



HAL
open science

Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : enquête qualitative

Anne-Julie Verrière

► To cite this version:

Anne-Julie Verrière. Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : enquête qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02867896

HAL Id: dumas-02867896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02867896>

Submitted on 15 Jun 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anne-Julie VERRIÈRE

Le 20 juin 2019

TITRE :

«Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : Enquête qualitative»

Directrices de thèse : Dr COMPAN-MALET Marine et Dr MILLION Elodie

JURY

Président du jury :

Mr Michel AMOUYAL

Professeur universitaire de Médecine générale

Assesseurs :

Mme Béatrice FOLCO-LOGNOS

Maître de conférences universitaire de Médecine générale

Mme Elodie MILLION

Maître de conférences associée de Médecine générale

Mme Marine COMPAN-MALET

Docteur en médecine

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Anne-Julie VERRIÈRE

Le 20 juin 2019

TITRE :

«Abord de la gynécologie en consultation par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon : Enquête qualitative»

Directrices de thèse : Dr COMPAN-MALET Marine et Dr MILLION Elodie

JURY

Président du jury :

Mr Michel AMOUYAL

Professeur universitaire de Médecine générale

Assesseurs :

Mme Béatrice FOLCO-LOGNOS

Maître de conférences universitaire de Médecine générale

Mme Elodie MILLION

Maître de conférences associée de Médecine générale

Mme Marine COMPAN-MALET

Docteur en médecine

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELLISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean- Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean- Marie	LAMARQUE Jean- Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL François- Bernard	VISIÉ Jean Pierre
DESCOMPS Bernard	MICHEL Henri	
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation; médecine d’urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique; médecine d’urgence; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation; médecine d'urgence
KOENIG Michel - Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis - Pédiatrie
NAVARRO Francis - Chirurgie générale
PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERNEY Pascal - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie

PUJOL Jean Louis - Pneumologie; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie; addictologie
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert - Maladies infectieuses; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie; addictologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine - Psychiatrie d'Adultes; addictologie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CAYLA Guillaume - Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie; radiothérapie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent - Ophtalmologie
DORANDEU Anne - Médecine légale
DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GENEVIEVE David - Génétique
GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie; radiothérapie
JACOT William - Cancérologie; Radiothérapie
JUNG Boris - Réanimation; médecine d'urgence
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge - Psychiatrie d'Adultes; addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid - Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier - Néphrologie
NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David - Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio - Chirurgie générale
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry - Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIÉ – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique
CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale - Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
PUJOL Joseph - Anatomie
RICHARD Bruno - Thérapeutique; addictologie
RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline - Cancérologie; Radiothérapie
BRET Caroline - Hématologie biologique
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine - Hématologie; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin - Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie - Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe - Médecine Vasculaire
GOUZI Farès - Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric - Pédiatrie
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain - Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie - Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN - Rhumatologie

BASTIDE Sophie - Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury...

Merci au Pr Michel AMOUYAL pour me faire l'honneur d'être le président de mon jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de tout mon respect.

Merci au Dr Béatrice FOLCO-LOGNOS d'avoir accepté de participer à ce jury et de juger mon travail avec votre regard avisé. Je vous remercie également pour votre accessibilité mais aussi d'avoir accepté de participer à mon travail de recherche. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

Merci au Dr Élodie MILLION pour avoir accepté d'être ma codirectrice de thèse afin de m'aider et m'aiguiller dans ce travail. Merci pour vos conseils avisés et votre aide pour l'abord de ce travail d'analyse qualitative. Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury.

Merci au Dr Marine COMPAN-MALET pour avoir accepté de m'encadrer dans ce projet de thèse et de toujours me pousser à enrichir ma réflexion et mon raisonnement. Vous avez su trouver les bons mots pour me faire évoluer au cours de ce travail. Merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury.

Merci au Pr Gérard BOURREL de m'avoir fait l'honneur de vous intéresser à mon travail qualitatif moi qui étais novice dans ce domaine. Votre expertise m'a confortée dans ma réflexion et m'a beaucoup aidée grâce à vos conseils avisés.

A toutes les personnes qui me sont chères...

Merci tout d'abord à tous les gens qui m'ont soutenue tout au long de ces années de médecine et qui m'ont permise d'être là aujourd'hui.

Merci à ma famille pour m'avoir encouragé tout au long de ces années avec des moments plus ou moins tumultueux, mais sans manquer une seule fois de m'encourager pour ne pas gâcher tous ces efforts.

Merci particulièrement à ma mère Sophie pour toutes ces heures passées dans le jacuzzi à parler pour m'aider dans mes choix et m'écouter, pour son amour et sa bienveillance à toute épreuve. Merci de m'avoir donné l'idée de faire médecin pour les enfants puis par la suite médecin généraliste. Sans toi je ne serais pas là.

Merci à mon père pour sa philosophie du bonheur, tous les bons moments mais aussi son soutien sans faille dès que j'ai un problème quel qu'il soit. Un vrai pilier dans ma vie, un exemple.

Merci à ma grand-mère mamie Janine, ma confidente de toujours avec qui j'ai fait des balades en forêt quand je n'avais plus du tout le courage de réviser et ses goûters avec les meilleures crêpes du monde. Merci à mon papy Pierrot pour nous avoir construit un super karting pour qu'on s'éclate entre cousins, un vrai papy attentionné.

Merci à mon frère Paul pour tous nos moments de complicité de notre enfance, merci pour ta gentillesse et ta fiabilité. Savoir qu'on peut compter sur son frère est une chance énorme. Je suis admirative de ton parcours. Merci aussi à ma belle-sœur.

Merci à mes grands-parents Marcel et Agnès pour votre amour, vous êtes partis trop tôt mais je pense bien à vous.

Merci à mes amies chéries du lycée Anne et Mathilde pour ces 12 années d'amitié sans faille. Merci Annette de m'avoir désignée pour prendre soin de mon petit filleul chéri Basile, c'est la plus belle preuve d'amitié que tu puisses me faire. Et aussi merci à toi Mathilde de me faire aussi l'honneur d'être la témoin d'un des plus beaux jours de ta vie. Vous êtes des amies en or.

Merci aussi à mes potes du lycée et leurs moitiés avec qui on passe toujours de chouettes moments (Théo, Jérémie...).

Merci à mes 2 cousins chéris que je considère comme des frères Nico et Geo. J'ai beaucoup de chance d'avoir des cousins aussi cool avec qui je passe autant de chouettes moments. Merci à Laëtitia, pour ton aide dans cette thèse, merci de t'être rapprochée malgré toi de Montpellier et donc de pouvoir partager ces moments sympathiques ensemble.

Merci à ma Julie pour toutes ces années d'amitié et pour m'avoir fait découvrir Montpellier. Merci pour ta disponibilité, ta bonne humeur et pour m'avoir fait l'honneur d'être la marraine de ma petite Léna chérie.

Merci à mes vedettes chéries Margaux, Lulu, Mag et Julie pour toutes ces soirées de médecine passées ensemble mais aussi les vacances et bien sûr notre équipe de choc de révision. Avec vous c'est quand même passé super vite.

Merci aux amis d'Alençon d'être toujours présents pour les grands moments et surtout à toi Marianne pour ces week-ends sur Toulouse ensemble.

Merci à mes copines que j'ai rencontré ici en Languedoc-Roussillon, Sita, Marine Duf, Colette, Marine Zav, Pauline et mes co-internes/colloques devenus des copains qui se reconnaîtront (Dorian, Bénédicte...)

Merci à ma famille américaine Steph, Mat, Sheree et Chris pour toute cette bienveillance envers moi à chaque fois qu'on se revoit. Votre gentillesse et votre accueil me touchent énormément. Steph, merci pour cette amitié qui dure depuis maintenant 12 ans.

Enfin merci à Thibault pour sa patience, sa gentillesse, son aide littéraire précieuse, ses 2 pianos dans le salon, sa barbe, ses risottos délicieux, ses moelleux au chocolat, ses blagues, son optimisme, sa bonne humeur (surtout le matin), nos projets et surtout son Amour... C'est un bonheur de partager la vie à tes côtés perchés sur le paddle le long des rivières de l'Hérault. Le hasard a vraiment bien fait les choses...

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION.....	19
A. Densité médicale en France.....	20
1. En médecine générale.....	20
2. En gynécologie obstétrique et médicale.....	23
B. Définition du suivi gynécologique.....	26
C. Les missions du médecin généraliste.....	28
D. Formation.....	30
1. Étudiants en DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale.....	30
2. Les médecins généralistes.....	32
a. Le DIU (Diplôme interuniversitaire) de gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste.....	32
b. Formation médicale continue et développement professionnel continu.....	33
II. MÉTHODE.....	35
A. Type d'étude.....	35
B. Population étudiée.....	36
1. Sélection des participants.....	36
2. Critères de sélection.....	36
3. Recueil des données.....	37
4. Analyse des données.....	40
III. RÉSULTATS.....	41
A. Caractéristiques des entretiens et des participants.....	41
B. Les catégories conceptualisantes.....	44
IV. DISCUSSION.....	59
A. Limites du travail.....	59
1. Biais de sélection.....	59
2. Biais de mesure.....	60
a. Lié à l'enquêtrice.....	60
b. Lié aux médecins.....	60
3. Biais d'analyse.....	61
B. Forces du travail.....	62
1. Choix de la méthode.....	62
2. Sélection de la population.....	63
3. Recueil des données.....	63
C. Comparaison à la littérature.....	64
1. La gynécologie est une pratique quotidienne de la médecine générale.....	64
2. Une approche globale centrée sur la patiente.....	70
3. Les principaux freins à la pratique de la gynécologie.....	73
D. Pistes pour l'amélioration du suivi gynécologique en médecine générale.....	77
1. Une formation en gynécologie plus adaptée.....	77
2. Informer la patiente.....	78
3. Etablir une consultation dédiée au dépistage.....	79
4. Importance d'un matériel de qualité.....	79
5. Valorisation des actes de gynécologie.....	80
V. CONCLUSION.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXES.....	86
RESUME/ABSTRACT.....	157

I. INTRODUCTION

La France est actuellement en train de faire face à une pénurie de médecins toutes spécialités confondues. En ce qui concerne les gynécologues, l'accès aux soins était assez long selon le rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) d'octobre 2018 (1) sur le délai d'attente pour un rendez-vous. En effet, pour un gynécologue, il était en moyenne de 44 jours contre 6 jours pour un rendez-vous chez le médecin généraliste. C'est pourquoi face à cette problématique, nous nous sommes interrogés sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique de ses patientes. L'objectif de notre travail de thèse était d'étudier la manière dont les médecins généralistes abordaient la gynécologie en consultation, explorer leurs vécus, leurs expériences et leurs sentiments face à cette problématique. En effet, la gynécologie est un des pans de la médecine générale qui est un enjeu de santé publique du fait de l'accès aux soins qu'il sous-entend. Nous allons, dans un premier temps, faire un point sur la démographie médicale en France afin de mieux cerner cet enjeu.

A. Densité médicale en France

1. En médecine générale

En France, dans l'Atlas de la démographie médicale 2018 (2), on recensait 87801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus), soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017 (figure 1).

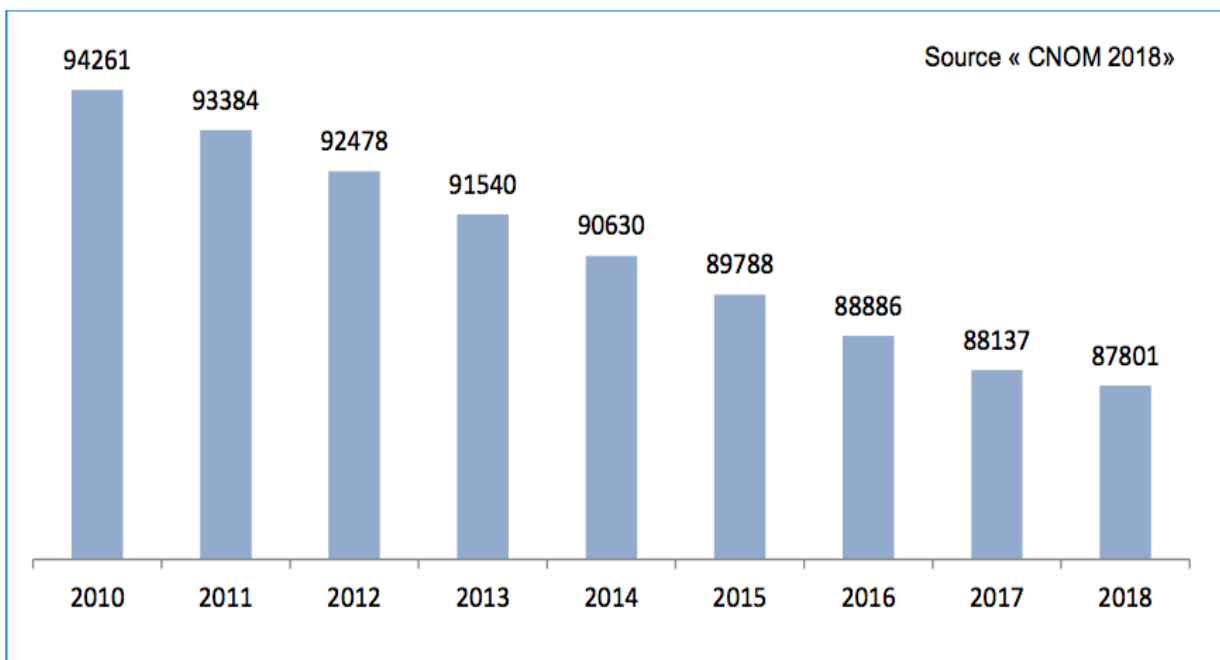


Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 - Atlas de la démographie médicale en France 2018

Selon la CNOM (2) (Conseil National de l'Ordre des Médecins), on peut donc prévoir qu'en 2025, la France aura une perte de 6460 médecins généralistes sur 15 ans.

Dans l'Atlas de la démographie médicale 2018, si on regardait à l'échelle régionale et départementale (figure 2), on pouvait noter de grandes disparités. En effet, on remarquait un fort contraste entre certains départements qui avaient une augmentation d'effectifs, et à l'inverse des départements qui perdaient beaucoup de médecins généralistes. Les densités de médecins généralistes par rapport à la population étaient très inégales elles aussi. Dans la région Occitanie, où a été réalisée notre enquête, la densité de médecins généralistes était aussi très hétérogène. Certains départements présentaient une forte densité de médecins par rapport à leur population tels que l'Hérault ou encore la Haute Garonne avec une variation positive d'effectifs pour ces départements en 2018. À contrario, des départements comme la Lozère ou encore les Pyrénées Orientales avaient une faible densité de médecins sur leurs territoires, mais aussi une variation d'effectifs négative pour cette année 2018. Il y avait donc aussi de grandes disparités au sein de notre région étudiée.

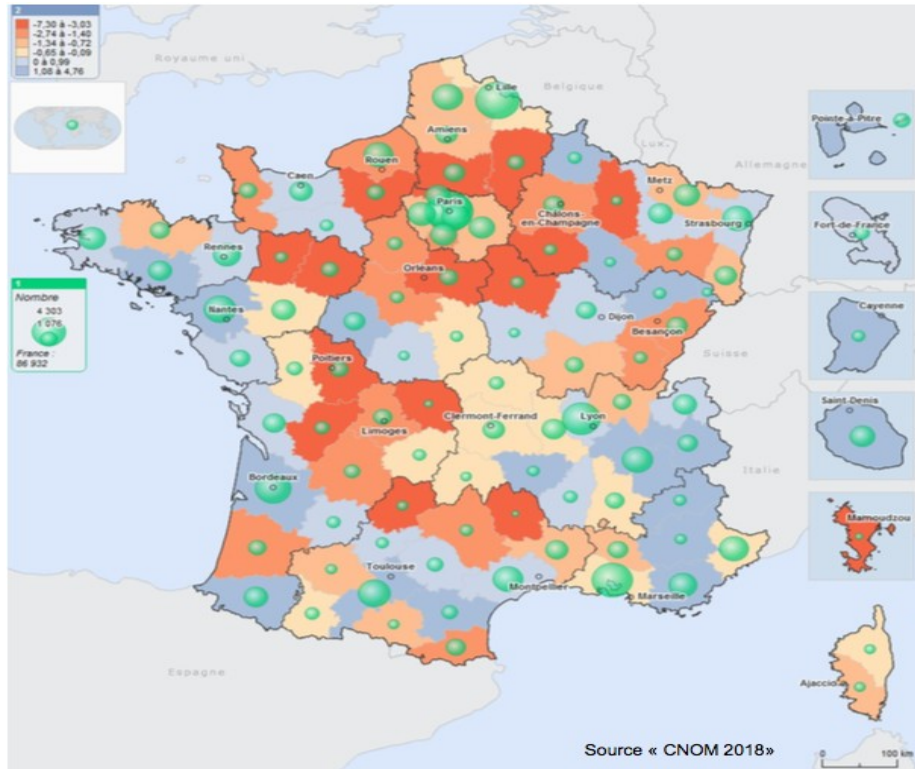
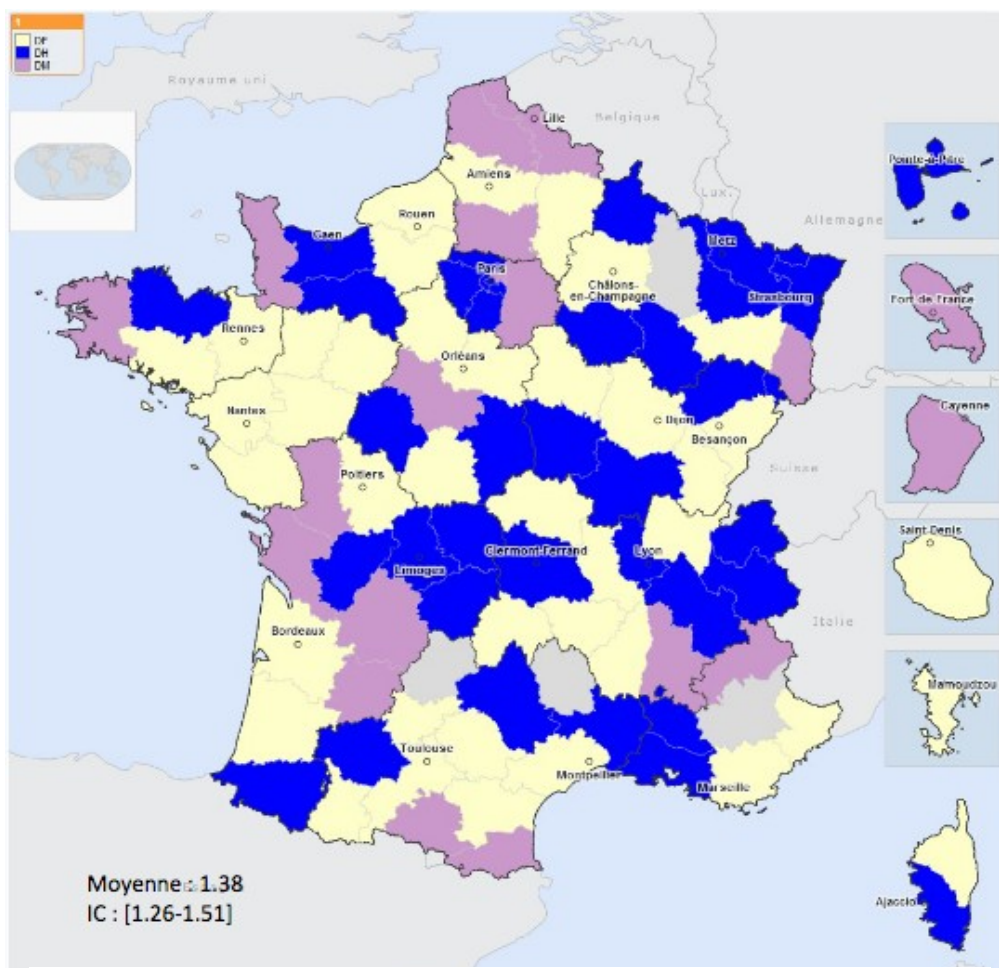


Figure 2 : Densité des médecins généralistes en France - Atlas de la démographie médicale en France 2018

Nous allons maintenant nous intéresser à la démographie des gynécologues en France.

2. En gynécologie obstétrique et médicale



Note méthodologique cartographie et référence de légende:

- DH : Données en fourchette haute –Tranche supérieure des densités autour de l'intervalle de confiance- **Bleu**
- DF : Tranche inférieure des densités autour de l'intervalle de confiance - **Beige**
- DM : Données comprises dans l'intervalle de confiance –**Rose**

La notion de fourchette est établie en référence aux calculs des bornes supérieures et inférieures des séries de données utilisées.

La tranche basse comprend les plus petites valeurs et la tranche haute les valeurs les plus hautes au-delà de l'intervalle de confiance.

Ce classement de valeurs permet d'établir un ordre de dispersion et de comparaison des données entre elles et met en lumière les situations extrêmes de démographie médicale.

