'une discussion toujours singulière entre le malade et son médecin (55). A contrario, l'un des personnages principaux inculque à son élève qu'il est contre-productif de chercher à lutter contre les fondements de cette relation, argumentant de la manière suivante :

« *Notre boulot, ça n'est pas de lui dire que ce qu'elle ressent est "vrai", ou "faux", mais de chercher pour son bénéfice, et avec son aide, ce que ça signifie. Si tu veux que les patientes respectent ton avis, il faut d'abord que tu respectes leur perception des choses ...(...) Une relation de soin, ça n'est pas un rapport de force*»

Il semble donc primordial de replacer l'importance de la relation de confiance à sa juste valeur au sein du cursus médical et ce dès son commencement.

Un enseignement conséquent et surtout régulier en sciences humaines et sociales ou en psychologie durant la totalité du cursus médical pourrait être une alternative.

4) Anticiper le suivi gynécologique en amont

Comme rappelé en introduction, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus quant à l'âge fixé pour initier le suivi gynécologique, ni sa fréquence. Cependant, il était apparu au cours des entretiens réalisés pour cette étude que le fait que le médecin généraliste aborde la question du suivi gynécologique avant l'âge de référence utilisé en pratique courante pour l'initier était un facteur déterminant .

Le fait d'être un personnage ancré dans la vie courante et le quotidien des patientes peut conférer au médecin généraliste un rôle de guide et de conseiller. Ce rôle, il le tient parfois depuis la petite enfance de ses patients car en tant que médecin de famille, il peut soigner ces derniers depuis leur plus jeune âge.

Le médecin généraliste, de par cette place, peut avoir la possibilité d'aborder les questionnements autour du suivi et de « préparer » une jeune patiente à son suivi gynécologique futur. L'une des patientes interrogées soulignait d'ailleurs qu'elle aurait sûrement eu un suivi gynécologique plus assidu si son médecin généraliste avait abordé avec elle les questionnements du suivi gynécologique durant son adolescence, c'est-à-dire avant même qu'elle ne soit vraiment concernée.

Dans un article paru en janvier 2010 prenant en exemple les conséquences des conseils de médecins généralistes danois en matière de sevrage tabagique, il apparaissait que ce rôle de conseil, en plus d'être apprécié par les patients, renforçait la confiance qu'ils plaçaient dans leur médecin (60).

Cette idée de préparer et de travailler en amont sur le suivi gynécologique s'applique également une fois que ce dernier est initié. Allant dans cette idée qu'une consultation gynécologique « se prévoit », l'importance de la fonction de rappel citée au cours de nos entretiens prend tout son sens. Il était apparu que pour la plupart des patientes, le fait que leur médecin généraliste leur rappelle au besoin les échéances des différents éléments de leur suivi gynécologique (frottis, contrôles sanguins, examen clinique etc.) était apprécié et même rassurant.

Une étude parue en août 2017 avait pour objectif de comparer rétrospectivement l'impact de la campagne nationale lancée au Danemark en 2012 au sujet des suivis manqués de résultats anormaux de FCV chez deux groupes de patientes : l'un exposé au rappel du médecin généraliste, l'autre pas (61). Il apparaissait qu'une nette proportion de femmes avait finalement fait contrôler leur frottis dans le groupe

« rappel » versus le groupe témoin. Le suivi de FCV s'en trouvait donc amélioré et ce système de rappel électronique avait montré un réel potentiel.

Dans ce même ordre d'idées, un travail de recherche réalisé en 2016 étudiait l'impact de rendez-vous programmés comparativement à la campagne de rendez-vous ouverts déjà mise en place depuis 1995 en Norvège au sujet de la réalisation du suivi de FCV (62). Il apparaissait qu'une plus grande proportion de femmes (presque le double) faisait contrôler son FCV dans le groupe «rendez-vous programmés ».

Le médecin généraliste aurait donc deux lignes directives à travers cette idée de penser le suivi gynécologique de ses patientes en amont :

- Aborder ce sujet avant l'âge concerné afin de mûrir la réflexion de ses patientes et de les y préparer
- Anticiper la surveillance et la programmation des différents éléments du suivi gynécologique, ce qui renverrait à sa compétence en matière de prévention.

