



HAL
open science

Regard des femmes généralistes sur leur parcours gynécologique : enquête qualitative auprès de 19 médecins généralistes de Gironde

Solène Rémy

► **To cite this version:**

Solène Rémy. Regard des femmes généralistes sur leur parcours gynécologique : enquête qualitative auprès de 19 médecins généralistes de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02493458

HAL Id: dumas-02493458

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02493458v1>

Submitted on 27 Feb 2020

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

N° 81

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

Présentée et soutenue publiquement

Le 21 Juin 2019

Par REMY Solène

Née le 23 Janvier 1989 à Fontaine-lès-Dijon (21)

**REGARD DES FEMMES GENERALISTES SUR LEUR PARCOURS
GYNECOLOGIQUE
ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE 19 MEDECINS GENERALISTES DE GIRONDE**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Denis ROUX

Jury

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Juge et rapporteur
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Madame le Docteur Claire LECOQ	Juge
Monsieur le Docteur Denis ROUX	Juge et directeur

« Peut-être parce que, quelque part, quand on a une consœur ou un confrère en face de soi, y a un peu de soi-même »

« Suivre quelqu'un de médecin c'est un peu comme suivre un ami ou suivre quelqu'un de sa famille »

« Autant de femmes médecins, autant de personnes différentes quoi. On est tous différents, qu'on soit médecin ou pas »

MG12



« Faut déjà un minimum s'occuper de soi-même pour bien s'occuper des autres »

MG13



« Vous pouvez pas être juste patient sans être médecin à la fois. C'est vraiment une fonction globale »

MG19



« Parce que j'ai cette idée préconçue que j'ai pas à consulter parce que je suis médecin, je suis censée savoir. Je pense que dans ma tête, je suis censée me soigner seule »

MG18



« Mais redevenons aussi des patients pour notre propre bien-être, notre propre santé »

« A mon avis le plus riche et le plus intéressant, le plus chronophage dans notre métier c'est d'avoir l'intelligence de rassembler tout ça et de donner un sens au cursus du patient.

Voilà. »

« Le médecin qui consulte doit pouvoir [...] lâcher tout son savoir »

MG5

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury :

A Monsieur le Professeur Dallay,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Castera,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité, car nous savons que ce n'est pas simple. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Petregne,

Un grand merci d'avoir accepté de rapporter et juger mon travail de thèse. C'était important que ce soit vous. J'ai fini l'internat avec vous en dernier semestre et vous êtes là aujourd'hui, pour le dernier chapitre de ces longues et belles études.

A Madame le Docteur Lecoq,

Que te dire... Le semestre passé auprès de vous, la team Mat C, a été sans nul doute un des plus marquants de mon internat. Que tu aies accepté de juger mon travail représente beaucoup pour moi. Merci pour tout ce que tu m'as appris et ta disponibilité.

A Monsieur le Docteur Roux,

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Tu as apporté un autre regard sur ces pages, avec curiosité et philosophie. De notre dernière relecture je retiendrai que « Pallier » est un verbe transitif ! Je profite également de ces quelques lignes pour te remercier, bien sûr, pour ce semestre passé à la maternité.

Un grand Merci à partager

Pour **toutes les équipes médicales et paramédicales** des services qui m'ont accueilli comme jeune étudiante puis externe et enfin interne. Tellement d'hôpitaux, de services, de gardes... tellement d'heures passées auprès de personnes toutes différentes mais qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Un remerciement particulier au **service de médecine interne de Dax**, au Professeur Lifermann, Emilie et Mathilde et leur équipe paramédicale explosive ! Je n'aurai pas pu imaginer mieux comme premier semestre d'internat. De la rigueur dans les connaissances comme dans l'humain... j'ai tout fait pour que ce bagage me suive au cours des semestres qui ont suivi.

Pour tous **les patients et leurs familles** rencontrés au fil de ces années et qui m'ont laissé apprendre de leurs histoires, des belles comme des plus tristes.

Aux **médecins** qui m'ont confié leurs patients dans mes premiers pas de remplaçante et encore maintenant ! Je continue d'apprendre en permanence grâce à vos conseils et retours. Merci !

A **toute l'équipe de Saint Médard** qui s'est engagée à m'accueillir comme associée, merci pour votre attention dans cette dernière ligne droite, entre installation et thèse, mais surtout pour votre confiance!

Pour **mes amis de toujours**,

Marie-Claire, ma taupe-copine bien évidemment tu as la 1^{ère} place ! Depuis nos 3 ans (2 ans et demi pour ma part !!) nos chemins se suivent. Des bancs de la maternelle aux bancs publics où nous finirons quand nous serons vieilles, quoi de mieux que de repenser à toutes ces années accumulées pour lutter contre Alzheimer !! Quel programme taupissime !

Aux Dijonnais, la bande dont on taira le nom, vous faites partie de ma vie et ce n'est pas prêt de changer ! **Nancie**, tu es devenue parisienne mais sache que tu as ta place en région bordelaise si jamais tu t'en lasses... **Jim**, le fou du barbeuk, au plaisir de te retrouver... Ma **Za**, petit félin, tu es devenue maman et la bande s'est agrandie ! Un remerciement particulier à toi et Xav pour avoir relu ma thèse entre 2 couches !

Marion, le contact est peut-être un petit peu plus décousu ces derniers temps mais ton amitié compte beaucoup, bravo pour la belle famille que tu as !

Aux Bordelais (pas tout à fait bordelais),

Marine, ma « copine de lycée » !! Merci de toujours faire partie de ma vie, le rendez-vous des 10 ans est déjà bien derrière nous ! On fêtait le bac ensemble il y a quelques années, maintenant on peut fêter officiellement la fin de nos études (j'ai juste été un peu plus longue que toi sur ce coup !) Je n'aurai pas pu traverser ces années sans toi. Merci pour ta relecture et ton anglais ! Tellement hâte de découvrir votre mini-vous!

A **mes copocs ! Aude** et ma doudou d'amour (#bouffecaca) ! C'était une coloc improbable mais tellement plus encore ! On a encore de belles années devant nous, allez je m'éclipse « tatatata... ta »! (T'as intérêt à comprendre !!)

Copoc J. On traverse une erreur de parcours mais je sais que nous nous retrouverons !

A **l'équipe ! Benji et Polo** avec vos agendas de grands ministres, un jour on y arrivera !

Tibou, merci d'être là avec ta présence reposante à toute épreuve et tes Dile que no et enchufla parfois un peu (trop) endiablés ! **Agnès** (j'ai résisté à mettre ton surnom !) je suis heureuse de te compter dans mes amis, tu as un beau et sacré projet de vie devant toi, félicitations et bienvenue Nico !!

A tous les autres scouts d'ici ou d'ailleurs que j'ai pu croiser dans mon parcours. Tous ces moments de nature et partage m'ont permis de décompresser et de me construire !

A **la team animation ! Julien...** grâce à toi je suis la plus heureuse des schizophrènes ! Toutes mes personnalités te remercient infiniment (sauf Perl Sonne)!!

Jérôme, nous ne retiendrons pas cette colo où j'ai mangé la neige, non, nous retiendrons ces retrouvailles lors de nos soirées Quelle Joie ! Tu es une belle personne !

A **mes collègues de Picard !** Ma « petite pause hebdomadaire » au milieu de l'externat ! J'ai adoré bosser avec vous dans le meilleur magasin de la région ! Merci pour votre bonne humeur !

A **Joh, Tif** et bébé Hugo, merci pour votre bonne humeur constante et pour avoir suivi l'avancé de ce travail. Je suis tellement heureuse pour vous !

Nico, Laeti... bientôt voisins... préparez le tuyau d'arrosage !

Boris, Hervé, Virginia, Anaïs, je suis ravie de vous connaître et d'agrandir le cercle d'amis avec vous !

A mes amis de médecine,

Alex, pour les P1 et pour nos retrouvailles d'aujourd'hui. Je t'admire, tu le sais mais je te le redis. Tu seras un incroyable médecin !!

Clém, Florent, Vivien, on en a fait de la route depuis la P2 !!

Aux navalais, **Laure** et **Sarah** (et les autres !), l'externat à vos côtés ressemblait juste à une belle poche de M&M's lors de nos innombrables sessions BU ! Vous êtes géniales !!!

Sarah fox, ma « copine de voyage » ! Des kilomètres parcourus parfois en milieux hostiles mais que de bons moments ! Je retiendrai jusqu'à la fin de mes jours l'anecdote de ton 1^{er} achat de sac de couchage !! Tu es une amie précieuse... A nos prochaines aventures !

Thomas et Julie, les colocs de Dax ! Ceux qui vous connaissent, connaissent aussi vos Croquettas®... C'est toujours un plaisir de se faire des petites soirées ! Vous êtes un beau couple et je suis ravie de vous compter comme amis ! La bise à vos « petits » !!

Charles, tu es d'un calme à toute épreuve et ça m'impressionne ! 2019 est une sacrée année pour toi aussi, je vous souhaite une belle vie à trois dans votre Bretagne avec Marine mais je vous préviens, on viendra squatter parfois !

Mylène, co-interne, amie et acolyte de « week-end thèse » ! On ne s'en sort pas si mal, les fruits secs ne nous auront pas eu !!

Hélène, Sophie et Loïc... La coloc du Bonheur !! Y a eu de sacrés moments partagés et la naissance de brillantes idées (à commencer par cette thèse !) comme s'offrir un aquarium (devin ?) !

Claire, tu m'as assisté dans mes premiers pas de remplaçante... merci pour ta disponibilité et tes conseils. Dans 2 mois, on sera quasi voisines et je compte sur toi pour m'assister dans mes premiers pas de « jeune installée » !!

A tous ceux que je ne nomme pas mais qui ont compté pour moi dans certaines étapes de ces études, compagnons de boulot ou de stage. Des chemins se sont peut-être séparés mais merci pour tout !

A ma famille

A commencer par **ma fratrie**... Je vous dois tellement. Vous êtes mon pilier. Merci !

Pri, je suis tellement heureuse de t'avoir retrouvée « plus grande ». Tu es devenue aujourd'hui indispensable à mon équilibre !

Julien, merci de supporter ma sœur au quotidien, je sais que ce n'est pas facile... mais qu'est ce que vous gérez !! Merci de m'avoir offert 2 petites nièces le jour de mon anniversaire, c'est un sacré cadeau ! La Wapiteam a encore de belles années devant elle !

Ophélia, tu es peut-être un peu plus loin mais tu ne comptes pas moins à mes yeux. Merci de me supporter et de m'écouter ! Je suis une tata de compèt grâce à vous !

Valou, tu fais ton petit bout de vie avec Nehms et je suis ravie pour vous. Vous vous êtes sacrément bien trouvés tous les deux. Vous êtes toujours les bienvenus à la maison !

Nini, the last but not the least (on dit bien comme ça ?) , j'ai été plus que ravie de t'avoir comme coloc pendant ces 2 petits mois ! Le robot pâtissier attend ton retour avec impatience (les gnocchis sont finis !!!) !

A ma grand-mère, **Mamie**, tu nous vois évoluer de loin mais avec affection je le sais. Promis, je t'appellerai plus souvent !

A mes parents

A **ma belle-famille**, vous m'avez accueilli dans votre famille et m'avez confié (un peu) votre fils... Je vous remercie d'avoir fait de lui l'homme qu'il est, je suis chanceuse !

Et enfin, à toi, **Alain**, avec qui je prévois de ne jamais venir à bout de notre To Do List ! Je te remercie très particulièrement pour ton incroyable soutien. Tu m'es devenu indispensable, merci partenaire...

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS	13
TABLE DES ABREVIATIONS	14
LEXIQUE	15
I. INTRODUCTION	17
A. Question et objectifs de recherche	21
II. MATERIELS et METHODES	23
A. Choix de la méthode	23
B. Recherches bibliographiques	23
C. Constitution de l'échantillon de participantes	23
D. Réalisation du guide d'entretien	24
E. Consentement et collecte des informations	25
F. Analyse des données	25
G. Le cadre réglementaire	26
III. ANALYSE ET RESULTATS	27
A. Description de l'échantillon : les résultats quantitatifs	27
1. Profil : âge, statut familial	27
2. Mode et lieu d'exercice	28
3. Pratique de la gynécologie au cabinet et formation	28
4. Charge de travail	29
5. Médecin traitant	29
6. Antécédents gynécologiques	29
7. Suivi gynécologique	30
B. Le parcours de soin des femmes généralistes	31
1. A qui confient-elles leur santé ?	31
2. Le vécu de leur parcours de soin	33
3. Les perceptions de leur santé	37
C. La relation médecin/médecin-patient	42
1. Une rencontre particulière	42
2. Le vécu du médecin-patient	46
3. Lien entre secteur géographique professionnel et suivi	49

D.	Le parcours gynécologique des femmes généralistes -----	51
1.	Les composants d'un suivi gynécologique regulier-----	51
2.	Les obstacles du suivi gynécologique -----	54
3.	La maternité -----	57
E.	Améliorer sa santé et son parcours de soin-----	62
1.	En général-----	62
2.	En gynécologie -----	65
F.	Synthèse des resultats-----	67
IV.	DISCUSSION -----	69
A.	Les forces de l'étude -----	69
1.	Le choix de la méthode -----	69
2.	Le choix de l'entretien individuel -----	69
B.	Les biais et limites de l'étude -----	70
1.	Le choix de l'échantillonnage -----	70
2.	Le biais de selection-----	70
3.	Le recueil de donnees -----	71
4.	L'analyse -----	72
5.	Les criteres d'exclusion -----	72
C.	Interprétation des principaux resultats -----	73
1.	Les paradoxes de la sante du medecin -----	73
2.	Le parcours gynécologique de la femme medecin -----	83
3.	Les perspectives pour ameliorer son parcours de soin-----	91
V.	CONCLUSION -----	95
	BIBLIOGRAPHIE -----	97
	ANNEXES -----	103
	SERMENT MEDICAL D'HIPPOCRATE -----	121
	ABSTRACT -----	123
	RESUME -----	125

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Pyramides des âges des généralistes en activité au 1^{er} janvier 2018

Figure 2 : Répartition des âges des femmes de l'échantillon

Figure 3 : Déclaration de médecin traitant

TABLE DES ABREVIATIONS

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Québec

LEXIQUE

Etude qualitative : ce type de recherche a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements ainsi que leurs déterminants. Elle a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel.

Les résultats d'une recherche qualitative ne sont pas exprimés en chiffres et ne sont pas à généraliser.

Nœuds supérieurs et nœuds enfants (= Codes) : Dans une étude qualitative c'est le résultat de la codification : Opération intellectuelle consistant à transformer les données brutes (verbatim) en une première signification, puis regrouper ces significations par thèmes. On obtient ainsi des « nœuds » de différents niveaux. [1]

Verbatim : Compte-rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter également les expressions non verbales (silence, gestualité, gêne, mimiques, etc.). [2]

I. INTRODUCTION

La médecine générale est une spécialité médicale à part entière. La définition européenne est la suivante : « La médecine générale - médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. » [3]

Elle endosse plusieurs rôles : [3]

- Coordonner le parcours de soin du patient en utilisant les structures de soins adaptées et en orientant vers les spécialistes nécessaires.
- En santé publique : Favoriser la promotion et l'éducation de la santé, la prévention des maladies.
- Répondre aux problèmes de santé, aigus comme chroniques, dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.
- Développer une approche centrée sur la personne : Construire sur la durée une relation médecin-patient de confiance permettant d'appréhender chaque individu dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.

Le médecin généraliste est le spécialiste de cette discipline. Il est donc habituellement le premier contact des usagers avec le système de soins dont il est aujourd'hui considéré comme le pivot.

Le suivi médical de la femme est étroitement lié à la gynécologie. Cette spécialité est transversale dans la vie d'une femme, de l'adolescence à la ménopause, en passant par la vie obstétricale. **Le suivi gynécologique** concerne aussi le dépistage des cancers gynécologiques comme celui du sein, qui est la première cause de décès par cancer chez la femme en 2012 [4], ou encore le cancer du col de l'utérus.

Depuis 2004, nos recommandations actuelles préconisent pour le dépistage du cancer du sein, la réalisation d'une mammographie bilatérale et d'un examen sénologique clinique tous les deux ans de 50 à 74 ans. Ces clichés sont relus et interprétés par deux radiologues agréés différents. On parle de programme national de dépistage organisé. [5]

Depuis 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus, individuel jusque là, est devenu lui aussi un programme de dépistage organisé. Nos recommandations s'appliquent aux femmes de 25 à 65 ans et préconisent la réalisation de deux frottis cervico-vaginaux (FCV) à un an d'intervalle. Si ces derniers sont normaux, le FCV est espacé à tous les 3 ans. [6]

En Gironde, le centre de coordination étant en charge des dépistages organisés est l'AGIDECA. Elle s'occupe entre autres d'envoyer les invitations de participations, les relances, communiquer et sensibiliser sur le sujet, suivre les dossiers et organiser les 2^{ème} lecture des mammographies. [7]

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les différents centres de coordination des départements aquitains ont été rassemblés sous un seul organisme : Dépistage des cancers – Centre régional de coordination – Nouvelle Aquitaine. [8]

En France, le suivi gynécologique de la femme peut être réalisé par un médecin gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme.

Ces dernières ont vu leur champ d'actions s'agrandir en 2009 avec la validation d'une loi leur permettant de réaliser des consultations de suivi gynécologique de prévention et prescription de contraception chez la femme en bonne santé. [9]

Cependant les gynécologues libéraux sont de plus en plus rares. Au 1^{er} janvier 2018, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) recensait 1016 gynécologues médicaux et obstétricaux [10] contre 1950 professionnels en 2010. [11]

Actuellement, l'annuaire du CNOM recense en Gironde seulement 257 médecins gynécologues médicaux et obstétricaux confondus. [12]

Face à cette décroissance des gynécologues, et bien que les sages-femmes gagnent en compétences, les médecins généralistes se retrouvent à être de plus en plus sollicités pour assurer ce suivi spécifique de la femme à tout âge.

Le panel de médecins généralistes des pays de la Loire de 2016 s'intéresse justement à cette question [13]. 73% des médecins généralistes disent avoir au moins une consultation par semaine pour motif gynécologique. Beaucoup assurent une grande partie du suivi gynécologique de leurs patientes.

Depuis quelques années, on assiste à un changement dans la démographie médicale française : celle de **la féminisation de la profession**.

D'après le dernier relevé démographique du CNOM du 1^{er} janvier 2018 [14], 43% des médecins, toutes spécialités confondues, sont des femmes. C'est 12% de plus qu'en 2010. Onze départements français ont plus de 50% de leurs médecins en activité qui sont des femmes.

En médecine générale, les femmes représentent 48,2% des médecins contre 39,2% en 2010.

La féminisation de la médecine générale est prépondérante chez les jeunes médecins. Chez les nouveaux inscrits au tableau de l'ordre par exemple, 59% sont des femmes avec un âge moyen de 32 ans.

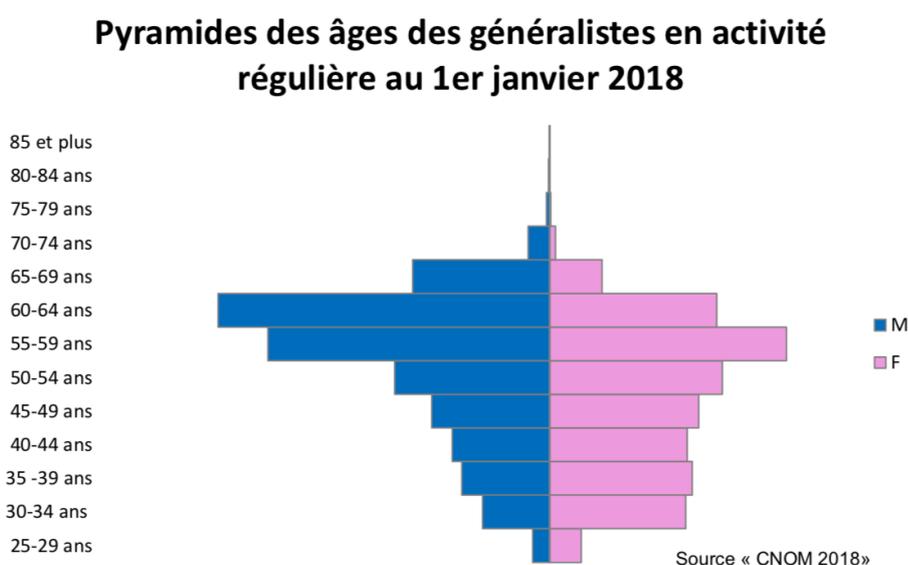


Figure 1 : Pyramides des âges des généralistes en activité au 1^{er} janvier 2018, source CNOM [14]

Une des préoccupations croissantes ces dernières années est **la santé des médecins**. De plus en plus d'études s'intéressent à ce sujet.

Déjà au XVIII^e siècle, Voltaire écrivait ironiquement « Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse ».

Tout récemment, en octobre 2017, l'association médicale mondiale a révisé la déclaration de Genève de 1948 [15]. Ce serment médical, considéré comme une version plus moderne du serment d'Hippocrate et utilisé par les médecins du monde entier,

inclut désormais un paragraphe sur la santé du médecin : « Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables »

Cela marque une prise de conscience générale : prendre soin des professionnels de la santé pour qu'ils puissent assurer leurs rôles de soignants.

Cependant, pour « veiller à sa santé », le médecin doit devenir le patient et **être médecin-patient**.

Dr Mégret consacre avec humour un chapitre entier d'un de ses livres à ce fameux « Soignant Malade ou Médecin schizophrène » [16]. Il y écrit par exemple « Cette situation particulière et bien inconfortable de soignant-à soigner (mais aussi de celui qui va soigner un soignant) [...] où s'y mêlent la fausse assurance de celui qui connaît, le soignant, mais aussi celle du soigné puisqu'il est aussi soignant, ce dernier perdant néanmoins une part de ses certitudes puisqu'il se confie à un soignant... ».

Maurice Thibault, dans un traité d'anthropologie écrit en 1985 [17], mettait en avant la dualité qu'il existe chez ce médecin devenu médecin-patient : « Un médecin malade est quelqu'un qui sait et quelqu'un qui souffre et ce sont deux êtres distincts. L'un subit et ne comprend pas; l'autre tâche de comprendre et ne peut que subir. [...] Un collègue habitué à traiter des médecins malades me signalait que le médecin fait un très bon patient à condition qu'il fasse abstraction du fait d'être médecin. »

Si le médecin est lui aussi patient, on peut s'interroger sur sa **couverture sociale**. Le médecin généraliste libéral conventionné bénéficie du régime général de la sécurité sociale sous le nom de Régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC). Il couvre les remboursements de soins, le versement des indemnités maternité et les prestations en cas d'invalidité-décès. [18]

Les indemnités en cas de maladie sont assurées par le régime Prévoyance de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (incapacité temporaire d'exercer) à partir du 91^{ème} jour d'arrêt soit 3 mois de carence.

De plus, le risque d'accident du travail et maladies professionnelles n'est pas couvert.

Il est donc nécessaire de souscrire à : [18]

- un régime de prévoyance facultatif pour couvrir la période de carence de la CARMF (3 mois)

- une complémentaire santé, comme tout individu
- une assurance Accident du travail auprès de la caisse primaire d'assurance maladie.

La protection sociale des femmes médecins **lors de la maternité** ne débute qu'en 1982. Avant cette date, elles n'avaient droit à rien. Mais c'est seulement en 2006 que les droits du congé maternité s'alignent sur ceux des femmes salariées. En 2014, elles ont enfin droit à des indemnités journalières de la CPAM en cas d'arrêt d'activité pour cause de pathologie ou mise en danger de grossesse jusqu'au 91^{ème} jour, où la CARMF prend le relai. En 2017, elles ont droit à un Avantage Supplémentaire Maternité pour compléter les prestations sociales qui étaient insuffisantes pour couvrir les charges d'un cabinet. [19]

A. QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Sensible à la prise en charge gynécologique, je me suis naturellement demandée, au vue de ces éléments, comment la femme généraliste vivait son parcours gynécologique.

En effet, nous avons vu que le médecin généraliste était acteur de santé publique, dans le suivi médical, la prévention et le dépistage.

Nous avons vu que le thème transversal de la santé féminine était la gynécologie, présente à tous les âges. Les médecins généralistes jouent un rôle de plus en plus grand dans ce domaine.

Nous avons vu que les femmes représentaient de plus en plus cette profession et en particulier chez les jeunes médecins généralistes. Elles sont alors dans l'âge de la maternité.

Nous avons aussi vu que les médecins étaient de plus en plus invités à s'occuper de leur propre santé.

Mais, nous avons aussi vu que la pénurie de gynécologues entraînait une réelle difficulté d'accès au suivi gynécologique, que la relation médecin/médecin-patient était singulière et que la couverture sociale en tant que libérale était relativement précaire.

Ainsi, la question de recherche que nous nous sommes posée est finalement :

**Quel regard portent les femmes généralistes sur leur parcours
gynécologique ?**

L'objectif principal de l'étude est de comprendre et expliciter les déterminants du comportement des femmes médecins généralistes face à leur parcours gynécologique, celui-ci allant du suivi médical (à tout âge) à la maternité.

Cette étude a également pour objectifs secondaires de recueillir les comportements de prise en charge de cette population face à un problème de santé autre que gynécologique, de connaître leurs ressentis face à la relation médecin/médecin-patient et d'appréhender les améliorations possibles de leurs parcours de soin.

En abordant la question de la santé des médecins par le biais de la gynécologie, nous espérons ainsi avoir un aperçu de la façon dont se soignent aujourd'hui les femmes généralistes, comment elles endossent le rôle de patientes et gèrent leur quotidien entre vie professionnelle (cabinet) et vie familiale (maternité).

A noter que l'objectif ici est d'appréhender le vécu de leur santé gynécologique et générale, les ressentis qu'elles en ont, les conduisant à faire tel ou tel choix. Il n'est donc pas question de détailler les modalités quantifiables du suivi médical de chacune.

II. MATERIELS et METHODES

A. CHOIX DE LA METHODE

L'objectif du travail étant d'explorer un vécu et un ressenti pour comprendre un comportement ; le choix de la méthode s'est naturellement tourné vers une **étude qualitative**.

Ce type d'étude est aujourd'hui une référence dans le domaine de l'analyse sociologique, et de plus en plus médicale. Elle sert à appréhender des facteurs observés subjectifs pour aboutir, par une démarche interprétative, à la compréhension de l'individu. [20]

La technique retenue a été celle de **l'entretien individuel** afin de faciliter le contact entre les sujets et l'enquêtrice. Ces entretiens étaient **semi-dirigés** à l'aide d'un canevas d'entretien.

B. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Les recherches bibliographiques ont été réalisées en majeure partie via des sites internet (E-Cancer, Conseil National de l'Ordre des Médecins, etc.) et des moteurs de recherche (Sudoc, Google, etc.); ainsi qu'à l'aide de recherches à la bibliothèque universitaire de la Faculté de médecine de Bordeaux via Babordplus et aide humaine.

C. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON DE PARTICIPANTES

Les **critères d'inclusion** de l'étude étaient :

- Femme médecin généraliste
- Installée en Gironde
- Exerçant une activité libérale ou mixte

Les remplaçantes en médecine générale ainsi que les médecins exerçant une activité salariée unique étaient exclus.

Le recrutement a été réalisé en « recherche de variation maximale » afin d'obtenir une meilleure diversité de comportements. Ainsi, l'âge mais aussi le lieu d'exercice ont été retenus comme variables.

Pour des raisons pratiques, la zone géographique s'est limitée à un périmètre d'une heure de route depuis Bordeaux, suffisante pour avoir des représentations urbaines, semi-rurales voire rurales.

La catégorisation retenue pour le lieu d'exercice était celle exprimée par le médecin interrogé afin d'être plus proche du ressenti personnel de chacune concernant le type de médecine exercé et sa patientèle. Ainsi, pour deux médecins de la même commune, l'une pouvait se définir comme exerçant en semi-urbain alors qu'une autre pouvait juger exercer en semi-rural.

La taille de l'échantillon a été estimée au début de l'enquête puis déterminée par la **saturation de données**. Vingt entretiens étaient prévus. La saturation de données a été obtenue au seizième entretien. Le vingtième entretien n'a donc pas été réalisé.

Les médecins ont été contactés par téléphone à leur cabinet à l'aide des annuaires croisés Pages Jaunes ® et Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il était ensuite convenu d'une date d'entretien physique, au cabinet ou à leur domicile.

D. REALISATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Un canevas d'entretien a été réalisé avant le début de l'étude et validé avec le directeur de thèse. Il comportait des questions fermées, afin de caractériser l'échantillon, et des questions ouvertes pour s'assurer que tous les thèmes de l'étude soient abordés tout en respectant la libre expression des sujets interrogés.

« Le canevas d'entretien reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'entretien ». Ce guide peut être modifié à l'issue des premiers entretiens. [21]

Le premier guide d'entretien a été remanié après le sixième entretien. Des questions de relance non utilisées ont été supprimées et certaines questions ont été reformulées car jugées trop fermées par rapport aux thèmes abordés spontanément par les médecins

enquêtés. Ces modifications ont, elles aussi, été validées par le directeur de thèse. (cf. annexe 1)

E. CONSENTEMENT ET COLLECTE DES INFORMATIONS

Les entretiens ont été réalisés entre le quinze octobre et le dix-neuf décembre 2018.

A chaque début d'entretien, la participante était informée de manière orale de l'objet de l'étude et de sa finalité, du caractère facultatif des réponses, des destinataires des données, de l'enregistrement audio réalisé ainsi que de l'anonymisation des données. Son consentement oral était alors recueilli.

Chaque entretien était intégralement enregistré par dictaphone avec ralentisseur de vitesse de lecture. Un deuxième enregistrement était réalisé par la fonction dictaphone d'un Smartphone iPhone® afin de pallier un éventuel problème technique.

Un exemple d'entretien intégral est disponible en annexe 6.

F. ANALYSE DES DONNEES

L'analyse a été réalisée par l'enquêtrice.

Chaque entretien a été retranscrit mot à mot grâce à Microsoft Word® pour Mac 2011 version 14.5.2, afin de constituer le verbatim le plus fidèle possible, en y incluant les expressions verbales et non verbales (silence, rires, etc.). Un numéro d'anonymat était attribué à chaque nouvel entretien sous la forme MG x (de 1 à 19).

Le codage du verbatim a été réalisé à l'aide du **logiciel d'étude qualitative NVivo® 12** Version 12.3.0 pour Mac.

À la lecture des retranscriptions, le texte était codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories (nœuds) faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail a nécessité de lire et de relire les données pour identifier tous les thèmes et catégories explicités ou sous-entendus dans le verbatim. [20]

Ainsi la démarche d'analyse des données a été la suivante :

- Lecture individuelle des retranscriptions des verbatims

- Codage des idées (nœuds) : mots et expressions porteurs de sens
- Deuxième lecture des verbatims avec application des nœuds trouvés parallèlement à l'émergence de nouveaux nœuds (jusqu'à saturation d'idées)
- Puis rangement des nœuds par sous-catégories (nœuds enfants)
- Et enfin regroupement des sous-catégories par catégories (nœuds supérieurs)

Les nœuds supérieurs et nœuds enfants ont ainsi permis de mettre en évidence un arbre de concepts d'où découle le plan des résultats.

Les catégories explorées mais n'entrant pas dans le champ des objectifs de l'étude sont disponibles en annexe.

- Annexe 3 : les systèmes de soins dédiés aux médecins
- Annexe 4 : la santé psychique
- Annexe 5 : les motivations de participation à l'enquête

G. LE CADRE REGLEMENTAIRE

Outre l'obtention de l'accord des participantes, cette étude relève normalement d'une déclaration auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés. Des démarches ont été effectuées dans ce but mais n'ont pas abouti.

En revanche, elle ne relève pas d'une soumission au comité de protection des personnes.

III. ANALYSE ET RESULTATS

Les entretiens ont été menés auprès de dix-neuf femmes médecins généralistes installées en Gironde.

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes avec des extrêmes allant de 9 minutes à 57 minutes.

Deux des entretiens se sont déroulés au domicile des médecins, les autres ont eu lieu à leur cabinet.

Un tableau, disponible en annexe 2, regroupe ces deux données.

Le verbatim est exprimé « *entre guillemets et en italique* » pour le différencier du texte de fond. Il est également rappelé systématiquement le numéro d'anonymat du médecin entretenu sous la forme MG x (de 1 à 19).

A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON : LES RESULTATS QUANTITATIFS

1. PROFIL : AGE, STATUT FAMILIAL

L'âge moyen des femmes généralistes de l'étude est de 43,3 ans avec un âge minimal à 30 ans et maximal à 60 ans. Sept médecins ont 50 ans et plus.

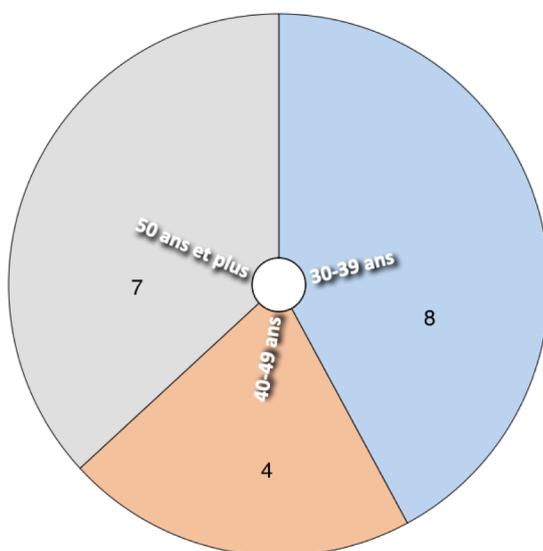


Figure 2 : Répartition des âges des femmes de l'échantillon

Seize vivent en couple (mariées, pacsées ou en concubinage) et trois sont séparées ou divorcées.

Concernant les enfants :

- 2 médecins n'en ont pas
- 4 médecins en ont 1
- 9 médecins en ont 2
- 4 médecins en ont 4

2. MODE ET LIEU D'EXERCICE

Un des médecins a une activité mixte en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Toutes les autres exercent exclusivement en libéral.

Rappelons que le choix a été fait de laisser l'appréciation du lieu d'exercice à chaque médecin interrogé afin d'être le plus fidèle possible à la représentation de chacune.

- 7 exercent en milieu urbain
- 6 exercent en milieu semi-urbain
- 5 exercent en milieu semi-rural
- 1 exerce en milieu rural

3. PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE AU CABINET ET FORMATION

Onze des médecins déclarent pratiquer de la gynécologie de soins primaires au cabinet.

Dix déclarent s'être formées à la gynécologie par le biais de diplômes universitaires ou par acquisition de compétences au cours de stages dédiés à la pratique gynécologique ou en centre de planification.

4. CHARGE DE TRAVAIL

La moyenne d'heures travaillées par semaine est de 46,7 avec des extrêmes allant de 35h/semaine (pour deux médecins) à 70h/semaine pour l'une.

Huit travaillent plus de 50h/semaine.

5. MEDECIN TRAITANT

Seize des femmes ont déclaré un médecin traitant.

Plus de la moitié des femmes généralistes interrogées se sont déclarées **elle-même médecin traitant**.

Pour les autres, 4 ont déclaré leur conjoint, 2 un autre médecin généraliste et 3 n'ont pas déclaré de médecin traitant.

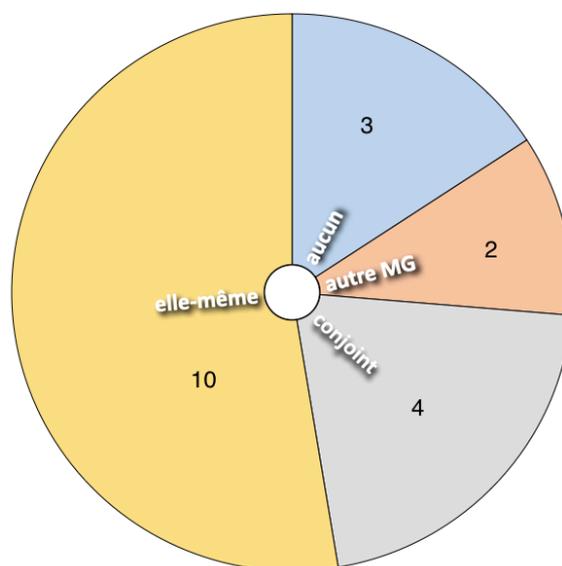


Figure 3 : Déclaration de médecin traitant

6. ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

14 des femmes généralistes interrogées présentent des antécédents gynécologiques :

- Personnels pour 11 d'entre elles (adénofibrome mammaire, kystes ovariens, grossesse molaire, cancer du sein)
- Familiaux pour les 3 autres (cancer du sein)

7. SUIVI GYNECOLOGIQUE

Douze des médecins interrogés déclarent avoir un gynécologue traitant qui assure leur suivi gynécologique.

a) CONCERNANT LE SEIN :

Dix des médecins interrogés déclarent pratiquer l'autopalpation mammaire en surveillance.

Sur la population de l'étude, sept femmes ont 50 ans et plus et sont donc soumises au dépistage organisé du cancer du sein.

- 4 sont à jour des recommandations avec une mammographie datant de moins de deux ans
- 2 ne sont pas à jour
- Une n'est plus concernée par le dépistage organisé car mastectomisée

A noter que 2 médecins de moins de 50 ans font un dépistage individuel par mammographie.

b) CONCERNANT LE COL DE L'UTERUS :

Treize femmes de l'étude sont à jour de leur FCV, celui-ci ayant été réalisé dans les trois dernières années.

Pour 5 d'entre-elles, ce FCV a été réalisé dans le cadre d'un suivi de grossesse par une sage-femme ou un obstétricien. Cela représente 41,7% des moins de 50 ans (vie obstétricale).

Six ne sont pas à jour avec un frottis datant de plus de trois ans.

B. LE PARCOURS DE SOIN DES FEMMES GENERALISTES

1. A QUI CONFIENT-ELLES LEUR SANTE ?

a) A ELLES-MEMES

La plupart des médecins interrogés déclarent **s'occuper elles-mêmes de leurs problèmes** de santé et faire de **l'auto-prescription**.

MG10 « *Mais même quand je suis malade, je ne consulte pas. Parce qu'on n'a pas les mêmes notions, enfin voilà, j'ai quand même des choses que j'arrive à gérer toute seule.* »

MG7 « *Moi-même. Je me soigne. (sourire). Euh c'est vrai que j'ai tendance à me prescrire... [...] Par manque de temps, par facilité.* »

Certaines insistent même sur le fait de n'avoir **recours à personne** d'autre comme MG17 « *Oui c'est une bonne question... ben vers moi. [...] En général c'est comme ça. Je prends aucun conseil médical d'un confrère.* »

Ou encore MG19 « *La dernière fois que j'ai été malade... ben vers moi-même (rires). Je me tourne vers personne. [...] La seule personne ben c'est moi. Ça, ça ne me fait pas du tout peur.* »

A l'inverse, d'autres signalent qu'elles gèrent leurs problèmes de santé seules avant de **s'orienter vers un confrère spécialiste en deuxième ligne** si besoin.

MG8 « *Non mais pour les soucis banaux [sic], si j'ai pas besoin d'avis spécialisé, je me traite toute seule. Et sinon, je vais voir des spécialistes directement.* »

MG12 « *Je vais pas consulter un médecin si j'ai des problèmes [...] Si y a besoin, si y a vraiment un problème, j'irai voir le spécialiste dont j'ai besoin.* »

Une autre précise que ce **recours au spécialiste intervient après une analyse personnelle** de son état de santé.

MG4 « *Les spécialistes c'est vraiment... (Réfléchit) j'ai déjà bien débrouillé quoi [...] En fait je fais déjà mon (rires) je me fais mon idée diagnostique voilà, idée de traitement* »

b) AMBIVALENCE

Quelques médecins montrent une **certaine ambivalence** dans leur propos quant à ce comportement d'auto-prescription et autogestion de la santé.

MG17 « *Je pense que ça c'est une mauvaise idée, ça je le pense même si je ne change pas d'attitude. Je pense que c'est une mauvaise idée donc j'espère que c'est quelque chose qui va venir. Une prise de conscience utile.* »

Une des femmes médecins précise notamment que c'est en cas de maladie que l'autogestion de sa santé peut être **inadaptée**.

MG9 « *Se déclarer médecin traitant soi-même c'est un petit peu... (cherche ses mots) enfin ça va bien quand y a pas de problème mais quand c'est nécessaire, on peut pas... c'est pas adapté quoi.* »

Cette situation, vécue par l'une des femmes enquêtées, l'a d'ailleurs amenée à faire ce cheminement : le **besoin d'un médecin traitant**.

MG5 « *C'est que c'est moi qui réclame ma première mammo, mon truc... Finalement il m'avait semblé que je m'étais sauvée la vie tout le temps alors de là à continuer de me sauver la vie, y a qu'un pas. Jusqu'au jour où je comprends que non, ça n'empêche que j'ai quand même besoin de quelqu'un pour aller au front à ma place, d'un autre regard, j'ai besoin d'un médecin traitant. Donc je n'en abuse pas du tout mais j'adore le voir car il me refout à ma place !* »

De manière quasi systématique, on peut noter qu'elles ont toutes esquissé un sourire, voire même ri, en avouant se prendre en charge elles-mêmes au niveau médical.

c) LE GYNECOLOGUE COMME MEDECIN TRAITANT

Deux des femmes médecins interrogées placent finalement leur suivi médical dans les mains de leur gynécologue, précisant que c'est le **seul médecin qu'elles voient pour leur santé**.

MG17 « *Je pense que ce qu'il faut c'est avoir un grand plaisir à voir son gynéco car c'est effectivement la seule personne que je vois pour mon corps et donc autant que je m'entende*

bien avec elle, que ça se passe bien, que l'examen... [...] Ma gynéco est mon médecin traitant »

MG3 « *Les seuls médecins que je vois c'est les gynécologues et sages-femmes quoi. Personne d'autre. Mais c'est vrai qu'en dehors de la... (grossesse), on ne m'a pas posé de stéthoscope, on m'a pas écouté mes poumons alors que des fois j'ai fait des syndromes grippaux assez costauds... »*

2. LE VECU DE LEUR PARCOURS DE SOIN

a) PRIORISATION DE SA SANTE

On se rend compte que chacune donne une place différente à sa santé et de cela, découle différentes attitudes.

Il y a celles, une minorité, pour qui **la santé est une priorité**, avec ou sans effort.

MG19 « *Je peux pas me permettre d'être malade donc non non, dès que j'ai des symptômes, j'agis vite »*

Ou pour MG4 « *C'est compliqué mais je m'oblige. C'est à dire que vraiment je me dis, je me force, je me dis ma santé est importante. Quitte à supprimer des créneaux de consultations, bah oui, ben tant pis mais ma santé est importante. »*

Il y a celles, beaucoup plus nombreuses, qui déclarent que **leur santé n'est pas une priorité**, loin de là.

MG15 « *Mais c'est sûr que quand on est pris dans notre truc, on a tellement de travail que bon, ça passe au deuxième plan quoi, c'est sûr. »*

MG18 « *Le fait d'y aller. De prendre la décision de vraiment le faire. De le mettre en priorité. De considérer le dépistage et la santé comme en haut de la liste des choses à faire. Parce qu'on a tous des choses à faire mais y a des priorités et c'est pas quelque chose que je mets en haut de la liste. Donc quand j'aurais vraiment vraiment le temps de le faire, je le ferai sauf qu'en fait, y a toujours quelque chose qui vient. Donc c'est souvent quand ça devient semi urgent que je vais le faire. C'est plus le fait de se consacrer à ça, de prendre le temps de le faire. »*

MG5 « *C'est juste le temps. Le temps. C'est toujours une question de temps. Je ne sais pas comment le formuler. Le temps dédié à sa propre personne, le temps dédié à la santé de sa propre personne. C'est vraiment ça. »*

Pour ces dernières, il existe une **notion d'obligation** comme le fait de n'avoir aucune autre possibilité.

Pour l'une par exemple, il s'agit de s'occuper de soi **dans l'urgence, en dernier recours.**

MG3 « *Quand il m'a dit « bon maintenant on va regarder et tout... » bon c'est sympa mais... (grimace, gêne) et pis je savais, je savais que... j'y étais obligée là. Je l'ai traitée moi-même ma bartholinite sur le coup mais bon... ça n'a pas suffi, fallait voir le gynéco... »*

Pour une autre, c'est quand le geste ou l'examen demande l'intervention d'**une tierce personne obligatoirement.**

MG6 « *Donc bon c'est vraiment pour faire les frottis, ce que je ne peux pas faire moi-même quoi. »*

b) LEUR SANTE

La plupart des femmes interrogées se sentent **en bonne santé** et l'affirment sans détournement.

MG6 « *Je suis en bonne santé donc j'ai pas (de problème)... »*

MG8 « *Je me sens en forme, pas de problème »*

MG9 « *Je pense qu'elle est bonne (ma santé) »*

c) LEUR SUIVI

Seulement deux des médecins se sentent en **confiance quant à leur suivi.**

MG4 « *Ben en fait moi je trouve, mais peut-être que je me trompe, je me trouve bien prise en charge »*

MG8 « *Oui oui non je fais attention quand même. Je laisse pas trainer les choses, je fais des prises de sang tous les ans, je fais un bilan de sang complet... Oui. Je suis attentive oui. »*

Pour la majorité, il existe un **ressenti négatif** de leur suivi.

MG10 « *Ah non pas du tout (rires). Ah non absolument pas. Non non je pense que je ne m'applique pas à moi ce que j'applique aux patients.* »

MG13 « *Mmmmm oh ça c'est compliqué. Suivie, certainement beaucoup moins bien mais depuis mes 50 ans (rires), j'ai fait quelques efforts quand même voilà. [...] Je ne suis pas suivie habituellement voilà.* »

Certaines verbalisent un **lien de causalité direct avec leur profession**.

MG16 « *Si je n'étais pas médecin traitant, je pense que je me suivrais mieux.* »

MG2 « *On le dit, c'est les cordonniers les plus mal chaussés (rires). C'est vrai. [...] Je vais être beaucoup plus attentive à mes patientes que je le suis pour moi. Ça c'est certain.* »

MG10 « *Je pense que le suivi, on le fait moins bien que si on n'était pas médecin. C'est clair, je le pense vraiment ouais.* »

Notons qu'il existe des **discours ambivalents** comme MG9 qui se trouve en bonne santé mais affirme « *Moi ça doit faire 10 ans que je n'ai pas été examinée... Mais est-ce que c'est gênant pour autant ? Ah mais c'est sûr qu'il n'y a pas de prévention, y a pas d'anticipation, on va agir quand ça sera un peu avancé... c'est sûr.* »

Ou encore MG4 qui se trouve bien prise en charge mais « *Non (je ne suis pas aussi bien suivie que mes patientes). Non non. Parce que justement je ne fais pas appel à un médecin traitant, autre que moi-même. Je devrais. [...] ça fait très très longtemps que je n'ai pas été examinée.*»

d) DEMARCHE ACTIVE ET INDIVIDUELLE

Certaines mettent en avant que la démarche de soin est purement **individuelle** et dépend de **notre personnalité**.

MG11 « *Je pense un peu que chaque personne le vit différemment en fait. Y a des personnes qui vont être plus laxistes sur leur santé, enfin voilà.* »

D'autres parlent même de **volonté et de responsabilités**, toujours dans l'idée d'être **acteur de sa santé**.

MG9 « *Je pense qu'on a quand même les moyens d'avoir un suivi et une prise en charge corrects. Après je pense que c'est plus une question de souhait ou de volonté. [...] Donc le*

tout c'est d'être dans une démarche active, de se dire : Je prends un médecin traitant qui ne soit pas moi-même et je m'efforce d'y aller dans un but de prévention une fois par an ou tous les deux ans. Mais c'est tout à fait possible déjà actuellement. »

Une des femmes fait appel au **statut de profession libérale** et, de façon sous-entendue, à **l'absence de surveillance médicale** à l'inverse des salariés.

MG14 « *Mais c'est à chacun de prendre ses responsabilités. On est libérales, c'est nous qui devons nous prendre par la main pour soit du dépistage, du curatif, mais aussi voilà, pour parler des difficultés, du travail, la vie... ne pas rester isolées. »*

e) SUJET TABOU, GENANT

Certaines des femmes interrogées soulignent le fait que **parler de sa santé n'est pas quelque chose de courant**.

MG8 « *Parce que quand on se voit, on ne parle pas de notre santé, on parle plutôt de cas cliniques qu'on va avoir mais pas tellement de soi-même. »*

MG9 « *Après c'est pas un sujet d'échange fréquent avec les confrères »*

Pour l'une notamment, l'entretien a été difficile avec **beaucoup de gêne**, d'hésitation et de ce fait, un entretien rapide de 9 minutes.

MG1 « *Non je sais pas c'est bizarre comme question... euh... »* (Que pensez-vous de la santé des femmes généralistes aujourd'hui ?)

Une autre a trouvé **difficile de répondre** à la question de sa prise en charge, comme si c'était inhabituel ou intrusif.

MG18 « *Euh... C'est très très compliqué... Euh... C'est compliqué pour moi ça... de répondre à ça »* (Comment vous soignez-vous ?)

Une autre insiste sur le caractère encore **plus gênant quand il est question de gynécologie**.

MG13 « *C'est pas quelque chose dont on discute. Enfin même entre copines à part « ouais t'as pas le nom d'un gynéco car la mienne est partie » mais ça va s'arrêter là. Je trouve en tout cas moi, j'ai pas l'impression d'en discuter facilement. Ça reste quelque chose qu'on fait ou qu'on fait pas mais dont on discute pas forcément sur un coin de table quoi. Mais je*

suis en train de me dire je sais pas si mes copines généralistes elles font bien leur suivi gynéco... alors je sais d'autres choses je sais qu'elles font pas bien d'autres choses mais ça j'ai jamais abordé la question... »

3. LES PERCEPTIONS DE LEUR SANTE

a) UNE QUESTION DE DEVOIR

Beaucoup de femmes interrogées font le parallèle entre leur santé et les conseils qu'elles peuvent donner en tant que médecin ; à la **recherche de cohérence entre leurs discours de médecin et leur vécu en tant que patientes.**

MG7 « *J'essaie d'appliquer à moi-même ce que je dis aux patients. Voilà.* »

MG16 « *J'aime bien faire ce que je dis aux patients donc oui, j'essaie de m'astreindre un minimum, de suivre ce que je conseille* »

Elles marquent d'ailleurs l'importance d'un état de santé correct pour pouvoir **assumer leur rôle de soignant.**

MG13 « *Je me suis dit, faut déjà un minimum s'occuper de soi-même déjà pour bien s'occuper des autres, il faut quand même être en bonne santé* »

MG16 « *Parce que si on n'est pas là nous, on n'est pas là non plus pour les patients non plus. Voilà.* »

Et pour l'une, pour **assumer son rôle de mère** également.

MG2 « *Y a 4 enfants à assumer quand même hein, on ne peut pas s'amuser... [...] Je fais attention oui parce que j'ai 4 enfants à élever* ».

b) UN SENTIMENT DE DANGER, DE DEVOIR SE PROTEGER

Dans quelques témoignages, on retrouve une certaine forme **d'anxiété quant à leur état de santé.**

MG2 « *Y a des choses qui nous alertent quand même chez les patients donc quand on les a chez soi, on tilte un peu* »

MG5 « *On me faisait toujours rien... mais non machin, mammo, truc, y a rien... Et 2 ans auparavant j'étais venue leur demander une IRM et j'ai un ganglion sous le bras que je ne connais pas... « Faites moi une IRM » Sur ce, la cancéro que j'ai vue m'a fait sortir « si vous avez un problème avec vos antécédents de cancer du sein, le psychologue c'est la porte à côté ! » Je vous promets c'est ce qu'on m'a répondu. Alors oui j'étais quand même extrêmement anxieuse avec tout ça. »*

Qu'elle soit justifiée ou non, cette anxiété peut être décuplée par le **manque de recul sur soi** ou par la **vision déformée des expériences de soignants**.

MG14 « *On n'est pas trop rationnel dans ces moments-là »*

MG12 « *Parmi les médecins, il y a ceux qui effectivement ont très peur d'avoir les situations graves auxquelles ils sont confrontés »*

Dans certains cas, la **nécessité de se protéger** apparaît donc et passe par la notion de **prendre du temps pour soi**.