Figure 3 : Densité des gynécologues obstétriciens avec application de fourchettes de classement - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018

Dans le rapport de l'Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018, la répartition des gynécologues médicaux et obstétriciens était très inégale elle aussi, avec de fortes disparités entre les régions (figure 3) (2). Ces chiffres mettaient en lumière les grandes inégalités d'accès aux soins surtout en ce qui concernait le suivi gynécologique. Cependant si nous nous focalisons sur la région Occitanie, nous pouvons remarquer que cette région se situait aux alentours de la moyenne nationale (Tarn et Garonne, Hérault) voire même en dessous de la moyenne nationale en ce qui concernait la densité de gynécologues médicaux (Aude, Aveyron) (figure 4) et de gynécologues obstétriciens (figure 3) avec des disparités au sein de la région.

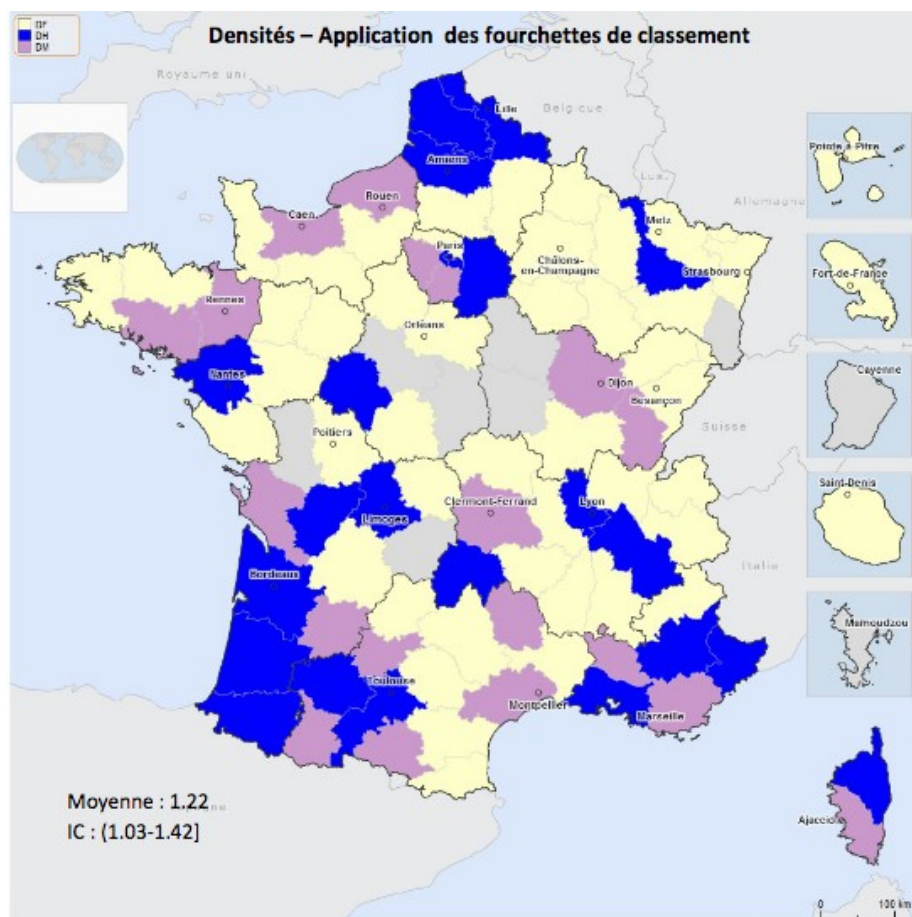


Figure 4 : Densité de gynécologues médicaux avec application de fourchettes de classement - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018

En nous intéressant de plus près à la gynécologie médicale toujours dans le rapport de l'Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018 (figure 4), nous remarquons que les départements avec une faible densité de gynécologues médicaux étaient encore plus nombreux. Ceci était probablement dû à la récente réintroduction de cette spécialité médicale en 2003 aux postes ECN (Épreuves Classantes Nationales) après avoir été supprimée en 1984 (3). Cependant, la variation du nombre de postes pour la gynécologie médicale n'est pas toujours croissante si on s'intéresse au rapport du CNG (Centre National de Gestion) (4) qui nous indiquait, à titre d'exemple, une évolution de -8,6% des postes entre 2016 et 2017 pour la gynécologie médicale ainsi que -6,1% pour la gynécologie obstétrique. On peut donc en déduire que ces mesures sont encore insuffisantes pour pallier à la pénurie de gynécologues pour notre population si on en croit le rapport de la DRESS sur l'APL (l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée mesurant le nombre de spécialistes en équivalent temps plein pour 100 000 habitants) (5). En effet, selon ce rapport de 2014, la moyenne d'APL pour un gynécologue était de 6,6 contre 70,6 pour un médecin généraliste. Cet écart n'a donc pas pu être réduit en si peu de temps et avec des évolutions du nombre de postes aussi aléatoires. Le médecin généraliste a donc probablement un rôle clé à prendre dans la prise en charge de la femme de par sa facilité d'accès. Avant de revoir les missions clefs du médecin généraliste, nous allons nous intéresser à la définition du suivi gynécologique sur notre territoire afin de mieux comprendre le sujet de ce travail.

B. Définition du suivi gynécologique

La prise en charge gynécologique médicale était définie précisément selon la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (6) et le ministère des solidarités de la santé français (7) par l'abord des points suivants :

- *Contraception, éducation, prévention*
- *Dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles évitant ainsi stérilités*
- *Prévention et dépistage précoce des cancers génitaux et mammaires (frottis, examen des seins).*
- *Traitements hormonaux tout au long de la vie de la femme : problèmes de règles et saignements, traitements de la ménopause, des pathologies bénignes du sein.*
- *Pathologies gynécologiques et endocriniennes (aménorrhée, syndrome ovaires polykystiques...)*
- *Stérilité du couple (AMP : Aide Médicale à la Procréation)*
- *Questions liées à la sexualité, aux relations dans le couple, la gynécologie psychosomatique.*
- *Péri-conception aussi bien que demandes d'IVG.*
- *Suivi de la grossesse simple*

La prise en charge gynécologique médicale était bien définie et axée principalement sur la prévention, le dépistage, l'éducation ainsi que le traitement de certaines pathologies.

Ce sont donc des vrais enjeux de santé publique. De plus, un point particulièrement important en ce qui concerne l'éthique a été mis en lumière par le comité de gynécologie médical. En effet, il était bien mentionné que le professionnel de santé doit créer une relation de confiance et mettre à l'aise la patiente en ce qui concernait son intimité afin de permettre le bon déroulement de ce suivi gynécologique. Il était primordial que le professionnel ait une capacité d'écoute et de bienveillance envers ses patientes.

Plusieurs acteurs en France ont les compétences pour réaliser cette prise en charge, à savoir le gynécologue obstétricien, le gynécologue médical, le médecin généraliste et enfin la sage-femme (7). Nous allons donc maintenant nous pencher sur le rôle du médecin généraliste dans le suivi de ses patients et ses principales missions.

C. Les missions du médecin généraliste

Lorsque nous nous penchons sur les missions du médecin généraliste dans le code de la santé publique (8), nous retrouvons les points suivants, le médecin généraliste doit :

- *Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux*
- *Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social*
- *S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients*
- *Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient*
- *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé*
- *Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur*
- *Contribuer aux actions de prévention et de dépistage*
- *Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#)*
- *Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales*

Il était donc mentionné dans le cadre de la loi, que le rôle du médecin généraliste comprenait bien la prise en charge de la prévention, du dépistage chez ses patientes (frottis cervico-utérin, examen des seins, mammographie...) mais aussi de l'éducation thérapeutique. L'abord de la gynécologie en consultation n'était donc pas juste un choix du praticien présentant un attrait pour cette discipline mais surtout une réelle mission de santé publique. En effet, le médecin généraliste devait prendre en charge la santé de la femme de manière globale. Même si certains médecins ne souhaitaient pas réaliser les gestes tels que le frottis, la pose de stérilets et d'implants, ils avaient pour mission de contrôler la participation au dépistage, participer à la prévention de certaines pathologies et surtout d'orienter vers un professionnel de santé adapté en cas d'impossibilité à la réalisation de ces gestes. Ce qui nous fait maintenant nous intéresser à la formation des médecins généralistes en France. Au cours de son cursus, le médecin généraliste doit recevoir les connaissances et la pratique nécessaires à la réalisation de ce suivi en cabinet. Nous allons donc maintenant faire un point sur la formation des médecins généralistes en gynécologie.

D. Formation

1. Étudiants en DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale

Actuellement, la formation d'un médecin généraliste dure 9 ans après le baccalauréat. Lors de son cursus l'étudiant en médecine doit réaliser 3 cycles (9).

Le premier cycle dure 3 ans et commence par le passage d'un concours de Première Année Commune des Études de Santé (PACES) puis 2 années d'études pour l'obtention du diplôme de formation générale en sciences médicales DFGSM2 et DFGSM3. En effet, le DFGSM délivre un grade licence et comporte 180 crédits européens (ECTS) afin d'acquérir les connaissances nécessaires à la construction des compétences du second cycle.

Le second cycle permet de valider le diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM). Il dure 3 ans et correspond à un mi-temps où les étudiants doivent réaliser plusieurs stages dans les différents services en CHU (Centre Hospitalier Universitaire) et un stage de médecine générale obligatoire. L'autre mi-temps correspond à un tronc commun de cours qui comprend 13 unités d'enseignements (UE) dont 11 unités d'enseignements transdisciplinaires regroupant les 362 items des Épreuves Nationales Classantes (ECN). Cette épreuve classante ayant lieu à la fin de la 6^{ème} année de médecine, donne accès aux différents D.E.S. (Diplôme d'études spécialisées) qui orientent les étudiants vers leur filière professionnelle et leur région de formation.

Enfin arrive le troisième et dernier cycle du cursus. Lors du DES de médecine générale dont la durée est de 3 ans, la maquette des stages obligatoires (10) (qui vient d'être modifiée par la réforme d'avril 2017) est la suivante :

- 1^{ère} phase : PHASE SOCLE (2 semestres) : Stage en médecine générale niveau 1 + Stage aux urgences en hospitalier.
- 2^{ème} phase : PHASE D'APPROFONDISSEMENT (4 semestres) : Stage santé de l'enfant en ambulatoire ou hospitalier + Stage hospitalier en médecine polyvalente + SASPAS niveau 2 (Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) + Stage santé de la femme en ambulatoire ou hospitalier

En résumé, un interne de médecine générale, avant cette réforme, n'était pas obligé dans son 3^{ème} cycle de réaliser un stage en gynécologie obstétrique. Hors depuis cette réforme du 3^{ème} cycle, il doit nécessairement passer en stage de gynécologie et donc d'être formé à minima sur les gestes pratiques gynécologiques tels que la pose d'implants, le frottis, la pose de stérilets. C'est une mesure qui était nécessaire pour la formation des médecins généralistes et donc répondant ainsi à la demande de soins de la femme sur notre territoire. En ce qui concerne tous les médecins généralistes déjà installés qui n'ont pas eu l'opportunité de passer en stage de gynécologie obstétrique, nous allons maintenant nous concentrer sur les moyens dont ils disposent actuellement pour pallier à ce manque de formation.

2. Les médecins généralistes

a. Le DIU (Diplôme interuniversitaire) de gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste

Le but de ce DIU est de compléter la formation en gynécologie pour les médecins généralistes qui pensent ne pas être assez compétents ou sûrs de leurs connaissances. Il permet de revoir les gestes courants en gynécologie médicale et les bases du suivi gynécologique afin de suivre leurs patientes dans les meilleures conditions.

Ce diplôme a été mis en place par exemple à Montpellier (11) depuis une quinzaine d'année (2003-2004). Il est principalement destiné aux médecins généralistes, aux sages-femmes, aux internes de médecine générale mais aussi de spécialité. Le responsable du DIU doit être un professeur universitaire. Sa durée est en moyenne d'un an.

Pour le valider, il faut globalement réunir les conditions suivantes avec des variations selon les universités :

- Participer à des cours magistraux / enseignements dirigés / simulations sur mannequins haute et basse fidélité
- Remettre un mémoire
- Passer un examen écrit ou oral
- Réaliser des stages (en PMA, gynécologie, obstétrique, urgences gynécologiques, oncologie ou chirurgie et planning familial ou PMI...)

b. Formation médicale continue et développement professionnel continu

Le DPC (Développement professionnel continu) a été initié par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de modernisation du système de santé en 2016 (12). Il est effectif depuis le 1^{er} janvier 2013 et est dédié aux professionnels de santé en France (au sens du code de santé publique, chapitre IV). Cette mesure permet notamment aux professionnels de santé de se former tout au long de leur carrière dans les domaines qui les intéressent le plus ou les domaines qu'ils considèrent ne pas assez maîtriser.

De nombreuses institutions proposent des formations en ligne ou dans des locaux régionaux notamment en gynécologie sur la formation aux gestes, à la contraception, à l'ostéoporose et bien d'autres sujets encore. Elles permettent notamment au médecin généraliste de valider ses obligations en rapport avec leur DPC et surtout de se perfectionner dans sa pratique quotidienne.

En ce qui concerne le coût, l'Agence nationale du DPC prend en charge 21h annuelles de formation (exemple : pour 2019, chaque médecin est indemnisé de 45 euros par heure de formation présentielle et 22,50 euros par heure pour une formation non présentielle avec un minimum de 3h de formation (13)). Cependant toutes les formations ne sont pas automatiquement indemnisées.

L'existence de ce genre d'organisme nous permet de constater qu'il est toujours possible de compléter ses connaissances une fois que nous sommes diplômés et d'avoir ainsi une pratique plus sereine.

Après avoir fait le point sur la démographie médicale, la définition du suivi gynécologique en France, les missions du médecin généraliste ainsi que sa formation en gynécologie, nous nous sommes donc interrogés sur l'abord de la gynécologie en consultation par le médecin généraliste. Où se place-t-il par rapport à cette réalité démographique ? Se sent-il concerné ? Comment voit-il la gynécologie dans sa pratique quotidienne ? Quel est son ressenti ? A-t-il l'impression d'avoir les moyens nécessaires pour l'aborder sereinement ? C'est pourquoi, dans le cadre de notre travail de thèse basé sur une analyse qualitative, nous avons voulu étudier comment et pourquoi le médecin généraliste abordait la gynécologie en consultation dans ce contexte actuel de difficultés d'accès au gynécologue. Le but étant bien sûr de nous focaliser sur leurs ressentis et leur expérience, sur des éléments concrets. Nous allons maintenant dans un deuxième temps expliquer la démarche entreprise pour répondre à notre problématique.

II. MÉTHODE

A. Type d'étude

C'est une étude qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés autour d'un guide d'entretien. Ce guide d'entretien comportait 3 questions explorant le vécu et l'expérience du médecin généraliste dans l'abord de la gynécologie en consultation (tableau 1). Un examen phénoménologique du corpus a été réalisé sans postulat de départ afin de laisser émerger des pistes pour une approche compréhensive du phénomène. Nous avons retranscrit mot à mot les entretiens, après quoi nous avons réalisé une lecture flottante puis focalisée des verbatims pour faire émerger des catégories. L'analyse a été construite au fur et à mesure pour atteindre la saturation des données (14)

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par Anne-Julie VERRIÈRE (interne de médecine générale) en tête à tête.

B. Population étudiée

1. Sélection des participants

La population étudiée était les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon. Le recrutement a été fait de manière aléatoire (par mail, par appel téléphonique, et puis par le biais de connaissances). Après quoi la continuité du recrutement s'est faite par « Effet boule de neige ».

2. Critères de sélection

Nous recherchions des médecins généralistes installés en Languedoc-Roussillon, d'âges variés, mais aussi de modes d'exercice différents (Maison de santé pluridisciplinaire (MSP), cabinet de groupe (CG), seul). Nous souhaitions des médecins exerçant aussi bien en milieu rural et semi-rural qu'en milieu urbain. L'intérêt pour la gynécologie et le recours à une formation complémentaire en gynécologie n'étaient pas des critères d'inclusion non plus.

Les participants ont été sélectionnés au fur et à mesure de façon à obtenir une variation d'expériences et de profils.

Les entretiens se sont terminés une fois la saturation des données atteinte.

Les participants étaient informés que l'étude portait sur l'abord de la prise en charge

gynécologique en médecine générale et qu'ils réaliseraient un entretien en face à face avec l'investigatrice principale pour une durée approximative de 20 à 40 minutes. Le principe de l'enregistrement des propos avec respect de l'anonymat a été introduit.

Tous les participants ont donné leur accord pour cet entretien.

Aucune rémunération ni dédommagement financier n'ont été proposés.

3. Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés soit à leur cabinet, soit à leur domicile ou à la faculté de médecine de Montpellier. En début de séance, chaque participant remplissait une fiche caractéristique demandant le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice, l'intérêt pour la gynécologie, l'accès à une formation complémentaire en gynécologie et enfin la proximité d'un gynécologue.

Les entretiens semi-dirigés se sont appuyés sur un guide d'entretien avec des questions ouvertes et des questions de relance (tableau 1). Ce guide devait être adaptable et flexible pour orienter l'entretien telle une conversation. Le guide d'entretien a été élaboré par Anne-Julie VERRIÈRE (AV) à partir des données de la littérature (14,15). Il a été modifié et enrichi après deux premiers entretiens tests pour permettre de recueillir plus d'informations. L'objectif étant de comprendre comment et pourquoi le médecin généraliste abordait le suivi gynécologique en consultation avec un questionnement phénoménologique.

Les entretiens commençaient par une présentation brève et personnelle de l'investigatrice (AV) puis, avec l'accord oral préalable des participants, ils étaient

enregistrés (à l'aide d'un iPhone 5S). Ils validaient à l'écrit l'autorisation d'enregistrement et l'utilisation anonymisée des verbatims ainsi que l'aspect confidentiel des entretiens. Ils pouvaient arrêter l'entretien quand ils le souhaitaient. Les enregistrements étaient retranscrits mot-à-mot afin d'obtenir les verbatims ayant servi de base pour l'analyse. Chaque verbatim a été anonymisé par l'attribution d'un nombre.

Question n° 1 : Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...

Relances :

- Précisez dans quelles circonstances vous l'avez vue ?
- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?
- Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ?
- Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Question n° 2 : Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ?

Relances :

- Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Question n° 3 : Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Relances :

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?
- Quels en sont les freins ?
- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique de ses patientes ?

Tableau 1 - Guide d'entretien

4. Analyse des données

Une analyse qualitative thématique avec un examen phénoménologique a été réalisée par AV en analysant tous les verbatims. Cette approche est justifiée par l'objectif d'exploration de l'expérience et du vécu des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge gynécologique (14) (15).

L'analyse phénoménologique a débuté par une première lecture flottante de tous les verbatims et annotations en marge, puis la réalisation d'un découpage du corpus en unités de sens lors d'une nouvelle lecture plus focalisée. Ces différentes lectures ont permis de faire émerger de façon inductive des idées analytiques par codage ouvert. Une nouvelle lecture avec mise en lien et codage axial des idées a permis l'émergence de catégories conceptualisantes, en comparaison constante avec le corpus. Les catégories ont ensuite été ordonnées selon leurs relations logiques pour aboutir à la construction d'une théorie donnant un sens au phénomène.

Nous n'avons pas utilisé de logiciel d'analyse.

III. RÉSULTATS

A. Caractéristiques des entretiens et des participants

Dix entretiens (tableau 2) ont été réalisés auprès de dix médecins généralistes installés en Languedoc-Roussillon. Ils ont été réalisés entre le 24 mai 2018 et le 25 juillet 2018. La durée des entretiens allait de 8 minutes et 16 secondes à 31 minutes et 55 secondes. Ils ont été réalisés soit au cabinet, soit à domicile, soit à la faculté de médecine de Montpellier.

Entretien	Date	Durée	Lieu
1	24/05/18	8 min 16	Faculté Montpellier
2	26/05/18	9 min 50	Cabinet
3	13/06/18	12 min 01	Cabinet
4	13/06/18	11 min 39	Cabinet
5	04/07/18	24 min 38	Domicile
6	05/07/18	23 min 27	Faculté Montpellier
7	12/07/18	19 min 08	Faculté Montpellier
8	18/07/18	17 min 54	Cabinet
9	25/07/18	31 min 55	Cabinet
10	25/07/18	23 min 16	Cabinet

Tableau 2 - Description des entretiens

La population étudiée (tableau 3) était constituée de 8 femmes et de 2 hommes. Pour ce qui était de leurs âges et de leurs expériences ou durées d'installations respectives, nous avons un groupe très hétérogène. Quant à leurs lieux d'exercice, nous avons 6 médecins exerçant en semi-rural contre 4 exerçant en milieu urbain. 7 médecins exerçaient en cabinet de groupe contre 3 en maison de santé pluridisciplinaire. Seulement 3 médecins avaient réalisé une formation complémentaire en gynécologie après leur internat. En ce qui concerne l'intérêt personnel pour la gynécologie, 3 médecins avaient répondu ne pas en avoir contre 7 médecins ayant déclaré être intéressés. Enfin nous avons demandé quelle distance les séparait d'un gynécologue, 8 médecins affirmèrent qu'un gynécologue se trouvait à moins de 10km de leur cabinet contre 10-20km pour les 2 autres médecins. Ceci se justifiait par le lieu d'exercice de chaque médecin interrogé (urbain/semi-rural).