CONCLUSION

La compétence du médecin généraliste en termes de suivi gynécologique de routine est connue. Sa place y est primordiale à l'heure actuelle, renforcée par la raréfaction des gynécologues de plus en plus importante.

Au-delà de pallier un déficit de spécialistes ou de chercher à contrer des problématiques temporelles, géographiques ou financières, le recours au médecin généraliste relève d'un vrai choix pour les patientes.

Les patientes expriment une satisfaction à être suivies par le médecin généraliste en termes de prise en charge globale, de relation soignant-soignée privilégiée et d'intégration du médecin généraliste au sein de leur quotidien. Elles recherchent une anticipation des modalités de leur suivi gynécologique. Il apparaît cependant que la population féminine semble très peu informée des possibilités de recours au médecin généraliste à propos du suivi gynécologique.

Un travail sur ces différents aspects ouvre plusieurs perspectives. Les médecins généralistes désireux de prendre en charge le suivi gynécologique peuvent y voir des propositions afin de modifier leur pratique en ce sens.

Il s'agirait d'acter pour une communication efficace sur la possibilité d'être suivie par le médecin généraliste sur le plan gynécologique. Il faudrait également travailler sur les comportements facilitants de ce dernier et remettre la relation soignant-soignée au centre de la réflexion. La patiente doit être considérée comme actrice de son suivi et la prise en charge globale doit permettre de préparer le suivi gynécologique en amont.

La finalité serait de permettre aux patientes d'avoir toutes les clés en main pour bénéficier d'une prise en charge individualisée et ainsi, d'optimiser l'observance au suivi gynécologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition étymologique
<http://www.cnrtl.fr/etymologie/gynecologie>
2. Dictionnaire Médical.fr, Définition de la discipline « gynécologie »
<http://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/821-gynecologie/>
3. Campus National de Gynécologie Obstétrique, Polycopié en ligne du CNGOF.
Description de l'examen clinique gynécologique
<http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-examen-gynecologique.pdf>
4. INPES, ma première consultation gynécologique
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>
5. InVS, épidémiologie cancer du col utérin
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
6. INPES, calendrier vaccinal 2018
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp>
7. HCSP, Mise à jour calendrier vaccinal HPV : schéma Gardasil ®
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
8. HCSP, Mise à jour calendrier vaccinal HPV : schéma Cervarix ®
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=411>
9. HAS, Synthèse des recommandations en Santé Publique : dépistage du cancer du col
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
10. Institut national du cancer : Cancer du sein, du diagnostic au suivi
<file:///D:/loise210473/Downloads/Cancer-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi-20161129.pdf>
11. Campus Numérique, Item 309
http://campus.cerimes.fr/anatomie-pathologique/enseignement/anapath_32/site/html/cours.pdf

12. Le Webzine de l'HAS. Cancer du sein : dépistage chez les patientes à haut risque
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1740821/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
13. Larousse en ligne. Définition de « maladies sexuellement transmissibles »
http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/infection_sexuellement_transmissible_IST/91647
14. ECN Pilly en ligne, Collège d'Infectiologie ; Item 158. Infections sexuellement transmissibles
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-158-web.pdf>
15. Infectiologie.com, CNR des IST bactériennes
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/reunion/2018-prep-ist/2018-prep-ist-bebear2.pdf>
16. Santé Publique France, « IST : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence »
www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence
17. Santé Publique France, « Infection par le VIH et IST bactériennes. Point épidémiologique » (28 Novembre 2017)
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
18. INPES, Dépistage du VIH et autres IST
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/inpes_829-2.pdf
19. ECN Pilly en ligne, Collège d'Infectiologie. Item 165 : Infection à VIH
<http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-165-web.pdf>
20. Larousse en ligne. Définition de « contraception »
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
21. Université Médicale Francophone, Campus d'Endocrinologie : définition de l'IP
http://campus.cerimes.fr/endocrinologie/enseignement/contraception_hormo/site/html/5.html