MG8 « *Parce que si on n'a pas un temps dans la semaine, on ne peut pas se soigner. D'où l'importance d'avoir un peu de temps. »*

MG7 « *C'est pour ça, je me dis qu'il faut pas que je continue à ce rythme-là sinon je vais pas tenir. Je changerais d'orientation. »*

MG2 « *C'est un truc qu'on n'a pas su faire nous (notre génération), c'est pour ça d'ailleurs qu'il y a autant de burn-out, d'arriver à se protéger, à dire « ça y est là j'ai fini la consultation je m'en vais », c'est quelque chose que j'ai beaucoup de mal à faire. »*

c) UNE FORME DE NEGLIGENCE CONSCIENTE

La plupart des femmes médecins admettent **se négliger sur le plan de leur santé** et n'hésitent pas à employer ce mot.

MG1 « *On est... (cherche ses mots) se néglige peut-être un peu plus euh... (silence) »*

MG13 « *Je reconnais que c'est plus vraiment de la négligence »*

MG15 « *Je pense qu'on se néglige forcément un peu. »*

La majorité explique ce comportement par un **manque de temps**, entre les obligations du quotidien tant professionnelles que personnelles.

MG1 « *Je pense qu'on n'a pas trop le temps de s'occuper de soi parce qu'on a à la fois à gérer le cabinet, la maison, les enfants et du coup on laisse un peu de côté notre suivi médical.* »

MG15 « *Je pense qu'on n'a pas toujours le temps de faire ce qu'il faut.* »

Une des médecins précise que cette négligence est aussi induite par les **obligations financières**.

MG2 « *Après je pense que oui, sur le plan santé générale, c'est le même problème sur toutes les professions libérales je pense. On sait que quand on travaille pas, ben on n'est pas payés. Qu'il y a les charges, les enfants, et que du coup y a des petites choses qu'on néglige.* »

Pour certaines encore, il est question d'une sorte **d'oubli de soi**, mais en toute conscience.

MG17 « *Euh... oui (je suis en bonne santé) en considérant que je ne m'écoute pas si vous voulez.* »

MG2 « *On fait un peu l'autruche pendant un moment...* »

MG4 « *Par exemple j'ai des acouphènes et des fois je me dis que je devrais quand même faire un bilan chez l'orl. J'aurais un patient c'est ce que je lui dirais, et j'insisterais. Mais moi ? Bon ça attendra... on n'a pas le regard global.* »

MG9 exprime même une autre réalité qui est celle du **refus de soin et du statut de patiente**: « *On n'a pas très envie forcément de se faire soigner en fait.* »

Attitude qu'on retrouve également chez MG3 quand elle fait référence au fait de se soigner : « *Si on peut éviter, on évite au maximum (rires). Donc au dernier moment.* »

On retrouve parfois une forme de **détachement ou de banalisation** de son état de santé.

Comme MG1 qui commente sa vision de sa santé comme cela « *Ben pas forcément super bien mais c'est pas grave (rires) [...] J'consulte pas de toute façon donc... (rires)* »

Ou encore MG19 « *[...] je commençais à m'inquiéter d'un stérilet que j'ai depuis 16 ans...Mais je suis une catastrophe là-dessus car je pense que j'ai le plus vieux stérilet de France (rires). [...] (une gynécologue) me dit « ouais tu vas faire une salpingite un jour ou l'autre, un problème et tout » Boh, pour l'instant je n'ai jamais eu aucun problème !* »

MG18 « *Je m'en occupe pas en fait. Je m'occupe pas de ma santé, on verra si jamais vraiment y a un problème sinon je le fais pas* »

Pour une des femmes médecins interrogées en revanche, il semblerait qu'il existe une **négligence mais inconsciente, non avouée**.

MG6 affirme donc : « *Je ne pense pas me négliger en tout cas. Je pense faire ce que j'ai besoin de faire, être quand même dans le préventif et pas laisser trainer les choses.* » ;

Alors qu'elle expliquait plus haut : « *Quand j'y suis allée aux urgences c'est parce que j'étais pas bien, de la fièvre depuis 15 jours, j'étais hyper fatiguée mais c'était pour faire du rapide sur voilà, éliminer le maximum de choses en peu de temps* »

d) UN SENTIMENT D'INVINCIBILITE

On retrouve parfois l'idée d'une forme d'**invincibilité** de par la position de médecin.

MG10 « *Je pense qu'on acquiert une certaine immunité aussi* »

MG3 « *Je ne suis jamais malade* »

Alors qu'une autre **temporise ce discours**.

MG13 « *C'est complètement ridicule de se négliger sous prétexte qu'on est soignant et qu'on croit pouvoir mieux faire que les autres dans l'auto-surveillance mais y a juste un moment où ça ne suffit pas.* »

e) LE STATUT DE MEDECIN

Comme nous l'avons vu précédemment, la position de médecin entraîne une ambivalence quand il est question de soi : Je me soigne moi-même mais... Cela affecte pour beaucoup la qualité du suivi.

Pour certaines femmes médecins généralistes de l'échantillon, il paraît évident que ce métier entraîne une sorte de **solitude dans leur parcours de soin**.

Pour l'une, **être médecin sous-entend savoir et devoir se soigner seule.**

MG18 « *Mais sinon j'ai un gros souci de demander. Par ce statut justement de médecin généraliste ; parce que j'estime que je suis censée répondre pour moi aussi. [...]. J'essaye de me poser en cas clinique et de voir.* » « *Je pense que le fait que je sois médecin m'empêche, en tout cas pour moi, m'empêche d'avoir ce suivi de santé et gynéco [...]. Parce que j'ai cette idée préconçue que j'ai pas à consulter parce que je suis médecin donc je suis censée le savoir. Je pense que dans ma tête je suis censée me soigner seule. [...]. Et c'est cette détresse de se sentir tout seul et alors que justement on est médecin et que si on était quelqu'un de lambda ça aurait été complètement différent.* »

Pour deux autres, **consulter serait compliqué en cas de maladie.**

MG2 « *Un médecin qui attrape une maladie grave... (silence)... dans ces cas-là je pense qu'on, oui, ça doit pas être simple d'aller voir des gens.* »

MG9 « *Enfin moi un jour si vraiment j'ai un problème de santé je sais pas trop bien comment je ferai (rire).* »

Une autre envisage **la solitude de se confronter à un autodiagnostic.**

MG15 « *Là pour l'instant j'ai pas de problème. Mais le jour où j'ai un problème plus important, si j'en ai un, c'est bien que ce soit quelqu'un d'autre qui le diagnostique, qui s'en rende compte et pas moi toute seule dans mon coin.* »

A l'inverse de ce sentiment majoritaire, on retrouve parfois l'affirmation de **n'être pas différent des autres patients.**

MG14 « *Enfin pour moi, je vois pas la différence avec un patient normal. Pourquoi la femme médecin elle irait moins se faire soigner qu'un patient c'est ça que pour moi, ça me semble pas possible. Surement que c'est le cas, je suppose que c'est votre propos mais moi je l'imagine pas. Je vois pas comment...* »

Pourtant quand il est question de cela, dans peu d'entretiens, on retrouve une fois de plus cette **ambivalence** comme MG9 qui ne sait pas vers qui elle se tournerait en cas de maladie mais qui déclare : « *Enfin y'a pas de pathologies spéciales médecins, on est comme tous les autres. [...]. enfin, on peut très bien avoir un suivi chez un médecin généraliste de ville quoi, on pourrait déjà. Voilà.* »

Ou encore MG15 qui exprime sa solitude actuelle mais aussi « *En tant que femme médecin ? Parce que sincèrement moi je vois pas trop de différence du fait que je sois médecin et pas médecin en fonction des autres patientes.* »

C. LA RELATION MEDECIN/MEDECIN-PATIENT

1. UNE RENCONTRE PARTICULIERE

a) UNE SITUATION INCONFORTABLE

La rencontre médecin/médecin-patient est différemment décrite dans les entretiens mais on retrouve **dans la majorité des cas une définition négative.**

Ainsi les mots utilisés pour définir cette rencontre sont : « *Malaise, gênant, difficile, bizarre, maladresse, pas facile, gênée, pas à l'aise, j'aime pas, particulier, compliqué, avec a priori, appréhensions* ».

MG3 « *C'est vraiment... J'aime pas avoir des patients médecins et j'aime pas, du coup, être patiente de médecin. (rires) Je sais pas, je suis tellement mal à l'aise quand j'ai un médecin en face de moi en patient que j'ai pas envie d'imposer ça à une autre personne en face.* »

Certaines des médecins expliquent aussi qu'il existe **une forme de proximité et d'identification**: « *Effet miroir, un peu de soi, me mettre à sa place, quelque chose de commun, proximité* »

MG12 « *Peut-être parce que, quelque part, quand on a une consœur ou un confrère en face de soi, y a un peu de soi-même. On se dit qu'on pourrait y être.* »

b) UN PATIENT AVEC DU SAVOIR

Le médecin-patient comme l'intitulé l'exprime, est certes patient et consulte donc un médecin pour avis, conseils ou traitement ; mais il est également lui-même médecin. C'est à dire qu'il a **les connaissances de la médecine, des maladies, des traitements** et est en mesure de donner des conseils.

MG4 « *En fait je fais déjà mon... (rires), je me fais mon idée diagnostique voilà, mon idée de traitement. C'est à dire évidemment qu'on ne peut pas nous raconter des craques.* »

Et ce bagage de connaissances est à l'origine de cette rencontre complexe comme elles l'expriment très bien.

MG3 « *J'y suis allée, je savais déjà, j'avais regardé les études et machin sur ce qu'il fallait faire donc du coup je l'ai vu... C'était une relation pas très facile et lui non plus je l'ai bien senti qu'il n'était pas à l'aise.* »

MG19 « *C'est compliqué surtout quand vous connaissez le sujet donc des fois, les rapports peuvent être difficiles.* »

On assiste donc à deux attitudes opposées quant à la position à prendre. D'une part, celles qui pensent qu'il faut **abandonner son savoir pour être patient** comme MG5 « *Le médecin qui consulte doit pouvoir se mettre dans la peau du patient, faire un effort pour se mettre dans la peau du patient, c'est à dire lâcher tout son savoir* ».

D'autre part, celles qui pensent que **les deux sont indissociables** comme MG19 « *Vous pouvez pas être juste patient sans être médecin à la fois. C'est vraiment une fonction globale.* »

c) L'ATTITUDE DU MEDECIN CONSULTE

Dans la majorité des entretiens on retrouve une notion fréquemment employée qui est celle du « patient lambda ». Les femmes interrogées mettent en avant le fait que les médecins consultés ne se comportent pas avec elles comme il le ferait avec un autre patient.

Dès qu'elles font savoir leur métier, le médecin consulté **change d'attitude et une gêne apparaît**. Dans la plupart des situations, elles décrivent, de ce fait, un **manque d'examen clinique** ; celui-ci étant peu ou non fait.

MG4 « *L'anesthésiste pour l'intervention, ben pareil, « ah comme vous êtes médecin... Oh ben ça voilà »... Les choses sont passées à l'as. « Ah ben non je vais pas vous examiner » Mais si !!* »

MG10 « *C'est plus informel, y a pas d'examen poussé ou clinique normal comme on ferait chez un patient.* »

Elles notent également que le médecin consulté a tendance à se « **reposer** » sur **elles et sur leurs connaissances**. Il y a donc un **manque d'informations données** car il part du principe qu'elles ont le savoir.

Cela peut prendre la forme de questions comme « *Qu'est-ce que vous en pensez ?* », des affirmations comme « *Ah ben c'est pas à vous que je vais apprendre ça !* » ou encore « *Ah ben ça vous savez, je ne vous explique pas* ».

Pour l'une, cela a pris un tournant plus traumatisant lorsque le médecin oncologue lui a tendu ses résultats de biopsie « *comme ça, en face de moi en me disant « vous connaissez le diagnostic »* ». (MG5)

De par ce statut à mi-chemin entre médecins et patientes, certaines confient **ne pas oser poser leurs questions d'ordre médical aux confrères consultés.**

MG4 « *Je ne peux pas lui poser... toutes les questions que je voudrais. [...] Et je repars avec mes questions* »

Dans son parcours gynécologique, une des femmes précise que lors de son suivi de grossesse, elle a fait le choix de taire sa profession et de se faire suivre dans un endroit où elle n'était pas connue comme médecin généraliste. Elle le justifie par le souhait d'inclure son mari dans ce suivi. Hors, le fait que l'on s'adresse à elle avec le vocabulaire médical ne permettait pas à ce dernier de comprendre et de vivre la grossesse. (MG15)

Bien que ces femmes admettent et souffrent de ces attitudes, elles reconnaissent, pour la plupart, se positionner de la même façon quand elles sont confrontées à cette situation en tant que médecin consulté.

Certaines en revanche, affirment tout mettre en œuvre pour **ne pas faire de différence si elles reçoivent un patient médecin.**

MG5 « *Le médecin en face ne doit pas être terrorisé par ce qu'il sait ou ne sait pas, et considérer qu'il a un patient en face de lui, donc rester lui-même comme quand il est devant un patient lambda [...] C'est à dire que moi quand j'ai des médecins en face de moi, je les traite comme mes patients lambda. Je leur dis « ce que je suis en train de dire, vous le savez très bien, mais vous avez besoin de l'entendre, donc je vous le dis ».* »

Pour pallier ce problème dans la rencontre médecin/médecin-patient, une des femmes interrogées imagine même une **formation sur comment recevoir un patient médecin.** (MG4)

d) ACCEPTER D'ÊTRE PATIENT

« Mais redevenons aussi des patients pour notre propre bien-être, notre propre santé. » (MG5)

Dans leurs témoignages, beaucoup de ces femmes parlent de « côté ». Il y a le côté médecin et le côté patient. Au final, cette distinction invite à prendre/ jouer un rôle. Pour accepter d'être patiente, il faut **prendre le rôle de patient, passer de l'autre côté.**

MG3 dit par exemple qu'il faut « s'obliger à être patiente » ; MG19 « Je prends ma position de patiente » ; MG2 « Voilà, je suis du côté patient » ; MG17 « Je ferai comme un patient lambda » ; MG16 « J'arrive à me mettre de l'autre côté » ; MG12 « J'essaie de faire la patiente quoi ».

Pour l'une, prendre ce rôle est facilité par le fait d'agir comme... C'est à dire **faire comme un patient non médecin, de la prise de rendez-vous au règlement de la consultation.**

MG14 « Et pis je me considère comme un patient lambda donc je paye mes consultations, je prends rendez-vous, je ne passe pas en plus des autres et enfin je fais le même parcours que tout le monde et je pense que ça c'est hyper important. »

Ce changement de statut peut être **bouleversant et compliqué** pour certaines comme MG19 qui dit « Non mais le seul problème c'est que on se retrouve en position de malade. » ou MG6 qui précise « Mais on préfère être médecin que malade. C'est un peu normal quoi. »

Mais il peut aussi se révéler quasi **impossible.**

MG18 « J'ai beaucoup de mal à me positionner en tant que patiente par rapport à un autre médecin, donc je ne fais pas de suivi. »

e) UN STATUT PRIVILEGIE : CONFRATERNITE

Dans le partage de leurs expériences, ces femmes médecins décrivent une sorte de **solidarité confraternelle** qui peut se manifester par une facilité de rendez-vous, en terme de délais comme d'aménagement de planning, une facilité de communication (échanges de mails plus aisés) ou encore une relation paternaliste voire « privilégiée ».

Du fait de leur activité de médecin généraliste libéral, certaines parlent même de « **réseau de confiance** » dans lequel elles retrouvent ces avantages.

Cependant, d'autres alertent sur l'**effet négatif** que peut avoir ce statut privilégié **quant à la qualité de la prise en charge**.

MG14 « *Le médecin qui fait appel à un confrère « ah mon pote viens me voir ». Ils se sont vus, ils se sont reçus sans dossier, sans compte-rendu sans rien et pis après... il reste rien... »*

f) UNE QUESTION D'HONNETETE

Après avoir vu différents aspects de cette rencontre, bien que non exhaustifs, il en ressort deux attitudes opposées chez les femmes interrogées : dire qu'elles sont médecins généralistes ou ne pas le dire.

Pour beaucoup, le dire permet un échange basé sur l'**honnêteté envers le médecin consulté** tout en permettant de **parler librement en langage médical**.

MG13 « *Maintenant je le dis, car c'est plus facile d'être honnête dans la façon de parler et dans la relation de l'autre aussi... qui s'évertue sinon à m'expliquer un truc en le vulgarisant et... voilà quoi.*»

MG14 « *Je leur dis systématiquement que je suis médecin, parce que dans mon discours y'a forcément un mot technique qui va sortir et pis c'est pas honnête. C'est pas honnête ça les met en porte-à-faux je trouve pas ça normal.* »

2. LE VECU DU MEDECIN-PATIENT

a) LE BESOIN DE CONFIANCE

Dans plusieurs témoignages, on retrouve la nécessité **d'être en confiance** avec le médecin consulté.

Il y a celles qui se sentent en confiance et ont donc une relation sereine avec d'autres soignants.

MG15 « *J'ai toujours eu des gens compétents en qui j'ai confiance, donc ça va* »

Et il y a les autres pour qui c'est **compliqué d'être en confiance** et qui finalement sont toujours en recherche.

MG4 « *Je voudrais savoir à l'avance est-ce que je peux lui confier ma santé* »

Un des médecins précise que ce lien de confiance, tissé au fil des consultations, est **compliqué à mettre en place du fait de la rareté des rencontres médicales**.

MG9 « *Je pense qu'un médecin traitant, avant de pouvoir lui dire certaines choses, quels sont les vrais problèmes, il faut quand même établir un certain lien de confiance. Et le lien de confiance, pour moi, il passe en ayant des rencontres régulières et si on n'y va jamais je vois pas...* »

b) LA PEUR DU JUGEMENT

Quelques médecins expriment la **crainte d'être jugés** par leurs confrères ou consœurs lors d'une consultation.

MG2 « *On a toujours peur du regard... d'un jugement porté.* »

c) LA RECHERCHE DE L'ECOUTE

Lors des entretiens, plusieurs femmes interrogées ont formulé **un manque d'écoute de la part des médecins consultés**.

MG18 « *Et à chaque fois y a pas eu d'écoute et c'est cette peur qui reste là et qui suscite un peu... voilà. Et c'est toujours de ne pas être crue, de pas être entendue... L'impression de ne pas être écoutée par le corps médical.* »

A l'inverse, certaines ont mis en avant des rencontres et prises en charge positives car écoutées.

d) VULNERABILITE ET RAPPORT AU CORPS DIFFICILE

MG6 dit « *On n'est pas dans une position dans laquelle on a l'habitude d'être* ».

Le **caractère exceptionnel d'une consultation**, en tant que patiente, les place dans une **position de vulnérabilité** par rapport à leur statut habituel de médecin.

Ce sentiment de vulnérabilité touche la **sphère physique comme psychique** et rend la consultation compliquée à gérer.

MG9 « *On n'est vraiment pas habitué à aller chez le médecin, à se faire examiner, à parler de nous... [...] Je pense qu'on n'y va pas assez pour être en confiance avec quelqu'un* »

MG14 parle même de cette situation en ces termes : « *... Alors pas sur un pied d'égalité parce que je me confie* ».

Une des femmes interrogées précise que, pour elle, le point compliqué dans cette relation médecin/médecin-patient est **l'approche corporelle**. Elle la définit comme « *pas naturelle* » et parle d' « *espace vital* ». (MG9)

e) NE PAS SE SENTIR LEGITIME

Un des médecins explique qu'elle ne se sent **pas légitime dans le rôle de patient** et ne « *s'autorise pas* » à prendre ce statut.

MG18 « *Peur que ce que je raconte n'est pas valable, puisse être mal compris. [...] Je me vois pas aller voir quelqu'un, je sens que c'est pas licite, j'ai pas de validité...* »

f) SOULAGEMENT ET PASSIVITE

Quelques-unes trouvent quand même dans cette position de patiente un **réconfort** ; celui de **se laisser porter et guider dans la prise en charge**. Elles délèguent complètement à un confrère.

MG13 « *Ah non non c'est pas moi qui vais surveiller, si je viens vous voir c'est parce que je veux me confier à vous, c'est vous qui me dites ce que je dois faire et comment je dois faire* »

L'une précise que dans cette situation, elle a **plus de facilité à s'occuper de sa santé si la consigne vient d'autrui**.

MG5 « *mais juste le bonheur que lui (le médecin) m'envoie (voir un confrère)... C'est complètement con hein, mais le fait que lui me fasse un mot, alors que on s'en fout de son*

mot, on est d'accord (rires), me réconcilie avec ce que j'avais à faire. [...] C'est très con mais là je m'oblige à y aller. J'ai besoin comme tout un chacun, qu'on me rappelle que j'ai une santé, un truc, un machin, à m'occuper. Encore une fois c'est très infantile et j'étais pas du tout dans cet état d'esprit à votre âge, pas du tout du tout, j'avais besoin de personne. »

3. LIEN ENTRE SECTEUR GEOGRAPHIQUE PROFESSIONNEL ET SUIVI

a) COMPORTEMENT VIS-A-VIS DE SON LIEU D'EXERCICE

Les femmes interviewées sont médecins libéraux et comme nous l'avons vu précédemment, travaillent avec un réseau de professionnels de santé.

Deux attitudes ressortent des entretiens menés.

Certaines des médecins préfèrent **ne pas consulter des confrères de leur secteur** d'activité en raison d'un **manque d'intimité** ou pour **ne pas rencontrer des patients dans les salles d'attente**. Elles mettent en avant le fait de **ne pas mélanger les vies professionnelle et personnelle**. (MG11, MG13, MG15, MG17, MG18)

MG17 « *Pour avoir vécu 25 ans à côté de mon cabinet, je trouve que c'est très très compliqué de mélanger la vie privée et la vie professionnelle avec des patients qu'on rencontre tout le temps. Enfin je trouve que ça délégitime un petit peu la relation médecin-patient. [...] vraiment éviter de se retrouver chez un médecin avec ses propres patients je pense que c'est quand même plus facile.* ».

Une femme limite ce caractère gênant à une situation qui impliquerait une pathologie grave à gérer en disant « *Je voudrais pas que mes confrères soient au courant* ». (MG19)

D'autres, en revanche, ne ressentent **aucune gêne à l'idée de consulter des médecins avec qui elles travaillent**, mettant en avant le fait que si elles y adressent leurs patients, c'est **qu'elles ont confiance** et qu'elles sont satisfaites des prises en charge. (MG7, MG12, MG14)

MG12 « *si j'adresse mes patients c'est qu'a priori je suis contente d'eux (les confrères spécialistes) donc je vais aller voir les mêmes ! (rires)* ».

b) LA PARTICULARITE DE LA GYNECOLOGIE

Parmi celles qui consultent les médecins de leur secteur habituel, quelques-unes agissent malgré tout différemment **quand il s'agit de gynécologie** (spécialistes gynécologues ou examens d'imagerie). Dans ce cas, elles préfèrent alors **ne pas consulter dans leur secteur**.

MG13 « *Parce que du coup j'ai un très bon gynécologue à côté à qui j'envoie mes patientes mais je me voyais pas aller me faire suivre par lui par exemple. [...] ça touche à la sphère intime.*»

Pour justifier cette attitude, elles avancent différents arguments :

- **La préservation de l'intimité, la pudeur et la liberté de s'exprimer** (MG10)

« *C'est plus que, comme c'est quelque chose d'assez intime, j'ai pas forcément envie que ce soit quelqu'un que je côtois régulièrement. [...] Pour préserver l'intimité et être libre de pouvoir parler de ce qui me préoccupe si j'ai envie sans qu'il y ait un impact... [...] Ouais, une histoire de pudeur aussi je pense. Dans ce domaine oui, pour la gynéco.* »

- **Le relationnel au corps, la gêne** (MG13) (MG9)

MG13 « *Effectivement c'est plus spécifique de la gynécologie. Ben c'est le relationnel au corps quoi, moi je trouve ça un petit peu gênant de croiser... c'est glauque.* »

- **L'anonymat dans le parcours de grossesse** pour éviter le langage médical, incompréhensible pour son mari (MG15)

- **La pudeur** (MG16)

« *C'est propre à la gynécologie. Je suis assez pudique et même une femme ou un homme que je côtois ça me dérange d'avantage.* »

- **La peur du manque de confidentialité entre confrères** (MG4)

« *Un chirurgien gynéco, qui par ailleurs est très bon c'est pas le problème, mais il m'a raconté les antécédents gynéco de ma propre gynéco. Donc (rires)... voilà. Moi je lui avais rien demandé, j'étais là pour moi, pour mon opération à moi... Donc quite à faire des kilomètres, je préfère... après ça ne change pas, enfin je veux dire on peut me dire c'est pas parce qu'elle est à 10 km qu'elle ne peut pas en parler. Mais pas là où je travaille !* »

D. LE PARCOURS GYNECOLOGIQUE DES FEMMES GENERALISTES

1. LES COMPOSANTS D'UN SUIVI GYNECOLOGIQUE REGULIER

a) LA RECHERCHE DU BON GYNECOLOGUE

Pour beaucoup de ces femmes, le **relationnel avec leur gynécologue** semble un point très important. Elles utilisent les termes de « *bonne gynéco* » (MG1), « *quelqu'un de confiance* » (MG10), « *bonne personne* » (MG14) ou encore « *ça a bien collé* » (MG8). MG17 se dit même « *chanceuse* » car a une « *très bonne relation avec elle* » (sa gynécologue).

L'une précise qu'elle **préfère un suivi gynécologique avec une femme** consœur qu'un homme confrère. (MG6)

b) LA FACILITE D'ACCES

Un autre point permettant un bon suivi semble être la **facilité d'accès**.

L'une d'entre elles explique qu'elle a fait le choix d'un **gynécologue proche de son domicile**.

MG6 « *Je prends le gynéco le plus près de chez moi, enfin le truc le plus pratique pour mon emploi du temps* »

Une autre précise que le plus simple était pour elle un **gynécologue à mi-chemin entre son domicile et son cabinet**.

MG1 « *Il fallait juste qu'elle soit pas trop loin quoi. Entre le cabinet et chez moi c'est parfait* »

Pour MG2, le critère était plutôt une **facilité de rendez-vous** par contact confraternel. (cf. partie III.C.1.e)

MG2 « *Elle essaie de me caser gentiment [...] en général le jeudi après-midi où je travaille moins* »

c) UN SUIVI BIEN ORGANISE

Pour assurer leur suivi gynécologique, la plupart **s'organisent bien à l'avance** selon leurs plannings de consultation.

Beaucoup disent **avoir un jour ou une demi-journée non travaillés** dans leur semaine. Elles planifient donc leurs rendez-vous sur ces créneaux là en priorité.

MG11 « *J'ai mon jeudi de libre donc je peux avoir mes rendez-vous ce jour-là. J'y vais une fois par an.* »

Parfois, elles les planifient sur **leurs congés**.