Tableau 3 - Caractéristiques des participants

Médecin	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sexe	F	F	H	F	F	F	F	F	H	F
Années d'exercice	<10	>20	10-20	>20	<10	<10	>20	10-20	10-20	<10
Âge (années)	30-40	40-50	40-50	>50	30-40	30-40	>50	40-50	40-50	30-40
Lieu	semi-rural	urbain	semi-rural	semi-rural	semi-rural	urbain	semi-rural	semi-rural	urbain	urbain
Mode d'exercice	CG	CG	MSP	MSP	CG	MSP	CG	CG	CG	CG
Formation complémentaire gynécologie	oui	non	non	non	non	oui	oui	non	oui	non
Intérêt gynécologie	oui	oui	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	non
Proximité Gynécologue (km)	<10	<10	<10	<10	<10	<10	10-20	<10	<10	10-20

B. Les catégories conceptualisantes

Grâce à l'analyse phénoménologique, nous avons établi 3 grandes catégories conceptualisantes. Ci-dessous un extrait de notre tableau d'analyse (tableau 4) afin de mieux comprendre notre méthode d'analyse.

Tableau 4 - Méthode d'élaboration des catégories conceptualisantes

CATÉGORIE	SOUS-CATÉGORIE	VERBATIMS
<p>L'abord de la gynécologie en consultation est une pratique quotidienne de la médecine générale grâce à l'accessibilité du médecin, son rôle central en tant que coordinateur et/ou acteur dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies dans le cadre d'une collaboration efficace avec ses confrères...</p>	<p>Le médecin généraliste a un rôle central dans le contrôle d'un suivi gynéco régulier (prévention dépistage, information, éducation pour l'accompagnement de la patiente)</p>	<p>- E7 « On est coordonnateur de soins », « C'est-à-dire qu'on s'assure que le suivi soit fait », « C'est intéressant d'axer sur la prévention et pas uniquement le soin »</p> <p>- E9 « Informer, éducation à la contraception, à la prévention de rappel », « le coté contraception et prévention c'est devenu un automatisme chez toutes les jeunes femmes. »</p> <p>- E4 « Si on l'aborde pas, le nombre de femmes qui n'ont pas vu de gynéco après leurs dernières grossesses, il y en a (souffle) vachement. »</p>
	<p>Le médecin généraliste informe la patiente qu'il peut réaliser sa prise en charge gynécologique par oral ou par écrit car elle est souvent mal informée à ce sujet. Cependant il lui laisse le choix de l'acteur qu'elle désire. Ceci lui permet de savoir qu'elle peut avoir une prise en charge gynécologique au cabinet de médecine générale si c'est plus simple pour elle.</p>	<p>- E1 « Et c'est là où j'en profite pour leur dire que je peux le faire si elles le veulent »</p> <p>- E7 « C'est aussi toi dans les conversations que tu arrives à introduire ça. »</p> <p>- E9 « Les personnes peuvent le savoir aussi parce que c'est affiché en salle d'attente, on a l'obligation d'afficher les tarifs dans la salle d'attente... Ou sinon c'est noté sur les ordonnances, le DU (Diplôme universitaire) de gynécologie. »</p> <p>- E5 « Je laisse toujours le choix aux patientes quand je sens que c'est un petit peu problématique, soit par rapport au dépassement d'honoraires, soit à cause du temps de trajet ».</p>

- **Catégorie** : L'abord de la gynécologie en consultation est une pratique quotidienne de la médecine générale grâce à l'accessibilité du médecin, son rôle central en tant que coordinateur et/ou acteur dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies dans le cadre d'une collaboration efficace avec ses confrères.

Le médecin généraliste pratique la gynécologie quotidiennement notamment en rural ou en banlieue E2 « *Quand j'ai travaillé sur la région parisienne oui* » pour différents motifs E5 « *Euh et après la gynéco, c'est tous les jours soit il y a un frottis, soit il y a une mycose, je fais un examen des seins, parce qu'il y a un fibroadénome, un machin qui inquiète... Mais c'est du quotidien* », E9 « *C'est un truc qui est abordé au moins une fois par jour par la patientèle* » « *je fais à peu près un frottis par semaine, un implant par mois ou toutes les 3 semaines, un stérilet au moins un ou deux par mois* » car il est plus disponible E10 « *Je vais lui proposer de lui faire plutôt qu'attendre dans 2 ans avant qu'elle ait un frottis* » et accessible qu'un gynécologue E2 « *Car il y avait un accès au soin très différent. L'accès au gynécologue était très compliqué donc là on faisait frottis, pose de stérilets* », E6 « *Après le gynéco, enfin c'est en train d'évoluer parce qu'avant c'était pas ça mais maintenant ils sont beaucoup moins nombreux et c'est compliqué* ». Ce qui permet de diversifier sa pratique en ajoutant de la technique au quotidien E10 « *Après j'en fais parce que c'est technique et que ça change un peu* ».

Le médecin généraliste informe la patiente qu'il peut réaliser sa prise en charge gynécologique par oral E1 « *Et c'est là où j'en profite pour leur dire que je peux le faire si elles le veulent* », E7 « *C'est aussi toi dans les conversations que tu arrives à introduire ça.* » ou par écrit E9 « *Les personnes peuvent le savoir aussi parce que c'est affiché en salle d'attente, on a l'obligation d'afficher les tarifs dans la salle d'attente... Ou sinon c'est noté sur les ordonnances, le DU (Diplôme universitaire) de gynécologie.* »

car elle est souvent mal informée à ce sujet. Cependant il lui laisse le choix de l'acteur qu'elle désire E5 « *Je laisse toujours le choix aux patientes quand je sens que c'est un petit peu problématique, soit par rapport au dépassement d'honoraires, soit à cause du temps de trajet* ». Ceci lui permet de savoir qu'elle peut avoir une prise en charge gynécologique au cabinet de médecine générale si c'est plus simple pour elle.

Le médecin généraliste a un rôle central E7 « *On est coordonnateur de soins* » dans le contrôle d'un suivi gynéco régulier E7 « *C'est-à-dire qu'on s'assure que le suivi soit fait* » (prévention E7 « *C'est intéressant d'axer sur la prévention et pas uniquement le soin* », dépistage, information E9 « *Informé, éducation à la contraception, à la prévention de rappel* », « *le côté contraception et prévention c'est devenu un automatisme chez toutes les jeunes femmes.* », éducation pour l'accompagnement de la patiente) E4 « *Si on l'aborde pas, le nombre de femmes qui n'ont pas vu de gynéco après leurs dernières grossesses, il y en a (souffle) vachement.* »

Le médecin généraliste doit savoir repérer les urgences gynécologiques E7 « *Donc là je nous vois comme des gate keepers... On est là pour repérer* », « *Je lui en voudrais s'il n'est pas capable de repérer une urgence gynéco* », « *On a un rôle qui est : est-ce qu'on a une urgence gynéco ou pas ?* ». Il est du devoir du médecin généraliste d'avoir les connaissances nécessaires pour juger de l'urgence d'une situation E7 « *Il faut que tu sois capable de dire est ce que c'est pas un risque de GEU (grossesse extra-utérine) ? Il faut que je l'élimine, et c'est là où derrière il y a une compétence à avoir de toute façon, donc je pense que c'est important.* » afin d'orienter à un gynécologue ou un autre professionnel adapté E3 « *Mais après euh si il y avait eu une anomalie, c'était clair pour moi j'aurai passé la main à un confrère gynécologue.* », « *Bah après on fait fonctionner le réseau, quand on connaît un gynécologue, on peut se permettre d'appeler* « *Là vraiment j'ai besoin de toi* » » lorsque qu'il ressent une limite de ses compétences E7 « *Après moi je connais mes limites, c'est-à-dire que je ne vais pas accoucher voilà donc du coup du côté obstétricien...* » « *Pour suivre un certain temps et au moment où ça*

devient pathologique, et bah derrière on passe la main à des gens qui ont plus de compétences que nous dans ce domaine. » ou s'il ne présente pas d'attrait pour la gynécologie E7 « *Je pense que moi j'en voudrais à aucun médecin si derrière il n'a pas envie de faire ce suivi* ». Tous les médecins généralistes ne se sentent pas automatiquement à l'aise en gynécologie et donc ont la possibilité de passer la main sans laisser la patiente dans une errance médicale.

Si le médecin généraliste se place en acteur du suivi E7 « *C'est-à-dire que dans notre rôle on peut soit s'emparer d'un rôle de suivi...* », il réalise donc la gynécologie de première ligne avec la réalisation des gestes (frottis cervico-utérin (FCU), pose et retrait d'implants et stérilets) E5 « *Le frottis, la mammographie, l'examen des seins, le toucher vaginal, enfin voilà l'examen gynécologique basique en systématique* », la contraception « *Pose et retrait de stérilet, pose et retrait d'implant* », E9 « *Renouvellements de pilule* », « *Informations sur la contraception* », prise en charge IST (Infection sexuellement transmissible) E5 « *Toute la sphère infections génitales* », E10 « *Une mycose... Ça je peux le faire* », suivi de grossesse « *Tous les premiers bilans de la grossesse* », « *Post- ménopausique* » et assure donc un suivi gynécologique minimum. Ce qui est un réel service rendu pour les patientes.

Les médecins généralistes ont besoin d'un réseau de confrères fiable E6 « *Il y a les dossiers de suivi de grossesse tout ça, il y a des choses particulières que j'ai pas, parce que j'ai pas les contacts... Savoir tout de suite à qui s'adresser, pouvoir adresser rapidement, des facilités pour ça* » ainsi qu'une collaboration efficace et bilatérale E9 « *Ils sont même très contents d'avoir une adresse de quelqu'un à qui envoyer les IVG (Interruption volontaire de grossesse) médicamenteuses, il y a régulièrement des patientes qui viennent qui ont vu leur gynéco pour demander ça et qui ont dit « Ah non je fais pas ça, je sais pas faire, allez voir le médecin généraliste de là-bas* » avec les gynécologues et les sages-femmes afin de pouvoir aborder et pratiquer la gynécologie dans son cabinet avec sérénité sinon la solitude peut s'avérer être un frein à la pratique E10 « *J'imagine que quand on est seul dans l'arrière-pays et qu'on ne fait pas un poil de gynécologie, c'est peut-être plus galère c'est peut être un frein pour en parler* », «

Quand on a un intervenant à côté quand on a un carnet d'adresses, ça joue vachement je pense ».

Pour certains médecins, être un médecin généraliste de sexe féminin faciliterait l'abord de la gynécologie avec ou par les patientes E4 « Ouais c'est vrai que pour les femmes qui n'ont pas de suivi régulier, peut être... C'est vrai qu'elles en parleront plus facilement à une femme je pense quand même. », E5 « Le fait d'être une femme ? Oui je pense » chez certaines populations qui y sont culturellement attachées E2 « Ici c'est particulier, c'est plutôt une population maghrébine beaucoup ici, donc comme nous sommes un cabinet de femmes ça va » ou encore chez les personnes âgées E3 « Euh moi déjà je suis un homme alors ça ne me gêne pas moi personnellement mais ça peut, euh, gêner des patientes... Le fait d'être un homme, enfin ça peut être un frein, voilà, je ne dis pas que c'est un frein fort, mais bon ça peut bloquer hein, ou après les personnes âgées aussi. Les dames âgées, euh, ça les gêne voilà ».

Alors que pour d'autres, le sexe du médecin n'était pas un frein E7 « Le regard du médecin, que ce soit un homme ou une femme c'est pareil... Pendant des années les gynécos étaient tous des hommes et j'ai des patientes qui préfèrent des hommes, alors je leur demande pourquoi mais elles ne savent pas rationnellement pourquoi est-ce que c'est pas plutôt des habitudes », E9 « Absolument pas, en tant que médecin je suis ni homme ni femme je suis un médecin. » mais un a priori de la part du médecin lui-même E7 « Je pense que c'est dans notre tête... Je pense que c'est un frein si on se met un frein ».

Le médecin généraliste qui présente un attrait pour la gynécologie E1 « Et bien moi c'est quelque chose qui me plaît bien, ça m'évoque du plaisir, c'est ce que j'ai envie de faire... Je le fais sans problème les frottis, suivis de grossesse... » est plus à l'aise pour l'aborder E5 « Non, c'est cash pistache, non mais je suis pas du tout mal à l'aise pour aborder la gynéco donc euh... Du coup je l'aborde simplement. » et proposer de faire son suivi E7 « C'est le fait d'être à l'aise », « Je pense que le fait de le proposer fait que ».

L'attrait pour la gynécologie facilite donc grandement l'abord avec les patientes car le médecin se sent à l'aise de le proposer à ses patientes.

Les femmes suivies pour la gynécologie en médecine générale présentent des motifs généralement plus graves car elles n'avaient pas de suivi régulier antérieur E2 « *Et ceux qu'on voit et qui ont besoin d'un suivi gynécologique ce sont des gens qui n'ont pas vu de gynécologue depuis 10 ans... Ceux qui n'en voient pas et qui viennent chez nous pour la catastrophe* ». C'est donc ce genre de patientes, qui ont mis de côté leur suivi gynécologique en partie par difficulté d'accès au gynécologue E10 « *Une patiente un peu âgée qui n'a pas de gynéco pour son frottis, qui n'a pas de suivi, c'est sûr je vais lui proposer de lui faire* », que nous retrouvons ensuite en consultation de médecine générale pour des prises en charge très tardives car elles n'ont plus le choix.

- **Catégorie** : L'approche globale centrée sur la personne par le médecin généraliste est un atout pour dans la prise en charge gynécologique grâce à sa proximité, son empathie, sa connaissance de l'environnement de la patiente.

Le dépistage général E1 « *Du coup je rentre un peu dans tous les dépistages quand elles viennent en consultation... Donc du coup ce sujet-là vient assez facilement* » et la contraception « *C'est pour ça que parfois lors du renouvellement de l'ordonnance de pilule si elles ont l'âge requis, je fais un petit point* » permettent d'aborder la gynécologie avec la patiente en connaissant son environnement ce qui permet une prise en charge globale centrée E3 « *On peut aborder la sexualité, on peut aborder, appréhender aussi l'entourage familial aussi, savoir le compagnon, savoir socialement comment elle est... Pour mieux comprendre la problématique, son environnement en tout cas, pour mieux axer.* », E7 « *En médecine générale, la différence c'est qu'on voit probablement la patiente dans sa vie globale* », « *La prise en charge globale d'une patiente avec le côté féminin mais c'est justement le côté global* ». Le médecin généraliste a donc une vision d'ensemble de la patiente et peut donc mieux cerner ses besoins, ses attentes, en prenant en considération tout son environnement. C'est le réel avantage de la médecine générale : une prise en charge globale.

Sur le plan gynécologique, certains médecins maltraitent les patientes (violences physiques ou psychiques) E9 « *De la colère contre les gynécologues, contre les spécialistes... Un domaine de la médecine dans lequel il y a énormément de maltraitance des patientes* », « *Beaucoup de gens, de personnes qui décrivent un parcours gynécologique euh... Que si on sort du cadre professionnel peut être limite un cas de maltraitance psychologique ou physique* », « *Que de toute manière 1 fois sur 2 il leur a dit qu'il ne voulait pas leur mettre un stérilet parce qu'elles n'ont pas eu d'enfants* », « *... Euh qui sont pas expliquées, mal suivies avec des surveillances qui sont mal suivies, euh un défaut d'information* » ce qui entraîne d'importants blocages E9 «

Des femmes qui viennent à 30-35 ans et qui n'ont jamais fait d'examen gynéco depuis 10-15 ans parce qu'on les a forcées à faire un examen gynéco à 17 ans, en leur disant « Si si c'est comme ça » voilà », « Les patientes qui disent d'emblée « Non mais ça va j'ai pas envie d'en parler » » pour la suite de la prise en charge gynécologique de ces patientes E7 « Il y a des authentiques stress parce qu'elles ont connu des situations difficiles, des diagnostics difficiles et puis aussi parce que des fois elles arrivent et « bon vous vous déshabillez à côté, pendant ce temps je vais voir l'autre » et puis après j'arrive je mets un spéculum, tac tac je palpe les seins, je m'en vais, au revoir, 45 euros , voilà »

Si le médecin généraliste perçoit une réticence à l'examen gynécologique E6 « Si je vois qu'il y a une réticence ou quoi, j'ouvre tout de suite sur bah « Ah comment ça se passe ? Ah bon ? » », E7 « J'essaie de leur demander si elles ont des craintes par rapport à ça », il va prendre le temps d'en discuter « Voilà je prends du temps », de comprendre E7 « Qu'est-ce qu'il s'est passé, pourquoi elles ont des craintes, qu'est ce qui a fait que ça s'était mal passé, pourquoi ? » et d'expliquer « Je lui ai expliqué avec des petits schémas » afin de débloquer la situation E7 « D'essayer de travailler sur les facteurs de résistance » et participer à l'éducation thérapeutique de la patiente. Une des notions les plus importantes dans l'abord de la gynécologie reste le respect de la patiente E9 « Je pense que c'est une attention de tous les instants au respect et après ça devient un automatisme ».

Un médecin de famille E10 « On n'est pas froids, on est vraiment médecins de famille » « Le fait d'être proche, on est le médecin qui a suivi les jeunes filles, je les vois grandir ou les mamans je les vois vieillir » crée une relation de confiance avec la patiente E5 « Elle est assez à l'aise avec moi donc euh... Je pense qu'il y a aussi une relation de confiance » « Ça crée un moment de connivence », E1 « Bien parce que c'est une dame que je connais depuis longtemps, donc on a une bonne relation de confiance », E6 « J'essaie juste de faire attention à ce que le patient se sente à l'aise, et puis voilà avoir

cette relation de confiance avec les gens » grâce à son empathie et sa bienveillance E7 « *C'est dur dans le côté de la relation avec les patients qu'on aime entre guillemets* », c'est cette proximité qui va mettre à l'aise les patientes pour aborder la gynécologie E10 « *Ça favorise vachement le rapport sur tout ça, sans aucune difficulté* ». En effet, les médecins généralistes ont plusieurs moyens de mettre à l'aise leurs patientes, par exemple, voir les adolescentes seules dans un premier temps pour aborder des sujets intimes E5 « *Si on veut garder une certaine intimité euh... Sur le tabac... Puis la sexualité on a pas envie d'en parler forcément à ses parents* ». Ce sont pleins de petites particularités qui au final mettent en confiance la patiente qui se sent respectée et écoutée et donc peut se confier librement.

- **Catégorie : Les freins à la pratique de la gynécologie selon les médecins généralistes touchaient plusieurs composantes structurelles de l'expérience vécue (le manque de formation, de connaissances, de temps, d'information des patientes, les réticences bilatérales, la rémunération, le matériel...)**

Le manque d'information des patientes sur la capacité du médecin généraliste à réaliser leur prise en charge gynécologique est un frein non négligeable E1 « *Le frein c'est peut-être le fait que souvent les patientes ne savent pas qu'on peut faire ça. Elles pensent que c'est obligatoirement le gynécologue* ». De plus certaines patientes pensent que le médecin généraliste n'a pas les compétences nécessaires E7 « *Le fait qu'on ne soit pas un spécialiste, ça peut être un frein, c'est-à-dire que pour certaines patientes le fait qu'on ne soit pas spécialiste, qu'on soit pas gynéco, pour eux ça veut dire... Donc des fois elles sont surprises quand on dit « Bah je peux vous faire... » « Ah bon vous pouvez ? » ».*

Il y a parfois un problème de transmission d'informations entre les différents acteurs de la prise en charge gynécologique des patientes par exemple les gynécologues ou les sages-femmes E10 « *Les gynécologues, d'autres confrères me l'ont dit, ils marquent les prises de sang, mais du coup quand il y'a du cholestérol ou tout ça, nous on ne va pas être au courant à part la prise de sang faite par le gynéco, donc après c'est important, moi je leur dis « Apportez moi la prise de sang que vous a prescrit le gynécologue parce que je ne la reçois pas » »* ou même la patiente elle-même E10 « *Il y en a qui font ça, qui disent qu'elles vont chez le gynéco, elles ne nous abordent pas le sujet « Vous inquiétez pas j'ai vu mon gynéco il y a trois mois », elles ne veulent pas aller plus loin* » ce qui engendre chez les médecins généralistes un sentiment d'exclusion du suivi gynécologique de leurs patientes E4 « *Et les femmes qui y vont régulièrement elles ne*

vous en parlent même plus et donc ce qui fait qu'on a plus accès aux frottis ni à la mammographie ».

Le manque de temps est aussi un frein à la pratique de la gynécologie car les médecins généralistes se sentent surchargés par le travail administratif *E4 « 20 minutes, le temps qu'ils rentrent, moi j'examine mais ils ne sont jamais à poil parce que j'ai pas le temps, y'a toute la partie paperasse que vous faites pendant la consultation, ça fait perdre beaucoup de temps. Le problème de l'ordinateur on en parle pas parce que ça ne se dit pas mais sur 20 minutes, il doit y avoir 10 minutes d'ordinateur. »* mais aussi par les patients car il y a de nombreuses zones de déserts médicaux *E3 « Le temps, parce que je pense que ça demande du temps. », « Mais bon on a tellement de charge de travail et surtout dans ce désert médical parce que ça prend du temps »*, il y a donc beaucoup de patients à voir dans la journée et donc moins de temps à accorder à chacun.