22. Campus Numérique. Item 27 (35) : Description des différents contraceptifs
http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item27_1/site/html/cours.pdf
23. Société Française d'Endocrinologie, item Contraception
<http://www.sfendocrino.org/article/803/poly2016-item-35-ndash-ue-2-contraception>
24. Haute Autorité de santé, Méthodes contraceptives
www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
25. Société Française d'Endocrinologie, Item 120/UE 5 : Ménopause et Andropause
<http://www.sfendocrino.org/article/811/poly2016-item-120-ndash-ue-5-menopause-et-andropause>
26. Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Définition de la Gynécologie Médicale
http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25
27. Atlas de démographie médicale en France au 1er Janvier 2018, CNODM
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
28. La démographie Médicale aux horizons de 2030 (DREES, Etudes et résultats)
http://www.centre.paps.sante.fr/fileadmin/CENTRE/PAPS/Choix_du_mode_d_exercice/Besoins_offres_de_sante_et_politique_regionale_de_sante/Etude_DREES_2030.pdf
29. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales au 1er Janvier 2018, CNODM
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf
30. Observatoire de Médecine Générale, Diagnostics les plus fréquents, 2009
<http://omg.sfmq.org/content/donnees/top25.php>
31. CNOSF, modalités d'exercice
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Conditions-g%C3%A9n%C3%A9rales-dexercice.pdf>
32. INSEE, Population par sexe et âge au 1er Janvier 2019
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>

33. INSEE, estimation démographique en 2060
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
34. INSEE, évolution du taux de natalité
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>
35. Etude BVA pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique
http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/736/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf
36. La Webzine de l'HAS, « Dépistage du cancer du col de l'utérus en France » (10 Décembre 2013)
https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galerie_5234776_1651302.html
37. BEH, « Dépistage du cancer du col de l'utérus et actes associées chez les femmes de moins de 25 ans entre 2007 et 2013 » (Octobre 2016)
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_2.html
38. HAS, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col (Juin 2010)
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
39. « Le CNGOF ouvre ses portes aux Médecins généralistes »
Le Panorama du Médecin, N° 5038 (Novembre 2006)
40. CHAMPEAUX Rémi « Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres » Thèse de Doctorat en Médecine (Poitiers, Juillet 2013)
41. CARLES-FERREIRA Karine « Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi » Thèse de Doctorat en Médecine (Nice, Mai 2013)
42. TERRIS Caroline « Quels sont les déterminant et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de Médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes » Thèse de Doctorat en Médecine (Lyon, Décembre 2016)

43. VERGER Aline «Facteurs favorisants et freins ressentis par les patientes à faire effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin généraliste » Thèse de Doctorat en Médecine (Limoges, Juin 2018)
44. NEUMAN William L., « Social Research methods: qualitative and quantitative approaches” (1991)
45. MOUCO Stéphanie et DEMARE Estelle « Elaboration et évaluation d’une brochure d’information sur le suivi gynécologique destinée aux patientes consultant en Médecine générale » Thèse de Doctorat en Médecine (Grenoble, Décembre 2016)
46. Etude « impact d’un spot vidéo en salle d’attente sur la réalisation du test de dépistage du cancer du col de l’utérus »
<https://congrescngc.fr/abstract2018/>
47. Association IMAGYN, campagne « Une fois par an » (Mai 2018)
48. Ordre National des Médecins, Titres et mentions autorisées
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/titres.pdf>
49. LEVASSEUR G., BAGOT C. et HONNORAT C. « L’activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne »
Santé Publique, Vol. 17 (2005)
50. Maquette réforme du 3ème cycle des études médicales, ISNAR-IMG
<https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/170228-DES-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-La-maquette.pdf>
51. « Le théâtre comme outil de formation dans les écoles et universités »
Le Figaro Etudiant (Mars 2015)
<https://etudiant.lefigaro.fr/orientation/actus-et-conseils/detail/article/le-theatre-comme-outil-de-formation-dans-les-ecoles-et-universites-12563/>
52. BALINT Michael « Le médecin, son malade et la maladie » 2003
53. Fonctionnement des groupes Balint
<https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>
54. JOUEUR M., FREEDT JR., DIAZ V., BROCK C., CHESSMAN A., THIEDKE C., JOHNSON A. “Le rôle de la formation de groupe Balint dans le développement professionnel et personnel des résidents en médecine familiale »
The International Journal of Psychiatry in Medicine, (Janvier-Mars 2018)