MG12 « *Non en général les rendez-vous je les prends sur un temps de vacances...* »

Certaines évoquent le caractère libéral de leur profession, leur permettant ainsi de **moduler leur planning à leur convenance** pour pouvoir assurer leur suivi. Là encore, elles insistent sur le fait d'anticiper, de planifier, d'organiser à l'avance.

MG6 « *L'avantage d'être libérale c'est que les horaires maintenant, on peut mettre son emploi du temps comme on veut donc quand il faut, il faut* »

MG16 « *Je gère mon planning facilement. Ce qui fait que si je dois bloquer une demi-journée pour aller voir un médecin, je bloque ma demi-journée. Je modifie mes rendez-vous pour pouvoir aller faire mon suivi.* »

d) LE CARACTERE NATUREL DE LA GYNECOLOGIE

Dans les témoignages recueillis, il ressort une certaine **régularité dans le suivi gynécologique** à l'opposé du suivi médical autre que gynécologique.

MG13 « *Sincèrement, c'est certainement ce que j'ai fait de plus sérieux, ça a été mon suivi gynécologique hein. Ben j'ai fait l'effort à chaque fois* »

MG1 « *j'ai que la gynéco où je suis bien suivie* »

Une des médecins fait référence à **ses antécédents familiaux** mais surtout à son **éducation** pour justifier ce suivi gynécologique optimal.

MG13 « *Moi je pense, sincèrement, mon bon suivi gynéco je le dois à ma mère point barre et indépendamment de son cancer. C'est à dire que dès que j'ai été adolescente ou adulte jeune elle me disait qu'elle, elle allait chez le gynéco régulièrement et moi aussi dès que j'ai commencé ma vie sexuelle j'ai été chez le gynéco régulièrement et j'étais pas encore*

médecin on va dire donc... c'est vrai que ça été initié avant même que je sois médecin et ça fait partie des choses que j'ai gardées quand même tout au long de ma vie voilà. Donc ça je le dois plus au fait d'une éducation au bout du compte que d'une volonté de médecin quoi... mais ça a pas été le cas pour le reste donc... (rires) [...] Bon après j'ai un antécédent familial qui fait que peut être j'ai été sensibilisée... »

Certaines mettent en avant le fait que la **gynécologie impose une obligation de suivi** car l'auto-examen gynécologique est très discutable !

MG15 « *Autant on va pas aller voir un généraliste ou d'autres spécialistes (que le gynécologue) mais pour aller voir le gynéco... On peut pas se faire son frottis toute seule. Et pis de toute façon pour la grossesse, on n'a pas le choix. »*

D'autres signalent que le suivi gynécologique est pour elles quelque chose de **naturel**.

MG2 « *Ça me semble naturel. Ça rentre dans la routine je veux dire. »*

MG8 « *Enfin pour moi ça n'a pas posé de problème de prendre rendez-vous avec la gynéco, ça me semble normal. Surtout après avoir eu des enfants. »*

Une des médecins explique que, pour elle, le suivi gynécologique est **plus simple avec une sage-femme qu'avec un gynécologue**.

MG18 « *Les sages-femmes sont plus disponibles et c'est vrai que j'avais eu un bon contact pendant les cours de préparation à l'accouchement et pis après je pense qu'en effet c'est plus simple pour moi. Ça me paraît plus naturel d'y aller dans ce cadre-là je pense qu'avec un autre médecin. »*

L'une précise aussi que la gynécologie est aussi la **principale source de problèmes de santé chez la femme**, d'où son assiduité dans ce suivi.

MG2 « *La gynécologie chez les femmes c'est quand même une grande part de notre... de notre problème souciant quand même c'est par là qu'on a des soucis »*

2. LES OBSTACLES DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

a) LE MANQUE DE GYNECOLOGUES

Quasiment la moitié des femmes interrogées (9) évoquent une difficulté d'accès au soin du fait d'un **manque de gynécologues**.

MG12 « *Bon y a un manque de spécialistes* »

MG15 « *Donc dans un monde parfait faudrait qu'il y en ait beaucoup plus ! Pour pouvoir faire ce dépistage-là, cette prévention-là, y'a pas assez de médecins pour le faire. C'est clair.* »

MG16 « *Les gynéco médicaux se raréfient, les consultations sont de plus en plus loin* »

Certaines soulignent des **départs à la retraite sans successeurs**.

MG10 « *Ouais en même temps toutes les gynéco de notre entourage là partent toutes à la retraite donc y a ça aussi, trouver un rendez-vous avec une gynéco c'est pas forcément simple.* »

Pour l'une, le départ à la retraite de son gynécologue traitant a été le début des difficultés de suivi.

MG16 « *En fait il est parti à la retraite l'année où je suis tombée enceinte de ma première et à ce moment-là il m'a remis mon dossier, il n'a pas voulu me donner de correspondant donc il a fallu que je cherche moi-même. [...] Après à partir de là ça a été un petit peu plus chaotique...* »

Elle explique aussi que les gynécologues présents ne prennent **plus de nouveaux patients**.

b) LE VECU DESAGREABLE DE LA RENCONTRE ET DE L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Dans certains témoignages, la consultation de gynécologie est décrite comme « *désagréable* » (MG2), « *difficile* » (MG3), « *pénible* » (MG7) ou encore « *éprouvante* » (MG9).

Un des médecins fait référence à la **position d'examen désagréable**.

MG2 « [...] C'est quelque chose d'assez général, se retrouver les 4 fers en l'air... euh... bon... c'est jamais très agréable. Voilà ça fait partie des grands moments de solitude ça voilà mais bon, on sait qu'il faut le faire, on le fait. »

Quelques-unes précisent que c'est la **réalisation du FCV qui leur pose problème**.

MG3 « J'aime pas aller chez le gynéco pour faire le frottis. Alors quand c'est que pour le frottis c'est un peu compliqué. Donc difficile. Pas agréable. Voilà. Donc si on peut éviter on évite au maximum. (rires) »

D'autres font référence à la **mammographie, comme un examen douloureux**.

MG9 « Et la technique de la mammographie là y a pas de doute (rires). [...] Y a plein de choses qui ont évolué mais pas ça et que c'est quand même vraiment pas une partie de plaisir. »

Une autre femme fait référence à son **accouchement difficile**.

MG13 « A part, bon le classique traumatisme des accouchements et encore bon, traumatisme... voilà quoi. Je pense qu'on a toutes des histoires à raconter sur notre premier accouchement en tout cas. (rires). »

Six d'entre elles évoquent des **difficultés relationnelles** dans le cadre de leur suivi.

MG4 « J'ai changé plusieurs fois de gynéco en fait parce que, relationnellement, c'est pas évident. Moi je rejoins les patientes quand même. Les gynéco des fois, c'est rude hein. Elles ne sont pas dans la Femme, dans la bienveillance, mais alors pas du tout... bref. »

c) LES DIFFICULTES D'ORGANISATION LIEES AU TRAVAIL

Certaines des femmes médecins expliquent qu'une des difficultés à se faire suivre réside dans la gestion des emplois du temps. En effet, elles précisent que, finalement, elles ont les **mêmes amplitudes de travail que les confrères gynécologues** ; ce qui ne leur permet pas de bloquer des rendez-vous, ou complique la chose.

MG10 « Ben l'obstacle c'est plus la flexibilité des rendez-vous. Enfin, ils ont les mêmes horaires que nous donc trouver un créneau c'est pas forcément simple. »

MG8 « Si on n'a pas un temps dans la semaine, on ne peut pas se soigner. D'où l'importance d'avoir un peu de temps. C'est toujours pareil, ben le samedi dimanche personne consulte quoi. [...] Parce qu'avec les amplitudes des journées, les jours où on travaille on ne peut pas, ça c'est sûr on peut pas... et pis bloquer c'est pas très facile. »

Pour certaines d'entre elles, le seul moment non travaillé est le mercredi après-midi, notamment car elles ont des enfants. Or cette demi-journée se retrouve souvent être aussi la demi-journée non travaillée des consœurs qu'elles souhaiteraient rencontrer.

MG18 « Ben par rapport au travail, moi je ne travaille pas le mercredi donc c'est là que je case tous mes rendez-vous. Donc ça pose justement un souci pour les personnes qui ne travaillent pas le mercredi notamment »

MG14 « Ah ben c'est compliqué faut que je prenne sur mes horaires de travail. Moi j'ai le mercredi après-midi de dispo et souvent ce sont des jeunes dames que je vois qui ont aussi leur mercredi après-midi »

d) LA PEUR DU RESULTAT DE DEPISTAGE

Deux des médecins expriment une **appréhension à réaliser leurs dépistages** des cancers gynécologiques.

La première se méfie des examens de dépistage qui entrainerait un **sur-diagnostic et une surmédicalisation**.

MG17 « je pars du principe que si on cherche dans les coins on trouve des choses, et des choses qui n'évolueraient pas forcément. [...] Mais bon je me méfie beaucoup quand même des examens très approfondis qui trouvent des choses qu'on ne cherche pas. »

La deuxième confie sa **crainte d'un résultat positif** et des conséquences médicales qui feraient suite.

MG9 « Parce qu'on n'a pas envie de découvrir qu'il y a quelque chose qui pourrait potentiellement être plus grave en fait. Enfin moi je sais que le frottis, j'avais aucune envie d'y retourner car je me suis dit « purée, si faut que je parte sur une colposcopie... tout

ça... ». *On n'a pas très envie forcément de se faire soigner en fait. En tout cas tant qu'on n'a pas de symptômes on se dit finalement tout va bien. »*

e) LE MANQUE DE MOTIVATION

Au final l'ensemble de ces éléments entraîne pour certaines un **manque de motivation** à réaliser leur suivi gynécologique. Parfois, elles parlent de « *manque de temps* », de « *négligence* », d'absence d'envie ou « *d'excuses* ».

MG19 « *Les obstacles ? Aucun sauf ma négligence (rires). Le manque de temps mais c'est une excuse. »*

MG3 « *c'est juste le manque de motivation pour le faire quoi. »*

Un des médecins met en avant sa **situation de célibat** pour justifier son absence de suivi, se disant « non à risque ».

MG6 « *Je le vis pas en fait. Parce que... non enfin je vais pas chez le gynéco tous les ans. [...] Je n'ai plus de contraception, je suis divorcée depuis un an, je n'ai pas de compagnon... je ne suis pas à risque. »*

3. LA MATERNITE

a) UNE OPPORTUNITE DE SUIVI

Pour 10 des 19 femmes médecins interrogées, la maternité est vécue, entre autres, comme une **opportunité de suivi gynécologique**.

MG19 « *Et je n'ai pas eu de suivi (gynécologique), pendant mes grossesses naturellement j'ai été suivie, entre deux, j'ai pas fait de suivi »*

Elles expliquent que c'est une **période de leur vie** où elles n'ont pas le choix. Elles sont **obligées de se faire suivre**.

MG15 « *Déjà de par les grossesses en fait on est obligées d'être suivies. On ne peut pas s'auto-suivre pendant une grossesse. »*

Certaines soulignent le fait que c'est **une bonne chose**.

MG1 « *Y a juste là, moi, en gynéco je viens d'être suivie parce que j'ai eu des bébés. (rires) Je suis obligée tant mieux d'ailleurs* »

MG3 « *J'ai jamais fait de bilan, de prise de sang en dehors de la grossesse. Heureusement qu'il y a le côté obstétrical dans la vie des femmes médecins. Sinon moi j'aurais pas fait le frottis. Je serais passée complètement à côté du frottis pendant un long moment... prise de sang pareil...* »

D'ailleurs, quelques-unes expliquent que **la grossesse leur a permis de se mettre à jour du dépistage du cancer du col** en réalisant le FCV.

MG18 « *Ben le frottis je l'ai fait pour ma première grossesse et après j'étais un petit peu en retard mais je l'ai fait pour ma deuxième grossesse, donc à 4 ans d'écart. Et là je sais qu'il faut que j'y retourne.* »

L'une des femmes précise donc que cela contribue à un **suivi gynécologique régulier** qui peut être perdu avec les années, quand l'âge d'avoir des enfants est passé.

MG15 « *Donc après en prenant de l'âge peut-être un peu moins (suivies), mais en tout cas les femmes jeunes elles sont obligées d'être suivies de façon régulière par la contraception, par les grossesses.* »

b) DES FACILITES LIEES AU STATUT DE MEDECIN

Une des femmes explique que son expérience de médecin a **facilité son parcours de maternité**.

MG16 « *Là je pense que c'est parce que je suis médecin. Je m'étais formée avant, donc j'avais les informations moi-même. Si j'avais pas été médecin ça m'aurait peut-être manqué, ils n'expliquent pas grand-chose... voilà. Là je pense que le fait d'être médecin a changé la donne et modifié un petit peu la prise en charge de l'obstétricien que je voyais.* »

Une autre précise, qu'en plus de savoir quoi faire, elle a pu s'organiser facilement du fait de la **flexibilité de son emploi du temps en libéral**, à l'inverse des femmes salariées.

MG15 « *Je m'y suis pris assez à l'avance en fait, on a la chance d'être dans ce milieu-là donc j'ai su dès que j'étais enceinte ben j'ai pris mes rendez-vous tout de suite pour mes échos... j'ai réagi tout de suite en fait donc comme y avait du délai dans les rendez-vous ben moi j'ai*

pu m'organiser au cabinet. Donc moi ça a été assez simple pour moi. [...] Pis une personne qui est salariée ben c'est pas toujours évident. Elle fait ses horaires et elle peut pas partir n'importe quand alors que nous on a un peu cette liberté en libéral quoi. »

c) DES DIFFICULTES LIEES AU STATUT DE MEDECIN

En revanche, elles sont plus nombreuses à trouver des difficultés lors de leur parcours de maternité du fait, justement, de leur profession.

Il y a le souci de **trouver un remplaçant** pour le cabinet lors du congé maternité. MG2 « *Une femme qui est salariée elle sait que son poste va être pris en charge par un remplaçant, bon nous on en trouve des remplaçants oui y a pas de raisons mais c'est vrai que c'est plus ... c'est plus souciant. »*

Elle définit ce côté « *souciant* » pour le cabinet par le risque de **perte de patients** mais surtout assurer une **continuité de soin** et vouloir voir ses patients « *bien suivis* ».

Une autre a été confrontée à ce problème de remplacement lors d'une hospitalisation pour une prise en charge de grossesse molaire.

MG16 « *[...] j'ai trouvé personne pour me remplacer et j'ai dû raccourcir l'hospitalisation car j'étais de garde et je n'ai trouvé personne. Ça, ça a été compliqué à gérer. »*

Il y a la problématique de **l'organisation des prises de rendez-vous**, qui oblige à ne pas travailler une demi-journée voire une journée complète.

MG10 « *ben c'est vrai, qu'enceinte, avoir une structure dédiée pour le suivi d'une femme enceinte médecin ça serait pas mal parce que pareil, les rendez-vous c'est juste une galère. On est obligée de poser une journée à chaque fois quoi. »*

Elles sont plusieurs à aborder les **limites de la couverture sociale maternité** et **la problématique d'une reprise précoce en post-partum** du fait de la courte durée des indemnités journalières.

MG10 « *Et aussi avoir droit à des indemnités plus longues pour pouvoir s'occuper un peu plus de son enfant et pas de reprendre à un mois du bébé. Ouais le post-partum est un petit peu compliqué quand même, entre la gestion des nuits, des journées, des plannings... »*

MG2 « *Parce que par exemple nous, congé maternité, on ne connaît pas. C'est pas grave j'ai eu 4 enfants ça m'a pas pénalisé sur le plan de ma santé, un peu sur le plan affectif parce qu'on reprend à un mois du bébé c'est vrai que... bon... c'est un peu court voilà... »*

Ou encore lors de **grossesses pathologiques**.

MG2 « *Et la dernière je suis restée couchée toute la grossesse parce que j'ai fait un décollement rétroplacentaire [...] J'avais une assurance perso à coté qui m'a permis de rester couchée. [...] mais pour des femmes qui ont des grossesses plus difficiles ou ... c'est plus compliqué... pour un médecin libéral la grossesse... »*

Un des médecins partage son expérience quant à **l'impossibilité**, pour elle, d'avoir pu maintenir **l'allaitement de son enfant en reprenant une activité**.

MG12 « *J'ai repris plus vite pour la 2ème car j'ai eu une proposition de rempla et je me suis dit que j'allais le faire. Et du coup j'ai, juste pour un rempla, j'ai arrêté. J'ai pas réussi à maintenir l'allaitement en travaillant, je savais que je pouvais pas mener les deux de front, là j'étais pas capable. »*

d) UN IMPACT NEGATIF POUR LEUR SANTE

Quelques-unes des femmes soulignent le fait **qu'avoir des enfants** participe, plus ou moins indirectement, au fait **qu'elles se font moins bien suivre** sur le plan de leur santé.

MG1 « *non mais y'a un facteur j'ai 2 bébés aussi donc genre j'ai pas vu le dentiste depuis une éternité »*

Cela peut être dû à un **manque de temps** et des **difficultés à faire garder les enfants** pour pouvoir se rendre à des rendez-vous médicaux.

MG18 « *le mercredi mais c'est vrai que le temps aide pas non plus puisqu'après y a la gestion des enfants le mercredi. Et du mode de garde ce genre de chose. Donc c'est plus compliqué... »*

MG19 « *et surtout hyper occupée je vois pas si vous voyez mais 4 enfants, une activité de médecine libérale... »*

Une des femmes explique que les **enfants deviennent la priorité, avant sa santé.**

MG18 « *Après je pense que la maternité, mais c'est toutes les femmes pareil, on s'occupe des enfants avant d'aller s'occuper de soi donc c'est vrai que sur le temps que j'ai, je fais pas passer ça (ma santé) justement en premier.* »

e) LE MANQUE DE PROTECTION SOCIALE

Nombreuses sont les femmes interrogées qui font référence au **manque de protection sociale.**

Il en ressort un **sentiment d'insécurité.**

MG2 « *Je sais pas si vous vous installerez en libérale, la protection de la maman en libérale est... il faudrait qu'ils nous aident un petit peu plus sur ce plan-là, je crois qu'on est les seules sur ce plan là à pas avoir de... [...] On n'est pas protégées.* »

MG7 « *Et au niveau de la protection sociale ça fait peur, on n'a pas grand-chose aussi. Il faut souscrire à des prévoyances. Si c'est pas le cas, on peut vite être embêtée.* »

Elles notent cependant **quelques améliorations**, notamment sur les indemnités et la mise en place de l'avantage supplémentaire maternité.

MG5 « *Vous avez raison (votre génération), c'est bien mieux d'avoir un repos avec une garde, d'avoir un congé maternité, bon parce que moi je ne l'ai pas eu. D'ailleurs j'ai fait une menace d'accouchement prématuré et caetera.* »

MG10 « *Après peut-être plus concernant les grossesses... [...] donc avoir le droit à une indemnité qui peut nous permettre de reprendre à temps partiel peut être... parce que ouais, financièrement c'est compliqué. Ça s'est amélioré c'est vrai. Maintenant il y a une petite indemnité qui n'existait pas avant mais c'est court en niveau durée quoi.*»

MG17 « *Y a des mesures (sociales) sur lesquelles je me suis pas trop penchée je dois dire mais qui se sont améliorées et ça il était temps. C'était quand même une vraie problématique.* »

Ces **améliorations ne sont pas suffisantes** pour toutes.

MG17 « *Faut qu'elles se fassent entendre (les femmes médecins).* »

MG2 « *Plus la protection de la maternité. Il faudra améliorer un petit peu [...] mais à mon avis si y a un truc qui pêche c'est vraiment la protection au niveau de la maternité* »

E. AMELIORER SA SANTE ET SON PARCOURS DE SOIN

1. EN GENERAL

a) EQUILIBRE ENTRE VIES PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE

Avec cette notion d'équilibre entre vies personnelle et professionnelle, on retrouve dans beaucoup d'entretiens la notion de **changement de générations**. Les femmes décrivent « l'ancienne génération », « celle d'avant », puis « la nouvelle génération », le « nous » de maintenant.

Parmi les discours de la nouvelle génération on retrouve, pour quelques exemples:

- l'envie de **prendre du temps pour soi** (loisirs, famille) : MG10 « *On consacre plus notre vie à notre travail. [...] c'est vraiment un équilibre à trouver* »
MG7 « *on a vraiment plus envie de profiter de nos familles. C'est hyper important. La mentalité a changé.* »
- la notion de « **faire attention** » à soi : MG10 « *je pense qu'on fait plus attention à nous maintenant que les anciens généralistes qui étaient à fond dans le boulot et qui au bout d'un moment faisaient des burn-out quoi.* »
- un **allègement des horaires** : MG14 « *on peut pas dire maintenant à l'heure actuelle que le médecin est débordé, qu'il n'a pas le droit de prendre du temps pour soi* »
MG3 « *on se permet d'avoir des horaires plus tranquilles on peut prendre plus soin de notre santé* »
- le **choix du salariat** : MG2 « *toutes les très jeunes consœurs que j'ai eues, sont en médecine salariale donc la prise en charge de la santé est un peu moins compliquée* »

Quant au discours de l'ancienne génération :

- la **féménisation de la profession** : MG17 « *il faut que les femmes médecins trouvent une vraie place [...] quand on pense aux bouleversements par rapport au moment où je me suis installée où on était quand même minoritaires et où maintenant vous êtes majoritaires* »

- **ne pas avoir réussi à se protéger** : MG2 « *on n'a pas su le faire nous, c'est pour ça d'ailleurs qu'il y a autant de burn-out* »
MG5 « *moi je ne sais certainement pas me protéger [...] c'est que ma fille est tout le temps en train de me dire « mais y a pas que toi comme médecin merde ! » »*

De ce fait, il existe une **confrontation générationnelle** où les choix des unes accablent la santé des autres.

MG7 « *je pense que la nouvelle génération, on va plus privilégier notre qualité de vie, trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Pas se donner comme ils se donnaient les anciennes générations mais bon c'est quand même un métier...* »

Et à l'opposé :

MG5 « *Pourquoi bonne pour la nouvelle (génération) ? Car à mon avis, très protectrice de leur vie privée, de leur santé, et caetera. Ce qui me réjouit pour elles et ce que je déplore moi en ce moment, textuellement simplement, je déplore pas qu'elles prennent soin de leur santé, c'est simplement parce que, par exemple sur une ville comme la nôtre, on a des jeunes femmes installées qui verrouillent vraiment leurs créneaux, horaires, machin, et verrouillent leurs patientèles. Pas verrouillées en nouveaux patients mais en type de patients.* »

b) TRAVAILLER EN GROUPE

Pour une meilleure santé, l'une des médecins projette pour l'avenir une organisation quasi exclusivement en groupe afin de **ne pas s'isoler**.

MG17 « *je pense que l'avenir des médecins généralistes femmes c'est vraiment en maison médicale donc si vous voulez, le travail seule dans un cabinet seule n'est viable que si on a une patientèle modérée sinon c'est impossible. [...] Je pense que les femmes vont savoir s'organiser et c'est important qu'elles s'organisent puisque maintenant elles vont être une majorité de médecins femmes.*».

D'autres témoignent effectivement des avantages d'une activité de groupe sur le **confort de vie** pour permettre **d'alléger son temps de travail**.

MG10 « *Enfin moi je trouve que déjà de travailler en groupe et le fait de pouvoir moduler ses horaires de travail [...] On a quand même la possibilité d'avoir des horaires plus allégés. [...] Non mais le confort c'est vraiment d'être à plusieurs, d'avoir une journée par semaine.* »

Ou encore pour permettre de subir **moins de stress**.

MG14 « *je pense qu'il y a besoin d'être à plusieurs pour s'entraider, pour gérer les urgences c'est important* »

Une des femmes médecins regrette de ne pas avoir choisi cette option.

MG2 « *Si je devais recommencer maintenant j'essaierais de trouver un cabinet de groupe.* »

c) L'ACCESSIBILITE AUX SOINS

Pour améliorer les choses, l'un des médecins propose que les spécialistes offrent des facilités de rendez-vous avec des **créneaux réservés aux médecins**.

MG10 « *peut-être voir des spécialistes qui auraient des créneaux réservés aux médecins (rires)... mais en même temps on peut pas leur imposer de finir à des heures pas possibles... plus dans les facilités de rendez-vous car combiner leur planning et notre planning c'est pas toujours évident* »

Une autre envisage un **lieu dédié aux patients médecins**.

MG18 « *ça serait peut-être des consultations à un endroit où je, où des médecins pourraient venir consulter. Enfin c'est pas vraiment quelque chose d'élitiste ou un centre spécial médecin mais où en effet ce soit un peu étiqueté, où on peut venir...* »

Une autre imagine une sorte de **médecine du travail des médecins généralistes**.

MG3 « [...] *Il faudrait comme tous les salariés, d'avoir une obligation de dépistage et de consultation de médecine générale avec des prises de sang, dépistage, et pis, et bon, pouvoir poser un stétho, faire des ECG tout ça, ... enfin avoir, une vraie consultation de médecine générale par un médecin généraliste qui verrait que des médecins. [...] avoir des médecins généralistes, une médecine du travail pour les médecins généralistes libéraux.*»

Finalement, cela rejoint l'idée également de MG7 qui évoque des « *bilans de santé, un petit check-up à des âges clés [...] un peu comme ce qu'ont les patients avec la CPAM*»

d) AVOIR UN MEDECIN TRAITANT

Pour améliorer son suivi médical, une des médecins insiste sur la nécessité **d'avoir un médecin traitant défini**.

MG17 « *J'espère que les jeunes générations feront différemment, mais je pense assez dramatique que la génération de mon âge n'ait pas de médecin généraliste. Je pense que ça c'est une mauvaise idée. [...] Je pense que ça serait bien que les femmes médecins aient effectivement un médecin généraliste qui soit distinct de la gynécologue.* »

Une autre, du même avis, n'hésite pas à employer le **terme de « chef »**.

MG5 « *nous, les premiers, on est dans l'excès de tout. Soit on minimise nos maux et on va droit dans le mur, soit on les exagère. On est pétés de trouille, anxieux au possible, on veut tous les examens du monde, et de toute façon, même tous les examens du monde ne nous rassureront jamais car notre expérience est que, on sait très bien qu'il y a l'exception, et que voilà « tu me dis ça, t'es sûr mais je te crois pas ». Voilà. Donc de toute façon, on est déjà à la base dans une position au maximum inconfortable. Et donc essayer de trouver un équilibre là-dedans, ben mettez un chef quoi. Et le chef c'est le médecin qui a les épaules qui dit c'est moi le docteur. Voilà. »*

2. EN GYNECOLOGIE

a) LE DEPISTAGE

Pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus, deux des médecins proposent la mise en place **d'une lettre de relance**, à l'image de l'invitation pour le dépistage organisé du cancer du sein ou du côlon.