Les médecins généralistes ont des difficultés à penser à aborder la gynécologie chez certaines patientes qui ne sont plus en période d'activité génitale *E4 « Faut juste que j'y pense pour pouvoir lui demander », « Le frein c'est d'y penser surtout »*, *E5 « Mais en fait il y en a quand même à 61 ans qui ont une activité sexuelle encore bien active, mais on y pense pas parce qu'on se dit c'est pas possible. Mais non non j'y pense beaucoup moins, honnêtement »* mais aussi car il y avait beaucoup de motifs de consultation sur un même rendez-vous *E1 « La seule difficulté c'est que ça venait ajouter un motif supplémentaire à tout le reste et que du coup je n'avais pas trop le temps pour faire l'examen gynécologique », « Si elles viennent pour autre chose, on a tendance à se concentrer sur cette chose là ou à ce moment-là, comme on ne les voit pas souvent, on a pas le temps de tout balayer. »*

Le matériel représente un frein pour les médecins généralistes car il faut penser à gérer le stock *E3 « Du matériel, il faut des spéculums jetables... - Et ça pour vous c'est trop*

contraignant ? - Bah, (souffle), ouais. J'y pense pas à en avoir en stock. », investir dans les équipements adaptés E9 « *Je me suis équipé d'une table polyvalente et ça, vraiment, le fait d'être bien installé, c'est un truc hyper important voilà, avoir son propre matériel, être bien, avoir une table qui monte et qui descend, le dossier, enfin voilà... »* pour être bien installé. En effet, pratiquer la gynécologie lorsqu'on n'est mal équipé représente une réelle contrainte pour le soignant qui ne se sent pas à l'aise E10 « *Toute la partie geste parce, peut-être quand j'aurai une table d'examen un peu mieux un cabinet un peu plus grand, peut-être que je me sentirais un peu plus à l'aise mais là je suis avec ma lampe qui marche pas, c'est pas confort... »*.

Le manque d'expérience E9 « *Suivis de grossesse même chose, relativement peu parce que j'en fais pas assez pour être performant »* et de connaissances en gynécologie E6 « *Mais que je n'ai pas encore assez d'expérience dans ça » « Et puis après, j'étais un peu embêtée au niveau connaissance... Parce que bah c'était une toute petite lésion et que je n'étais pas sûre »* sont des freins majeurs à la pratique. Les médecins généralistes ont des difficultés à se tenir à jour car il y a une évolution permanente des recommandations en gynécologie E10 « *J'ai l'impression que ça change tout le temps, quand je regarde les recommandations, ça change sans arrêt »* mais aussi dans tous les autres domaines.

En ce qui concerne la formation lors des stages de gynécologie lors de l'internat, certains médecins pensaient qu'elle était inadaptée pour les internes de médecine générale E4 « *Si je veux en refaire, il faut que je me reforme ça c'est sûr »*. En effet, selon eux, certains stages étaient très peu formateurs avec un rôle dans le service qui était inadapté à la formation d'un futur médecin généraliste E5 « *Parce qu'il y a des terrains de stage qui sont bien et d'autres qui sont pourris en gynécologie. » « Le bloc opératoire, ça sert en rien à la formation d'un médecin généraliste. »* avec parfois une impression de dévalorisation E6 « *Alors c'était un peu rageant parce qu'il estimait que la pose de stérilet c'était aux gynécos de le faire et donc il ne voulait pas... Quand il avait des stérilets à poser il ne voulait pas que ce soit moi qui les pose. »*, E3 « *Le stage*

gynéco était euh, voilà... On tenait compte des internes de spécialité, on faisait la différence entre les internes de spécialité et les internes de médecine générale... » mais aussi d'un manque de pédagogie au sein des services E3 « *Les internes de médecine générale étaient un peu livrés à eux-mêmes.* » avec parfois un sentiment d'indifférence générale E3 « *Euh, ils passaient même après les sages-femmes, les étudiants, après tout le monde quoi... C'est le sentiment que j'avais* ».

Cependant d'autres médecins s'accordaient sur le fait qu'ils ont été bien formés lors de leur internat E10 « *Je trouve que l'on est assez formés, j'ai l'impression que l'on est assez formés, je suis une jeune génération, mais même A... qui est d'une autre génération est assez formé aussi, je ne sais pas après on a eu les études pour quoi* » et surtout lors de leur stage en ambulatoire E5 « *J'ai fait des consultations, des choses comme ça pose de stérilets, implants, j'en ai fait beaucoup en stage, donc je me sens assez à l'aise* » et qu'ils étaient à l'aise dans leur pratique E6 « *Du coup on faisait surtout les consultations, c'était pas le moment du geste d'orthogénie, c'était les consultations d'information et donc là c'est vrai qu'en contraception bah, on aborde tout. Donc ça sur ma formation et maintenant j'en fais beaucoup, je me sens à l'aise* ».

Les médecins généralistes pensaient que les formations complémentaires en gynécologie étaient souvent inaccessibles E5 « *Pour les IVG médicamenteuses ça fait plusieurs fois que je demande à faire une formation auprès du CHU... Finalement ça a été annulé donc c'est la galère pour avoir cette accréditation-là* » et trop chronophages E5 « *Le DIU oui la formation est mille fois trop longue, on n'a pas que ça à faire... C'était beaucoup trop long deux ans* » ce qui ne laissait pas l'opportunité de se former pour ceux qui le désire.

Selon eux, les actes de gynécologie mériteraient une valorisation financière E3 « *Le manque de valorisation aussi parce que c'est du temps, donc il faut valoriser l'acte, je*

pense que bon voilà » car ces actes nécessitent d'accorder plus de temps à la consultation et de la technicité E5 « *Je trouve que les actes ne sont pas super super bien côtés, parce que franchement euh... Des fois un retrait de stérilet, on a un petit peu des sueurs hein ?! Des fois la pose de stérilet, la cotation du retrait d'implant franchement...* », « *C'est un peu sous côté par rapport à la technicité et le temps que ça prend* », or la nomenclature de la CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie) ne va pas dans ce sens et donc n'incitent pas les médecins généralistes à les réaliser en consultation.

Des réticences bilatérales entre la patiente et leur médecin généraliste E10 « *J'ai des patientes depuis longtemps et je n'ai pas envie de les suivre en gynéco* » « *Je leur propose de voir L... du coup pour tout ce qui est gynéco* » étaient parfois présentes avec notamment une certaine gêne, une pudeur E9 « *Même si ça peut être gênant de se dire «ah j'ai peur de dire un truc un peu intime* » « *Il y a un peu le même frein de dire « Ouh là je veux parler d'un truc intime mais ça se passe dans la culotte donc j'ai pas le droit d'en parler* » » pour aborder un sujet très intime lorsque les deux interlocuteurs se connaissent très voire trop bien E7 « *Parfois parce qu'on les connaît trop, elles ont du mal c'est pour ça que je positionne toujours mes internes « Si vous ne voulez pas que ce soit moi » parce que le côté intime... Bon c'est comme ça. J'ai des amies que je suis, elles n'ont pas forcément envie* ».

Certains médecins généralistes ne pratiquaient pas les gestes techniques de gynécologie car ils ne présentaient tout simplement pas d'intérêt particulier pour la gynécologie E3 « *Bah, vu que je ne fais pas beaucoup de gynécologie voire quasiment pas bah je n'étais pas très à l'aise... Parce que je n'en fais pas assez... Je n'aime pas ça... Ça m'intéresse pas en fait, donc j'en fais pas donc voilà* », E10 « *La gynécologie moi euh c'est pas le truc que je préfère je vous avoue* » « *C'est pas le truc que j'aime faire* ».

IV. DISCUSSION

A. Limites du travail

1. Biais de sélection

Certains participants étaient connus de l'investigatrice de l'étude, mais ce n'était pas un critère d'exclusion. En effet, certains faisaient partie de notre réseau de médecins rencontrés au cours de notre cursus médical. Cela peut donc constituer un biais de sélection dans la mesure où les médecins avaient une certaine bienveillance envers notre étude. Il en résulte qu'ils étaient probablement plus à l'aise pour exprimer leurs expériences personnelles et leurs ressentis. Cependant, afin de limiter ce biais, nous avons bien respecté la même procédure lors de tous les entretiens semi-dirigés.

Il y avait probablement aussi dans cette étude un biais de sélection dû à l'intérêt que le médecin généraliste porte à la gynécologie. Effectivement, les personnes qui étaient plus intéressées par la gynécologie et qui la pratiquaient ont d'autant plus répondu favorablement à la demande d'entretien sur le thème de la gynécologie en médecine générale.

2. Biais de mesure

a. Lié à l'enquêtrice

La difficulté majeure de la recherche qualitative est de diriger un entretien. Nous avons constaté que lors de nos premiers entretiens, ils étaient assez courts avec des réponses qui n'ont pas été relancées pour poursuivre le raisonnement jusqu'au bout. Ceux-ci nous ont permis de modifier notre guide d'entretien afin de rendre les réponses d'autant plus riches et intéressantes. De la même manière, notre habileté à mener la discussion s'est améliorée au fur et à mesure de nos entretiens. Sur nos derniers entretiens, nous avons considérablement augmenté notre capacité à nous appuyer sur les idées exprimées pour obtenir beaucoup plus de données. Les entretiens ont donc été de plus en plus riches au fur à mesure de l'étude.

Qui plus est, même si la majorité du temps nous relançons par des questions ouvertes, il est arrivé que nous ayons à relancer le médecin avec des questions légèrement plus fermées afin de lui faire préciser son idée, et ainsi développer son propos.

b. Lié aux médecins

Nous avons réalisé les entretiens dans leurs cabinets, à domicile, ou encore dans un espace ouvert à la faculté de médecine de Montpellier. Les médecins ont régulièrement

été interrompus par le téléphone, leurs confrères. Ces interférences ont pu influencer sur notre recueil de données en perturbant certains développements d'idées. De plus, les entretiens se trouvant parfois pendant les créneaux de consultation, la contrainte du temps a pu aussi influencer sur leur disponibilité pour répondre aux questions.

3. Biais d'analyse

L'analyse phénoménologique requiert une expérience de l'analyse de verbatim, et l'appropriation de la construction des catégories contextuelles. C'est pourquoi nous n'avons probablement pas assez d'expérience pour une analyse optimale des verbatims, il y a donc un biais d'analyse. Par ailleurs, l'analyse des données n'a pas été triangulée, le codage n'a été effectué que par une seule personne. Hors, la triangulation permet de s'assurer que les données recueillies représentent la réalité, mais aussi de renforcer la validité interne de l'étude. L'analyse des résultats a donc pu être influencée par nos représentations personnelles. Cependant, afin de limiter ce biais nous avons fait appel à un expert dans ce domaine pour l'analyse des verbatims et les résultats.

B. Forces du travail

1. Choix de la méthode

De nombreuses thèses ont été réalisées sur les facteurs de motivations et de freins à la pratique de la gynécologie en médecine générale (16,17), mais aucune analyse qualitative n'a vraiment été réalisée sur l'abord et le vécu de ce suivi gynécologique par les médecins généralistes. C'est donc une étude originale.

Nous avons choisi ce mode d'analyse afin d'explorer en profondeur les ressentis et l'expérience des médecins généralistes. Cette méthode permet de laisser libre court à la pensée des médecins interrogés, sans trop l'orienter, afin qu'ils puissent développer leurs représentations sur le sujet. Ceci incluant nécessairement une part de subjectivité.

Une caractéristique de la méthode d'analyse qualitative est que l'échantillon sélectionné ne doit pas être représentatif quantitativement, mais qualitativement. Les informations issues des entretiens sont donc validées par leur contexte, et non par leur probabilité d'occurrence. En d'autres termes, les citations choisies pour illustrer ces informations se font en fonction de leur pertinence. Une idée émise une fois a par conséquent autant de valeur qu'une idée répétée par plusieurs médecins (15).

La réalisation en tête à tête de chaque entretien individuel a nécessité de prendre du temps. Ceci a permis de créer une relation plus intime avec les médecins généralistes, favorisant la confiance et la liberté de parole. L'entretien étant beaucoup moins impersonnel que par téléphone. Un focus groups (entretiens de groupe rassemblant plusieurs médecins autour de l'enquêteur) aurait été inadapté, ceci aurait pu entraîner une perte de la liberté d'expression due à la peur du jugement de leurs pairs, diminuant la richesse et la diversité des réponses obtenues dans ce travail.

2. Sélection de la population

Nous avons fait le choix d'utiliser un échantillon raisonné. C'est pourquoi nous avons recherché une variation sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et le mode d'exercice. Ce choix nous a permis d'obtenir une hétérogénéité du corpus afin de renforcer la validité interne de notre étude, notion qui consiste à s'assurer que les données recueillies reflètent bien la réalité (14). Et, effectivement, nous avons bien un échantillon en variation maximale d'expérience. En ce qui concernait leur intérêt pour la gynécologie, nous n'avons pas posé la question au préalable, nous le demandions sur place lors du remplissage de la fiche caractéristique. Cependant, cette information était à titre indicatif. Ceci nous a permis d'avoir un éventail de réponses bien distinctes et enrichissantes.

3. Recueil des données

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés, jugeant qu'ils étaient pour nous le meilleur moyen de répondre à notre question de recherche. Il a été testé et modifié afin de potentialiser nos réponses. Nous avons aussi ajouté des relances sous forme de questions ouvertes afin d'entraîner les médecins à poursuivre leur raisonnement et leurs idées.

Pour ce genre de travail, il est préconisé de faire une dizaine d'entretiens pour arriver à saturation des données. Cependant, avec 8 entretiens, nous n'obtenions aucune nouvelle idée, raison pour laquelle nous avons clôturé notre étude après la confirmation par 2 entretiens supplémentaires pour un total de 10 entretiens. Cette saturation de données

nous permet donc d'améliorer la validité interne de notre travail.

C. Comparaison à la littérature

Très peu d'études qualitatives ont été réalisées sur la prise en charge gynécologique en médecine générale dans la littérature française. La majorité des enquêtes à ce sujet étaient quantitatives. Aucune n'a été réalisée sur l'abord de la gynécologie en consultation, c'est donc bien une étude originale. L'originalité de ce travail repose sur l'étude de la manière, des moyens d'introduire la gynécologie avec la patiente en consultation mais aussi la manière dont les médecins généralistes abordent la gynécologie eux-mêmes dans leur pratique, la position qu'ils ont face à cette spécialité. Il en découle donc aussi des freins et des facteurs de motivation pour la pratiquer au quotidien automatiquement mais ceci n'était pas notre sujet principal.

1. La gynécologie est une pratique quotidienne de la médecine générale

Dans notre étude, nous retrouvons que le médecin généraliste était bien plus sollicité pour le suivi gynécologique en milieu rural qu'en milieu urbain. C'est ce que démontrait le travail quantitatif de CHAMPEAUX R. (18) qui portait sur l'analyse des freins et des facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale des

médecins généralistes et des patientes. En effet, en ce qui concernait le suivi gynécologique, 71% des médecins généralistes installés en rural considéraient que les femmes les consultaient pour un suivi gynécologique régulier contre 65% en semi-rural et 64,7% en milieu urbain. Les médecins généralistes étant d'autant plus sollicités du fait de la pénurie de gynécologie actuelle. En effet, la démographie des gynécologues diminuant de manière croissante, tous les médecins interrogés soulignent la grande difficulté d'accès à un gynécologue et donc à la répercussion qu'elle entraîne sur eux par la sollicitation des patientes en milieu rural par rapport au milieu urbain, où les gynécologues y sont plus nombreux. Dans la thèse de BURNAY J. (16), une analyse qualitative portant sur les facteurs influençant la pratique de la gynécologie en médecine générale, il retrouvait qu'en ville les médecins généralistes faisaient peu de suivi gynécologique, alors qu'au contraire, ils étaient très sollicités en rural car l'accès au gynécologue s'était dégradé à cause des délais de rendez-vous trop longs. Ce qui signifie que le lieu d'installation va influencer sur notre manière d'aborder la gynécologie avec les patientes mais aussi notre position face à cette spécialité lorsque la sollicitation des patientes est plus importante. En effet, Le médecin généraliste y est bien plus confronté et donc sa position sur la prise en charge gynécologie va forcément être modifiée.

Il est souligné dans notre étude que le médecin généraliste est considéré par les patientes comme plus disponible et donc plus accessible en cas de motif urgent. Comme le soulignait TESSE-SKAF M. (19) dans son enquête quantitative sur les déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse, les facteurs de motivation pour les femmes qui choisissaient le médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse étaient la proximité, la disponibilité, la fréquence de cette pratique par le médecin généraliste, le suivi gynécologique antérieur par le médecin généraliste, ou encore le genre (femme plus facilement choisie). Par ailleurs, l'enquête quantitative menée par CHAMPEAUX R. (18) montrait que les 3 facteurs de motivation principaux des patientes à se faire suivre par le médecin traitant étaient la confiance envers le médecin traitant (86,6%), l'accessibilité des consultations (66,6%), et la compétence (40%). Le médecin connaît les longs délais d'attente pour avoir un rendez-vous chez un gynécologue, il est

donc conscient que sa disponibilité est un atout pour la prise en charge gynécologique des motifs urgents mais aussi de sa facilité d'accès pour tout ce qui concerne le dépistage.

Dans notre travail, la grande majorité des médecins interrogés nous confirment qu'ils abordent au moins une fois par jour la gynécologie en consultation, c'est donc bien une pratique quotidienne de la médecine générale. Cependant, nous avons bien précisé la distinction, entre l'aborder et réaliser le contrôle du suivi régulier gynécologique et pratiquer les actes de gynécologie (FCU, stérilets, implants). Le médecin généraliste qu'il réalise ou pas cette prise en charge se positionne bien comme membre actif de la prise en charge gynécologique car il y est exposé tous les jours pour des motifs divers et variés. Il ne peut donc pas l'exclure de sa pratique et ne pas prendre position face à la gynécologie. Dans le travail qualitatif de DIEN BERGEARD B. (17), les médecins interrogés affirmaient la pratiquer quotidiennement, il était probablement ici question de l'aborder en consultation. Cependant dans de nombreux travaux quantitatifs sur l'étude des pratiques de la gynécologie en médecine générale, les travaux de CHAMPEAUX R. (18), DIAS S. (20) et DESMOND L. (21) retrouvaient que plus de la moitié des médecins interrogés faisaient très peu de gynécologie au quotidien (moins de 10% de leur activité totale). Ce qui ne va pas dans le sens de notre résultat, mais nous pensons que ceci est dû à l'amalgame entre l'abord du suivi gynécologique et les actes de gynécologie réalisés en cabinet. De même il ressort de notre étude que la pratique de la gynécologie permet une diversification de la patientèle et donc de l'activité pour le médecin généraliste. C'est ce que le travail de CHAMPAUX R. (18) faisait ressortir dans les facteurs de motivation des praticiens à faire de la gynécologie que 56,4% des médecins étaient d'avis que cela permettait effectivement la diversification de la patientèle.

Dans l'étude qualitative de DIEN BERGEARD B. (17) portant sur les freins pour la pratique de la gynécologie en médecine générale, elle mettait en évidence que le médecin généraliste proposait de faire le suivi gynécologique et en informait leurs patientes, mais qu'il laissait bien sûr le choix à la patiente de le faire réaliser par qui elle le désirait. Nous retrouvons également dans notre étude l'idée que le rôle du médecin généraliste

est d'informer la patiente de sa capacité à le faire mais que le choix de l'acteur de son suivi gynécologique lui revient entièrement. Le médecin généraliste n'hésite donc pas à répondre à la sollicitation des patientes lorsque c'est nécessaire en l'informant de ses capacités ou non à réaliser cette prise en charge mais dans ce cas d'orienter rapidement si besoin. La patiente conserve donc sa liberté de choisir l'acteur de sa prise en charge gynécologique tout en étant informé que cet acteur peut être son médecin généraliste si elle le souhaite.

Le rôle du médecin généraliste est plutôt clair pour les médecins que nous avons interrogés. En effet, tous et toutes s'accordent sur le fait que le médecin généraliste a un rôle central en ce qui concerne le dépistage et la prévention en matière de gynécologie. Il est en effet un coordinateur de soins et donc il se doit de s'assurer que la patiente est à jour en ce qui concerne son suivi gynécologique. Il est aussi de son devoir de repérer les urgences à minima afin d'orienter vers le professionnel adapté pour la suite de la prise en charge, qu'il présente un intérêt pour la spécialité ou non. C'est selon eux le minimum requis pour une prise en charge optimale de la femme. Nous retrouvons ces notions dans les recommandations de la HAS (Haute autorité de santé) sur le suivi gynécologique des femmes, le FCU (22), l'examen des seins. C'est ce qui a aussi été retrouvé dans l'étude de CHAMPEAUX R. (18), qui révélait que lorsque l'on interrogeait les médecins généralistes sur leur rôle dans le suivi de la femme, 59,8% d'entre eux estimaient que leur rôle premier était le dépistage et la prévention, suivis par les soins de premier recours (54,6%) puis l'information et l'éducation (53,6%) pour plus d'un praticien sur deux. De nombreuses autres thèses étaient en accord avec cette idée (BURNAY J. (16), DIEN BERGEARD B. (17)). Les médecins généralistes sont donc bien conscients du rôle à jouer dans la prise en charge de la femme et donc la nécessité de l'aborder assez régulièrement avec leurs patientes dans le cadre du dépistage, de la prévention et l'éducation.