55. DRAPERI C., Notions de Sciences Humaines et Sociales, cours de PACES, Université de Picardie Jules Verne
<http://www.memrise.com/course/199288/notions-shs-paces/1/>
56. BOTALLA-PIRETTA Anne-Sophie « Examen gynécologique en décubitus latéral : ressenti de patientes et de professionnels de santé en France. » Thèse de Doctorat en Médecine (Rouen, Octobre 2015)
57. TUDREJ BV., HEINTZ, REHMAN MB., MARCELLI D., INGRAND P., RELIURE P. « Même s'ils n'en ont pas conscience, les médecins généralistes améliorent le bien-être de leurs patients adolescents »
European Journal of General practice, (Décembre 2017)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28714758>
58. Jean-Claude Le CHANOIS, « Le cas du Docteur LAURENT », 1957
59. WINCKLER Martin « Le cœur des femmes »
60. GUASSORA AD., GANNIK D. « Développer et maintenir la confiance des patients lors des consultations de médecine générale : le cas des conseils de sevrage tabagique »
Patient Education & Counseling (Janvier 2010)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19505788>
61. KJAER-KRISTIANSEN B., ANDERSEN B., BRO F., SVANHOLM H., VEDSTED P., « Impact des rappels d'omnipraticiens sur le suivi d'une cytologie cervicale anormale: étude avant-après dans la pratique générale danoise »
British Journal of General Practice (Août 2017)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519130/>
62. LÖNNBERG S., ANDREASSEN T., ENGESAETER B., LILLEN R., KLEVEN C., SKARE A., JOHANSSON K., STANGELAND-FREDHEIN C., TROPE A.,
« Impact des rendez-vous prévus sur la participation au dépistage du cancer du col utérin en Norvège: une intervention randomisée »
British Medical Journal, (2016)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5128903/>

ANNEXES

1) Guide d'entretien

Présentation de l'étude

Rappel de l'anonymat

Demande de l'accord de participation et d'enregistrement

Données socio démographiques

- Âge
- Situation familiale (célibataire, concubinage, mariée, veuve)
- Situation professionnelle
- Type d'habitation (rural, semi urbain, urbain) / Distance avec spécialiste/MG

Données gynéco obstétriques

- Gestité, Parité
- Contraceptif ou non, quel type
- Antécédents gynécologiques (conisation, ablation de kyste, seins etc.)
- Fréquence consultations gynéco

Suivi par le Médecin Généraliste

- Depuis ? (nombre d'années)
- Nombre de Médecins antérieurs

« Comment s'est passé votre dernière consultation gynécologique ? »

- Il y'a combien de temps
- Déroulement de la consultation / gestes / motif etc.
- Propre initiative ou pas (organisation de la consultation +/- des autres)

« Est ce que cette consultation vous a marqué plus qu'une autre ? Pourquoi ? »

« En général, le suivi gynécologique vous y voyez du positif ou c'est toujours négatif ? »

« Même si c'est pénible, en avez-vous déjà tiré du bénéfice ? »

« Avez-vous (ou une femme de votre entourage) déjà vécu une expérience (façon de faire, dire, agir) positive lors d'une consultation gynécologique ? Pourriez-vous me la raconter ? »

« Comme vous le savez un médecin Généraliste peut légalement s'occuper du suivi gynécologique classique des patientes : qu'en pensez-vous ? »

« Avez-vous déjà été suivi sur le plan gynécologique par quelqu'un d'autre qu'un MG ? Pourriez-vous m'en parler ? »

- Qui ?
- Avez-vous noté des différences depuis que c'est le MG ?
- Y avait-il une raison particulière à ce changement ?

« Quelle est votre image du MG dans le suivi gynéco ? »

« (Nous avons plusieurs fois abordé le sujet de la confiance) Depuis plusieurs années le terme de relation de confiance est apparu comme partie intégrante de la pratique de la Médecine : que vous évoque ce terme (en Médecine) ?

3) Affiche salles d'attente

Mesdames,

Mesdemoiselles,

Je suis actuellement en dernière année d'études de Médecine Générale et je suis à la recherche de patientes à interroger pour mon travail de thèse.

Je réalise une étude sur le suivi gynécologique en Médecine Générale : si vous êtes âgée de 18 à 75 ans et que vous vous faites suivre sur le plan gynécologique par un Médecin Généraliste, votre avis m'intéresse !