MG10 « *Peut-être d'avoir des courriers de rappels pour nous inciter plus à mettre en place notre propre dépistage ça serait pas mal.* »

MG18 « *Si je reçois une lettre « Faut pas oublier de refaire votre frottis, vous êtes appelée dans tel centre avec telle personne » ça me donnerait plus l'autorisation de le faire.* »

D'autres envisagent de rendre **le frottis obligatoire**, ce qui permettrait d'être plus assidues, pour elles mais aussi pour toutes les femmes.

MG3 « *pt'êtr mettre en place une obligation de frottis par un médecin particulier* »

MG17 « *qu'il y ait un dépistage par frottis obligatoire [...] ça, ça serait très intéressant. Car on a beau en parler, moi je me rends compte qu'on n'est pas assez systématique.* »

Un des médecins s'interroge sur la possibilité de **faire évoluer la technique de mammographie** afin de la rendre moins douloureuse et ainsi augmenter l'adhésion au dépistage du cancer du sein.

MG9 « *Et la technique de la mammographie là y'a pas de doute (rires). Je sais pas depuis combien de temps ça existe mais je sais pas si la technique a été revisitée ou s'ils se sont posé la question mais... encore faudrait-il que ce soit des femmes qui soient techniciens ou... [...] ça serait quand même bien qu'un jour ils puissent faire évoluer leur technique radiologique parce que je me dis, y'a plein de choses qui ont évolué mais pas ça et que c'est quand même vraiment pas une partie de plaisir.*»

b) L'ACCESSIBILITE

Pour améliorer l'accès au parcours gynécologique, deux des médecins proposent que les **médecins généralistes se forment mieux à la gynécologie.**

MG16 « *je trouve que c'est vraiment pour les médecins traitants, je pense que ça requiert de plus en plus de leur profession. Au moins dans le cadre du dépistage. [...] Vu la raréfaction (des gynécologues), je pense que ça serait intéressant de renforcer la formation de gynécologie pendant les études.* »

MG9 « *il faut qu'il y ait des généralistes qui soient formés à la gynécologie* ».

F. SYNTHESE DES RESULTATS

Ces résultats montrent des médecins très ambivalents concernant leur parcours de soin.

Il existe un fort monopole de l'autogestion de sa santé. Plus de la moitié des femmes médecins de l'étude se sont auto-déclarées médecin traitant. Pour les autres, quatre ont déclaré leur conjoint pour la « forme ». La plupart se soignent elles-mêmes, de l'auto-analyse des symptômes, à la prescription des soins et médicaments. Le spécialiste intervient, dans la majorité des cas, en dernier recours quand se présente une impasse thérapeutique ou alors dans un contexte d'urgence.

Cependant elles sont nombreuses à juger ce comportement inadapté.

La place donnée à sa santé est, elle aussi, étonnamment reculée. Alors qu'elles se disent en « bonne santé », la majorité se jugent mal ou non suivies, du fait, en partie, de leur profession de médecin qui entraîne une solitude manifeste.

Leur prise en charge médicale est tiraillée entre le sentiment de devoir et la négligence dont elles font preuve, par manque de temps ou par la difficulté d'endosser le statut de soignés.

Ce statut est particulièrement ingrat car impose de se confronter à un confrère, de se confier et parfois, de lâcher son savoir médical.

La rencontre médecin/médecin-patient est jugée très inconfortable par la majorité des femmes interviewées. Outre le malaise, cela débouche sur un manque d'examen clinique pratiqué et sur l'absence de questions posées par honte.

Malgré cela, la plupart évoque la nécessité d'être honnête en ne cachant pas leur métier afin de faciliter l'échange.

Le caractère exceptionnel de cette position de patient est à l'origine de multiples sentiments comme la vulnérabilité face à l'approche corporelle, l'illégitimité de leurs dires ou actes, ou encore la peur du jugement. Cependant, pour certaines, c'est aussi le soulagement d'être (enfin) passives dans leurs démarches actives de soins.

Au milieu de ce parcours de soin un peu chaotique pour beaucoup des femmes médecins interviewées, il est étonnant de remarquer que le suivi gynécologique est, quant à lui, plutôt préservé. Ce dernier est perçu comme naturel. D'ailleurs, quelques-unes identifient, officieusement, leurs gynécologues comme médecins traitants.

La femme médecin n'échappe pas à son suivi gynécologique et la vie obstétricale y est pour beaucoup. Que ce soit par un gynécologue ou par une sage-femme, façon d'éviter l'entrevue avec un confrère, elles acceptent de s'imposer une organisation millimétrée pour cela.

Les obstacles résident essentiellement dans la difficulté d'obtention de rendez-vous (organisation et planification professionnelles, raréfaction des spécialistes gynécologues), le caractère désagréable de l'examen gynécologique et toujours le souci de motivation à se consacrer à sa santé.

La maternité est une période délicate où la femme médecin se confronte obligatoirement au statut de patiente. Aidée par son bagage de connaissances intellectuelles comme relationnelles, elle exprime là encore une ambivalence avec des difficultés liées à son métier. L'organisation du cabinet et la précarité concernant la protection sociale durant cette période sont ainsi mises en avant.

Au final les femmes généralistes ont un regard mitigé sur leur parcours de soins et celui-ci gagnerait à être amélioré. Outre le fait d'accepter d'être patient – et donc de choisir un médecin traitant, elles parlent d'équilibre à trouver entre vies professionnelle et personnelle, en travaillant en groupe par exemple.

Concernant la gynécologie, une des pistes envisagées est celle d'améliorer la formation dans ce domaine des médecins généralistes pour pallier le manque de spécialistes.

IV. DISCUSSION

Pour mettre en évidence certaines forces ou limites de cette étude, nous nous sommes appuyés sur les critères de validité COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research.

A. LES FORCES DE L'ETUDE

1. LE CHOIX DE LA METHODE

La recherche qualitative est particulièrement appropriée à l'étude de facteurs subjectifs et donc difficilement mesurables.

L'objectif du travail est d'explorer le vécu du parcours gynécologique des femmes généralistes pour comprendre, par une démarche interprétative, leur comportement vis-à-vis de ce suivi.

Le choix de cette méthode paraît cohérent. Une étude quantitative n'aurait pas pu permettre cette analyse.

2. LE CHOIX DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL

La thématique abordée est un sujet personnel. Il a été vu dans les résultats qu'aborder la question de sa santé et parler de soi, pouvait être gênant pour les enquêtées.

Les entretiens individuels, bien que chronophages, permettent d'aborder des sujets plus délicats ; à l'inverse des focus groups (entretiens de groupe) qui sont plus interactifs mais pourraient limiter la libre expression. [20]

Le choix des entretiens individuels semble donc, là aussi, cohérent.

De plus, l'enquêtrice étant elle-aussi une femme, cela a pu aider à créer une atmosphère empathique et de confiance avec les femmes rencontrées.

B. LES BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

1. LE CHOIX DE L'ECHANTILLONNAGE

« En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. La détermination de la taille de l'échantillon n'utilise pas de règle de calcul ». [22]

L'analyse s'effectue en parallèle du recueil de données. Il arrive un moment où le recueil de nouvel entretien n'apporte plus aucune nouvelle donnée. On parle de « saturation des données ». Il est conseillé de confirmer cette saturation par deux ou trois entretiens supplémentaires avant d'arrêter le recueil. [22]

L'étude a été menée jusqu'à saturation de données au bout de seize entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés sans apporter de nouveau nœud à l'analyse.

Dans ce type d'étude, l'échantillonnage ne recherche pas la représentativité de la population. Le but est de recueillir la diversité des opinions et comportements. [21]

Les variables retenues étaient l'âge et le lieu d'exercice.

Le fait de se limiter à une heure de route de Bordeaux, par souci d'organisation, a limité l'inclusion de femmes généralistes exerçant en zone rurale. Leurs discours auraient pu apporter des données supplémentaires aux résultats.

On peut donc se demander si la saturation de données n'a pas été « faussement » atteinte.

2. LE BIAIS DE SELECTION

Le premier contact était téléphonique, direct ou via secrétariat. L'enquêtrice a essuyé beaucoup de refus de participation. La raison donnée était généralement le manque de temps à consacrer à une étude/thèse.

On peut donc imaginer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude sont finalement celles qui s'accordent un peu plus de temps pour elles, allègent leurs plannings ou sont sensibles à leur santé.

3. LE RECUEIL DE DONNEES

a) LES BIAIS INTERNES

Il s'agit de la première expérience d'entretiens individuels semi-dirigés pour l'enquêtrice. Malgré l'auto-formation théorique et bien que faisant le nécessaire pour instaurer un climat de confiance et de bienveillance avec les femmes interviewées, il se peut que les conditions n'étaient pas rassemblées.

De plus, par inexpérience et fausse logique, les questions fermées permettant de caractériser l'échantillon ont été posées en début d'entretien (âge, expérience, etc.). Cela peut instaurer un climat de suspicion et provoquer une réticence à se confier dans le reste de l'entretien. [22]

Enfin, il n'a pas été réalisé d'étude pilote pour tester le canevas d'entretien et sa compréhension par les médecins entretenus.

Ce dernier a été validé par le directeur de thèse mais il aurait pu être intéressant de réaliser un « entretien blanc ».

b) LES BIAIS EXTERNES

Pour faciliter l'organisation des médecins interrogés, les entretiens ont été réalisés à leurs cabinets, à l'exception de deux menés au domicile des médecins. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions occasionnelles lors de certains entretiens (téléphone, secrétariat, patients).

De plus, la fatigue due à la journée de travail a pu avoir un impact sur la qualité des réponses surtout pour les rares entretiens réalisés en fin de journée.

De même, le risque de retarder le début des consultations a pu empeser les réponses des médecins pour les entretiens réalisés en journée.

c) LA RETRANSCRIPTION

Il est conseillé de retranscrire toutes les données, verbales et non verbales, le plus rapidement possible après la réalisation de l'entretien afin d'être le plus fidèle possible. [23]

En pratique, pour des raisons d'organisation, il n'a pas été possible de retranscrire tous les entretiens dès leur réalisation. A chaque fois que cela pouvait se faire, cette solution a bien sûr été privilégiée.

4. L'ANALYSE

a) LE BIAIS D'INTERPRETATION

Pour limiter toute subjectivité dans l'analyse des données, on utilise un double codage par deux chercheurs indépendamment l'un de l'autre. [22]

Dans cette étude, l'analyse a été effectuée par l'enquêtrice seule. Il n'y a pas eu de double codage du verbatim (triangulation). Ainsi la reproductibilité n'en est pas assurée. Cela aurait pu renforcer la validité des résultats.

b) LE CONTENU

La limite de l'analyse des résultats étant fixée par les objectifs de l'étude, il a été décidé de ne pas développer trois des thèmes abordés par les femmes interviewées. Ces données sont toutes disponibles en annexe.

Il s'agit :

- des réponses à la question abordant les systèmes de soin dédiés aux médecins, finalement jugée hors sujet. (annexe 3)
- Un thème émergeant spontanément des entretiens concernant la santé psychique des médecins (annexe 4)
- Les motivations de participation à l'étude (annexe 5)

5. LES CRITERES D'EXCLUSION

Le choix a été fait d'interroger uniquement des femmes généralistes installées, en excluant les remplaçantes en médecine générale.

L'organisation de ces dernières étant différente, avec moins de contraintes et d'obligations de cabinet, il pourrait être intéressant de comparer le vécu de leur parcours gynécologique dans un autre travail de recherche.

De même, les femmes exerçant une activité salariée unique ou majoritaire, non incluses dans cette étude, peuvent elles aussi apporter un autre point de vue ; notamment sur le vécu de la maternité.

C. INTERPRETATION DES PRINCIPAUX RESULTATS

Pour comprendre le vécu du parcours gynécologique des femmes généralistes on se rend compte qu'il faut déjà appréhender leur vécu du parcours de soins en général et, par extension, celui de la relation médecin/médecin-patient.

En effet, le suivi gynécologique fait obligatoirement intervenir un tiers et impose aux femmes généralistes d'adopter le statut de patiente. Elles se confrontent à la rencontre avec un confrère ou une consœur, aussi inconfortable soit-elle, pour assurer ce suivi particulier qui semble, au final, important pour elles.

De ce fait, cette prise en charge leur permet d'initier et d'accéder à un suivi médical plus général mais plus ou moins complet suivant le temps qu'elles y accordent.

J'ai donc volontairement séparé cette discussion en deux parties. Il s'agit pour moi de présenter les paradoxes et ambivalences de la santé du médecin mis en avant dans les résultats, en les confrontant à la littérature scientifique et sociologique ; puis de recentrer ce sujet sur le suivi gynécologique de la femme médecin généraliste.

1. LES PARADOXES DE LA SANTE DU MEDECIN

a) ENTRE BONNE SANTE ET MAUVAIS SUIVI

L'organisation mondiale de la santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » [24]

Dans notre étude, la majorité des femmes médecins se disent en « bonne santé » alors qu'elles ont un ressenti négatif de leur suivi médical en comparaison du suivi qu'elles imposent à leurs propres patients (excepté deux). Pour certaines, comme nous le verrons par la suite, ce mauvais suivi est imputable en grande partie à leur profession de soignant.

Le suivi médical, comme expliqué en introduction, regroupe différents champs comme la prévention des pathologies et la coordination des soins.

MG9 disait « *Ah mais c'est sûr qu'il n'y a pas de prévention, y a pas d'anticipation, on va agir quand ça sera un peu avancé... c'est sûr.* » affirmant aussi ne pas avoir bénéficié d'un examen clinique depuis plus de 10 ans.

Mais peut-on réellement être en bonne santé si nous ne nous faisons pas suivre, si nous ne prévenons pas les maladies susceptibles de nous affecter?

Dans la littérature, on retrouve cette tendance qui se maintient au fil des années.

Oui, les médecins se sentent en bonne santé !

En 2010, une étude publiée par la DREES [25] concernant un panel de médecins généralistes, concluait que 8 médecins sur 10 (79%) se déclaraient en bonne santé.

En 2012, le travail de thèse réalisé par Hemar et Reille [26] sur plus de 400 médecins du département du Nord montrait que 67% des médecins satisfaits de leur état de santé.

En 2018, c'est dans la revue *Exercer* qu'on pouvait lire que 94,3% des médecins se jugeaient en assez bonne santé physique. [27]

Parallèlement, une étude qualitative de 2012 [28] retrouvait, chez les médecins généralistes, un ressenti négatif de leur suivi médical (« pas sérieux, aléatoire, pas régulier » etc.) sans jamais utiliser d'appréciation positive.

Une revue de la littérature de 2014 [29] s'intéressant à la santé des médecins le confirmait également avec, en moyenne, 40% des médecins estimant avoir une mauvaise prise en charge ou un suivi irrégulier.

Les femmes de notre étude ne sont donc pas différentes des médecins des études réalisées ces dernières années sur la santé des médecins. On retrouve cette drôle de notion d'être en bonne santé tout en n'étant pas, ou mal, suivis sur le plan médical.

b) ENTRE GESTION DE SA SANTE ET ABSENCE DE REcul SUR SOI

Dans notre étude, plus de la moitié des femmes se sont auto-déclarées médecin traitant auprès de la sécurité sociale. Parmi les autres, une majorité encore (4), ont déclaré leurs conjoints pour la « forme » en admettant ne pas le consulter.

La plupart affirment gérer elles-mêmes leurs problèmes de santé et s'automédiquer. Elles expliquent s'analyser en se « posant en cas clinique » afin de décider de la meilleure conduite à tenir (prescriptions médicamenteuses ou biologiques, attitudes expectatives ou consultation d'un confrère spécialiste).

Cependant, certaines confient que ce comportement n'est pas adapté et notamment en cas de maladie où le besoin « *de quelqu'un pour aller au front, d'un autre regard* » (MG5) devient indispensable. L'un des médecins explique même manquer de « *rationnel* » quand il est question de soi.

Cela soulève les questions suivantes : peut-on être médecin de son corps ? Peut-on avoir le recul nécessaire et suffisant quand il est question de soi ? Entre connaissances médicales et expériences vécues de la maladie par nos patients, notre regard n'est-il pas forcément biaisé ?

Le traité d'anthropologie de Maurice Thibault en 1985 [17] aborde ce sujet délicat : « Comment le médecin malade peut-il se prescrire le médecin-remède ? ».

L'auto-analyse de soi débouche sur deux attitudes extrêmes : une anxiété profonde pouvant amener à une surmédicalisation et une surconsommation des soins versus une banalisation des maux voire un déni de son état de santé.

Dans mon travail, je parle « d'oubli de soi » pour définir ce dernier caractère comme l'illustre MG2 : « *on fait un peu l'autruche pendant un moment...* » ; Ou MG17 « *[...] en considérant que je ne m'écoute pas [...]* ».

Ce sentiment, poussé à l'extrême, peut amener à un sentiment d'invincibilité irrationnel.

Chapusot [28] explique ces attitudes dans son étude en disant que certains médecins minimisent leurs symptômes puis les amplifient : « au départ j'ai minimisé... [...] je me suis posé des questions je me suis plus paniquée d'autre chose » ou encore « on a peur de tout ou alors on se néglige... je perdais complètement les pédales »

En France, c'est en 2004 que la réforme concernant l'obligation de déclarer un médecin traitant apparaît. Comme on le retrouve dans plusieurs travaux [26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 56], la plupart des médecins n'avaient pas de médecin référent avant cette date. Par la suite, ils semblent faire l'effort de déclarer un médecin mais qui est la plupart du temps eux-mêmes ou un proche (ami, associé).

Pour se justifier, les raisons évoquées sont : [26, 28, 30, 34, 35]

- la commodité et le gain de temps : recours direct aux spécialistes si besoin
- pas besoin d'un médecin traitant en l'absence de problème de santé ou la croyance en la capacité de se prendre en charge de manière objective
- la peur du manque de confidentialité et un manque de confiance
- la déclaration de médecin traitant perçue comme une obligation administrative
- la volonté de ne pas déranger un confrère
- la peur d'être jugé incompétent ou de surévaluer ses symptômes

De l'autogestion découle, de façon logique, l'auto-prescription. Elle est pratiquée par la majorité des médecins, jusqu'à 93% dans une étude [36] ; et les médecins déclarent le faire de manière objective dans 60% des cas d'après certains travaux. [28, 37]

Les médecins généralistes se voient donc comme un premier recours avant éventuellement, de consulter un spécialiste en deuxième recours.

Ce discours reste néanmoins nuancé avec des attitudes traduisant le comique ou l'ironie d'être son propre médecin. Dans notre étude comme dans une autre [28], on remarque que quasiment tous les médecins souriaient ou riaient en expliquant s'être auto-déclarés ou se soigner.

Le CNOM semble également avoir soulevé les problèmes que représentent l'auto-prescription et l'autogestion de sa santé. En 2008, le rapport de la commission nationale permanente [38] concluait à une « forte incitation à ce que les médecins ne soient pas leurs propres médecins traitants en raison des risques majeurs de l'auto-prescription ». En 2015, c'est le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) qui encourage cette démarche : « Plusieurs experts recommandent de mettre en place les conditions nécessaires afin que chaque médecin puisse être sous les soins d'un médecin ». [39]

En 2017, la population médicale ne semble toujours pas prête à cela avec seulement 40% des généralistes qui souhaitent la mise en place d'une obligation de médecin traitant tiers. [32]

c) ENTRE NEGLIGENCE ET DEVOIRS

Dans notre étude la majorité des femmes ne placent pas leur santé comme une priorité et avaient même tendance à clairement avouer la négliger. Elles évoquent comme raisons la surcharge de travail, le manque de temps, ne pas considérer la santé et le dépistage comme plus importants ou encore le refus de soin. Elles s'occupent donc d'elles-mêmes dans l'urgence ou si elles y sont obligées.

La tendance à attendre d'avantage avant de consulter devant des symptômes est retrouvée dans plusieurs études [28, 40]. Les raisons qui y sont énoncées sont : moins disponible pour soi que pour les autres, relativiser un problème de santé, laxisme, déni ou banalisation, voire un aspect financier pour l'un (faible indemnisation journalière en cas d'arrêt maladie potentiel).

Le CNOM écrivait également en 2008 [38]: « Il est notoire que les médecins malades se prennent souvent très mal en charge en dehors d'une hospitalisation par une grande négligence quant au suivi auquel ils devraient s'astreindre dans le cadre de la prise en charge de leurs pathologies. »

A l'opposé de cette négligence consciente concernant leur santé, les femmes de notre étude manifestent, dans une certaine mesure, un sentiment de devoir... devoir vis-à-vis de leurs patients, de leurs familles et de ce fait, de leur santé !

Elles mettent ainsi en avant la nécessité de se protéger en prenant du temps pour elles, pour se soigner comme pour ne pas « craquer » psychologiquement. Cette responsabilité reste individuelle et personnelle et, à bas mots, rejoint la volonté de chacune de placer sa santé en « haut de la liste ».

C'est finalement ce qu'aborde, comme nous l'avons vu en introduction, une des dernières modifications du serment médical de Genève [15]. La notion de prendre soin

de soi pour pouvoir prendre soin des autres devient un devoir à part entière des médecins à travers le monde.

Cela ramène à une énième ambivalence : pourquoi négliger sa santé alors qu'on souhaite se protéger ?

On peut aussi rebondir, bien que cela ne soit pas le sujet, sur le mal-être psychologique de la profession médicale et les nombreux témoignages de burn-out ou études sur le sujet [38, 41, 53]. Maurice Thibault écrivait en 1985 [17] « Malgré la nécessaire discrétion qui entoure le traitement des médecins malades de maladies psychiatriques, la littérature médicale est très bavarde à ce sujet, créant le paradoxe de la verbalisation sur le silence. »

Dans le travail du PAMQ [39], on peut lire que le suicide serait la seule cause de décès qui soit plus élevée chez les médecins que dans la population générale ; ou encore que près d'un médecin sur deux rapporte des signes de burn-out, en particulier les médecins de première ligne.

De plus, alors qu'un des médecins (MG2) signale le manque d'indemnisation financière en cas d'arrêt maladie par rapport aux charges du cabinet et de la vie, on retrouve une certaine forme de négligence ou de désintérêt concernant les couvertures sociales complémentaires dans la littérature.

Une étude montrait par exemple que 90% des médecins avaient une prévoyance mais 17% ne connaissaient pas leur délai de carence en cas d'arrêt de travail [36]. Là encore, la commission nationale permanente du CNOM [38] a soulevé cette question en précisant « l'importance de l'affiliation à des systèmes complémentaires » et « l'intérêt de réévaluer régulièrement les contrats tous les 5 ans. » Elle parle en ces termes de « la survie financière du cabinet ».

d) ENTRE ACCEPTER D'ETRE PATIENT (PASSIF ?) ET MAITRISER SA SANTE

Comme nous l'avons vu dans les témoignages recueillis, les femmes généralistes se confrontent à la problématique de devenir patientes.

Dans son travail, Robert [35] signalait que la notion de patient était liée, par l'étymologie grecque, « à la passivité, au fait d'éprouver, par opposition à l'idée d'agir ».

Ici, la position du patient s'oppose aussi directement à celle du médecin. Le médecin est le scientifique, l'expert de la santé, celui qui détient la connaissance. En acceptant de passer de « *l'autre côté* », les médecins-patients doivent abandonner leur position d'experts décideurs et devenir passifs, c'est à dire se laisser guider par un tiers dans le parcours de soins.

Pour certaines, il s'agit d'un véritable challenge et cette position inhabituelle est à l'origine de divers sentiments :

- Une relation médecin-patient biaisée car trop occasionnelle pour créer un lien de confiance (cf. définition de la médecine générale en introduction) ... alors que le besoin de confiance et d'écoute est mis en avant par la plupart.
- Une vulnérabilité due au fait qu'elles se confient sur le plan physique comme psychique.
- L'illégitimité de leurs dires ou actes, comme si elles n'avaient pas à être là : la peur du jugement ou la croyance de devoir se soigner seul.
- Une honte ?
Aborder sa santé avec des confrères semble être un sujet tabou ; ce que confirme une autre étude [28].
- L'ambivalence ou la lutte interne entre lâcher ses connaissances et s'immiscer dans sa prise en charge

Dans un communiqué du PAMQ [39], on peut lire ces mots : « Pour plusieurs auteurs, l'un des facteurs permettant d'expliquer ces attitudes et comportements réside dans la culture médicale elle-même, par la pression intense qu'elle exerce pour que ses membres reflètent une image d'invulnérabilité, de contrôle et de compétence. Dans ce contexte, l'auto-prise en charge devient une stratégie acceptée, voire encouragée par les pairs, qui permet au médecin de rester en poste et d'échapper à l'inconfort de devoir assumer le rôle de patient. »

Ailleurs, on peut également lire [17]: « Pour s'instituer médecin, faut-il se destituer comme malade? Le refus du rôle de malade oblige le médecin à porter le masque de l'invulnérabilité. La médecine serait-elle fondée sur une méprise? »

Cela traduit bien la situation rocambolesque dans laquelle se trouve le médecin et le cercle vicieux qui se met en place autour de lui entre autogestion, auto-prescription, statut de malade, rapport aux confrères, statut social privilégié...

A contrario, quelques-unes des femmes interrogées ont fait part du bien être que la position de patiente pouvait leur amener. L'une parlait d' « *infantilisation* » (MG5) en expliquant que le fait qu'on lui dise de faire telle ou telle chose, la réconciliait avec sa santé et lui donnait l' « *autorisation* » de s'en occuper.

Le fait d'accepter ce statut de patient est facilité par certaines situations, comme on le retrouve dans cette étude de 2012 [28] :

- La réalisation d'actes et d'exams non accessibles par soi-même (comme l'examen gynécologique pour les femmes)
- La limite de ses connaissances
- Le manque d'objectivité ressenti
- La peur d'un diagnostic grave

Finalement, cet apaisement ressenti en lâchant prise peut-il être bénéfique aussi pour nos patients ? Si l'on s'autorise à s'occuper de soi, cela fait de nous un médecin en meilleure santé et donc plus disponible pour assumer nos devoirs. Peut-on être meilleur médecin pour nos patients si l'on connaît la condition de patient nous-mêmes ? C'est ce que peuvent laisser supposer quelques théories comme le remède-médecin de Balint ou l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers.