Par ailleurs, pour ce qui était de la pratique des actes de gynécologie, les avis des médecins interrogés dans notre étude sont plus mitigés. Tous les médecins n'ayant pas eu la même expérience en gynécologie lors de leur formation et de leur pratique, ils sont

donc plus ou moins à l'aise dans la réalisation des gestes. En effet, nos résultats concernant les gestes sont très hétérogènes, avec soit des médecins qui présentent un réel intérêt pour la gynécologie et qui réalisent donc les FCU, la pose et retrait de stérilets et d'implants, soit le médecin généraliste ne présente aucun attrait pour cette spécialité et il se place donc en coordinateur de ce suivi gynécologique en orientant vers des confrères pour les gestes techniques. En effet, dans notre étude, les médecins généralistes disent réorienter leurs patientes vers un confrère gynécologue ou une sage-femme pour la suite de la prise en charge d'une pathologie grave ou encore s'ils n'ont pas d'intérêt pour la gynécologie. Le médecin généraliste sait donc qu'il a un rôle clef à jouer dans la santé de la femme mais en fonction de ses aptitudes, connaissances et préférences il décide soit de réaliser cette prise en charge ou dans le cas contraire de s'assurer qu'il soit fait pour répondre aux demandes des patientes. Ces données étaient retrouvées dans le travail de BURNAY J. (16), le goût pour la gynécologie étant une question personnelle. Tous les travaux que nous avons étudiés montraient eux aussi des résultats très hétérogènes en ce qui concerne l'évaluation de la pratique des gestes de gynécologie des médecins généralistes (SAIDANI M. (23), DIAS S. (20), CHAMPEAUX R. (18)). On peut donc parler d'un « gradient de pratique » comme l'a laissé entendre K. LAGEYRE (24) dans son travail de thèse en 2014 : « *On ne peut pas dire que la pratique gynécologique est ou n'est pas, mais plutôt qu'il existe un continuum allant d'une pratique quasi-inexistante à une pratique régulière comprenant les actes techniques* ».

Dans notre étude, les médecins généralistes soulignent que pour pratiquer la gynécologie de manière sereine, il est impératif d'avoir un réseau de gynécologues et de sages-femmes afin de ne pas se sentir seul dans sa pratique. En tant que généraliste et non expert en gynécologie, le médecin a besoin de se sentir soutenu et sera plus à l'aise d'aborder la gynécologie avec sa patiente s'il sait qu'il pourra répondre à la demande de sa patiente et que dans le cas contraire il pourra interroger un confrère. Le réseau de confrère reste une sécurité qui encourage à la pratique de la gynécologie en cabinet. Dans l'étude de DIEN BERGEARD B. (17), les médecins généralistes interrogés relevaient cette même notion. En effet, la gynécologie étant une spécialité complexe, le médecin généraliste devait se sentir épaulé et prêt à être relayé s'il ressentait un manque de

compétences dans ce domaine. Le sentiment d'isolement du médecin généraliste était un frein à la pratique de la gynécologie.

La considération du sexe du praticien comme un frein à la pratique divise tout autant les médecins que nous avons interrogés. En effet certains affirment que le fait d'être un médecin féminin était réellement un facteur facilitant la pratique de la gynécologie, avec une diminution de la gêne de la patiente concernant l'abord de son intimité. Ce même résultat était retrouvé dans l'étude de CHAMPEAUX R. (18) avec 68,2% des médecins masculins qui affirmaient que leur premier frein à la pratique de la gynécologie était une réticence des patientes due à leur genre. Les travaux de BURNAY J. (16) et DIEN BERGEARD B. (17) tendaient aux mêmes conclusions. Cependant, dans le travail de CHAMPEAUX R. (18), lors de son questionnaire destiné aux patientes, seulement 27,3% des femmes estimaient que le sexe du praticien était un frein à se faire suivre par son médecin généraliste. Cette idée va dans le même sens que notre travail, car certains médecins s'accordent sur le fait qu'un professionnel de santé n'a pas de genre. Un médecin est neutre, ne juge pas et donc le frein du sexe de praticien n'est rien d'autre qu'une réticence personnelle à pratiquer la gynécologie. Le médecin généraliste surestime parfois peut être la réticence des patientes envers le fait d'être un praticien homme.

Enfin, notre étude a permis de mettre en lumière un thème rarement abordé jusque-là, à savoir l'abord de la gynécologie en consultation de médecine générale. En effet, il ressort de notre travail que plus le médecin généraliste présente un intérêt pour la gynécologie, plus celui-ci est à l'aise pour pratiquer les gestes car il a pris soin de bien se former lors de son internat. Ainsi étant à l'aise en gynécologie, il est donc plus apte à l'aborder spontanément, sans aucun tabou ni réticences en consultation et donc proposer par la suite de réaliser cette prise en charge gynécologique si la patiente le désire. Nous n'avons peut-être pas conscience de l'importance de cette cascade sur la pratique des généralistes. Ce nouvel élément apporte donc un réel outil de compréhension à la pratique actuelle des généralistes en ce qui concerne la gynécologie. Nous n'avons pas trouvé d'autres études qui s'intéressaient à l'abord de la gynécologie

en consultation, notre étude est donc bien une étude originale sur ce point.

2. Une approche globale centrée sur la patiente

L'avantage de la médecine générale est l'approche de la patiente dans sa globalité. Dans notre étude, les médecins généralistes sont bien conscients de l'avantage qu'ils ont dans la prise en charge du patient. Le médecin connaît mieux la personne et peut prendre en compte les facteurs de risque liés à son mode de vie ou de son entourage lors de la prévention et du dépistage. En effet, la connaissance de l'environnement de la patiente est un réel bonus dans la prise en charge. Nous n'avons donc pas seulement la vision focalisée d'un spécialiste sur un organe mais plutôt une vision globale prenant en compte tous les paramètres intérieurs ou extérieurs ayant de près ou de loin une influence sur notre patient. C'est donc essentiellement sur ce point d'approche globale centrée sur le patient que seule la médecine générale parvient à se démarquer. Ainsi, la médecine générale donne accès à un service que nul autre spécialiste ne peut offrir. La notion de prise en charge globale de la femme par le médecin généraliste a aussi été retrouvée dans la thèse de BURNAY J. (16)

De plus, lorsque nous demandons aux médecins généralistes comment ils abordent la gynécologie en consultation, beaucoup d'entre eux nous répondent que c'est grâce à la contraception mais aussi en abordant le dépistage en général pour ensuite aborder le FCU et la mammographie. Grâce à cette approche, ils peuvent par la suite aborder la gynécologie dans sa globalité. Le dépistage et la contraception représentent donc tous deux une porte d'entrée à l'introduction de la gynécologie en consultation par le médecin généraliste. Cette même approche, passant par le dépistage et la contraception, n'a pas été retrouvée dans une autre étude car ce champ n'a pas été exploré jusqu'ici, notre étude a donc bien introduit cette nouvelle notion.

La notion de violence obstétricale ressortie dans notre travail par les médecins généralistes interrogés est un sujet d'actualité. En effet, le Haut conseil d'égalité entre les femmes et les hommes a publié un rapport concernant les violences obstétricales le 29 juin 2018 (25), décrivant que « *Plus de 7000 femmes ont dénoncé des propos porteurs d'injonction sur leur poids ou leur sexualité, sur leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou des actes pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles... Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves et sont le fait de soignant.e.s - de toutes spécialités - femmes et hommes, qui n'ont pas nécessairement l'intention d'être maltraitant.e.s.* ». Dans ce rapport ils stipulent que cette prise en charge inadaptée serait due à « *La multiplicité d'occasions en comparaison avec d'autres suivis médicaux (une femme aura en moyenne 50 consultations gynécologiques et obstétricales au cours de sa vie), l'insuffisante prise en compte du caractère particulièrement intime de ces consultations, le sexisme encore très prégnant dans le secteur médical : 86% des internes en médecine (95% des femmes et 68% des hommes) déclarent avoir été exposé.e.s à du sexisme, l'histoire de la gynécologie médicale, marquée, à l'origine de la spécialité, par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter), ou encore le manque de moyens humains et financiers alloués au secteur de la santé, et en particulier dans les maternités* ».

Selon nos médecins interrogés, ce genre d'évènements relatés par leurs patientes entraînent de fortes réticences à reprendre un suivi gynécologique par la suite, voire même des blocages psychologiques chez les patientes. Cette notion était retrouvée dans le travail de CARLES K. (26) sur les freins et les facteurs de motivations à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans, qui définissent l'examen gynécologique comme étant « gênant et désagréable ». Le travail d'YVON A. (27), une étude qualitative sur le vécu du premier examen gynécologique, allait dans ce sens. Il ressortait une part de peur et d'angoisse concernant l'examen gynécologique des jeunes femmes, dues aux mauvaises expériences décrites par les proches (mère, amies). Ces jeunes femmes craignaient donc la douleur, la gêne, la nudité, le jugement.

Ces réticences de la part des patientes étaient bien décrites comme étant des freins à

l'abord de la gynécologie en consultation dans notre étude. Les médecins généralistes pratiquant les examens gynécologiques nous confient la patience dont ils doivent faire preuve afin de mieux comprendre les raisons de ce blocage, et ainsi de prendre le temps d'en parler, de rassurer et d'expliquer à leurs patientes les enjeux d'un suivi gynécologique régulier.

Les médecins généralistes s'appuient donc sur l'empathie parfois même la sympathie et la bienveillance pour créer ou solidifier une relation de confiance, permettant ensuite de diminuer les craintes de leurs patientes pour prendre en charge le suivi gynécologique de manière optimale. La relation de confiance avec la patiente est un des points majeurs qui ressort de notre étude. Les médecins affirment que cette notion est primordiale dans la prise en charge gynécologique de leurs patientes. Le but étant de mettre à l'aise la patiente afin qu'elle vive au mieux l'examen gynécologique, adhère de son plein gré à un suivi gynécologique régulier et diminuer les réticences lors de l'abord de la gynécologie en consultation. Les notions d'empathie et de la qualité d'écoute étaient largement ressorties de l'étude qualitative de LAGEYRE K. (24) portant sur les déterminants objectifs et subjectifs de la pratique gynécologique en médecine générale. La notion de « médecin de famille » ressortait de notre travail, avec des médecins qui disaient avoir construit une relation de confiance avec la patiente, mais aussi parfois avec son entourage, ce qui permettait une meilleure adhésion au soin et une meilleure écoute de la part de la patiente. Cependant il ressort de notre étude que ce statut de médecin de famille est parfois ambivalent, avec une relation trop proche pour aborder en plus cette intimité ensemble. Le travail de LAGEYRE K. (24) retrouvait cette notion. Une réticence bilatérale pouvait se mettre en place avec des médecins qui ne se sentent pas à l'aise d'aborder ce sujet avec les patientes qu'ils connaissent très bien. Le travail de BURNAY J. (16) soulignait aussi cette notion de gêne du médecin à aborder la gynécologie avec leurs patientes proches.

3. Les principaux freins à la pratique de la gynécologie

Le premier frein à la pratique de la gynécologie en médecine générale était le manque d'information des patientes sur les capacités du médecin généraliste dans ce domaine. Ce même frein arrivait en tête de l'étude de BROSSET M. (28) dont le travail portait sur « Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique de la gynécologie » dans une étude quantitative, mais aussi dans le travail de BURNAY J. (16) et de DIEN BERGEARD B. (17). Sur ce point, notre étude confirme largement qu'il est du rôle du médecin généraliste d'informer la patiente sur ses capacités à réaliser le suivi gynécologique auprès d'elles, soit par oral, soit par écrit en affichant les tarifs des actes de gynécologie dans la salle d'attente, comme le stipule l'arrêté du 30 mai 2018 (29) obligeant les médecins à afficher tous les tarifs des actes pouvant être réalisés au sein de cette structure. En revanche, l'affichage du DIU de gynécologie sur l'ordonnancier n'est actuellement pas possible pour un médecin généraliste (30). Ce qui n'est pas non plus en faveur d'une aide à l'information aux patientes en ce qui concerne les capacités de suivi ou d'actes de gynécologie. L'ajout des formations complémentaire dans le cadre de DIU sur les ordonnances pourrait faire l'objet d'une piste de travail afin d'informer au mieux les patients.

Pour ce qui était des relations entre les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes, malheureusement tous s'accordaient à dire qu'elles étaient assez mauvaises. En effet, certains médecins généralistes se sentent exclus du suivi gynécologique lorsque celui-ci est réalisé par les gynécologues ou les sages-femmes. Selon eux, il y a souvent une absence totale de transfert d'informations sur le suivi de leurs patientes, ils ne peuvent donc pas contrôler les dates et les résultats pour le dépistage du FCU ni parfois celles de la mammographie. Certains médecins généralistes confient la médisance de certains gynécologues envers eux, comme nous le montre cet extrait de texte de présentation des assises de mars 2010, recueilli sur le site du comité

de défense de la gynécologie médicale (31): « *Au travers du décret du 3 novembre 2005, du droit des femmes de consulter directement le gynécologue de leur choix sans pénalisation financière. Ce droit à l'accès direct, dérogeant au "parcours de soins", est la reconnaissance que l'obligation de consulter préalablement le médecin traitant est inutile, dissuasive et constitue un obstacle dans l'accès aux soins* ». De même que dans la thèse de BURNAY J. (16), il était pointé ces soucis relationnels avec les gynécologues. Les mêmes notions de dénigrement des compétences du médecin généraliste et d'absence de transmission d'informations de leur part étaient mises en évidence. Quant aux relations avec les sages-femmes, le travail de BERLA C. (32) portant sur les déterminants des relations entre les médecins généralistes et les sages-femmes pour le suivi gynécologique et le suivi de grossesse, démontrait notamment que les échanges entre les médecins généralistes et les sages-femmes était très rares voire inexistant. Il y avait cependant de rares exceptions concernant les problématiques sociales de certaines patientes communes. Dans ce travail, il était affirmé, comme dans notre étude, que le médecin généraliste orientait fréquemment vers une sage-femme pour la préparation à l'accouchement, le suivi de grossesse ou encore la rééducation périnéale. Il y était également souligné que ce manque d'échange d'informations était en partie dû à une concurrence entre ces différents praticiens, et à la peur de perdre totalement le suivi gynécologique de la patiente lors de sa réorientation, et ce par l'accaparement de la patientèle.

Dans notre étude, les médecins s'accordent tous sur le manque cruel de temps dû à la pénurie de médecins généralistes en France, aux déserts médicaux mais aussi à la surcharge de travail administratif. Ce manque de temps entraîne des consultations « à rallonge » avec beaucoup de motifs abordés par les patients à prendre en charge sur un seul créneau de consultation. La gynécologie étant chronophage, ils étaient donc pour eux difficile de prendre du temps pour y penser et l'aborder de manière régulière mais encore plus pour réaliser ces gestes techniques. Ce résultat était retrouvé dans de nombreuses études citées précédemment. Cette problématique pourrait être résolue en partie en diminuant les tâches administratives obligatoires ou en déléguant certaines tâches à des personnes qualifiées. Ce projet est actuellement en cours dans le plan

gouvernemental « Ma santé 2022 » (33) qui prévoit un « *soutien financier au développement des assistants médicaux auprès des médecins libéraux, à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de rendez-vous...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins.* »

Il ressort aussi dans une moindre mesure la nécessité d'un matériel adapté (spéculum, table d'examen confortable) avec la contrainte de gérer les stocks de matériel. En effet, tous les médecins qui pratiquent la gynécologie confirment la nécessité d'avoir une table d'examen adaptée non seulement pour le confort de tous et ainsi pouvoir réaliser les gestes en toute sérénité. Dans la thèse de CHAMPEAUX R. (18), 25% des médecins interrogés pensaient que le manque d'équipement était un réel frein à la pratique de la gynécologie en médecine générale.

Un frein extrêmement récurrent dans de nombreuses études (BURNAY J. (16), DIEN BERGEARD B. (17)) et notamment celle de LAGNEAU A. (34), étude quantitative portant sur les consultations de gynécologie menées par les médecins généralistes, était le peu de valorisation des actes de gynécologie par la sécurité sociale. En effet, les médecins, comme dans notre étude, confirmaient que la nomenclature pour les actes de gynécologie était peu avantageuse (35), contrairement à la technicité et au temps qu'ils nécessitent. Les médecins généralistes jugeant donc ces actes peu intéressants financièrement et trop chronophages pour leur pratique quotidienne. Un des leviers pour augmenter la prise en charge gynécologique par les médecins généralistes serait de valoriser financièrement les actes de gynécologie. La ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) mise en place par la sécurité sociale a peu d'effet sur le suivi gynécologique en médecine générale, comme le prouve le bilan de l'assurance maladie publié le 26 avril 2018 (36). En effet, on peut remarquer que les indicateurs calculés de prévention pour le dépistage du cancer du sein ont perdu 1,2 points de 2016 à 2017 passant de 67,3% à 66,1%. En ce qui concerne le FCU les indicateurs sont stables, passant de 56,9% à 56,8% de 2016 à 2017. D'autres mesures devront donc être prises pour inciter

les médecins généralistes à faire les gestes de gynécologie en consultation.

Le manque d'intérêt pour la gynécologie est lui aussi un critère qui ressort de notre étude. En effet, les médecins qui présentent moins d'attrait pour la gynécologie, ont moins l'envie de proposer cette prise en charge à leur patiente car ils sont comme nous l'avons dit précédemment moins à l'aise. C'est pour eux une question de goûts personnels qui n'est pas vraiment un facteur modifiable. Dans la thèse de CHAMPEAUX R. (18), ce frein a été cité à 35,9%. Ce manque d'intérêt serait-il vraiment dû à une question de goûts pour certaines spécialités ou alors un manque de formation et donc d'expérience ?

Ce qui nous amène à parler du dernier frein et non pas des moindres qui est évoqué dans notre étude, à savoir, le manque de formation. La majorité des médecins interrogés pensent que le choix de stage entre la gynécologie et la pédiatrie lors du DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale est totalement inadapté car en tant que médecin généraliste, ils sont amenés à voir des femmes comme des enfants. De plus, ils soulignent le fait que les stages proposés pour les internes de médecine générale sont la plupart du temps inutiles car ils sont trop orientés sur la gynécologie hospitalière. Les internes ont très peu accès aux créneaux de consultation de gynécologie médicale, qui sont bien plus formateurs pour leur pratique future. Ils dénoncent aussi une autonomie trop rapide, avec une formation mal encadrée par les praticiens hospitaliers. Selon eux, cet ensemble de facteurs entraîne une mauvaise formation des internes de médecine générale, avec pour résultat des compétences bien trop fragiles pour se sentir à l'aise de réaliser ces gestes seuls à leurs cabinets. Ce frein était cité dans quasiment toutes les autres enquêtes que nous avons étudiées (CHAMPEAUX R. (18), DIAS S. (20), DIEN BERGEARD B. (17)). Par exemple, dans la thèse de SAIDANI M. (23), 61,9% des médecins généralistes estimaient que leur formation en gynécologie sur une note de 1 à 10 se trouvait entre 0-5/10 ce qui n'est pas négligeable. Cependant, pour ce qui est de la formation en gynécologie lors de l'internat, la réforme du DES de médecine générale de 2017 a permis d'évoluer dans ce sens en rendant obligatoire le stage de gynécologie comme celui de la pédiatrie, celui-ci pouvant être réalisé soit en hospitalier soit en

ambulatoire. Cette mesure va en faveur d'une meilleure formation des internes de médecine générale avec des terrains de stage plus adaptés à leur pratique future.

Dans notre étude, plusieurs médecins généralistes relatent un accès à la formation après l'internat plutôt difficile, notamment pour les formations à réaliser au CHU telles que les DIU avec des conditions de validation inadaptées à l'emploi du temps d'un généraliste. Ils considèrent ces formations trop longues et trop contraignantes. C'est pourquoi, l'alternative des formations proposées dans le cadre de la FMC (formation médicale continue) semble plus appropriée pour bon nombre d'entre eux désirant se former ou se reformer dans ce domaine. Ces résultats plutôt hétérogènes étaient retrouvés dans l'étude de BAGOT C. (37), une étude qualitative portant sur les besoins de formation en gynécologie chez les médecins généralistes.

D. Pistes pour l'amélioration du suivi gynécologique en médecine générale

1. Une formation en gynécologie plus adaptée

Afin d'améliorer la pratique de la gynécologie en consultation de médecine générale, certains médecins généralistes ont fait part de leurs avis concernant les points à revoir. Plusieurs médecins s'accordaient à dire que la formation lors de l'internat était à revoir. Les stages de gynécologie proposés devraient être plus adaptés à la pratique future (stages de consultation) avec un meilleur encadrement de la part des seniors afin de former les futurs médecins généralistes à la pratique de la gynécologie en cabinet. Ce qui permettrait par la suite aux médecins généralistes d'assurer un suivi gynécologique

minimum à leurs patientes (réalisation de frottis, pose de stérilet, d'implant...). Pour ce qui est des formations complémentaires en gynécologie pour les médecins généralistes, quelques médecins généralistes souhaitaient que celles-ci soient plus faciles d'accès et soient plus adaptées au rythme des médecins généralistes car elles sont le plus souvent trop d'investissement personnel. C'est pourquoi très peu de médecins généralistes y participent. L'idée serait donc de proposer de manière plus régulière avec des plages horaires plus accessibles. Cela permettrait aux médecins généralistes n'ayant pas été assez formés lors de l'internat, d'avoir un recours à la remise à niveau en ce qui concerne les bases de la gynécologie pratique. En effet, tous les médecins s'entendent sur le fait que plus le médecin généraliste est à l'aise dans les gestes et la théorie, plus il devient performant et confiant pour aborder et proposer de réaliser ce suivi. La patiente est très sensible à l'assurance du médecin d'autant plus pour cette spécialité. La formation du médecin n'est donc pas à négliger.