Si vous êtes d'accord, j'aimerais vous poser quelques questions au cours d'un entretien d'une trentaine de minutes (maximum) : tout ce que vous me direz restera anonyme. Votre Médecin pourra vous apporter des renseignements supplémentaires et il me transmettra vos coordonnées si vous souhaitez participer à cette étude.

Je vous remercie d'avance de votre attention et de votre confiance

Suzanne LOISEAU

4) Formulaire accord patientes

Le :

A :

Je soussignée, Madame / Mademoiselle

.....

Née le

Atteste avoir été informée des conditions de réalisation, de la question de recherche et des objectifs du travail de thèse en Médecine Générale de Mademoiselle Suzanne LOISEAU.

J'atteste également être en accord avec les conditions d'enregistrement de l'entretien et avoir été assurée de la préservation d'anonymat pour la réalisation de ce travail de thèse.

Bon pour faire valoir ce que de droit,

Signature :

5) Accord C.N.I.L

CNIL

3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

Cadre réservé à la
CNIL

N° d'enregistrement :

2017215041510

DÉCLARATION NORMALE

(Article 23 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1. Informations générales

Nom et prénom ou raison sociale : UFR ROUEN
NORMANDIE

Sigle (actuel) :

N° SIRET : 197619042 00348

Service : DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Code APE : 8542Z Enseignement supérieur et
post-secondaire non supérieur

Adresse : 22 BOULEVARD GAMBETTA

Code postal : 76000 - Ville : ROUEN

Téléphone : 0235148446

Adresse électronique : LUCILLE.PELLERINI@UNIV-
ROUEN.FR Fax :

2. Informations complémentaires

(Si vous précisez quel est le service ou l'organisme qui effectue, en pratique, le traitement)

Si le traitement est assuré par un tiers (prestataire, sous-traitant) ou un service différent du déclarant, veuillez compléter le tableau ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale : LOISEAU
SUZANNE

Sigle (Facultatif) :

N° SIRET :

Service :

Code NAF :

Adresse : 36 RUE SAINT SEVER 0634551357

Code postal : 76100 Ville : ROUEN

Téléphone : 0634551357

Adresse électronique :

LOISEAU SUZANNE@GMAIL.COM

Fax :

3. Finalité et objectif du traitement

Quelle est la finalité ou l'objectif de votre traitement (exemple : gestion du recrutement) :

RECUPÉRATION DE NUMÉROS DE TÉLÉPHONE OU EMAIL POUR UNE PRISE DE CONTACT DANS
LE BUT DE RECRUTER DES PATIENTES POUR DES ENTRETIENS S'INSCRIVANT DANS UNE
RECHERCHE SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE EN VUE DE LA THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

Salariés Usagers Adhérents Clients (actuels ou potentiels) Visiteurs

Autres (si elles précises) : patientes

Si vous utilisez une technologie particulière, merci de préciser laquelle (si applicable) :

Dispositif sans contact (Ex. : RFID, NFC)

Mécanisme d'anonymisation

Carte à puce

Géolocalisation (Ex. : GPS couplé avec

GSM GPRS)

Videoprotection

Nanotechnologie

Autres (préciser) : téléphone et email

Catégories de données	Origine (comment avez vous collecté ces données ?)	Durée de conservation (combien de temps conserverez-vous les données sur support informatique?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
État-civil, Identité, Données d'identification.	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez jusqu'à soutenance de la thèse	Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre
Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez jusqu'à soutenance de la thèse	Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre
Vie professionnelle (CF, scolarité, formation professionnelle, distinctions, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez jusqu'à soutenance de la thèse	Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre
Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)	<input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input type="checkbox"/> Autres, précisez	Destinataires :
Données de connexion (adresse IP, logs, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée <input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 1 an <input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle <input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez Jusqu'à soutenance de la thèse	Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre
Données de localisation	<input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée	<input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois	Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

(déplacements, données
GPS, GSM, etc.)