En tout cas, dans une autre étude, l'expérience vécue en tant que patient a été décrite comme facilitant la rencontre médecin/médecin-patient par la suite pour 28% des médecins. [32]

A côté de cette passivité potentielle, on retrouve la difficulté de ne pas intervenir dans la prise en charge décidée par un tiers [38]. Chapusot y consacre par exemple une partie intitulée « Acteur de sa santé ». Les médecins semblent se suffire à eux-mêmes et affirmer leur place de décideurs « je décide de ce que je fais ou ce que je souhaite faire » ou encore « on choisit ce qui nous convient le mieux ». [28]

D'ailleurs, une autre façon d'appréhender l'acceptation de ce statut de patient aurait pu être l'évaluation de l'observance d'une prescription émanant d'un confrère (médicamenteuse, examen complémentaire, arrêt de travail, etc.) comme cela a pu être abordé dans certaines études. [28, 40]

Pour finir sur cette partie, je me permets de citer de nouveau Maurice Thibault qui écrit justement : « En entrant chez le médecin thérapeute, le médecin malade doit se dépouiller de sa partie subjective. Comme on n'entre pas dans un jardin les fleurs à la main, le médecin malade doit se soumettre et il n'est plus un «bon patient» lorsque, comme le suggère Montaigne, il joue avec la prescription:

«Qui veid jamais médecin se servir de la recepte de son compaignon sans en retrancher ou y adjouster quelque chose».

C'est plus fort que lui, le médecin «garde au fond de lui-même le goût de soigner et le besoin de guérir». » [17]

e) ENTRE DESIR D'ETRE UN PATIENT LAMBDA ET AVOIR UN CONTACT PRIVILEGIE AVEC LE SOIGNANT

A travers notre étude, on retrouve le désir quasi unanime d'être reconnu et soigné comme un patient lambda. Ce désir est, la plupart du temps, associé à des reproches faits aux confrères consultés qui ne semblent pas agir « normalement » lors des consultations avec un pair.

Etre un patient lambda s'oppose à plusieurs choses chez les médecins à soigner:

- Accepter le contact privilégié avec le corps soignant, « réseau de confiance »
- Bénéficier de facilités supplémentaires par confraternité, accès privilégié aux spécialistes
- Accepter d'être patient et donc passif dans le système de soin (cf. ci-dessus)
- Se sentir seul et démuné quand il est question de se soigner

Cependant, peut-on pour autant réellement bénéficier d'une consultation « normale » en tant que médecin-patient ?

Dans notre étude, les femmes généralistes se plaignent d'un manque d'écoute, d'explications et d'examen clinique quand le médecin consulté connaît leur statut. On remarque ainsi que la position de médecin entraîne, chez certaines, une solitude manifeste dans le parcours de soins : vers qui se tourner ? Comment se soigner ? Dois-je cacher ma profession pour pouvoir être bien soignée, être examinée, poser mes questions ?

Et de cela découle le questionnement suivant, que Bonneaudeau [40] nomme « La tentation de la clandestinité » : dire ou ne pas dire que l'on est médecin quand on va consulter un confrère ?

L'étude de Chapusot [28] vient appuyer la position délicate de médecin consulté ou en tout cas, la perception de malaise que le médecin-patient ressent lors d'une entrevue avec un confrère : « les spés n'ont pas tout à fait la même attitude envers un médecin qu'envers un non-médecin ».

De même, un travail de thèse de 2017 [32] montre que 81% des médecins qui déclarent difficile de soigner un confrère. De la part du soigné, la difficulté réside essentiellement dans le fait d'accepter son statut de patient à près de 56% ; du côté du soignant c'est la peur du jugement de l'autre et de l'erreur à près de 41%, suivie de la pression de performance et dépassement de soi à 22%.

On retrouve cependant dans la littérature des données s'opposant à nos résultats. Là où la majorité des femmes de notre étude exprime un manque d'examen clinique dans la situation d'une consultation, la thèse de Plagnard retrouve près de 74% des médecins déclarant réaliser un examen physique à l'identique, médecins ou non médecins. [32]

Là où le risque du côté informel d'une consultation « de corridor », « [...] *sans dossier, sans compte-rendu sans rien et pis après... il reste rien* » (MG14) est soulevé, une autre étude retrouve un bon ratio de correspondances médicales suite à une consultation ou examens. [28]

Un autre point qui n'a été cité que par un médecin dans notre étude est celui du règlement des honoraires. Dans plusieurs travaux [28, 29, 56] cette question est abordée

et les avis et attitudes sont très divergents, entre souci de confraternité ou risque de se sentir redevable.

Le CNOM, quant à lui, encourage le règlement des honoraires entre deux confrères, tout en le laissant à la libre appréciation de chacun, afin d'officialiser la consultation et la démarche de soin en précisant que cela « ne va pas à l'encontre des principes Hippocratiques ». [38]

« Les médecins doivent donc se soigner les uns les autres puisqu'il n'y a personne d'autre pour le faire ». [17]

Devant la difficulté de soigner un confrère, on retrouve depuis quelques années des communications ou formations sur ce thème. Par exemple, le PAMQ a publié une note d'information [42] justement destinée aux médecins amenés à prendre en charge des patients médecins. Elle a pour but de délivrer quelques conseils pour améliorer cette rencontre « intimidante » comme de bien poser le cadre (bureau officiel, contrat de soin, reprendre le motif de la consultation ou les antécédents, etc.), faire un examen clinique objectif, donner des explications complètes et ne pas s'attarder à échanger sur des banalités. Le tout doit être mené en faisant preuve d'une extrême empathie et confidentialité.

Il existe aussi depuis 2015 un diplôme interuniversitaire intitulé « Soigner les soignants » porté par les universités Paris Diderot et Toulouse Rangueil. [43, 53]

2. LE PARCOURS GYNECOLOGIQUE DE LA FEMME MEDECIN

Maintenant que nous avons abordé les différents paradoxes de la santé du médecin, nous pouvons mieux comprendre la complexité de son suivi médical.

Malgré cela il semblerait que les femmes médecins généralistes acceptent volontiers leur suivi gynécologique et entretiennent un rapport particulier à celui-ci bien qu'il renvoie au domaine de l'intime.

C'est ce que nous abordons maintenant.

a) UNE AFFINITE PARTICULIERE

Les femmes médecins généralistes ont une bonne adhésion à leur suivi gynécologique contrairement à leur suivi médical général. Dans notre étude, 12 des 19 médecins déclarent avoir un gynécologue.

On le retrouve également dans d'autres thèses [28, 33, 44, 45, 46] comme celle de Willems où 93% de femmes médecins sont suivies sur le plan gynécologique. Elle y détaille également ses intervenants, données que nous n'avons pas récoltées dans notre étude. Il apparaît que les femmes généralistes se font davantage suivre par des confrères gynécologues (66%) contre 24% par les sages-femmes et seulement 3% par des pairs généralistes.

Nous aurions pu aborder ce thème mais, a posteriori, la façon dont la question a été posée dans les entretiens n'était pas adaptée. Dans le recueil quantitatif la question « Avez-vous un gynécologue traitant ? » aurait pu/dû être « Avez-vous un suivi gynécologique régulier et par qui est-il assuré ? »

L'adhésion au suivi gynécologique se traduit également par une bonne participation aux dépistages des cancers gynécologiques :

- Pour le cancer du sein, 4 des 6 médecins concernées sont à jour du dépistage. On retrouve également un dépistage individuel pour les femmes de la quarantaine.
- Concernant le cancer du col de l'utérus, le résultat est plus mitigé mais tout de même bon avec 13 des 19 médecins qui sont à jour des recommandations nationales.

Dans la littérature scientifique, on retrouve généralement des taux de participation au dépistage des cancers gynécologiques supérieurs chez la femme médecin au reste de la population [25, 33, 44, 45, 46].

Par exemple, une étude réalisée en 2014 [33] sur 190 médecins retrouve une participation de 79% pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein. A noter qu'il y a 39% d'auto-prescription de mammographie, ce qui peut laisser supposer une réelle volonté de se maintenir à jour.

En revanche, elle met en évidence que les femmes exerçant en rural réalisent 3 fois moins fréquemment leurs FCV. Dans notre étude, il est vrai que l'exercice rural est très

peu représenté et il y a sans doute plus de difficultés pour ces femmes du fait de la surcharge de travail ou l'absence de gynécologues.

Pour comparaison, dans la population générale, les derniers chiffres concernant le dépistage [47] sont de 49,9% en 2017 pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, et de 61,2% sur la période 2010-2013 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans (pourcentage basé sur le dépistage individuel).

On peut aussi noter que dans notre étude, un peu plus de la moitié des femmes interrogées (11/19) pratiquent elles-mêmes la gynécologie au cabinet, ce qui peut traduire un intérêt porté à ce domaine et en extrapolant, être à l'origine d'un meilleur suivi gynécologique individuel.

Une seule autre étude trouvée aborde la question de la pratique professionnelle des femmes généralistes, celle de Tesson [46] où 51,5% des femmes pratiquent elles-mêmes la gynécologie au cabinet. Cependant, il n'existe pas de différence significative entre la pratique de la gynécologie et la réalisation des dépistages des cancers gynécologiques (autopalpation, mammographies, FCV).

Une des principales explications que l'on peut proposer à cette régularité est que ce suivi de la femme est perçu comme naturel, surtout lors de la maternité mais aussi par l'éducation reçue. Elles évoquent aussi la nécessité d'un tiers qui oblige à prendre le temps de le réaliser, ou encore le fait que la gynécologie est à l'origine d'un certain nombre de pathologies de la femme.

Les facteurs retrouvés facilitant le suivi gynécologique dans notre étude sont :

- Une relation de confiance avec le gynécologue, basée sur l'empathie et l'écoute
- Pour l'une, un suivi par une femme plus qu'un homme: facteur retrouvé dans plusieurs études [44, 48]
- Pour une autre, un suivi par sage-femme plutôt que par un médecin
- Une facilité d'accès pour une meilleure organisation (lieu géographique ou facilité de rendez-vous)
- Un suivi anticipé planifié et organisé

La relation qu'ont les femmes à leur corps ne semble pas, ici, perturbée par leur statut de médecin. Elles parlent d'elles tout simplement, en tant que femmes, en signalant d'ailleurs que « *ce n'est pas différent des patientes* ».

Finalement, elles semblent se mettre assez facilement « dans la peau d'une patiente » quand il est question de gynécologie. Pour l'illustrer, on peut remarquer que certaines des femmes de l'étude ont employé facilement le « On » ou le « Nous » en parlant de leur histoire, comme pour marquer leur appartenance au groupe des femmes et non plus des médecins.

MG2 : « *La gynécologie chez la femme c'est quand même une grande part de notre... de notre problème souciant quand même, c'est par là qu'on a des soucis* »

MG10 : « [...] *toutes les gynéco de notre entourage [...]* »

MG13 : « *On a toutes des histoires à raconter sur notre premier accouchement* »

Deux des femmes de notre étude confient même considérer un peu leur gynécologue comme leur médecin traitant en expliquant qu'il est, au final, le seul médecin qu'elles sont amenées à voir pour leur santé ou en tout cas, qu'elles prennent le temps de voir. On retrouve également cette notion dans un autre travail de thèse. [30]

Un autre point intéressant, et qui mérite qu'on s'y attarde, est l'expérience vécue de patiente. Cette expérience semble permettre à ces médecins de mieux appréhender le vécu de leurs propres patientes, qu'elles en aient conscience ou non.

MG4 disait par exemple « *J'ai changé plusieurs fois de gynéco en fait parce que, relationnellement, c'est pas évident. Moi je rejoins les patientes quand même. Les gynéco [...] elles ne sont pas dans la Femme, dans la bienveillance* ». Cette phrase laisse sous-entendre qu'elle s'identifie à ses patientes et probablement qu'en retour, elle doit adopter une attitude plus bienveillante vis-à-vis d'elles.

C'est ce que nous exprimions précédemment en évoquant l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers. On retrouve également cette composante dans le travail de thèse de Lenel. [49]

b) LES OBSTACLES DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

Cependant, bien qu'elles se prêtent plus facilement à ce suivi qu'à un autre, on retrouve malgré tout, à travers leurs mots, quelques freins identifiables:

- La raréfaction des gynécologues et la difficulté de prise de rendez-vous qui en découle
- Le vécu désagréable de la consultation : d'un point de vue relationnel (relation avec le spécialiste) comme physique (geste douloureux, position désagréable, etc.)
- L'atteinte de l'intimité/sphère privée et la pudeur
- L'organisation qui peut être compliquée du fait des amplitudes de travail identiques à celles des confrères gynécologues
- La peur du résultat de dépistage
- Le manque de motivation ou la négligence
- Le sentiment de n'être pas concernée du fait d'un célibat

Dans une autre étude les difficultés évoquées sont plus organisationnelles suivies de la négligence puis le refus d'être patiente. [44]

La thèse de Midy [45], se basant sur 463 médecins dont 164 généralistes, fait apparaître que la profession de médecin généraliste est marquée par un moins bon dépistage du cancer du sein comparé aux femmes spécialistes. Pour ce qui est des réticences, on retrouve les mêmes que dans notre étude y compris la peur d'un résultat positif lors d'un dépistage.

Il est étonnant que le motif le plus souvent décrit dans notre étude, à savoir la raréfaction des gynécologues (rendez-vous éloignés, patientèle fermée, départ à la retraite, etc.), ne soit que très peu nommé dans les autres études.

Sans parler d'obstacle mais plutôt de contrainte, le suivi gynécologique touchant à la sphère intime, fait que la majorité des femmes médecins font une différence quant à leur secteur de consultation. Si elles n'avaient pas de problème à consulter des confrères de leur secteur professionnel ou de leur réseau de confiance, pour la gynécologie en revanche, elles s'éloignent par souci de pudeur et confidentialité.

Ceci ne semble pas avoir été traité dans les autres études.

c) LA MATERNITE

La maternité est un moment important dans la vie d'une femme. Chez la femme médecin, il est peut-être même plus important car il la place tout simplement en

position de patiente. Et elle n'a pas le choix. Cette période est donc l'occasion de se faire suivre comme de se mettre à jour du FCV.

MG3 le résume très bien : « *Heureusement qu'il y a le côté obstétrical dans la vie des femmes médecins.* »

Dans une autre étude qualitative [44] on peut lire que la moitié des femmes médecins interrogées considère le suivi de grossesse plus important que le suivi gynécologique de dépistage du fait de la responsabilité vis-à-vis de l'enfant à naître. De façon générale, la femme médecin enceinte se fait donc bien suivre (suivi mensuel, échographique, sanguin, etc.). [44, 48, 50]

A noter que, pour beaucoup, il n'y avait aucun suivi médical avant la grossesse et notamment pas de médecin traitant déclaré [48].

Cela confirme l'idée que le suivi gynécologique est un tremplin vers le suivi médical plus général.

Par exemple, dans un travail [33], on note que les femmes généralistes s'orientent d'avantage vers un obstétricien pour leur suivi de grossesse (93% contre 63% dans la population générale). Alors qu'un autre [48] retrouve un suivi par sage-femme plus fréquent, pour ne pas surmédicaliser la grossesse et bénéficier d'une relation de meilleure qualité avec empathie, écoute, confiance et distance professionnelle.

Un autre point pouvant aider à illustrer ces propos est l'analyse des taux de réalisation des FCV par tranches d'âge. On retrouve par exemple dans le travail de Sauvegrain, 85% de réalisation de FCV sur son échantillon et jusqu'à 92% pour les femmes avant 40 ans [36].

Dans l'étude de la DREES, 79% de femmes sont à jour de leur FCV mais le pourcentage monte à 88% pour les 35-39 ans, laissant supposer l'impact de la vie obstétricale dans la régularité de ce suivi [25].

Cependant, la maternité les forçant à devenir patientes, elles font de nouveau face aux différents paradoxes vus précédemment, entre facilités et difficultés liées à leur statut de médecin.

Par exemple, la connaissance du suivi de grossesse et des infrastructures de soin les favorise dans la planification de leurs rendez-vous. Plusieurs thèses sur le suivi de grossesse des médecins généralistes viennent le confirmer, comme dans notre étude [48, 50].

De même, elles bénéficient d'une certaine facilité d'organisation car restent gérantes de leurs plannings.

Ce statut de libéral présente également des contraintes qui ne sont pas des moindres, comme la gestion de leur absence au cabinet (remplaçant à trouver, charges à payer, souci des patients, etc.) ou la précarité financière de leur protection sociale maternité ; propos appuyés par d'autres travaux [48, 50].

D'un point de vue humain et relationnel, la « survie financière du cabinet » comme nous pouvons l'appeler pour reprendre les termes du CNOM, oblige les femmes médecins à reprendre souvent tôt en post-partum. Cela est vécu difficilement pour beaucoup et notamment si l'allaitement doit être stoppé pour cette raison.

Néanmoins on peut voir dans la littérature que certaines femmes, plus rares, ont prolongé leur congé post-natal [48].

De plus, la relation médecin/ médecin-patient dans le suivi gynécologique n'échappe pas aux paradoxes énoncés plus hauts. Les femmes notent de façon plus marquée le manque d'écoute et d'explications délivrées.

Ce dernier point est très bien retranscrit dans la thèse de Granier, mais aussi dans d'autres [44, 48, 50]. Il en ressort une relation très factuelle, très technique avec un manque d'écoute, mais aussi, un suivi différent avec davantage d'autonomie voire une auto-prescription contrainte (à la demande du confrère spécialiste : « Bah faites-vous l'ordonnance, ça sera plus simple ! »).

Finalement, on se rend compte une fois de plus de la situation rocambolesque de la prise en charge d'un patient médecin. Ici, les femmes médecins acceptent de se positionner en patientes, certes par obligation dans une certaine mesure, mais avec bonne volonté pour la majorité. Elles souhaitent vivre ce moment de leur vie tout simplement en tant que femmes et non plus en tant que médecins. Elles semblent être demandeuses, encore plus lors de cette période, d'écoute et de passivité.

Hors, la relation singulière avec le corps soignant les replace toujours dans cette position d'entre-deux où elles ne sont ni vraiment des patientes lambda et plus vraiment des médecins.

Au niveau du couple, la maternité est aussi un moment important. La femme porte l'enfant, le conjoint l'accompagne.

Un des médecins que nous avons rencontrés nous a fait part de la difficulté de cette étape. Soucieuse d'intégrer son mari lors des consultations de grossesse, elle a mis en avant la problématique du langage médical. Nous avons pu voir précédemment que les médecins ne cachaient pas leur profession aux confrères qu'ils consultaient, et ce dans un souci d'honnêteté et de respect. Cependant, le langage médical utilisé librement n'est alors pas compréhensible par les non-médecins. Dans le cadre de sa grossesse, elle a donc fait le choix de la « clandestinité ».

Nous n'avons pas retrouvé un tel témoignage dans la littérature.

Par la suite, le fait d'avoir des enfants vient ajouter un sentiment de devoir mais aussi une charge de travail supplémentaire. Les priorités se retrouvent chamboulées et les enfants prennent la (juste) place du haut de la liste. Ce n'est plus simplement un souci d'organisation du cabinet mais aussi la deuxième vie qui commence une fois la porte du cabinet fermée et celle de la maison ouverte, ou encore les gardes d'enfants à prévoir pour pouvoir assurer ses propres rendez-vous médicaux.

Un mémoire de sociologie vient confirmer cette idée. Les femmes y expliquent prendre moins bien soin de leur santé dès qu'elles sont mères. Le terme de « charge familiale » est utilisé [51].

On peut aussi citer Elisabeth Badinter qui écrit dans son livre *Le Conflit, la femme et la mère* [52] : « Le souci de soi doit céder la place à l'oubli de soi [...] Plus on est libre de ses décisions [avoir des enfants], plus on a de responsabilités et de devoirs.»

In fine, ces femmes et mères ne seraient-elles pas susceptibles d'être moins bien suivies sur le plan médical, perdant le bénéfice présenté ci-dessus du suivi de grossesse ?

3. LES PERSPECTIVES POUR AMELIORER SON PARCOURS DE SOIN

Comme nous l'avons vu, le parcours de soin tant général que gynécologique des femmes généralistes n'est pas, pour plusieurs raisons, parfait et celui-ci demande à être amélioré.

Sans trop s'y attarder, elles ont néanmoins évoqué quelques pistes, que nous exposons maintenant.

a) EN GENERAL

On retrouve une notion d'équilibre à trouver entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle, notion qu'elles lient fortement au temps.

Il paraît urgent pour ces femmes, les médecins d'aujourd'hui, de se libérer du temps pour pouvoir prendre soin d'elles, que ce soit pour leur bien-être psychique comme pour s'occuper de leur santé physique.

Plusieurs solutions sont évoquées comme le choix du salariat ou le travail en cabinet de groupe permettant d'alléger ses horaires comme réduire le stress professionnel.

Concernant le salariat, si l'on regarde les chiffres au 1^{er} janvier 2018, on remarque qu'il y a sensiblement plus de femmes généralistes installées en salariat qu'en libéral, contrairement aux hommes qui restent très majoritaires en libéral. [10] On peut aussi lire dans l'atlas de démographie du CNOM : « Depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral au profit de l'exercice salarial pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de 1^{er} recours ». [11]

Ceci traduit les contraintes de l'exercice libéral entre charges financières, difficultés organisationnelles (remplaçants, horaires, etc.) et couverture sociale précaire.

L'amélioration de l'accès aux soins pour les médecins est également abordée dans les entretiens. Sachant que ces femmes ont les mêmes amplitudes de travail que la plupart des confrères, médecins généralistes comme spécialistes, certaines suggèrent de réserver des créneaux de consultation aux médecins ou encore de pouvoir bénéficier

d'une médecine du travail pour les professionnels libéraux, voire même ouvrir un lieu dédié à accueillir des patients médecins.

L'existence de créneaux de consultation réservés aux médecins paraît difficilement réalisable. Pourquoi imposer à certains confrères de finir encore plus tard ou de consulter les week-ends ? N'ont-ils pas besoin, eux aussi, de ce fameux équilibre à trouver avec leur vie personnelle ?

En revanche, l'existence d'une sorte de médecine du travail comme d'un espace dédié à la santé du médecin est une idée intéressante et réalisable voire même réalisée !

Cette idée de médecine du travail a d'ailleurs été évoquée dans plusieurs travaux par les médecins [27, 41, 53, 56].

En France, on retrouve essentiellement des associations fondées dans le but d'aider les médecins, principalement basées sur un soutien psychologique, mais parfois aussi physique en proposant des bilans de santé ou des actions de prévention. On peut nommer l'association MOTS (Organisation du Travail et Santé du médecin), l'association AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants) ou encore l'association Inter.Med bien qu'il en existe d'autres. [27, 32, 36, 53]

A l'étranger il existe par exemple le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (PAMQ) dont nous avons déjà parlé ; mais aussi le Programme d'Aide Intégrale au Médecin Malade (PAIMM) de Barcelone en Espagne, le ReMed, réseau de soutien pour les médecins en Suisse, la British Medical Association en Angleterre, ainsi que l'European Association for Physician Health (EAPH), association qui promeut la santé des médecins en Europe. [27, 36, 53]

Dans son dernier rapport concernant la santé des médecins en 2018 [53], le CNOM fait le point sur les initiatives lancées dans ce domaine.

- Au niveau ministériel : la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail ayant pour objectif de « prendre soin de ceux qui nous soignent ».
- Au niveau ordinal : mise en place de convention avec la CARMF, d'offre de prévention pour les médecins bretons.
- Une charte entre la CARMF, le CNOM et le Centre National de Gestion pour un programme d'entraide médico-psycho-sociale des médecins en difficultés ; la création d'un numéro unique d'appel national d'aide aux médecins géré par l'AAPMS ; ou encore une charte entre le CNOM et les unités de soins aux professionnels de santé.

- Les associations d'entraide (cf. ci-dessus)

Cependant, bien que des solutions se mettent en place petit à petit, il existe un manque d'information et de communication sur ces sujets et la majorité des médecins n'en ont pas connaissance comme le confirme la thèse de Kervern [56]. Dans son panel de médecins girondins, 89% ne connaissent pas l'association MOTS et 76% ignorent l'existence du numéro d'appel unique d'aide aux médecins mis en place au 1^{er} janvier 2018.

Deux des médecins abordent aussi la problématique du choix du médecin traitant. Elles insistent sur la nécessité de déclarer, et consulter, un médecin autre que soi-même.

Comme nous l'avons déjà vu, cette question est d'ores et déjà d'actualité notamment par nos instances nationales mais reste à l'heure actuelle plutôt incitative que coercitive. [38]

b) EN GYNECOLOGIE

Concernant les pistes évoquées pour améliorer le suivi gynécologique, quelques-unes des femmes généralistes interrogées proposent la mise en place de courriers de relance pour la réalisation des FCV, à l'instar du dépistage organisé du cancer du sein.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2019 [6]. Celui-ci comporte, sur le même modèle que les dépistages organisés du sein et du cancer colorectal, des invitations postales pour les femmes non à jour de leurs FCV. Les femmes de l'étude ne semblent donc pas au courant de ces dernières actualités.

Cependant sont-elles déjà réellement mises en place sur le terrain ?

De plus, certaines n'hésitent pas à remettre en question la technique de la mammographie, vécue comme difficile et douloureuse.

D'après des études, la pénibilité de l'examen n'est que très peu responsable de la non-participation au dépistage organisé par mammographie [54, 55]. Les premières raisons évoquées, hors un dépistage individuel réalisé en parallèle, sont l'oubli, le fait de le juger comme non prioritaire, le manque de confiance dans le dépistage organisé ou encore la peur de découvrir un cancer.

Cependant, c'est surtout l'accessibilité au suivi gynécologique qu'elles souhaitent améliorer en proposant une meilleure formation des médecins généralistes dans ce domaine pour pallier le manque de spécialistes.

Cette solution reste une bonne idée pour les patientes en général, sachant que les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour ce suivi. En revanche pour les patientes médecins généralistes, il existera toujours le frein de la relation entre confrères qui apparaît très limitant.

V. CONCLUSION

Cette étude nous a permis de soulever indirectement, par une approche originale qui est celle de la gynécologie, le problème de la prise en charge d'un patient médecin et d'appréhender certains déterminants de la relation médecin/médecin-patient. Ceci nous paraît intéressant dans le contexte actuel de féminisation de notre profession.

Notre travail de thèse s'inscrit donc dans la continuité des nombreux travaux réalisés ces dernières années visant à rompre le tabou entourant le médecin malade en « verbalisant sur le silence » comme le dit Maurice Thibault.