2. Informer la patiente

Les patientes ne sont pas informées que leur médecin généraliste peut réaliser leur suivi gynécologique. En effet, beaucoup de femmes considèrent que la gynécologie ne peut être réalisée que par les gynécologues ou les sages-femmes. C'est donc au médecin généraliste d'informer ses patientes, à l'écrit (affichage du tarif des actes en salle d'attente ou encore sur les ordonnances après autorisation de l'ordre des médecins) ou à l'oral, qu'il a la capacité de réaliser ce suivi, s'il le désire, afin d'améliorer les délais de prise en charge. Le « bouche à oreille » entre patientes faisant circuler l'information par la suite. De plus, le gouvernement, avec les missions de santé publique, pourrait lui aussi transmettre cette information à la population grâce à leurs nombreux moyens de communication.

3. Etablir une consultation dédiée au dépistage

En outre, devant la difficulté de penser au suivi gynécologique en consultation, et le manque de temps dû à l'abord de multiples motifs, un médecin généraliste préconisait la proposition d'une consultation entière dédiée à la fois au dépistage et au suivi gynécologique. Elle suggérait également de noter les dates clés du suivi gynécologique sur les dossiers, permettant ainsi de suivre les recommandations de la HAS sur le dépistage gynécologique (frottis, mammographie...) en contrôlant régulièrement (22).

4. Importance d'un matériel de qualité

De nombreux médecins soulignent par ailleurs l'importance du matériel tel qu'une table d'examen bien adaptée pour l'examen gynécologique, afin de se sentir à l'aise dans sa pratique, et réaliser les gestes techniques sans appréhension. Il faudrait donc que chaque médecin ait le matériel adéquat, une table confortable, le nécessaire pour les instruments, les prélèvements... Tous ces éléments inciteraient ainsi à réaliser ces gestes en cabinet. Cependant cela représente un coût non négligeable qui pourrait être diminué par une incitation financière afin d'inciter les médecins généralistes dans ce sens.

5. Valorisation des actes de gynécologie

Quant à la cotation des actes de gynécologie, les médecins jugent que la rémunération des actes est trop faible par rapport à la technicité des gestes, et le temps qu'ils nécessitent. Cela n'incite pas les médecins généralistes à davantage de pratique de ces gestes, étant donné le faible avantage financier par rapport au temps nécessaire pour ces actes. Ce sentiment s'accroît notamment dans ce contexte de pénurie de médecin généraliste avec des emplois du temps de plus en plus chargés. C'est pourquoi une valorisation des actes serait nécessaire pour inciter les médecins à les pratiquer d'autant plus.

Après l'abord des perspectives pouvant inciter les médecins généralistes à aborder la gynécologie en consultation, nous allons maintenant conclure quant aux résultats obtenus et les grandes idées à retenir de ce travail.

V. CONCLUSION

L'objectif de ce travail était donc de comprendre comment et pourquoi les médecins généralistes abordaient la gynécologie en consultation grâce à une analyse qualitative. Après avoir réalisé un état des lieux des besoins de la population quant à l'accès à la prise en charge gynécologique, mais aussi de la formation actuelle des internes de médecine générale, des médecins ainsi que la définition du suivi gynécologique, différentes idées sont ressorties de notre travail.

Dans un premier temps, nous avons mis en évidence que le lieu d'exercice du médecin généraliste influence beaucoup quant à la sollicitation des patientes pour la gynécologie : les médecins en milieu semi-rural et rural sont bien plus sollicités que les médecins de ville du fait de l'accès plus facile aux spécialistes. Les médecins généralistes permettent une meilleure offre de soins grâce à leurs disponibilités contrairement aux spécialistes qui sont saturés.

La plupart des médecins généralistes de notre étude pratique la gynécologie de manière quotidienne ce qui permet une réelle diversification de leur pratique. Le médecin généraliste a donc un rôle central en ce qui concerne la gynécologie. Il a pour mission de s'assurer d'un contrôle gynécologique régulier, mais aussi de participer à l'information, la prévention et l'accompagnement de la patiente.

Le principal avantage à réaliser cette prise en charge gynécologique par le médecin généraliste est qu'il permet une prise en charge globale centrée sur la personne, le généraliste étant le premier interlocuteur et connaissant le plus l'environnement de la patiente. La relation de confiance avec ses patientes est un atout majeur à l'abord de la gynécologie avec elles, prenant ainsi le temps de parler, expliquer et comprendre le ressenti de sa patiente. Ils savent user de techniques différentes afin d'augmenter la mise en confiance de la patiente et l'encourageant ainsi à aborder ce sujet ensemble afin de l'accompagner au mieux dans ce suivi. En effet, tous les médecins s'accordent pour dire que la relation de confiance avec leurs patientes est précieuse. Ce lien privilégié représente l'essence même de la médecine générale. C'est pourquoi le

médecin généraliste se place au coeur de cette prise en charge.

Cependant, de nombreux freins avaient été mis en lumière par les généralistes à savoir le manque de temps, de matériel, les motifs de consultation trop nombreux, le manque d'expérience et de connaissances, la faible valorisation des actes de gynécologie, la désinformation des patientes ou encore les réticences bilatérales.

En conclusion, le médecin généraliste a donc bien un rôle essentiel et primordial dans la prise en charge gynécologique de ses patientes, ce rôle il en est conscient cependant il persiste encore quelques freins pouvant être réduits. Il serait donc très intéressant de travailler en collaboration avec les médecins généralistes pour participer à l'élaboration de différentes mesures concrètes permettant de réduire ces freins. Le but serait d'inciter les médecins généralistes à réaliser cette prise en charge gynécologique dans leur cabinet et ainsi promouvoir l'accès aux soins à toutes les femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste - Ministère des Solidarités et de la Santé- Études et Résultats- n°1085-Drees [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé. 2018 [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887>
2. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
3. Serfaty D. La gynécologie médicale en France [Internet]. La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. 2007 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/qui-sommes-nous/la-gynecologie-medicale.html>
4. CNG | Statistiques et études [Internet]. CNG santé. 2017 [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/statistiques-rapports-dactivite/statistiques-et-etudes>
5. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 8 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
6. Définition de la gynécologie médicale en France [Internet]. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.fncgm.com/>
7. La première consultation gynécologique [Internet]. Santé publique France-INPES. 2017 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1400>
8. Code de la santé publique - Article L4130-1 [Internet]. Code de la santé publique janv 28, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
9. Cours des études médicales [Internet]. CNGE. 2012 [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/cours_des_etudes_medicales/
10. CNGE Communication - La réforme du DES de médecine générale [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2017 [cité 31 mai 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/cnge_communication_avril_2017/
11. DIU FORMATION COMPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE POUR LE MEDECIN GENERALISTE [Internet]. 2018 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: https://formations.umontpellier.fr/fr/formations/sciences-technologies-sante-STS/diplome-universite-niv-form-bac-5-UF/diu-formation-complementaire-en-gynecologie-obstetrique-pour-le-medecin-generaliste-program-fr_rne_0341087x_pr_1247135471960.html
12. Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>

13. Le DPC - Forfaits de DPC [Internet]. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/forfaits-de-dpc>
14. Agnès Oude-Engberink, Béatrice Lognos, Bernard Clary, Michel David, Gérard Bourrel. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2013;24(105):4-11.
15. Blanchet Alain GA. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Nathan. 1992. 125 p. (128).
16. Burnay J. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale: étude qualitative auprès des médecins généralistes de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
17. Dien-Bergeard B. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-Et-Loire dans le suivi gynéco-obstétrical: une enquête qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
18. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes: enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
19. Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
20. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
21. Desmond L. Analyse de la pratique en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de l'Indre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2013.
22. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. 2013 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus
23. Saidani M. Pratique des actes gynécologiques par les médecins généralistes de Bourgogne en 2016: vision des médecins généralistes et des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
24. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2014.
25. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical: reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
26. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2013.

27. Yvon A. Premier examen gynécologique: déterminants du vécu des patientes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
28. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale: une enquête quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université François-Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2013.
29. Affichage des honoraires | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2018 [cité 12 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/affichage-des-honoraires-358>
30. Titres autorisés | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. conseil national de l'ordre des médecins. 2017 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/titres-universitaires-et-honorifiques-autorises-sur-les-plaques-et-ordonnances-927>
31. Texte de Présentation des Assises du 28 mars 2010 [Internet]. comité de défense de la gynécologie médicale. 2010. Disponible sur: http://www.cdgm.org/article.php?id_article=107
32. Berla C. Les déterminants des relations entre médecins généralistes et sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de grossesse normale: Etude qualitative dans le département de l'Hérault [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
33. DICOM_Lisa.C. « Ma santé 2022 »: les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 27 janv 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>
34. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
35. CCAM en ligne - Cotation FCU [Internet]. AMELI. [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=JKHD001>
36. Rosp 2017: premiers résultats encourageants pour un dispositif profondément rénové [Internet]. AMELI. 2018 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/rosp-2017-premiers-resultats-encourageants-pour-un-dispositif-profondement-renove>
37. Bagot C. Analyse des besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [France]; 2001.

ANNEXES

ANNEXE 1 : VERBATIMS DES ENTRETIENS

ENTRETIEN 1 :

Merci beaucoup de me donner de votre temps. Je suis Anne-Julie VERRIERE, je travaille sur le suivi gynécologique en médecine générale, ce qui m'importe c'est de connaître votre expérience. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, vous pouvez refuser ou interrompre à tout moment notre entretien. Les résultats sont bien sûr anonymes. Avant de commencer, je vous demanderai de bien vouloir remplir le consentement écrit qui permet l'enregistrement de l'interview et l'utilisation des données pour des publications éventuelles.

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Eh bien moi c'est quelque chose qui me plaît bien, ça m'évoque du plaisir, c'est ce que j'ai envie de faire. C'est un côté qui me plaît dans la médecine générale donc je le fais sans problèmes les frottis, suivis de grossesses mais bon là on est peut-être plus dans l'obstétrique, ainsi que tous les problèmes intercurrents qui peuvent arriver tels que les mycoses, les problèmes

lors des rapports, les problèmes de pertes ou n'importe quoi...

- Qu'est ce qui selon vous facilite ou freine le discours autour du suivi gynécologique dans votre pratique ?

Je n'ai pas trop eu de difficultés à aborder le sujet, ça vient peut-être du fait d'être une femme aussi qui facilite, du coup je rentre un peu dans tous les dépistages quand elles viennent en consultation, je contrôle la mammographie ou une prise de sang si elles prennent la pilule et en même temps le frottis, est ce qu'il a été fait, donc du coup ce sujet-là vient assez facilement. Et c'est là où j'en profite pour leur dire que je peux le faire si elles le veulent. Le frein c'est peut-être le fait que souvent les patientes ne savent pas qu'on peut faire ça. Elles pensent que c'est obligatoirement le gynécologue. Il y a aussi quand elles viennent pour les pilules aussi, c'est plus facilitant, c'est l'occasion d'en parler aussi.

- Souvenez-vous de votre dernière consultation qui relevait de la gynécologie...

C'était une dame ménopausée qui venait de reprendre des rapports avec un nouveau partenaire et qui avait des douleurs pendant ces rapports.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Bien parce que c'est une dame que je connais depuis longtemps, donc on a une bonne relation de confiance. En plus j'étais avec une interne, la patiente était donc gênée et elle a demandé à ce que l'interne sorte mais ça s'est bien passé parce que elle n'a pas été gênée pour faire sortir l'interne et donc l'interne est sortie sans problème et donc j'ai trouvé ça bien qu'elle ose m'en parler et qu'elle ose faire sortir l'interne aussi. La seule difficulté c'est que ça venait ajouter un motif supplémentaire à tout le reste et que du coup je n'avais pas trop le temps pour faire l'examen gynécologique et donc je suis partie juste sur une hypothèse par rapport à l'interrogatoire mais sans faire l'examen clinique mais bon en lui disant que si ça continuait il faudrait qu'elle revienne et qu'on ferait l'examen à ce moment-là.

- Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Je suis installée depuis 2 ans et demi, pour

la gynécologie mon activité a toujours été plutôt constante car le médecin avec qui je travaille fait aussi de la gynécologie du coup les patientes sont quand même habituées à faire la gynécologie avec nous. Le nombre de consultations par semaine est assez variable, je dirais que sur 2 jours en moyenne il y en a 2 par jour. Après c'est variable, parfois il y en a beaucoup un jour et pas du tout l'autre jour etc.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ?

Bah en fait pour le frottis je le prends avec tous les autres dépistages, si elles ont l'âge de la mammographie aussi, c'est pour ça que parfois lors du renouvellement de l'ordonnance si elles ont l'âge requis, je fais un petit point. Si elles sont plus jeunes, au moment où elles viennent pour la pilule souvent. Et après c'est vrai que c'est plus délicat pour celles qui sont jeunes et qui ne prennent pas de pilule car finalement on ne les voit pas, ou alors c'est au début de grossesse. Si elles viennent pour autre chose, je ne l'aborde pas c'est trop compliqué de prendre le temps d'y penser. Si elles viennent pour autre chose, on a tendance à se concentrer sur cette chose-là ou à ce moment-là, comme on ne les voit pas souvent, on n'a

pas le temps de tout balayer. A moins qu'elles viennent pour un certificat ou là on en profite pour faire le check up et regarder ça.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Bah je pense qu'il faut le faire, les trucs de base, on devrait tous les faire, les frottis c'est facile, la prescription de pilule aussi dans 90% des cas on peut trouver une contraception adaptée sans soucis. Et ça permet de bien relâcher la pression sur les gynécologues et comme il y en a de moins en moins et qu'il y a de plus en plus de problèmes pour trouver des rendez-vous, et bien on peut faire ça sans soucis et s'assurer qu'elles aient un frottis régulier, qu'il n'y ait pas de soucis au niveau de la pilule. Je pense que le gynécologue doit être là quand il y a un souci au niveau du frottis pour prendre le relais. Pour le dépistage basique le médecin généraliste devrait pouvoir le faire.

ENTRETIEN 2 :

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Dans ce cabinet une petite galère, parce

qu'il n'y a pas de matériel, ou très très peu, je ne sais pas où ils les planquent et moi comme je suis collaboratrice. Il doit y avoir des spéculums quelque part, mais pour faire un examen gynécologique déjà c'est particulier, car sur Montpellier dans les cabinets de ville avec des cliniques juste à côté, les gens vont spontanément en clinique voir leurs gynécologues. Et ceux qu'on voit et qui ont besoin d'un suivi gynécologique ce sont des gens qui n'ont pas vu de gynécologue depuis 10 ans. On a tout l'un ou tout l'autre, ceux qui n'en voient pas et qui viennent chez nous pour la catastrophe ou alors ceux qui vont direct chez le gynécologue et on ne va pas les suivre du tout.

- Qu'est ce qui selon vous facilite ou freine le discours autour du suivi gynécologique dans votre pratique ?

Ici c'est particulier, c'est plutôt une population maghrébine beaucoup ici, donc comme nous sommes un cabinet de femmes ça va. Nous sommes 3 femmes et un homme donc on arrive à attraper quelques patientes mais sinon c'est compliqué parce que pareil, elles vont se dire j'ai mon gynécologue ou je n'en ai pas mais si j'en ai un, j'irai voir que cette femme-là, car elles prennent exclusivement des femmes pour la

majorité et je n'irai pas en voir une différente même si c'est mon généraliste car je n'arrive pas à avoir de rendez-vous ça va être très limité pour ça. Pour les freins, je n'en ai pas, il n'y a pas de tabous ici.

- Souvenez-vous de votre dernière consultation qui relevait de la gynécologie...

Ah c'était particulier, c'est une patiente psychiatrique, qui avait été violée plusieurs fois la pauvre, donc pour les examens gynécologiques c'était une négociation de plusieurs consultations avant de pouvoir juste regarder. Toucher ça n'est pas envisageable. Rien que le fait de regarder, on sait qu'après, pendant plusieurs consultations, elle va rentrer sans nous regarder dans les yeux parce qu'elle a honte. Donc le rapport avec la gynécologie était compliqué.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

J'ai essayé d'être plutôt légère pour essayer de détendre, mais c'était compliqué parce qu'une jeune femme comme ça, on est pas armés, on n'a pas de formation pour ça. Au niveau de la psychologie, je me rappelle que nous on passait un certificat de psychologie en troisième année de mémoire mais c'était

ridicule, ça ne servait à rien. Limite le stage chez le généraliste était plus important que le certificat de psychologie. Mais bon il n'y avait pas de gêne, j'ai réussi à faire ce que je voulais faire mais après ça a été compliqué quand même.

- Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Au départ, j'étais très motivée, j'avais fait un stage de gynécologie en tant qu'interne en CHU à Nîmes, pour dire tu vas être généraliste tu vas voir plein de trucs gynéco et puis selon les médecins, car j'ai fait beaucoup de remplacements. Sur Montpellier et les alentours les médecins n'en faisaient quasiment pas, donc je n'en ai pas fait beaucoup. Par contre quand j'ai travaillé sur la région parisienne oui, car il y avait un accès aux soins très différent. L'accès au gynécologue était très compliqué donc là on faisait frottis, pose de stérilets, chose qu'ici je n'ai pas faite depuis 10 ans.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ?

Alors, le suivi gynéco, l'aborder, ce n'est pas le temps qui nous manque mais un petit peu quand même. Déjà on pense aux vaccins et de temps en temps on se dit « Et

le gynéco, ça fait combien de temps que vous ne l'avez pas vu ? » On se dit les choses qu'il y a à faire donc on pense aux vaccins puis après on pense à la gynéco car il y a des choses à ne pas oublier, donc on leur dit, « Combien de temps sans gynécologie ? » Et puis si elles en ont un, on dit « Bah il faut y aller pour le suivi ». Donc aucun souci pour l'aborder.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Ici on est amenés à gérer les mini-urgences, les petites mycoses que le gynécologue n'a pas besoin de voir, ou les instaurations de pilules, renouvellement, les mastoses, les douleurs et on ne va pas faire beaucoup plus. Donc le médecin généraliste a bien un rôle minimum à jouer.

- Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Bah par exemple je suis mieux armée en gynéco, qu'en urologie. Ça s'est plus compliqué à aborder. Et je pense que c'est bien une question de sexe. De toute manière nous avons très peu d'hommes dans ce cabinet et pour des problèmes urologiques ils ne viennent pas voir un généraliste, ils vont directement voir l'urologue à côté. Alors que pourtant j'avais fait un stage d'urologie...

ENTRETIEN 3 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...

(Grande inspiration) Euh... Oui, c'était une femme enceinte qui en fait se plaignait de douleurs pelviennes et donc j'ai fait un toucher vaginal pour voir aussi au niveau du col parce qu'elle avait des antécédents de MAP (Menace d'accouchement prématuré), un col ouvert en fait. Elle était à 5 mois.

- Précisez dans quelles circonstances l'avez-vous vue ?

Une consultation programmée.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Bah, vu que je ne fais pas beaucoup de gynéco voire quasiment pas, bah je n'étais pas très à l'aise. Je me suis rappelé de... Des... De la hauteur utérine, ce qu'il fallait vérifier en fait, le col. Bon j'avais quand même déjà fait des touchers vaginaux, donc je sais euh, ce qu'il faut chercher en fait. Si on passe le doigt dans le col etc. Mais après euh s'il y avait eu une anomalie, c'était clair pour moi j'aurais passé la main à un confrère gynéco.

- Et pourquoi vous dites que vous n'êtes pas à l'aise ?

Parce que je n'en fait pas assez.

- C'est parce que vous n'aimez pas ça ?

Je n'aime pas ça.

- D'accord, mais ça n'est pas parce que vous n'avez pas assez été formé ?

Euh si aussi, c'est parce que j'ai fait un stage en tant qu'interne, où le stage était couplé à la pédiatrie et le stage de pédiatrie était super mais le stage gynéco était euh, voilà... On tenait compte des internes de spécialité, on faisait la différence entre les internes de spécialité et les internes de médecine générale. Les internes de médecine générale étaient un peu livrés à eux même. Euh, ils passaient même après les sages-femmes, les étudiants, après tout le monde quoi. C'est le sentiment que j'avais. Et même quand on partait de bonne foi, faire des consultations. Il y avait un peu cet empêchement dans le service.

- Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Bah en fait euh non elle voulait juste un avis ponctuel. C'est tout.

- Ça n'était pas une patiente que vous suiviez d'habitude ?

Non, elle est arrivée comme ça. Maintenant je la suis parce que c'est une nouvelle patiente et comme nous sommes dans un désert médical. Donc elle est venue, elle cherchait un médecin. Euh... Je l'ai vu pour ça, elle reviendra certainement pour des consultations de médecine générale, voire pour la grossesse. Mais bon je lui ai demandé de voir une sage-femme pour le suivi de sa grossesse en tout cas.