De manière indirecte.
Précisez :

1 an
 Pendant la durée de
la relation contractuelle
 Autres, précisez
Jusqu'à soutenance de la
thèse

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

5

En gris, apparaissent les données « sensibles », dont le traitement est particulièrement encadré par la loi : ces données ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation

<p>N° de sécurité sociale (NIR)</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 3 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 1 an</p> <p><input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>	<p>Destinataires :</p>
<p>Infractions, condamnations, mesures de sûreté (réservé aux auxiliaires de justice)</p>	<p><input type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 3 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 1 an</p> <p><input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, précisez</p>	<p>Destinataires :</p>
<p>Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, vie sexuelle, données de santé, origine raciale ou ethnique</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Directement auprès de la personne concernée</p> <p><input type="checkbox"/> De manière indirecte. Précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 3 mois</p> <p><input type="checkbox"/> 1 an</p> <p><input type="checkbox"/> Pendant la durée de la relation contractuelle</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Autres, précisez Jusqu'à soutenance de la thèse</p>	<p>Destinataires : Le chargé de mise en oeuvre</p>

6

Procédez-vous à des échanges de données ? Non

Oui, avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant

Oui, avec des organismes extérieurs au déclarant

7

Veuillez cocher les cases correspondant aux mesures de sécurité que vous prenez :

L'accès physique au traitement est protégé (bâtiment ou local sécurisé)

Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex. : mot de passe individuel, carte à puce, certificat, signature...)

Une journalisation des connexions est effectuée

Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié (non relié à internet)

Si des données sont échangées en réseau, le canal de transport ou les données sont chiffrés

8

Transmettez-vous tout ou partie des données traitées vers un pays situé hors de l'Union européenne et n'assurant pas un niveau de protection suffisant (cf liste à jour de ces pays sur la carte interactive du site internet de la CNIL www.cnil.fr/vos-responsabilites/le-transfert-de-donnees-a-letranger.)

Oui Non

!

Si oui, merci de compléter l'annexe « Transfert de données hors de l'Union européenne »

9

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant d'en obtenir communication. Cf. article 32 de la loi + modèles de mentions dans la notice

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

- Mentions légales sur formulaire Affichage
 Mentions sur site internet Envoi d'un courrier personnalisé
 Autres mesures, précisez : directement à la personne concernée

Veuillez indiquer les coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès :

Nom et prénom ou raison sociale : UFR ROUEN NORMANDIE Sigle (facultatif) :
N° SIRET : 197619042 00348
Service : DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE Code NAF : 8542Z Enseignement supérieur et post-secondaire non supérieur
Adresse : 22 BOULEVARD GAMBETTA
Code postal : 76000 Ville : ROUEN Téléphone : 0235148446
Adresse électronique : LUCILLE.PELLERINI@UNIV-ROUEN.FR Fax :

10

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Nom et prénom : LOISEAU SUZANNE
Service : SUZANNE LOISEAU
Adresse : 36 RUE SAINT SEVER 0634551357
Code postal : 76100 Ville : ROUEN Téléphone : 0634551357
Adresse électronique : LOISEAU.SUZANNE@GMAIL.COM Fax :

CNIL.

3 Place de Fontenoy - TSA 80718 - 75334
Paris cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr



Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

NOM et prénom : LOISEAU SUZANNE

Date le : 09-02-2018

Fonction : Médecin, Praticien

Signature

Adresse électronique :

LOISEAU SUZANNE@GMAIL.COM

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL, 3 Place de Fontenoy - TSA 80718 - 75334 Paris cedex 07.

6) Occurrences

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	Total
Thèmes	Codes										
<i>Le MG, pierre angulaire du soin premier en gynécologie</i>	Premier recours et suivi de routine	2	2	4	1	4			1	3	17
	Rappelle les éléments du suivi gynécologique	3	2	1	1	1	1		2		11
	Adresse aux gynécologues	1	4	3	2	1			1	1	13
	Gère les situations aiguës ou urgentes	1			2				1		4
	Prescrit des examens complémentaires			1	2			1			4
	Assure la continuité du soin et du suivi	1		1	3	1		4			10
	S'assure de la prévention		1	1							2
<i>Le MG, acteur de la vie quotidienne des patientes</i>	Emploie le tutoiement					1					1
	Soigne les enfants des patientes				1		1	1			3
	Est consulté durant la grossesse	1			1						2
	Est un personnage de proximité	2	3		3	2	1	1	3	2	17
<i>Le MG, guide des patientes</i>	Démystifie le suivi gynécologique	1				3			1		5
	Conseille les patientes			2	1	1		2	1		7
	Explique et répond aux questions		2	1	5	1					9
	Anticipe le suivi gynécologique	2									2
<i>La Médecine générale, prise en charge de la patiente dans sa globalité</i>	Connaissance des antécédents du patient	2			3	1					6
	Connaissance personnalité + histoire patient			1	3	1					5