Les femmes généralistes, comme le retrouvent toutes les études sur le sujet, s'automédiquent et se soignent elles-mêmes. La plupart sont leur propre médecin traitant. Dans certaines situations bien identifiées, elles font malgré tout appel à des confrères spécialistes et essaient de se positionner en patientes.

Cette rencontre atypique entre deux confrères est au centre de la prise en charge des médecins. Elle soulève de nombreux paradoxes qui compliquent leur vécu, soignés ou soignants, en les confrontant à leurs dualités.

Les femmes généralistes, à l'inverse de leurs homologues masculins, bénéficient d'un suivi particulier qui est celui de la gynécologie. Ce suivi, principalement par le fait de nécessiter une aide extérieure pour des gestes techniques, mais aussi par l'accompagnement obstétrical, fait de la femme médecin une privilégiée. Mais en a-t-elle seulement conscience ?

Il semblerait que oui. Ces femmes accordent une attention spécifique à ce parcours comme le montrent notamment les bons taux de participation aux dépistages des cancers gynécologiques par rapport à la population générale. Vécu comme naturel, et ce malgré le rapport à l'intimité qui pourrait gêner, ce suivi ramène à la condition féminine, de la féminité à la maternité. Cela leur permet de s'accorder le droit (et le devoir ?) d'être une patiente lambda.

Ainsi, le suivi gynécologique de la femme médecin apparaît comme une porte d'entrée possible à un suivi médical plus global.

Bien sûr, nous remarquons que la tâche n'est pas facile car malgré tout, les femmes médecins restent des médecins et cela renvoie aux difficultés citées plus haut.

De plus ces femmes médecins, par la maternité, se confrontent à de nouvelles responsabilités et devoirs amenant à une augmentation de leurs charges familiales. Ces derniers points viennent s'ajouter à une liste déjà longue de devoirs ressentis... vis-à-vis de leurs patients, de leurs cabinets, de leurs entourages et bien sûr d'elles-mêmes. On peut donc se demander si cela ne pourrait pas annuler le bénéfice obtenu précédemment.

In fine, plusieurs questions peuvent être soulevées à la suite de cette thèse et pourraient mériter de s'y attarder dans d'autres travaux.

Les hommes généralistes, ne bénéficiant pas de ce suivi particulier les forçant à être patients, se font-ils moins bien suivre que leurs consœurs ?

Le fait de devenir mère est-il un facteur de mauvais suivi chez la femme médecin ?

Le vécu en tant que patiente, à titre personnel, lors du suivi gynécologique améliore-t-il la prise en charge centrée sur le patient de ces médecins dans leur activité ?

Je finirai ce travail en citant une phrase qui m'a interpellée lors de mes recherches bibliographiques, par sa douceur comme par le message profond qu'elle transmet.

Elle fait écho à nos expériences vécues de médecin mais aussi de patient, et nous ouvre sur l'approche centrée sur la personne. L'exercice de la médecine, bien que technique et économique, est replacé dans sa dimension humaine, entre rapport à notre corps de soignant-soigné et humanisation de nos pratiques.

« Tu as le même corps que celles que tu soignes »

Martin Winckler – Le chœur des femmes

BIBLIOGRAPHIE

[1] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer 2009; 20 (n°87) : p74-9

[2] Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer 2009 ; 20 (n°88) : p106-12

[3] Allen J, Gay B, Crebolder H et al. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Wonca Europe. 2002

[4] Institut national du cancer. Le cancer du sein en chiffres. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>

[5] Institut national du cancer. Cancer du sein : Le programme de dépistage organisé. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

[6] Institut national du cancer. Cancer du col de l'utérus : Le programme de dépistage organisé. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>

[7] AGIDECA. Qui sommes-nous? [Consulté le 31/03/2019] Disponible sur <https://www.agideca.fr/qui-sommes-nous>

[8] L'assurance maladie Dordogne. Dépistage organisé des cancers : régionalisation de la coordination [Consulté le 31/03/2019] Disponible sur http://infoslettre.info/24/01-Medecins/med_dec_2018_coordination-depistage-cancers.htm

[9] Ordre des sages femmes. Histoire. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/histoire/>

[10] Ordre national des médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au 1^{er} janvier 2018. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

[11] Ordre national des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2010. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf

[12] Ordre national des médecins. Trouver un médecin [Consulté le 06/04/2019] Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>

[13] Observatoire régional de la santé, Unions régionales des médecins libéraux des Pays de la Loire. Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes dans les pays de la Loire. Panel en médecine générale 2014-2016 Pays de la Loire. Octobre 2016
[Consulté le 30/03/2019] Disponible sur https://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_15_suivi_gyneco_panel3mgpdl.pdf

[14] Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2018. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf

[15] Association Médicale Mondiale. L'association médicale mondiale approuve un nouveau serment pour les médecins [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.wma.net/fr/news-post/lassociation-medicale-mondiale-approuve-un-nouveau-serment-pour-les-medecins/>

[16] Mégret G. Le soignant malade ou médecin schizophrène. In : Etes-vous un bon malade ?. Paris : L'Harmattan ; 2010. p113-24

[17] Thibault M. Le médecin malade. 1985 [Consulté le 06/04/2019] Disponible sur http://agora.qc.ca/documents/medecin--le_medecin_malade_par_maurice_thibault

[18] MG France, le syndicat des médecins généralistes. Protection sociale : Les prestations maladie. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/prestations-maladie>

[19] MG France, le syndicat des médecins généralistes. Protection sociale : historique de la lutte pour la couverture maternité des femmes médecins. [Consulté le 30/03/2019] Disponible sur <https://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/la-maternite>

[20] Aubin-Auger I, Mercler A, Baumann L et Al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 19 (84) :p142-45

[21] Frappé P. De la question au type d'étude. In : Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} éd. GM Santé et CNGE ; 2018. p25-88

[22] Frappé P. De l'objectif au protocole. In : Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} éd. GM Santé et CNGE ; 2018. p. 89-119

[23] Frappé P. Du recueil à l'analyse. In : Frappé P. Initiation à la recherche. 2^{ème} éd. GM Santé et CNGE ; 2018. p121-52

[24] Organisation mondiale de la santé. Constitution. [Consulté le 31/03/2019] Disponible sur <https://www.who.int/fr/about-us/who-we-are/constitution>

[25] Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et résultats – DREES 2010 ; 731

[26] Hemar D, Reille V. Etat de sante des médecins généralistes du département du nord en 2011. Thèse méd. Université de Lille 2, Faculté Henri Warembourg, 2012

[27] Gaboreau Y, Verjus A-L, Bosson J-L, Marchand O, Imbert P. Santé des médecins et système de soins dédié : une étude des besoins. Exercer 2018 ; 142 : p148-55

[28] Chapusot-Filipozzi J. Attitude du médecin généraliste vis-à-vis de la prise en charge de sa santé : étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes lorrains. Thèse méd. Université de Lorraine, Faculté de Nancy, 2012

[29] Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français : à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. Thèse méd. Université de Toulouse 2, Faculté de médecine, 2014

- [30] Bertrand D. Pourquoi si peu de médecins généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 20 médecins généralistes. Thèse méd. Université Bordeaux 2, UFR des sciences médicales, 2009
- [31] Mendez Daragnes S. Le médecin généraliste face à sa propre prévention : enquête descriptive des pratiques de prévention des médecins généralistes rattachés à la CPAM de Bayonne. Thèse méd. Université Bordeaux 2, UFR des sciences médicales, 2010
- [32] Plagnard S. Difficultés et spécificités à soigner un confrère en médecine générale, en Midi-Pyrénées. Thèse méd. Université Toulouse 3, Faculté Paul Sabatier, 2017
- [33] Willems S. Le suivi médical des femmes médecins généralistes libérales françaises. Thèse méd. Université de Lille 2, Faculté Henri Warembourg, 2014
- [34] Machuelle L. Comment les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais prennent-ils en charge leurs problèmes de santé ? Thèse méd. Université de Lille 2, Faculté Henri Warembourg, 2015
- [35] Robert S. Le médecin malade : parcours de soins coordonnées des médecins libéraux à la Réunion. Thèse méd. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales, 2017
- [36] Sauvegrain L. Résultats de l'enquête sur la santé et les besoins en santé des médecins libéraux de Loire-Atlantique. Loire Océan Médical 2016 ; 150 : p8-11
- [37] Labeille G. Etude de l'autoprescription médicamenteuse chez les médecins généralistes de Rhône-Alpe. Thèse méd. Université de Lyon, Faculté Claude Bernard, 2013
- [38] Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Farouda J-M et al. Le médecin malade. CNOM 2008
- [39] Roman S, Prévost C. La santé des médecins, état des connaissances et approches préventives. PAMQ 2015
- [40] Bonneaudeau S. Le médecin/malade : Un patient comme les autres ? Thèse méd. Université Paris Diderot, Paris 7, 2011

[41] Terzian S. Regard des médecins généralistes sur leur propre santé mentale : analyse de leurs représentations. Thèse méd. Université de Lille 2, Faculté Henri Warembourg, 2016

[42] Programme d'aide aux médecins du Québec. Guide pour les médecins traitant des médecins. [Consulté le 05/04/2019] Disponible sur http://www.pamq.org/assets/pdf/Guide_medecins_FINALWEB_24_MAI2012.pdf

[43] Université Paris Diderot. DIU Soigner les soignants : spécificités et ressources. [Consulté le 05/04/2019] Disponible sur <http://odf.univ-paris-diderot.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-soigner-les-soignants-specificites-et-ressources-program-dimsssr-115-3.html>

[44] Trochu-Cansot I. Le suivi gynéco-obstétrique des femmes médecins généralistes, étude qualitative auprès de 20 femmes médecins généralistes de Loire-Atlantique. Thèse méd. Université de Nantes, Faculté de médecine, 2012

[45] Midy S. Femmes médecins et cancers gynécologiques : où en sont-elles dans leur dépistage ? Enquête sur les modalités de dépistage des cancers du sein et du col utérin chez les femmes médecins de Bretagne. Thèse méd. Université de Rennes 1, Faculté de médecine, 2015

[46] Tesson F. Le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes médecins, enquête descriptive auprès de 113 médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse méd. Université Paris 6, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, 2013

[47] Institut national du cancer. Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres / édition 2019. [Consulté le 07/04/2019] Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/L-Institut-publie-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-des-cancers-en-France-edition-2019>

[48] Granier M. Parcours de suivi de grossesse de femmes médecins généralistes, étude qualitative auprès de 12 femmes généralistes de Loire-Atlantique. Thèse méd. Université de Nantes, Faculté de médecine, 2016

[49] Lenel C. Le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes : Etude phénoménologique en Languedoc-Roussillon. Thèse méd. Université de Montpellier, Faculté Montpellier-Nîmes, 2018

[50] Peltier A. Les grossesses des médecins généralistes installées en libéral dans la région Poitou-Charentes : suivi et impacts sur la profession. Thèse méd. Université de Poitiers, Faculté de médecine et pharmacie, 2014

[51] Teychene I. Les freins et les résistances au dépistage du cancer du sein : quand les femmes veulent se réapproprier leur corps. Mémoire Sociologie. Université Paris Nanterre, 2018

[52] Badinter E. Le Conflit, la femme et la mère. 1^{ère} éd. Paris : Flammarion ; 2010.

[53] Ordre national des médecins. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique, du diagnostic aux propositions. [Consulté le 11/05/2019] Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2722>

[54] Renard V, Brodbeck M, Le Breton J, Ferrat E, Djassibel M, Attali C. Les motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein. Exercer 2012 ; 23 (100 suppl 1) : p8-9

[55] Potapoff E. Les freins au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes réunionnaises de plus de 65 ans : étude qualitative. Thèse méd. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales, 2015

[56] Kervern A. Spécificités des comportements personnels de santé et d'accès aux soins des médecins généralistes en Gironde. Thèse méd. Université de Bordeaux, UFR des sciences médicales, 2019

ANNEXES

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Regard des femmes généralistes sur leur parcours gynécologique

Questionnaire quantitatif

Numéro anonymat : MG

Lieu d'exercice: Urbain / Rural / Semi urbain / Semi rural

Mode d'exercice: Libéral / Mixte

Activité de gynécologie au cabinet : Oui / Non

Formation particulière à la gynécologie : Oui / Non

Charge de travail : (quantité d'heures/semaine)

Statut matrimonial: Mariée / Séparée / Veuve / Célibataire/ Concubinage

Age :

Enfant(s) et âge(s) :

Médecin traitant déclaré : Oui / Non

Si oui, Qui: Vous-même / Ami / Famille / Autre :

Gynécologue traitant : Oui / Non

ATCD gynécologiques perso et familiaux :

Dernière mammographie :

Sa prescription: AGIDECA / Auto / Gynéco / MT / Autre :

Auto palpation : Oui / Non

Dernier FCV :

Sa prescription : Auto / Gynéco / MT / Autre :

Questions ouvertes et générales :

- J'aimerais que vous me racontiez vers qui vous êtes-vous tournée la dernière fois que vous avez été malade. Comment vous soignez-vous ?

- Pensez-vous personnellement être aussi bien soignée que vos patientes ?

- Comment vivez-vous votre parcours gynécologique ?
Et en terme d'organisation ?
- Quels sont les difficultés et obstacles que vous rencontrez vis-à-vis de votre suivi gynécologique?
- Est-ce que les relations professionnelles de secteur ont un impact sur votre suivi ?
- Que pensez-vous de la santé des femmes généralistes aujourd'hui ?
- Comment vous sentez-vous face à un médecin en tant que patiente ?
- Dans un monde parfait, comment imagineriez-vous pouvoir améliorer votre dépistage et votre parcours gynécologique ?
(de la maternité au suivi, dépistages...)
- Avez-vous entendu parler de systèmes de soins dédiés aux médecins ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez accepté de me rencontrer ?
- Pensez-vous avoir d'autres choses à ajouter concernant votre parcours gynécologique ?

Merci beaucoup d'avoir pris de votre temps de discuter de ce sujet avec moi. Si vous le désirez je vous ferai **parvenir les résultats** quand l'étude sera terminée.

ANNEXE 2 : Durées et Lieux des entretiens

<u>Anonymisation</u>	<u>Durée entretien (minutes)</u>	<u>Lieu d'entretien</u>
MG1	9	Cabinet
MG2	32	Cabinet
MG3	22	Domicile
MG4	34	Cabinet
MG5	57	Domicile
MG6	15	Cabinet
MG7	40	Cabinet
MG8	19	Cabinet
MG9	30	Cabinet
MG10	27	Cabinet
MG11	14	Cabinet
MG12	30	Cabinet
MG13	30	Cabinet
MG14	11	Cabinet
MG15	15	Cabinet
MG16	22	Cabinet
MG17	23	Cabinet
MG18	20	Cabinet
MG19	50	Cabinet

ANNEXE 3 : Les SYSTEMES DE SOINS DEDIES AUX MEDECINS (résultats bruts)

La plupart des femmes médecins interviewées **ne connaissent pas** l'existence de soins dédiés aux médecins.

MG3 « *Non jamais* »

MG6 « *Je sais pas. Non. Des médecins qui s'occupent des médecins ?* »

MG7 « *Non pas trop. Mais ça pourrait être intéressant ça. Mais y'en a pas ? En tout cas on ne nous en a pas proposé quand on a eu le rendez-vous à la CPAM j'ai pas entendu parlé de ça.* »

MG9 « *Non. Mais c'est assez entendable* »

MG10 « *Pas du tout. Ça existe ? Et ça se passe comment ?* »

MG11 et MG15 « *Non (je ne connais pas)* »

MG13 et MG18 « *Non. Pas du tout.* »

MG17 « *Pas du tout* »

Une minorité connaît ces dispositifs, plus ou moins bien.

MG12 « *Oui oui, j'en ai entendu parlé* »

MG5 « *Une fois un collègue m'avait un jour dit « oh en Espagne y'a un super truc, y'a un hôpital dédié à la santé des médecins et caetera... c'est vachement bien » et je lui avait dit « ben ouais ben il faudrait ça ». Parce qu'on est tous incapables... mais je les vois mes confrères, je les vois !* »

Ou le pense **réservé à la prise en charge de la santé psychologique.**

MG4 « *Oui je crois dans le domaine psychique non ?* »

MG8 « *Je sais qu'il y a des établissements (psychiatriques) réservés aux médecins.* »

Beaucoup des femmes pensent que c'est **une bonne initiative.**

MG2 « *Ça doit être certainement très intéressant. Si on a un petit créneau qui peut nous être dédié ça peut être intéressant effectivement. Et sur le temps et sur la façon dont c'est fait et sur la protection elle-même. Oui ça doit être intéressant. [...] Mais c'est vrai que si y'avait des gens dédiés pour nous les médecins, on va pas se dire qu'ils ont un œil différent mais si peut être. Peut-être justement. Qu'ils savent comment on est tournés dans la tête et que ce sera peut-être moins difficile de dire des choses qu'à quelqu'un avec qui vous travaillez.* »

MG3 « *l'idée d'avoir ça, je pense que j'irai, si y'avait un centre où je pourrais aller me faire un bilan... pas forcément pour les consultations d'urgence, les consultations d'urgence on se débrouille autrement mais pour le dépistage et pour la prévention oui ça peut être intéressant.* »

MG5 « *Donc effectivement, un centre dédié à la santé physique ou psychique des médecins, ça ne serait pas du luxe ! Me semble-t-il. C'est ma génération qui parle.* »

MG8 « *Mais une sorte de médecine du travail ça serait pas mal. Qu'il y ait un service où on est convoqués comme les gens après tout ; pour voir où on en est, pour faire un point sur la santé, sur les vaccins, sur tout quoi.* »

MG10 « *Je pense que ça serait effectivement l'idéal ouais. Ça serait une bonne idée* »

MG11 « *Des sortes de bilan de santé en soi? ça peut être pas mal je pense car je pense aussi qu'il peut y avoir une sorte de déni quand on est médecins, des choses qui peuvent passer à la trappe. Donc oui ça peut être une bonne chose d'avoir un avis extérieur. Alors peut-être pas à nos âges mais pour les plus âgés oui.* »

MG13 « *Mais oui ça peut être sympa ça du coup effectivement si c'est quelque chose de très systématique, avec une filière... oui c'est certain que ça pourrait, en tout cas voilà, permettre un suivi plus régulier. [...] Ça pourrait être quelque chose de positif ouais, qui aiderait les médecins à être un petit plus sérieux avec eux-mêmes (rires)... moins négligents.* » « *Mais c'est vrai qu'un parcours dédié ça pourrait faciliter certainement les choses malgré tout effectivement... parce qu'on se dit toujours qu'on va faire les choses mais bon voilà on remet...* »

MG15 « *C'est sûr que ça m'embêterait qu'on m'impose d'aller voir un médecin traitant mais en même temps ça serait une bonne chose.* »

MG17 « *L'idée est très intéressante.* »

D'autres n'y voient **pas d'intérêt** car ne réglerait pas le problème des plannings, de l'autoprescription ou encore de la motivation à aller consulter.

MG6 « *[...] mais après être obligé de ne pas se déclarer soi je ne vois pas trop ce que ça changerait* »

MG9 « *Je ne suis pas sûre que ça change quoi que ce soit. Je ne suis pas sûre que ce soit le vrai problème en fait. [...] Je ne suis pas sûre que si y'avait ça, ça m'inciterait à aller d'avantage, plus facilement voir quelqu'un une fois par an. Je ne suis pas sûre. Je crois pas. Ce que je veux dire c'est qu'il y a plein de généralistes en ville. Donc le tout c'est d'être dans une démarche active, de se dire « je prends un médecin traitant qui ne soit pas moi-même et je m'efforce d'y aller dans un but de prévention une fois par an ou tous les deux ans » mais c'est tout à fait possible déjà actuellement.* »

MG9 « *Surtout que ce qui est important pour moi c'est la proximité, question d'organisation, donc si ça devait se mettre en place y'aurait peut-être un centre à bordeaux et si c'est à Bordeaux Lac par exemple, j'irais pas.* »

MG12 « *Donc même si c'est dédié aux professionnels de santé ça sera toujours le problème de prendre des rendez-vous...* »

Une autre précise que le fait d'avoir une structure dédiée **placerait le médecin en position supérieure** alors qu'il n'est pas différent d'un autre patient.

MG14 « *Ouais... Ouais... Je suis pas concernée. Je trouve qu'on n'est pas au-dessus des autres franchement, je vois pas pourquoi on aurait quelque chose en plus. On n'est plus au-dessus de la*

population je vois pas pourquoi on le serait. Donc non non je vois pas pourquoi. Ça me semble quelque chose de... non... de pas forcément intéressant. »

ANNEXE 4 : La SANTE PSYCHIQUE (résultats bruts)

Quelques femmes interviewées (7) font **une ou des références à la santé psychologique des médecins.**

MG2 « Euh... puisqu'on a quand même été très très nombreuses à faire des burn-out, des choses comme ça. »

MG5 « Hélas je pense qu'il y a des vrais confrères burn-outés, mais moi je pourrais dire que de temps en temps je me suis retrouvée burn-outée mais je me suis arrêtée à temps.. Enfin j'ai pris des mesures pour que ... enfin j'ai reconnu que j'étais en danger. »

MG7 « Peut-être le métier qui est usant. Peut-être au niveau du psychisme, pas burn-out, c'est peut-être un terme un peu trop fort, mais peut être qu'il y a plus de burn-out dans la profession médical. C'est la santé psychique... »

« Si je fais le bilan de ma première année d'installation, y a des conséquences sur ma santé ça c'est sûr. C'est pas évident. Fatigue. Ça tire... un petit peu. Et pis y a des insomnies, on pense aux patients, on est beaucoup plus impliquée il suffit qu'il y ait un patient qui aille pas bien et on y pense, on dort mal. »

MG10 « Même au niveau psychologique parce qu'il y a quand même pas mal de médecins qui craquent quoi. » « Y'a eu pas mal de suicides chez les médecins, de burn-out. »

MG14 « Ben je me dis la santé physique c'est une chose, on n'a pas parlé de la santé mentale hein. Je pense que c'est important. »

« Mais ça pour le coup je pense que c'est peut-être le parent pauvre parce que comme beaucoup d'autres professions tertiaires c'est à ce niveau-là qu'il faudrait... Nous on s'organise des choses entre nous, des groupes de pairs, des choses comme ça. C'est bien mais faudrait insister un peu. Mais c'est à chacun de prendre ses responsabilités. »

Elles font référence notamment à la **difficulté de parler de ce problème** et de **demander de l'aide** :

MG2 « C'est vrai quand tout ce qui est organique je pense que c'est pas un gros problème d'aller voir les confrères, quand on a un problème plus moral... (silence)... là c'est peut-être moins évident d'aller voir des gens avec qui on travaille. Je sais ... peut-être il me semble... »

Elles citent un **numéro de téléphone dédié aux professionnels de santé en détresse psychique** :

MG4 « Oui je crois dans le domaine psychique non ? Je sais pas si c'est ça mais en tout cas j'ai vu passer un numéro dédié aux professionnels de santé qui seraient en burn-out. »

MG5 « Y a un numéro, je crois j'ai lu, qui était dédié aux médecins s'ils estimaient avoir un problème physique ou psychique ou je sais pas quoi mais je crois que c'était plus psy pour les aider à se réorganiser et caetera. [...] Et qui va (appeler ?) Vous croyez que c'est facile d'appeler en disant « je pète les plombs ». Y'a pas plus difficile de faire entendre à un toubib qu'il est en train de péter les plombs donc comment voulez-vous que de lui-même il téléphone en disant ça. »

MG12 « Donc oui récemment j'ai vu passer un papier avec une plateforme d'appels pour tous professionnels de santé qui psychologiquement ne se sentaient pas bien... C'est tout récent. »

L'une précise être en cours de soutien psychologique :

MG17 « Moi je suis quand même en analyse depuis plus de 25 ans donc si vous voulez, j'ai le médecin gynéco mais l'écoute qu'on peut avoir chez un médecin généraliste, moi je l'ai... Donc je pense que c'est très très utile, c'est incroyable ce que c'est aidant. Enfin moi je ne pourrais pas avoir des patients en psychothérapie de soutien si je n'étais pas en psychanalyse.»