- Vous l'avez donc plutôt orientée après pour le reste ?

Ouais.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ?

Alors ce que je fais systématiquement, les femmes en âge de procréer et donc je demande le frottis, si elles sont vierges, je demande le GARDASIL, en fait moi je suis très axé prévention. Ça va donc être le GARDASIL, le frottis, la mammographie, la consultation gynéco au moins une fois tous les deux ans minimum et savoir aussi où elles en sont dans leur contraception. Et pour les personnes plus âgées, bah, pareil, frottis, mammo jusqu'à 74 ans et c'est tout. Après tout ce qui est gynéco, chez les

personnes âgées, c'est plus sur les problèmes de sécheresse vaginale, d'infections urinaires à répétition qui peuvent être liées aussi à une sécheresse post ménopausique.

- **Du coup vous profitez du dépistage un peu pour...**

Oui pour aborder le suivi gynéco ouais.

- **Vous vous servez de ça après pour entamer toute la partie gynéco ?**

Ouais c'est ça.

- **Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?**

Euh... Faible. Euh... Suivi gynéco, j'ai suivi une femme une fois pour des brûlures vaginales qui venait souvent me consulter moi alors que j'avais passé le relai au bout de 2, 3 fois, car bon on traite une mycose une fois deux fois, et si ça ne passe pas donc après, il faut un avis gynécologique et en fait elle revenait. Mais bon c'était une patiente qui était en souffrance psychologique, un peu hystérique.

- **Elle avait besoin aussi d'une attention particulière ?**

Oui il y avait un bénéfice secondaire évident. Voilà...

- **Du coup vous n'en faites pas énormément de la gynéco ?**

Non, non non.

- **Vous diriez par semaine à peu près au**

niveau de la fréquence ?

Zéro, par semaine. On peut même dire par mois, zéro. C'est si par an j'en fais 2, 3, c'est le grand max. Mise à part, les examens de prévention, ça oui.

- **Oui ça pour le coup, la prévention gynéco vous l'abordez quand même ?**

Ah oui ça c'est très régulier. C'est systématiquement.

- **Tous les jours, vous pensez que vous l'abordez ?**

Ah oui oui oui.

- **Oui parce que pour vous c'est important ?**

C'est évident, c'est cadré, c'est comme ça.

- **Donc ça c'est du quotidien ?**

Ouais.

- **Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?**

Ce que ça m'évoque ? (Ton interrogateur), euh... Ça m'évoque temps, matériel, expérience et formation. Le temps, parce que je pense que ça demande du temps. C'est quand même, euh moi déjà je suis un homme alors ça ne me gêne pas moi personnellement mais ça peut, euh, gêner des patientes. En même temps je me dis que si elle vient me voir moi c'est que voilà mais, entre le discours qu'elles peuvent avoir et après quand on passe à la

phase réelle où il faut examiner, des fois on a des réticences quand même. Voilà, donc ça veut dire qu'elles viennent, elles veulent un traitement mais sans examiner. Alors ce n'est pas possible ça. Voilà. Du matériel, il faut des spéculums jetables etc.

- Et ça pour vous c'est trop contraignant ?

Bah, (souffle), ouais. Je n'y pense pas à en avoir en stock.

- Parce que c'est un coût ?

Non même pas parce que moi je ne paye rien, je suis en centre de santé. Donc non c'est que je n'y pense pas parce que je n'en fais pas, ça m'intéresse pas en fait, donc j'en fait pas donc voilà. Et après je pense qu'il faut que ce soit des gens qui ont l'habitude de ça, qui ont un attrait pour cette matière. Il faut un intérêt là-dessus. Moi j'aime plutôt la pédiatrie, donc je commence à avoir pas mal d'enfants, et gériatrie pareil.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?

Qu'est ce qui facilite l'abord ? Euh... Bah quand (hésitation), bah la prévention. Je pense que c'est un axe important car on peut aborder donc euh... Après la contraception, on peut aborder la sexualité, on peut aborder, appréhender

aussi l'entourage familial aussi, savoir le compagnon, savoir socialement comment elle est. Est-ce que, bah est-ce qu'elle est homosexuelle, hétérosexuelle, est ce qu'elle vit avec quelqu'un, est-ce qu'elle a des partenaires multiples, est-ce qu'elle se protège, est ce qu'elle ne se protège pas...

- Ça c'est des questions que vous osez poser ?

Ah oui, pour mieux comprendre la problématique, son environnement en tout cas, pour mieux axer.

- Et pourquoi vous disiez par rapport au fait d'être un homme ?

Oh beh ça peut bloquer certaines femmes je pense.

- Vous, ça vous est déjà arrivé ?

Euh oui, c'était avec une maghrébine. Mais bon après c'est culturel. Mais bon ça peut bloquer hein, ou après les personnes âgées aussi. Les dames âgées, euh, ça les gêne, voilà « Non mais on verra la prochaine fois docteur, vous me donnez un traitement, ça me gratte je pense que j'ai une mycose » voilà. Bon alors des fois, on cède on prescrit sans examiner ce qui n'est pas bien mais, c'est la réalité.

- Quels sont les freins ?

Le fait d'être un homme, enfin ça peut être un frein, voilà, je ne dis pas que c'est un frein fort. Le manque d'expérience, le

manque de temps, euh... Le manque de valorisation aussi parce que c'est du temps, donc il faut valoriser l'acte, je pense que bon voilà et surtout bah l'expérience ouais, il faut que ça plaise en fait voilà.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Il peut être principal hein, si toutes ces conditions sont réunies, c'est à dire, le temps, la valorisation, euh... L'attrait, la formation et la compétence.

- D'accord, mais après sans parler spécialement d'examen gynéco mais pour vous par rapport au suivi gynéco, le médecin généraliste a-t-il vraiment son rôle à jouer ou c'est quelque chose qu'on laisse au gynéco ?

Ah non non car ils sont débordés de toute façon, les rendez-vous on ne les a pas comme ça, donc il faut bien se débrouiller avec ce qu'on a donc oui je pense que le suivi gynéco classique, s'il n'y a pas de problème peut être fait par un généraliste sans problème.

- Même ceux qui ont peut-être moins d'intérêt pour ça ? Par rapport au suivi je parle, pas par rapport aux actes ?

Oui ça serait pourquoi pas, mais bon on a tellement de charge de travail et surtout

dans ce désert médical parce que ça prend du temps. Bah là, en ce moment ça fait un an que j'inscris 3 nouveaux patients par jour. Donc là, j'ai arrêté les inscriptions parce que je peux plus, parce que la patientèle explose. Là, en 1 an, y'a 8 médecins généralistes des alentours qui sont partis en retraite ou malades donc on est que 2 médecins qui prenons encore dans ce secteur, ça fait donc 8 patientèles, après je ne dis pas qu'ils sont tous venus chez nous mais s'il y a déjà que 20% qui viennent bah c'est énorme. En plus, dans ce secteur, il y a 200 nouveaux habitants qui arrivent chaque année et aucun médecin ne s'installe ni ne prend de nouveaux patients. Donc voilà...

- Donc même au niveau des gynécologues ça doit être une catastrophe dans votre secteur ?

Bah après on fait fonctionner le réseau, quand on connaît un gynéco, on peut se permettre d'appeler « Là vraiment j'ai besoin de toi, tu peux me la voir entre deux ? » ou alors aux urgences gynéco quand vraiment c'est urgent. Moi j'ai eu une ménorragie il n'y a pas longtemps avec une anémie qui continuait à saigner malgré tout, bah j'envoie quoi.

ENTRETIEN 4 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...

(Visage surpris) Qui m'aurait marqué...
Pause, ouais de manière indirecte. Moi la gynéco j'en fais pas donc...

- C'était à propos de quoi cette consultation ?

Euh, problème de relations sexuelles chez une jeune fille, euh... Vierge donc je l'ai envoyé voir quelqu'un. Voilà c'est un truc marquant.

- Préciser dans quelles circonstances l'avez-vous vue ?

Pas la maman présente, programmée, plus ou moins, y'a pas d'urgence vitale mais je l'ai vue assez vite et je l'ai envoyée vers quelqu'un qui fait de la gynéco, pas moi.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Bah euh (souffle)... Je pense que c'est quelqu'un qui avait besoin d'aide que je ne pouvais pas lui amener et donc je l'ai adressée à quelqu'un qui avait l'expérience de la gynéco.

- C'est parce que vous ne vous sentiez pas à l'aise ?

Non ce n'est pas ça, c'est que je fais pas de gynécologie.

- Et ça ne vous intéresse pas non plus ?

Pas le temps.

- Mais sinon vous auriez pu en faire si vous aviez eu plus de temps ?

Ah bah oui c'est quelqu'un qu'on ne pouvait pas laisser partir dans la nature comme ça avec ses interrogations, c'est pas possible.

- Donc vous avez pris le temps d'en parler un peu avec elle ?

Ah bah oui, moi j'en ai fait de la gynéco mais il y a très longtemps. Y compris de la contraception il y a très longtemps les moyens ont changé donc j'en fais plus. Si je veux en refaire, il faut que je me reforme ça c'est sûr. Mais c'était quelqu'un... Première relation sexuelle... Soucis... Tu ne peux pas la laisser sans rien faire...

- Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Non ça n'est pas moi qui l'ai fait.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ? Ça peut être juste le suivi,

je ne parle pas que de l'examen gynécologique...

Faut juste que j'y pense pour pouvoir lui demander mais bon après il n'y a pas de sujet tabou particulier hein...

- C'est quelque chose qui vient assez naturellement ?

Oui.

- Et quand elle a l'âge requis vous y pensez de manière spontanée ?

J'essaie d'y penser de manière spontanée, il faudrait de la rigueur. Voilà, sur chaque consultation parce qu'on ne va pas venir demander une consultation gynéco. Il faudrait avoir de la rigueur sur chaque consultation, la rigueur pour le suivi gynéco, HEMOCULT, pour les vaccinations, pour tellement de choses que y'a des fois où j'ai l'énergie et d'autres fois bah j'oublie...

- Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Je n'ai pas fait de DU de gynécologie mais j'ai suivi une consultation de contraception chez des jeunes filles en PMI et c'était un médecin qui faisait ça et donc bon elle m'avait demandé si je voulais participer, j'ai dit ok et j'ai appris pas mal de choses sur la contraception chez des jeunes filles de milieux défavorisés quand même... Voilà, après, pour le suivi de grossesse le

début oui parce qu'en faisant des remplacements on a du tout-venant et selon les cabinets bah il y a des grossesses et la gynéco. Mais maintenant les frottis... J'en ai fait quand j'étais au CES.

- Et comme vous étiez remplaçante depuis assez longtemps vous avez continué à faire un peu de frottis ou non ?

Non. Suivi de grossesse plus et contraception aussi parce qu'on a toujours initié un traitement et surtout tous les accidents d'oubli de pilule etc.

- Mais par contre au niveau geste, poser des implants ou des stérilets ça non ? Poser un spéculum ?

Pas de pose d'implants ni de stérilets mais poser un spéculum oui je le fais, ça, ça ne s'oublie pas. De trouver le col obligatoirement ça, c'est une autre paire de manche (rire).

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Ah bah c'est un sujet de santé publique parce que bon le frottis c'est quand même important. Mais dans la mesure où je ne le fais pas, c'est ça qui est gênant. Mais bon je pars du principe que je ne peux pas tout faire. Mais de poser la question c'est important parce que même pour d'autres examens, aussi « Bah oui je l'ai fait

l'année dernière » puis quand on se penche sur le dossier bah c'est pas l'année dernière ça remonte à 2 ou 3 ans. Le frottis c'est exactement la même chose. Une mammographie c'est pareil, à partir de 50 ans le dépistage systématique, c'est pareil, y'en a qui ne l'ont pas fait au départ elles sont plus dans les listes...

- Vous voulez dire que ça passe un peu dans l'oubli ?

Tout à fait si on l'aborde pas, le nombre de femmes qui n'ont pas vu de gynéco après leurs dernières grossesses, y'en a (souffle) vachement.

- Vous pensez que c'est parce qu'elles n'osent pas en parler à leurs médecins généralistes ou c'est parce qu'elles n'arrivent pas à avoir de rendez-vous ?

Non c'est juste qu'à partir du moment où elles ont eu leurs gamins, l'intérêt d'aller voir le gynéco est limité quoi, c'est tout.

- Donc pour vous c'est très important de l'aborder ?

Bah oui ! Ça fait parti des questions systématiques. Le problème c'est que y'a pleins de questions qui devraient être systématiques mais sur une consultation de 20 minutes bah...

- Oui on manque de temps ?

Voilà ! C'est surtout ça.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord

de la gynécologie dans votre pratique ?

Qu'est ce qui facilite l'abord de la gynécologie dans ma pratique...

- Par exemple, est ce qu'il y a le sexe du médecin ?

Ouais c'est vrai que pour les femmes qui n'ont pas de suivi régulier, peut-être. Après les femmes qui ont un suivi régulier, que ce soit un homme ou une femme, je pense que ça ne pose pas de problème particulier. Mais c'est vrai que des femmes qui n'ont pas de suivi régulier, à un moment elles peuvent avoir des problèmes et c'est vrai qu'elles en parleront plus facilement à une femme je pense quand même.

- Y'a-t-il autre chose ?

Non.

- Quels sont les freins ?

Le frein c'est d'y penser surtout. Et c'est vrai, ne faisant pas les frottis, ça c'est clair que c'est un frein, parce que pour avoir un rendez-vous chez le gynéco c'est 6 mois. Non c'est un frein parce que je pense que c'est vrai c'est important.

- Et vous disiez le manque de temps aussi ?

Ah bah oui...

- C'est un problème que beaucoup de généralistes ont ?

20 minutes, le temps qu'ils rentrent, moi

j'examine mais ils sont jamais à poil parce que je n'ai pas le temps, y'a toute la partie paperasse que vous faites pendant la consultation, ça fait perdre beaucoup de temps. Le problème de l'ordinateur on n'en parle pas parce que ça ne se dit pas. Sur 20 minutes, il doit y avoir 10 minutes d'ordinateur.

- Donc tout cet administratif empêche les généralistes d'avoir le temps de bien examiner leurs patients ?

Ouais tout à fait.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Ah bah, d'insister pour avoir un suivi gynéco justement, c'est à dire poser la question du frottis, il date de quand et la mammographie, bien que la mammographie quand elles sont sur les listes de dépistage normalement elles reçoivent tous les 2 ans mais bon il y en a qui le mettent à la poubelle donc il faut poser la question.

- Donc pour vous le généraliste a un rôle important dans le suivi gynéco de ses patientes ?

Bah pour les inciter à aller chez le gynéco ça c'est sûr. Et les femmes qui y vont régulièrement elles ne vous en parlent même plus et donc ce qui fait qu'on a plus

accès aux frottis ni à la mammographie. Et par contre pour les autres si on en parle pas, moi j'en ai qui ne veulent pas y retourner... Le frein, il est donc que si je faisais les frottis bah elles viendraient...

- Mais pourquoi elles ne veulent pas y retourner parfois ?

Par ce qu'il faut prendre rendez-vous, que c'est dans 6 mois. Mais si vous vous y prenez maintenant ça sera bien évidemment dans 6 mois, si vous vous réveillez dans 3 mois, bah il faudra encore attendre 6 mois. Donc autant le faire aujourd'hui et après vous annulez le rendez-vous si vous avez autre chose de prévu voilà. Et ça, elles ne le font pas. Donc le frein c'est les délais de rendez-vous avec les gynécologues. Après bon quand il y a le problème de la contraception, qu'elles sont sous pilule et qu'elles veulent passer à autre chose là c'est pareil le problème du délai de rendez-vous avec le gynécologue...

- Oui c'est pour ça que c'est là que le médecin généraliste intervient, parce que c'est plus rapide ?

Oui c'est plus rapide.

- Donc pour la contraception le médecin généraliste est aussi très important ?

Exactement.

ENTRETIEN 5 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie....

En gynécologie ? Euh... Euh oui, très étrange, ma, mon associée était enceinte et 1 mois et 1 semaine avant terme elle ne se sentait pas très bien, donc on a fait l'examen gynéco et en fait elle était, elle avait un col effacé, perméable à 2 doigts donc elle était en début de travail. On a arrêté ses consultations et puis elle est partie... Et c'est moi qui lui ait dit de partir.

- Préciser dans quelles circonstances l'avez-vous vue ?

Là c'était une semi urgence ouais. Entre 2 patients elle est venue en me disant : « Ouuh ça va pas trop » et voilà.

- D'accord (rires)

Donc euh... Voilà, on n'a pas souvent l'occasion de faire.

- De la semi-urgence en médecine générale ?

Ouais mais surtout sur des grossesses à terme.

- Oui c'est vrai aussi. Et comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Bien, j'étais contente pour elle et j'étais euh bah du coup contente de ne pas m'être trompée de diagnostique parce que des dilatations enfin des ouvertures de col etc. on en a pas tous les quatre matins, donc j'étais contente de ne pas m'être trompée sur le diagnostic aussi.

- Oui parce que vous aviez peur de vous tromper ?

Bah de lui dire de partir et m'être trompée sur la palpation du col ou quoi que ce soit quoi, pour moi c'était effacé et perméable à 2 doigts mais je n'en avais pas fait avant. Je n'avais pas eu l'occasion de euh... De... Faire des femmes à terme avant de...

- Oh oui, de toute votre expérience jusque-là ? Vous n'aviez pas vu ça avant ? Non.

- Ah oui d'accord donc vous n'étiez pas trop sûre de votre diagnostic au début ? Voilà, ça semblait bien, et c'était ça.

- D'accord (rires) euh bah là du coup j'avais, enfin c'était comment avez-vous débuté le suivi gynéco de cette patiente, là ça n'est pas vraiment dans le thème mais comment, pourquoi elle s'est confiée à vous ? Pourquoi elle est venue vous voir vous particulièrement ?

Euh... Parce que j'étais là je pense, malgré tout que je fais de la gynéco et qu'elle est assez à l'aise avec moi donc euh... Je pense qu'il y a aussi une relation de confiance.

- **Oui, une relation de confiance par rapport au fait que vous êtes...**

Oui on est dans la sphère gynécologique de toute façon, environnement de confiance...

- **Et collègue aussi ? Vous pensez que ça a joué ?**

Ah bah... Et puis oui parce que euh... C'était moi qui étais sur place en fait.

- **Oui voilà oui...**

Aussi, y'a d'autres collègues qui font de la gynéco, mais elle est venue me voir moi parce qu'on s'entend bien.

- **Oui voilà d'accord, donc il y avait vraiment une relation de confiance qui était...**

Je suis désolée je t'ai pourri la question numéro 1 avec mon anecdote (rires)

- **Pas de problème (rires). Et comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ?**

Bah de façon assez systématique, euh c'est à dire que euh, en questions classiques, peut-être pas à chaque consultation, peut-être pas pour une rhino mais euh, chaque consultation de suivi lambda, je demande

la date du dernier frottis par exemple, en question « Comment allez-vous quoi, la date du dernier frottis, la date de la dernière mammo », euh... Et après on enchaine sur euh... Là, les questions classiques, sur la question de la contraception, sur...

- **Ah oui d'accord donc, vous l'abordez vraiment comme...**

En systématique.

- **Systématique, donc tout naturellement, y'a pas un thème en particulier, enfin ça n'est pas quand elle vient pour un...**

Non sur le logiciel, enfin nous on note, mammo à telle date, euh frottis à telle date, s'il apparaît pas, c'est soit qu'on a oublié de le noter, soit que ça n'a pas été fait. En terme de dépistage, je pose la question en fait.

- **Oui vous y pensez systématiquement ?**

Ouais c'est systématiquement ouais.

- **Et du coup est ce que vous avez des moyens, une technique particulière pour aborder la gynéco ?**

Non, c'est cash pistache, euh... Non mais je ne suis pas du tout mal à l'aise pour aborder la gynéco donc euh... Du coup je l'aborde simplement.

- **Pourquoi vous n'êtes pas mal à l'aise ?**

Parce que c'est euh... Enfin, c'est une

discipline comme le reste quoi...

- Comme les autres spécialités quoi ?

Ouais à tout le reste. Pour moi, faire un frottis, ce n'est pas plus que prendre une tension quoi...

- Oui d'accord.

Enfin je pense que pour le patient c'est différent mais en tout cas pour moi ça ne change rien.

- Pour vous c'est égal ?

Ouais

- Mais du coup par exemple même si c'était une ado ? Est-ce que vous avez une technique particulière pour aborder avec elle ?

Ba ça dépend comment elle vient, si elle vient accompagnée ou pas.

- D'ailleurs, qu'est-ce que vous faites dans ce cas-là ?

Ba après euh... Souvent elles viennent seules, soit elles viennent accompagnées de leurs mamans qui les accompagnent pour discuter de la contraception, c'est souvent ça, enfin moi je trouve que c'est souvent ça. Et on commence à en discuter, ensuite je fais sortir le parent pour rediscuter un peu notamment des facteurs

de risque du tabac, des choses comme ça, euh... Savoir si elle a déjà un partenaire ou pas, si elle a déjà eu des rapports. Tout ça sans la présence des parents. Moi je fais re-renter le parent après la consultation. On a au préalable discuté des différents types de contraception qui existent, de celle qui lui conviendrait potentiellement au mieux. Et une fois que la décision est prise, à ce moment, on fait re-renter le parent et je réexplique avec l'accord de la patiente.