	PEC somatique et psychologique		1	1						2
	PEC multiple : un médecin pour tout	3	6	1	1	1		1	2	15
	Dossier unique centralisé	1			1	1		1	1	6
<i>Les facteurs inhérents au soignant</i>	Capacité d'écoute et d'attention		2		6			1		9
	Capacité d'adaptation à la patiente	3	1	3			1			8
	Réassurance		2		3	1	2	2		10
	Prise en compte des craintes		1							1
	Bienveillance et empathie	2				3				5
	Humeur et tempérament	1	3				3		6	13
	Langage			3			1			4
	Capacité à prendre le temps		4	1	1					6
	Genre : le sexe féminin			1	2			1	3	8
	Jeune âge			1						1
	Gestuelle et attitude			2	1	1		1		5
	Rapidité de l'examen					3				3
	Propension à faire participer la patiente							2		2
	Ouverture à parler d'autres sujets					1			2	3
	Professionalisme			1				1		2
<i>Les facteurs inhérents à une relation soignant-soignée solidement établie</i>	Ancienneté de la relation	1		2	2	3	1	3	3	16
	Absence de jugement		1			1			1	3
	Communication aisée	2	1	1	1	1			3	10
	Respect du secret médical		2							3

	Relation « équitable »					2					2
	Entente et complicité				3	1				3	7
	Gestion d'un évènement de vie	1	1					1			3
	Préservation d'une certaine distance			1							1
	Patient actrice de sa santé			3		2	1				6
	Vécu du suivi et examen facilités	11	2	7	1	3	2		2	1	29
<i>Les facteurs inhérents à l'organisation du cabinet médical</i>	Praticité	1		1			1		1		4
	Délais de RDV	3	1	1	1	1					7
	Prix de la consultation		1	1							2
<i>Les facteurs inhérents à la patiente</i>	Désir d'être suivie			1			1	1		1	4
	Entourage féminin déjà suivi gynécologiquement par un Médecin généraliste		3			2	1		1		7
	Militantisme de patientes suivies		1	1		1		1			4
	Désir de soutenir la Médecine générale			1							1
	Information de la patiente	3					3	4	5	1	16

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Actuellement en France, les femmes sont insuffisamment suivies sur le plan gynécologique. Les freins éventuels ressentis par les patientes ont déjà été étudiés. Les compétences du médecin généraliste au sujet du suivi gynécologique sont connues : de plus, la démographie médicale montre une tendance à l'appauvrissement du nombre de gynécologues.

L'objectif était de déterminer quels sont les facteurs facilitant le recours à un médecin généraliste pour le suivi gynécologique, du point de vue des patientes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menés auprès de 9 patientes vivant en Seine-Maritime entre Février et Novembre 2018. Une variabilité de l'échantillon ainsi qu'une saturation des données étaient recherchées.

RÉSULTATS

Lors du codage, 8 thèmes étaient mis en avant : le médecin généraliste pierre angulaire du soin premier en gynécologie, le médecin généraliste acteur de la vie quotidienne des patientes, le médecin généraliste guide des patientes, la médecine générale comme prise en charge de la patiente dans sa globalité, les facteurs inhérents à une relation soignant-soignée solidement établie, les facteurs inhérents au soignant, les facteurs inhérents à l'organisation du cabinet médical et les facteurs inhérents à la patiente.

CONCLUSION

Au-delà de palier un simple manque de gynécologues ou des difficultés logistiques, le recours au médecin généraliste pour le suivi gynécologique est vécu comme bénéfique pour les patientes ayant fait ce choix. Ce bénéfice se manifeste à plusieurs niveaux. De nombreuses perspectives peuvent s'envisager : communication adéquate au sujet des compétences du médecin généraliste, anticipation du suivi gynécologique, travail sur le comportement du soignant et sur la relation médecin-malade. Des questionnements plus approfondis au sujet de ces différentes perspectives offrent des possibilités concrètes afin de fidéliser l'adhésion des patientes au suivi gynécologique.

MOTS-CLÉS

Suivi gynécologique, médecine générale, relation médecin-malade, enquête qualitative