ANNEXE 5 : MOTIVATIONS de PARTICIPATION à L'ETUDE (résultats bruts)

La majorité des médecins interrogés ont accepté de participer **par solidarité et entraide** :

MG2 « Aider un jeune confrère, c'est quelque chose qui doit se faire »

MG6 « c'est pas si facile de faire son travail de thèse et que c'est démarche qui est louable donc à partir du moment que j'ai le temps voilà... » « Si je peux aider, j'aide. C'est comme ça que je fonctionne. C'est pas sur le sujet en soi. Non. Ça n'a rien à voir. Sincèrement c'était pas par rapport au sujet. »

MG7 « Pour vous aider. Par solidarité. C'est la démarche. »

MG8 « Ben parce que je suis maître de stage [...] je me dis quand même faut bien aider ces petits étudiants à faire leur thèse. »

MG9 « si ça peut aider »

MG12 « Et puis pour vous aider aussi. »

MG13 « vous avez besoin de personnes qui répondent aux questionnaires donc je trouve ça normal en fait tout simplement »

MG14 « Parce que je donne un coup de pouce à tous les jeunes qui font des études. »

Certaines, **par expérience**:

MG8 « Moi j'ai fait ma thèse avec des questionnaires donc si personne répond... »

MG9 « Parce que j'ai passé ma thèse moi aussi un jour, et que c'est normal de répondre à... »

MG11 « Ben c'est un travail de thèse... donc on est tous passé par là. »

MG14 « J'ai été dans la même situation et j'étais contente qu'on me réponde. Voilà. »

MG16 « j'ai aussi beaucoup galéré pour ma thèse, je me mets à votre place c'est pas facile ! (rires) »

MG18 « Parce que j'ai fait ma thèse et que j'ai fait des entretiens et que je sais à quel point ça peut être difficile aussi. Donc par solidarité. »

Pour d'autres, c'est aussi **par intérêt pour le sujet** :

MG2 « le sujet est, me touche aussi quand même. La gynécologie chez les femmes c'est quand même une grande part de notre, de notre problème souciant »

MG3 « je trouve ça intéressant le sujet des femmes médecins et de leur suivi médical... que justement c'est pas bien et qu'il y a des progrès à faire »

MG4 « Parce que, ça c'est une excellente question car je le fais pas d'habitude, manque de temps... parce que je pense que c'est important de sensibiliser les femmes médecins sur leur santé. Vraiment. Et que y'a certainement quelque chose à creuser. »

MG10 « *Parce que je trouve ça vachement intéressant. Enfin le sujet... le sujet est vraiment pas mal et je pense qu'on s'en préoccupe pas assez de la santé des médecins. Non mais c'est vrai. Et je pense que c'est utile.* »

MG11 « *Et par rapport au sujet, si ça peut améliorer la prise en charge des médecins ou en parler. Ça peut être intéressant si on peut mettre des choses en place aussi.* »

MG12 « *Enfin je trouve que c'est toujours intéressant* »

MG13 « *Ben parce que je trouve ça intéressant. Et pis le sujet m'intéresse effectivement, on a beau être médecin on subit aussi des violences médicales en tant que patient. Enfin on est patient comme d'autre, enfin on peut être amené à être patient comme les autres dans le système de soin actuel qui est quand même parfois un petit peu cruel et donc voilà... votre sujet est intéressant hein de toute façon et oui c'est vrai qu'on est une population bizarre (rires)... cordonniers mal chaussés voilà ! Toujours le vieil adage. C'est une réalité. Je vous dis moi j'ai fait un gros travail sur moi-même* »

MG16 « *Oh je trouvais que le sujet était intéressant.* »

MG17 « *Je pense que c'est un vrai sujet. Le sujet est très intéressant. Très utile. Et c'est un sujet ben qui traverse vraiment toute la carrière. Non non je crois que c'est très intéressant et si ça peut faire un peu bouger les choses.* »

Une des femmes fait référence **au destin** :

MG19 « *Et quand vous m'avez appelé en parlant de moi, mon problème gynéco, c'est le seul problème que j'ai pas encore résolu. Voilà. Donc je me suis dit, peut être que là-haut on m'a envoyé un petit message* » « *Et on nous sollicite peu à la campagne, pour des sujets de thèse, on n'a pas ça. Je pense que c'est plus en ville avec les étudiants donc on est quand même peu sollicités. Donc le fait que vous ayez pris le téléphone, qui est un vieux mode de communication, et sur un sujet qui représentait, qui représente encore un truc que j'ai pas réglé et je le sais pertinemment, bon voilà ça m'a fait sourire et je me suis dit pourquoi pas.* »

ANNEXE 6 : UN ENTRETIEN INTEGRAL CHOISI (MG2)

Questionnaire quantitatif

Lieu d'exercice: Urbain

Mode d'exercice: Libéral « pur »

Activité de gynécologie au cabinet : Non « *je fais un petit peu les mycoses mais c'est tout parce que je peux pas faire d'examen gynéco, j'ai pas la place* »

Formation particulière à la gynécologie : Oui « *alors j'ai la formation pour les cancers du sein que j'ai faite et après la gynéco que j'avais vu lors de mes stages en gynéco-obstétrique quoi, le suivi de grossesse et la contraception chez les jeunes filles, voilà... ça oui.* »

Charge de travail : (quantité d'heures/semaine) « *56h... Entre 50 et 60h par semaine on va dire* »

Statut matrimonial : Mariée

Age : 56 ans

Enfant(s) et âge(s) : 4 enfants (28 ans, 25 ans, 20 ans, 19 ans)

Médecin traitant déclaré : Oui « *c'est mon mari qui est cardiologue mais bon c'est mon médecin traitant* »

Si oui, Qui: Famille (conjoint cardiologue)

Gynécologue traitant : Oui

ATCD gynécologiques perso et familiaux : ablation kyste ovaire gauche, adénofibromes seins dont un ponctionné

Dernière mammographie : 2017 par l'AGIDECA

« *En fait ma gynéco a commencé à me faire des mammo à l'âge de 40 ans parce que j'ai toujours eu des petits adénomes à droite à gauche, voilà. Donc j'en avais tous les 2 ans depuis 40 ans et puis là y a eu un couac je suis passée sur les années impairs là (rires)* »

Auto palpation : Oui

Dernier FCV : 3 ans « *ça par contre ça doit remonter un peu plus, à 53 ans* »

Sa prescription : Gynéco

Discussion:

Enquêtrice : J'aimerais que vous me racontiez vers qui vous êtes-vous tournée la dernière fois que vous avez été malade.

MG2 : *Euh ben en général en première ligne c'est mon mari (rires). Donc effectivement c'est mon mari qui voilà... (rires) Et la dernière fois que j'ai été malade c'est quand j'ai fait*

le burn-out il y a quelques années où j'ai démarré avec une crise de vertige inaugurale et j'ai gardé des vertiges de Ménière depuis. Voilà. Donc autrement je... j'ai eu ma dose quand j'étais petite et maintenant ça va très bien, heureusement !

Donc c'est essentiellement votre mari...

Oui souvent c'est mon mari et après après quand j'ai vraiment quelque chose qui me chiffonne c'est un spécialiste directement puisque j'arrive à faire le tri en gros sur mes symptômes à la base donc voilà. Mais oui oui c'est souvent bon c'est mon mari qui est en première ligne et après oui.

Vous, vous faites un premier tri...

Oui oui voilà par exemple là dans la famille on a des antécédents de cancers intestinaux donc j'ai vu directement le spécialiste à côté là, qui m'a même pas examinée. On est passé à la coloscopie direct quoi. Parce que bon elle savait bien que y a des choses qui nous alertent quand même chez les patients donc quand on les a chez soi on tilte un peu alors on fait un peu l'autruche pendant un moment en se disant non pas moi (rires) pis après on y va quand même. Y a 4 enfants à assumer quand même hein, on ne peut pas s'amuser !

Donc pour résumer , à la question Comment vous soignez-vous ?

C'est plutôt automédication au démarrage et après c'est mon mari et après spécialiste.

Pensez-vous personnellement être aussi bien soignée que vos patientes ?

(silence) Surement pas. Surement pas. (silence) Je vais être beaucoup plus attentive à mes patientes que je le suis pour moi. Ça c'est certain. On le dit : c'est les cordonniers les plus mal chaussés (rires). C'est vrai que oui on est... je fais attention oui parce que j'ai 4 enfants à élever et puis c'est ridicule de donner des conseils si on ne les suit pas trop mais c'est vrai que bon, pour les mammographies j'ai sauté un an alors que mes patientes quand elles le font je râle... voilà. Disons que pour un an c'est pas très grave alors bon... mais oui certainement j'ai des choses que je fais moins bien. On se trouve des excuses mais oui, mais en fait oui je pense que je suis moins attentive pour moi que pour les patients. Certainement. Après oui, les grandes lignes on fait attention hein. Je suis hypertendue j'ai ma prise de sang tous les ans et l'échographie mais oui voilà. Je veux dire (silence) j'me dis si y a 2 mois qui attendent c'est pas grave.

Comment vivez-vous votre suivi gynécologique ?

(silence) Enfin Naturellement quoi. Ça me semble naturel. Voilà ça me... (silence)

Ce n'est pas une contrainte...

Non après c'est vrai j'aime pas trop me faire examiner... faire le frottis enfin je crois que c'est quelque chose d'assez général se retrouver les 4 fers en l'air... euh... bon... c'est jamais très agréable. Après bon on sait qu'il faut le faire que c'est important on le fait voilà. Ça rentre dans la routine je veux dire c'est pareil la coloscopie... bon la coloscopie en elle-même c'est pas grave c'est la préparation (rires) ! Voilà ça fait parti des grands moments de solitude ça voilà mais bon on sait qu'il faut le faire on le fait. Non non ça ne me pose pas de problème.

Et en terme d'organisation ?

Alors pour les rendez-vous chez la gynéco j'ai pas de gros gros problème parce que je connais très bien XXX et donc en général la secrétaire, vu que je lui envoie aussi des patients, la secrétaire quand je lui dis que c'est moi elle arrive à me caler en général le jeudi après midi où je travaille moins. Voilà. Bon après, je l'appelle pas la veille pour le lendemain. On le sait là aussi qu'elles sont débordées je vais pas lui demander de faire des efforts que je ne peux pas forcément moi faire donc voilà. Oui mais une fois qu'on sait voilà. Et pis après elle le sait que y a pas d'urgence donc si elle me décale d'une semaine, ça me tuera pas non plus donc voilà. En général un mois, un mois et demi elle essaie de me caser gentiment. Mammographie il n'y aucun problème. Alors avant j'allais au cabinet rue George Bonnac mais maintenant c'est absolument... en fait (souffle) j'ai du mal là-bas. Y a que c'était Mr UUU qui me suivait et qu'on s'entendait super bien tous les deux et que quand il est décédé ben.... J'ai eu un petit peu de mal à passer la main avec quelqu'un d'autre et c'est Mme VVV qui m'a prise en charge et ... et... c'est pas du tout passé quoi. Alors soit ... c'est vrai qu'avec Mr UUU c'était très paternaliste, il me racontait sa vie, il... on discutait de beaucoup de choses. Là elle m'a à peine dit bonjour, elle m'a examiné, elle m'a dit « c'est bon allez-vous en ». Alors bon... j'peux comprendre qu'avec un confrère, elle est pas forcément envie de me raconter des tas de choses mais je me dis si elle est comme ça avec moi, avec des gens... (silence) donc c'est vrai après j'avais un bon contact avec Mr YYY donc je lui ai demandé si ça lui posait un problème, il m'a dit aucun donc pour moi c'est plus facile et en plus il est à côté donc c'est lui qui a pris le relais. J pense pas pour longtemps car il n'est pas loin de la retraite mais bon (rires). Nous reverrons ça en temps utile. Mais c'est vrai et donc cette jeune femme j'ai été étonnée parce que dans le cabinet ils sont plutôt... Bon je suis peut-être tombée sur un mauvais jour j'en sais rien mais c'est vrai... autant qu'en j'ai eu un kyste sur le sein gauche là qu'il m'a ponctionné avec Mr UUU

... je ... j'ai... je me suis pas sentie angoissée, il m'a dit « oh là y'en un truc qui me plait pas euh » Bon c'était un truc gros comme une mandarine que personne ne palpait alors bon voyez la poitrine que j'ai ! On s'est demandé comment personne n'avait pu le palper puisque moi je l'ai pas trouvé... En rentrant j'ai dit à mon mari tu palpes il faut que je sache voilà. Mr UUU il a cherché partout il m'a même fait un bleu le pauvre, à force d'appuyer pour le chercher. Il l'a pas senti, on ne l'a trouvé qu'à l'échographie et il n'a pu le ponctionné qu'à l'écho. Donc ça devait être un truc archi mou je sais pas. Par contre il a enlevé 20 ou 30 cc donc c'était quand même voilà... voilà... mais depuis aucun souci. Mais quand il l'a trouvé il m'a dit « oh il me plaît pas, vous revenez la semaine prochaine » donc je lui ai dit « vous me dites ce qui vous plaît pas » il m'a attrapé comme ça (mouvement de tapes sur l'épaule) « tu vas les élever tes enfants » j'ai dit « oui » mais bon. Je peux entendre ce qu'il y a à entendre faut juste que je sache pour m'organiser quoi mais bon... mais gentiment quoi... alors que là c'est vrai « y a rien rhabillez-vous allez-vous en » bon... enfin... je lui demandais pas de me faire la bise mais je me suis dit pour une patiente ça doit pas être évident quoi quand les femmes y vont un peu inquiètes elles doivent pas avoir envie d'y retourner pour faire la mammo d'après. D'ailleurs moi je me suis organisée autrement. Parce que c'est déjà pas un examen très agréable, enfin c'est pas elle qui le fait, elle elle vient juste pour les résultats mais euh... voilà... si en plus... voilà j'étais pas du tout habituée à cet accueil donc... après Mr YYY il ne raconte pas sa vie non plus mais y a un mot gentil... voilà.

Quels sont les difficultés et obstacles que vous rencontrez vis-à-vis de votre suivi gynécologique?

Ben non non j'en n'ai pas. Pour le moment j'en n'ai pas. Après peut-être qu'avec la raréfaction des confrères ce sera peut-être plus compliqué mais pour le moment j'en n'ai pas.

Le fait justement d'entretenir des relations professionnelles pour vos patientes n'a pas d'impact sur votre suivi en tout cas de proximité avec les collègues ?

Ben j'avais peur mais en fait pas du tout. Pas du tout. Alors pour la gynéco, bon Mme XXX c'est une amie, je la connaissais en dehors aussi et en fait elle a pris le relais du Dr ZZZ qui a pris sa retraite il y a quelques années et c'est vrai que Mme ZZZ n'avait pas de successeur et que j'ai cherché quelqu'un après et avec qui j'étais en confiance donc j'ai demandé à XXX si ça lui posait un problème elle m'a dit que non. Après moi c'est pareil j'ai des amis que je

suis sur le plan médical et y a aucun problème. On arrive à faire la part entre le médical pur et l'amical après c'est vrai que de savoir que c'est une amie je me dis que si j'ai quelque-chose de grave, ça sera certainement un poids en plus. Parce que j'ai 2 de mes amies qui ont eu un cancer du sein et savoir que on était amies ça les a aidé car elles ont eu la sensation que j'étais plus présente et qu'en plus euh...je ne pouvais pas leur mentir. Donc quand je leur disais « non c'est ça » elles étaient en confiance et ça avançait. Je pense qu'effectivement si j'ai quelque chose comme un cancer du sein ou un cancer gynéco ou quelque-chose j'aurais cette relation-là avec Mme XXX. Donc je suis... non j'ai pas de... ça ne pose aucun problème pour le moment.

Que pensez-vous de la santé des femmes généralistes aujourd'hui ?

Alors sur le plan gynécologique je pense que ça ne doit pas trop mal se passer, après sur la santé générale... (silence)... je (silence)... je sais pas trop quoi en penser parce que je pense que pour les femmes de ma génération... euh on doit toutes être dans le même cas où on s'occupe sur les grandes lignes et où on s'occupe pas forcément des petits détails par exemple les suivis dermato les choses comme ça, on les fait pas forcément de façon très suivis. Euh... puisqu'on a quand même été très très nombreuses à faire des burn-out, des choses comme ça. Après je pense que pour les jeunes femmes qui vont venir, leur approche du métier est un peu différente. A savoir que toutes les très jeunes consœurs que j'ai eu sont en médecine salariale donc la prise en charge de sa santé est un peu moins compliquée. Parce que par exemple nous, congé maternité, on ne connaît pas. C'est pas grave j'ai eu 4 enfants ça m'a pas pénalisée sur le plan de ma santé, un peu sur le plan affectif parce qu'on reprend à un mois du bébé c'est vrai que... bon... c'est un peu court voilà... mais sur le plan de la santé je ne pense pas que ça m'est pénalisé du tout. Après je pense que oui, sur le plan santé générale, c'est le même problème sur toutes les professions libérales je pense. On sait que quand on travaille pas, ben on n'est pas payés, qu'il y a les charges, les enfants et que du coup, y a des petites choses qu'on néglige. Enfin j'ai eu une consœur pharmacienne qui est partie bosser avec un pied dans le plâtre. Alors que vous avez un patient là vous dites « non mais ça va pas, vous plaisantez un pied dans le plâtre et vous allez bosser non mais !! » Et là vous dites oui ben oui c'est le même problème qu'on a avec les commerçants parce que la protection, je sais pas si vous vous installerez en libérale, la protection de la maman en libérale est... il faudrait qu'ils nous aident un petit peu plus sur ce plan là, je crois qu'on est les seules sur ce plan là à pas avoir de... même les avocates sont mieux protégées je crois. Parce que nous, congé maternité, euh... ça n'existe pas.

Donc... sur ce plan là oui je pense que, alors j'ai eu 2 grossesses sans problème et la grossesse de mon fils au début ça s'est très mal passé je vomissais tripes et boyaux donc j'ai maigri et puis heureusement pour moi au 3^e mois ça s'est arrêté car le petit choux lui il ne s'est pas posé de question il a pris ce qu'il devait du coup j'ai accouché à 8 mois, j'ai fini 1 mois couchée voilà et mon bébé n'a pas du tout souffert, il est arrivé à 8 mois et une semaine et j'ai accouché direct il faisait 3kg200 bien tonique pas de souci. Ma fille est arrivée elle avec 15 jours d'avance 2Kg900 sans problème. En plus j'ai accouché comme ça. Pour la 3^{ème} c'était la plus petite, elle est arrivée à pas tout à fait 8 mois, mais j'avais gigoté comme tout pour cette grossesse la pauvre, elle faisait 2kg750 ça l'a pas empêché d'être bien tonique et voilà. Et la dernière je suis restée couchée toute la grossesse parce que j'ai fait un décollement rétroplacentaire. Bon j'avais 37 ans, c'était la 4^e, j'étais partie avec... avec 3 enfants avant donc j'étais pas beaucoup posée pas beaucoup assise. Y avait le cabinet, la voiture, les étages voilà... donc à 2 mois et demi j'ai fait une hémorragie. Donc ma gynéco, superbe, m'a dit, on va aller voir si le bébé est vivant (silence) On a fait l'écho. Là elle dit « je vois rien y a que du sang » Donc là on commençait à pas être bien... et il m'a dit je fais une intra vaginale et là « pppfff il gigote tant qu'il peut » voilà. Et c'est vrai qu'elle est pleine de vie. Elle est arrivée, elle s'est cramponnée, on a fait ce qu'il fallait pour qu'elle reste et elle reste très tonique, c'est la petite dernière (rires)! Donc non mais je pense qu'effectivement j'avais une assurance perso à coté qui m'a permise de rester coucher et j'ai eu la chance d'avoir des remplaçants qui ont été très efficaces donc j'ai pas eu d'angoisses pour le cabinet donc... Pas du fait de perdre des patients mais de me dire que les gens étaient bien suivis, qu'il y avait une continuité quoi. Donc ça par rapport à ça, sur un suivi de grossesse je pense que c'est pas du fait qu'il n'y ait pas de médecins c'est du fait qu'on n'est pas très protégées. Voilà. Donc en dehors de ça non, voyez, ils sont en formes ils vont bien voilà mais pour des femmes qui ont des grossesses plus difficiles ou ... c'est plus compliqué... pour un médecin libéral la grossesse... bon après c'est prendre ses enfants en charge c'est autre chose mais c'est toutes les mamans qui travaillent ça. Mais il faut s'organiser quoi. Après ça dépend ce que fait papa aussi! J'ai une consœur, son mari travaille à domicile... tout va bien, plus pratique. (rires)

Dans un monde parfait, comment imagineriez-vous pouvoir améliorer votre dépistage ?

Oh non mon dépistage j'ai pas souci avec ça aucun.

Et la vie gynécologique ?

Plus la protection de la maternité. Il faudra améliorer un petit peu afin je sais pas si c'est au niveau des assurances, de la sécurité sociale, enfin... voir peut-être au niveau du conseil de l'ordre je sais pas qui peut... mais à mon avis si y a un truc qui pêche c'est vraiment la protection au niveau de la maternité. Une femme qui est salariée elle sait que son poste va être pris en charge par un remplaçant, bon nous on en trouve des remplaçants et des gens bien oui y a pas de raisons mais c'est vrai que c'est plus ... c'est plus souciant en fait.

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez accepté de me rencontrer pour cette étude?

D'abord parce qu'aider un jeune confrère c'est une chose qui doit se faire. Après le sujet est... me touche aussi quand même. La gynécologie chez les femmes c'est quand même une grande part de notre, de notre problème souciant on va dire quand même c'est par là qu'on a des soucis donc oui... après si je peux avoir des retours après, ça m'intéresse !

Avez-vous entendu parler de système de soins dédiés aux médecins ?

Non. Non. Jamais.

Vous êtes au courant que ça se fait dans certains pays ?

Non non honnêtement, je me suis pas occupée de ça. Mais ça doit être certainement très intéressant. Je sais pas comment ça peut se mettre en place mais effectivement si on a un petit créneau qui peut nous être dédié ça peut être intéressant effectivement. Et sur le temps et sur la façon dont c'est fait et sur la protection elle-même. Oui ça doit être intéressant. On n'a pas encore ça nous? Bon mais si ça vient pour les prochaines générations c'est très bien.

C'est vrai que nous les médecins libéraux souvent on a un réseau après c'est vrai que dans certain cas on est plus ou moins gênés. C'est vrai que j'ai pas voulu accoucher à Pellegrin parce que j'avais un certain nombre de confrères, de collègues, d'amis même qui travaillaient là-bas et j'étais pas très à l'aise de me retrouver en position d'accouchement voilà... donc j'ai choisi une consœur à côté mais avec qui j'ai travaillé après énormément ce qui fait que ma 1ere grossesse on se connaissait pas mais après oui. On était des consœurs. Et ça n'a posé aucun problème. Donc après c'est vrai que si, pour certain, c'est vrai quand tout ce qui est organique je pense que c'est pas un gros problème d'aller voir les confrère, quand on a un problème plus moral... (silence)... là c'est peut être moins évident d'aller voir des gens avec qui on travaille. Je sais ... peut être il me semble... moi après je n'ai pas eu trop besoin d'aide, de soutien psychologique puisque j'avais la famille à côté. J'étais

surtout très fatiguée donc j'ai fait beaucoup dodo (rires)... et pis après bon voilà, mais donc j'ai pas eu besoin d'une psychothérapie mais je me dis que si jamais j'en aurai eu besoin y a des confrères avec qui euh... je m'entends bien donc je me serai vraisemblablement tourné vers eux mais c'est vrai que si y avait des gens dédiés pour nous les médecins, on va pas se dire qu'ils ont un œil différent mais si peut-être. Peut-être justement. Qu'ils savent comment on est tournés dans la tête et que ce sera peut être moins difficile de dire des choses qu'à quelqu'un avec qui vous travaillez. On a toujours peur du regard... d'un jugement porté. Après je pense qu'effectivement un médecin qui attrape une maladie grave... (silence)... dans ces cas là je pense qu'on, oui, ça doit pas être simple d'aller voir des gens. Ça facilite quand on les connaît très bien mais en même temps, y a toujours le pile et le face, y a le petit côté dire « voilà moi je suis maintenant du côté patient » donc c'est pas forcément... faut vraiment être en confiance avec la personne quoi. Après c'est vrai moi ça fait 30 ans que je suis installée, le réseau de confiance il est fait, enfin avec ceux de ma génération. Parce que la façon d'aborder le patient est un peu différente, pas forcément moins bonne hein, mais un peu différente... c'est vrai que quelque fois on est un peu surpris. Après y a un certain nombre de jeunes médecins et ça je pense que c'est un truc qu'on n'a pas su faire nous, c'est pour ça d'ailleurs qu'il y a autant de burn-out, qui arrivent à se protéger, à dire « ça y est là j'ai fini la consultation je m'en vais ». C'est quelque chose que j'ai beaucoup beaucoup de mal à faire. Quand quelqu'un arrive même quand c'est fermé, ça m'arrive de rouvrir le cabinet pour dire « c'est pas grave rentrez ».

Après ce que je trouve vraiment très efficace pour des femmes, c'est les cabinets de groupe. Parce qu'on sait que justement si un jour le petit est pas bien ou que vous, enceinte, vous avez un souci vous pouvez téléphoner en disant « ah ben là je peux pas bouger est-ce que vous pouvez répartir ma consultation ? » et ça c'est quand même confortable. Si je devais recommencer maintenant j'essaierai de trouver un cabinet de groupe. Voilà.

Merci beaucoup d'avoir pris le temps...

SERMENT MEDICAL 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 leurs 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 sont 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 leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Introduction: The health of the medical staff has become a concern as medical professionals are faced with increasing uneasiness in the medical community. This is highlighted in issues linked to the medical care of a doctor and his/her self-treatment. It is recommended that women have consistent gynecological follow-ups through regularly scheduled visits or maternity care. Women doctors, who are increasingly working in general medicine, are becoming by necessity, the patient. Our object was to understand these female doctors gynecological follow-up background, and by extension, the representation of their medical care.

Materials and methods: A qualitative study was conducted consisting of semi-structured individual interviews. Nineteen female doctors, settled in Gironde, were encountered. The interviews were transcribed verbatim and evaluated to explore emerging themes that help define and bring possible meaning to female doctors gynecological follow-up care.

Results: Through gynecological follow-up, we are able to look at other determining factors of female doctors' general care and the relation of the doctor/patient doctor experience. We see a duality with consultations and care full of contradictions. This is true for gynecological follow-up, even though it seems that they pay particular attention to it despite dealing with intimacy. Maternity plays a crucial part in this care, but it also can be an additional source of responsibilities, taking them away from the medical process.

Conclusion: Approaching female general practitioners' health through gynecology, we better understand this very specific patient-doctor status, their body's representations as persons and their individually centered medical experiences. Through this care, the female doctor has a unique opportunity to become the patient, unlike her male counterparts.

Key words: doctors health, general practitioners, gynecological follow-up, female doctors

RESUME

Introduction : Ces dernières années, face au mal-être grandissant de la population médicale, la santé des soignants est devenue un véritable enjeu qui sort du silence. Cela met en évidence les problématiques liées à la prise en charge d'un patient médecin et de l'autogestion de sa santé. Les femmes sont obligatoirement confrontées au suivi gynécologique dans leurs vies, par la réalisation de gestes techniques comme par la maternité. Les femmes médecins, de plus en plus nombreuses à exercer la médecine générale, deviennent alors des patientes par nécessité quand il s'agit de ce suivi. Notre objectif était de comprendre le vécu du suivi gynécologique chez ces femmes généralistes et par extension, le regard porté sur leur suivi médical.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Dix-neuf femmes médecins généralistes installées en Gironde ont été rencontrées. Le verbatim, intégralement retranscrit, a été analysé pour faire ressortir les thèmes émergents définissant un sens possible de ce vécu.

Résultats : Par le suivi gynécologique, on appréhende certains déterminants du suivi médical plus général des femmes généralistes et le vécu de la relation médecin/médecin-patient. Il en résulte une certaine dualité avec une prise en charge et des consultations chargées de paradoxes. Le suivi gynécologique s'inscrit dans la même dynamique même s'il apparaît qu'elles y accordent une attention particulière et ce, malgré le fait qu'il touche à l'intime. La maternité joue un rôle clé dans ce suivi mais peut également être une source de responsabilités supplémentaires les éloignant alors du parcours médical.

Conclusion : En abordant la santé des femmes généralistes par la gynécologie, on comprend finalement un peu mieux ce statut très particulier de médecin-patient, le rapport à son corps en tant qu'individu et le vécu de la relation médicale centrée sur la personne. Par ce suivi, la femme médecin a une occasion unique de devenir patiente, à la différence de ses homologues masculins.

Mots clés : santé des médecins, médecins généralistes, suivi gynécologique, femmes médecins