- Et vous, pourquoi vous faites sortir la mère ?

Bah parce que, euh... À 15 ou 16 ans, on a pas forcément envie de dire à ses parents si on a eu des rapports etc.

- Bien sûr...

Si on veut garder une certaine intimité euh... Sur le tabac, il y a pleins de jeunes qui fument et qui ne l'ont pas dit à leurs parents. C'est important pour moi par contre de le savoir. Et parce que ça crée un moment un peu, même chose euh voilà de connivence, de confiance. J'ai expliqué avant que les parents sortent que tout ce qui est dit est sous secret médical, qu'ils n'auront pas accès aux informations que nous allons partager voilà, je le dis devant le parent, devant l'ado et le parent sort

ensuite du coup on est, enfin c'est clair. Et au moins, l'adolescente aura le choix de vous dire ou pas ce qu'elle veut. Mais elle sait à quoi s'en tenir, c'est protégé quoi.

- Vous arrivez à les mettre en confiance, pour vous c'est important ?

Ben oui, et puis la sexualité on n'a pas envie d'en parler forcément à ses parents. On n'a pas forcément envie de connaître la sexualité de ses parents, donc on a pas envie de parler de la sienne à ses parents, en ce qui me concerne en tout cas... Après je ne sais pas si c'est pour tout le monde...

- Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Mon expérience, ça veut dire depuis combien de temps je le fais ?

- Bah il peut y avoir pleins de choses, oui à quel moment vous avez été confronté à la gynéco ? Est-ce que vous avez fait des formations particulières, en plus ?

Euh moi je fais partie de la maquette de ceux qui ont eu un stage de gynéco obligatoire dans leur maquette. Donc moi j'ai fait un stage de toute façon de gynéco pendant 3 mois, partagé avec de la pédiatrie 3 mois. Euh... Donc j'ai fait des consultations, des choses comme ça, pose de stérilets, implants, j'en ai fait

beaucoup en stage, donc je me sens assez à l'aise. Euh et après la gynéco, c'est tous les jours soit il y a un frottis, soit il y a une mycose, je fais un examen des seins, parce qu'il y a un fibroadénome, un machin qui inquiète... La gynéco oui potentiellement c'est euh... Bah il y a peut-être des jours où je n'en ai pas, mais il y a peut-être des jours où j'en ai 5. Mais c'est du quotidien...

- Oui vous en avez très fréquemment, quotidiennement, donc c'est quand même une bonne activité

Bah, c'est un champ assez vaste donc euh...

- Il peut y avoir plein de motifs de consultation variés quoi... Et à part votre maquette, est ce que vous avez fait d'autres formations en plus ?

Je n'ai fait aucune autre formation.

- Pas de DU ou de choses comme ça ?

Non, bah ceux que je connais qui ont fait des DU c'est ceux qui n'avaient pas fait de gynéco dans leurs maquettes. J'ai une collègue qui est un peu plus âgée qui a fait un DU de gynéco avant de s'installer, moi je n'en ressentais pas le besoin pour de la gynécologie de médecine générale classique hein voilà. Moi si après j'ai un frottis avec un signe ou un machin, j'envoie direct au gynéco, je fais le

basique et si après il y a un souci j'envoie au gynéco.

- Mais vous faites quand même des gestes aussi ?

Bein, pose et retrait de stérilet, pose et retrait d'implant et les frottis

- Oui donc en fait, vous faites tous les gestes de gynéco médicale quoi.

Ouais

- D'accord !

Mais enfin on ne fait pas d'écho car on n'a pas l'appareil à voilà...

- Oui bien sûr, mais le reste, la base, vous la faites quoi ?

Oui

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Bah, ce dont on vient un peu de discuter, c'est-à-dire le dépistage, la prévention, et traitement, donc euh, donc le traitement ça va être toute la sphère infection génitale etc. Prise en charge de tout ce qui est post ménopausique aussi voilà. Prévention, on va être dans ce qu'on disait, le frottis, la mammo, l'examen des seins, le toucher vaginal, enfin voilà l'examen gynéco basique en systématique et après tout ce qui est un peu gestes

techniques comme on disait, pour moi c'est ça la médecine générale et la contraception, gros morceau de ça mais c'est le global, et les gestes et le préventif, et la mise en place de traitements de choses comme ça quoi, c'est un ensemble.

- Et oui voilà c'est un ensemble sur la prévention, les semi-urgences que vous voyez un peu, enfin des mycoses, des choses comme ça...

Oui voilà des petites infections de la sphère génitale, il arrive même qu'on fasse des prélèvements en fonction soit on envoie au labo soit on fait. En gros si j'ai des écouvillons pour prélever quoi, si je n'en ai pas, bah j'envoie au labo en résumé.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?

Euh les médecins généralistes par rapport aux spécialistes ?

- Dans votre pratique par exemple de tous les jours, qu'est ce qui facilite ? Est-ce que par exemple il y a le fait d'être une femme ?

Le fait d'être une femme ? Oui je pense. En tout cas le fait d'être une femme médecin généraliste qu'on soit très clair,

parce qu'après en ce qui me concerne, les spécialistes ça pose beaucoup moins de soucis étonnamment.

- Et pourquoi ?

Je sais pas, déjà y'a un état d'esprit comme quoi le médecin généraliste ne fait pas de gynéco, tous les patients ne savent pas qu'on fait de la gynéco donc quand on leur dit bah si vous voulez le frottis, ils disent « Ah oui mais c'est galère d'avoir un rendez-vous » je leur réponds « Bah je vous le fais la prochaine fois si vous voulez » « Ah mais vous le faites ? » « Bah oui on le fait » donc voilà.

- Donc c'est à vous de le dire c'est ça ?

Oui mais il y en a qui demandent aussi si on le fait. Voilà, donc euh ça, le fait est que les médecins généralistes, on ne va pas se mentir, hommes, sont peu enclins à faire de la gynéco aussi.

- Et pourquoi ?

Je ne sais pas pourquoi je ne suis pas dans leurs têtes, mais moi, ça me pose pas du tout de soucis parce que voilà mais je sais pas mais c'est pas quelque chose qui les attire. Dans toute ma promo ou quoi que ce soit, il y en a peu. Au cabinet, il y a 3 hommes qui sont installés sur 7 médecins, et y'en a un qui a un moment donné a

essayé de se mettre au frottis mais ses patientes sont de un pas hyper hyper motivées et de deux lui il n'a pas envie d'en faire plus que ça.

- Oui donc il y a l'intérêt qui n'est pas trop là et la gêne aussi des patientes vous pensez ?

Face à un généraliste homme oui. Parce que moi j'ai des patientes de mes collègues masculins qui viennent faire leur gynéco avec moi.

- Ah oui d'accord et pourquoi ?

Oh parce qu'elles ne veulent pas avec leurs docteurs. Avec moi ça va parce que je ne suis pas leur docteur mais avec mes patientes ça pose absolument pas de soucis paradoxalement. Et avec les patientes de mes collègues féminines ça ne pose pas de soucis.

- Quels sont les freins ?

Les freins à l'abord de la gynéco ? Euh... Moi personnellement je n'en vois pas trop, euh... S'il y a 1 frein, un petit truc qui est un peu casse pied, en ce moment, pour les IVG médicamenteuses (interruption volontaire de grossesse) ça fait plusieurs fois que je demande à faire une formation auprès du CHU, parce qu'il faut avoir une validation et que une fois deux fois ils

m'ont donné des dates puis finalement ça a été annulé donc c'est la galère pour avoir cette accréditation-là. Que nous on a une des médecins qui l'a mais qui va bientôt s'arrêter et qu'après il n'y aura plus personne sur toute la vallée de l'Hérault donc euh...

- Ah oui c'est pour ça que vous avez envie de reprendre le flambeau ?

Ah non franchement ça ne fait pas partie de mes grands projets médicaux mais je pense que c'est un service rendu aux patientes et que même si ça me botte pas, ça me pose pas de gros cas de conscience de le faire et il faut bien qu'il y ait quelqu'un qui le fasse donc bin pourquoi pas...

-D'accord, le frein c'est que la formation est trop longue c'est ça ?

Pour le DU oui la formation est mille fois trop longue, on n'a pas que ça à faire, non mais ils croient qu'on travaille pas les gens. Donc la formation pour un DU de gynéco oui j'aurai peut-être fait un DU de gynéco mais c'était beaucoup trop long deux ans, vraiment pas le temps pour ça. Et là pour l'accréditation c'est juste la nonchalance de la part du CHU mais c'est le cadet de leurs soucis quoi, ou il faut les relancer, il faudrait que je le fasse là

d'ailleurs. Que je les relance encore un coup pour voir s'ils ne veulent pas de formation sur deux jours, ça va deux jours je peux me libérer. Et les autres freins euh... Oui je trouve que les actes ne sont pas super super bien côtés, parce que franchement euh... Des fois un retrait de stérilet, on a un petit peu des sueurs hein?! Des fois la pose de stérilet, la cotation du retrait d'implant franchement... Ah ouais effectivement des fois ça prend vraiment une minute, autant des fois c'est une misère. Donc je trouve qu'effectivement c'est un peu sous côté par rapport à la technicité et le temps que ça prend. Ce n'est pas un vrai frein ça ne m'empêche pas de le faire quand même mais effectivement des fois quand j'ai un retrait d'implant, je bloque deux créneaux de consultation pour être sûre, bon des fois j'ai le temps d'aller boire un café, et des fois je suis (mime d'étranglement). Non après c'est les seuls freins, parce qu'après notre maquette fait que normalement on fait tous de la gynéco. Et l'autre frein ça va être l'intérêt des terrains de stage euh... En formation médicale continue pour les internes, voilà. Ça ça va être un frein je pense.

- C'est-à-dire ?

Bah, parce qu'il y a des terrains de stage qui sont biens et d'autres qui sont pourris en gynécologie. Moi le mien, heureusement, que j'avais les consultations l'après-midi, j'avais les suites de couches, les consultations et les urgences enfin l'échographie et tous les matins j'étais au bloc opératoire. Le bloc opératoire, ça sert en rien à la formation d'un médecin généraliste.

- Oui c'est vrai qu'il y a des terrains de stage qui ne sont pas adaptés pour la formation des généralistes.

Il y en a par exemple qui font essentiellement du bloc, en gynécologie qui ne font quasiment pas de consultation, qui se font un peu refouler de la consultation, voilà...

- Donc oui pour vous c'est un problème de formation aussi quoi ?

Bah essentiellement parce que si on motive un peu, si on rend la gynéco un peu attractive, je pense qu'il y aura plus de médecin qui ne seront pas contre le fait d'en faire, après les labos nous envoient tout et il faut juste avoir un spéculum et une paire de gants, au niveau de l'investissement, ça va, ça reste

raisonnable.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Bah pour moi, il est central comme tout suivi en fait. Central parce qu'on est là pour leur rappeler qu'il y a des choses à faire, on est là pour euh... Le désir de grossesse, la patiente va rarement voir son gynéco pour lui dire je suis en désir de grossesse, c'est souvent avec son généraliste, donc euh voilà on lance tous les premiers bilans de la grossesse, on met en place des contraceptions, alors des fois il y a une contraception qui a été mise en place parce que les patientes aiment bien voir un gynéco, enfin les mamans des patientes aiment bien aller voir un gynéco pour les premières contraceptions. Moi ça ne me pose absolument pas de problème. Euh personnellement je vais voir un gynéco et pas mon généraliste pour mon suivi gynéco voilà mais ça c'est un avis qui est très personnel. Après moi je laisse toujours le choix aux patientes quand je sens que c'est un petit peu problématique, soit par rapport au dépassement d'honoraires, soit à cause du temps de trajet des choses comme ça, mais qu'elles tiennent à leur gynéco, je propose d'alterner voilà... Donc

on a une place centrale oui mais moi euh oui dans le dépistage, dans le traitement, dans tout. Après euh... Et dans le suivi des cancers du sein et dans...

- Oui parce que des fois les patientes quand elles deviennent plus vieilles, elles ont moins besoin d'un suivi gynéco aussi ?

Non mais, alors, par contre plus âgées, c'est plus difficile à aborder étonnamment.

- Pourquoi ?

Euh parce qu'effectivement les patientes n'en ressentent pas le besoin donc quand on leur dit et vous où vous en êtes ? C'est la mammographie, je m'appuie là dessus, et après le dernier examen gynéco « Ah bon mais il faut ? », « Bah il faut euh... Ça n'est pas obligatoire je vais pas vous asseoir et le faire malgré vous mais euh... C'est mieux de le faire, il faut surveiller ça ça et ça... » « Ah... ». Mais parfois elles reculent un peu plus les échéances parce qu'elles n'ont pas trop envie... C'est un peu plus compliqué chez la femme au-delà de soixante ans je trouve, d'aller faire un examen gynéco.

- Parce que vous pensez qu'elles se sentent moins à l'aise ? Moins

concernées ?

Moins concernées, vraiment moins concernées.

- Et pourquoi moins concernées vous pensez ?

Parce qu'elles ne savent pas qu'il y a des cancers de l'endomètre, parce que voilà... Parce que pour elles, la gynéco se résume on va vulgariser mais au cancer du sein et sinon la sphère vaginale euh... Bah c'était quoi ? Bah c'était les mycoses et les enfants quoi. Et surtout les femmes qui maintenant ont soixante-dix, quatre-vingt ans évidemment que l'idée n'est pas tout à fait la même sur ça. Mais bon ça se fait hein, moi je fais des examens gynéco à des dames des fois en EHPAD, ça arrive. J'ai toujours un spéculum dans ma mallette.

- Ah oui d'accord, donc ouais vous êtes vraiment très à l'aise avec la gynéco et en toute circonstance quoi...

Bah après si on dit ça me gratte, c'est bien beau ça me gratte, mais une mamie qui me dit ça me gratte. J'ai une copine qui a fait une thèse sur les rapports sexuels en maison de retraite, on va vérifier quand même ce qu'il se passe qu'il n'y ait pas une énorme mycose, qu'il n'y ait pas autre... Enfin voilà...

- Oui c'est sûr il peut y avoir des choses des fois qu'on...

Ah bah, ça m'est arrivé, ce n'est vraiment pas souvent mais c'était une fois chez une patiente tétraplégique, même chose, chez elle ça n'allait pas donc on a appelé l'infirmière, elle est venue, on s'est positionnées et on a fait l'examen gynéco à domicile quoi. Ça se fait hein ! Ça n'est pas euh... Des plus confortable du monde mais non tout se fait ! Et c'est important.

- Et du coup oui, la technique que vous prenez pour les femmes âgées pour l'aborder, c'est plutôt, le dépistage, ah mais c'est jusqu'à soixante-quatorze ans...

Après soixante-quinze généralement, c'est sur point d'appel, honnêtement.

- Spontanément, vous n'allez pas...

Non beaucoup moins, bah parce qu'après, non franchement beaucoup moins ouais, au-delà de soixante-quinze.

- D'accord donc vous attendez du coup qu'elles vous parlent ? Qu'elles viennent vous parler si elles ont des problèmes ?

Non si si si, j'ai un autre truc sur lequel parce que ça rejoint l'urologie aussi sur tout ce qui est infection urinaire aussi, je

l'aborde avec la rééducation, les consultations de spécialités pour les bandelettes ou des choses comme ça éventuellement. Ça arrive que je pose la question, honnêtement bien moins systématiquement que mammographie etc., mais des fois je demande où elles en sont, si elles n'ont pas de fuites, comment ça se passe. Et à partir de là, je peux enchaîner, je cherche une descente d'organes et d'autres choses. Voilà, mais ça ne m'arrive pas très souvent.

- On y pense forcément moins que pour les jeunes ou les personnes en zone d'activité génitale...

Mais en fait il y en a quand même à 61 ans qui ont une activité sexuelle encore bien active, mais on n'y pense pas parce qu'on se dit ça n'est pas possible. Mais non non j'y pense beaucoup moins, honnêtement, plutôt descente d'organe et incontinence urinaire donc euh... Après ça permet des fois d'aborder le sujet ou elles-mêmes l'abordent « Non j'ai une boule à cet endroit-là si vous ne voulez pas regarder... » et on regarde c'est souvent un prolapsus... Voilà.

ENTRETIEN 6 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...

Oui.

- C'était quoi ?

C'était une... Enfin ce n'était pas grand-chose, je disais, je ne fais pas beaucoup de gynéco, (longue inspiration) c'était une jeune femme qui venait pour une petite verrue à HPV au-dessus de la commissure des lèvres.

- Précisez dans quelles circonstances l'avez-vous vue ? (programmé, semi-urgence, double consultation, avec la mère présente...)

Ça n'était pas programmé, c'est une patiente que je connais, que je suis depuis quelques temps, mais je suis installée que depuis janvier, donc... Mais en gros, oui depuis ce jour-là, elle est venue 2 ou 3 fois pour différents problèmes, là elle s'est rendu compte de ça et elle a pris rendez-vous.

- Donc elle a pris rendez-vous quand même donc c'était programmé ?

Oui, elle a pris rendez-vous, mes

consultations sont sur rendez-vous, donc elle a pris rendez-vous. Et puis elle est venue pour ce problème-là.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Comment je l'ai vécu ? Euh bah, normalement (rires) en plus c'était une patiente qui était déjà venue avant pour un problème d'hémorroïdes donc elle savait que... Niveau intimité etc., elle pouvait être à l'aise, et puis je mets toujours les patients à l'aise, leur demander bien comme il faut, est ce que vous êtes d'accord ? Bah pour que je regarde, etc. Euh, et puis...

- Et vous, vous vous sentiez à l'aise aussi ?

Euh oui oui, pas de problème, j'essaye juste de faire attention à ce que le patient se sente à l'aise, à son intimité, que son examen ne soit pas voilà, mais ça ça ne me dérange pas du tout, mais je sais que quand on est de l'autre côté, c'est un peu plus embêtant. Euh donc de ce côté-là, voilà. C'est une patiente qui savait déjà que qu'elle était à l'aise avec moi. Euh... Et puis après, j'étais un peu embêtée au niveau connaissances...

- Ah oui ? Pourquoi ?

Parce que bah c'était une toute petite lésion et que je n'étais pas sûre si c'était, une petite excroissance cutanée là, un petit molluscum, ou si c'était une verrue à HPV. Euh... Du coup euh... Là j'ai une solution très facile, j'ai une gynécologue dans la porte d'en face. Je travaille en centre de santé, et du coup je lui ai demandé si elle voulait bien venir voir... Avec l'accord de la patiente.

- Ah oui c'était pratique quoi...

Oui, (rires) elle était toute contente d'ailleurs, parce que c'est une vieille gynécologue qui aime bien montrer son savoir et donc « Ah tu n'hésites pas quand tu as un doute » et je lui ai montré et elle m'a dit « Ah bah oui c'est un HPV » voilà ça s'est bien passé quoi et puis après elle a pris la suite.

- Oui parce que après pour la prise en charge c'était plus compliqué quoi. Et Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Comment j'ai débuté le suivi gynéco de cette patiente ? Euh... alors comme toutes les patientes, aux consultations précédentes, je lui avais parlé des frottis.

- Oui, et comment vous l'avez abordé ça ?

Euh alors, comment je l'ai abordé ? Euh... (Pause), le tabac, je l'aborde toujours quand j'ausculte les poumons, l'alcool quand je parle le foie, et le frottis, c'est plutôt en fin de consultation quand je demande aux patientes si elles ont d'autres questions d'autres choses, et je demande toujours les vaccins, où est ce qu'ils en sont dans leur vaccins, et pour les femmes de plus de 25 ans, où elles en sont de leur suivi gynéco. Je n'ai pas de euh... Voilà. Après, pas forcément à la première consultation, plutôt à la deuxième.

- Pourquoi ?

Bonne question, (rires) alors parfois parce que j'ai trop de trucs à faire pendant la première consultation, et du coup quand je vois que je n'ai pas noté frottis à faire ou frottis déjà fait, je pense à la poser à la deuxième consultation, euh... Mais aussi parce que alors, certains patients qui sont très demandeurs de soins préventifs etc. Ça se sent, et parfois, (souffle) pas trop...

- Oui ça dépend de la personne en face de vous...

Ça dépend de la personne en face ouais, ça va être... Bon et puis la gynéco ou pour les

hommes les choses intimes, je me dis bon au premier contact ça peut faire bizarre étant donné les habitudes qu'ils ont avec d'autres médecins généralistes qui n'abordent jamais ces sujets là... Donc euh voilà... C'est peut-être une appréhension de ma part mais en tout cas voilà plutôt à la deuxième consultation.

- Donc oui plutôt à la deuxième consultation et en fin de consultation ?

Voilà ouais aussi.

- Et pourquoi à la fin ?

Parce que je suis devant mon ordi, et du coup c'est le moment où j'écris, en même temps et je me dis bon alors c'est bon j'ai noté ça ça ça et après je me dis qu'est-ce que j'ai oublié de demander, les vaccins et les frottis qui viennent souvent.

- D'accord, ok. Et quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ? (DU, fréquence, créneau pour gynécologie, suivi, gestes réalisés, confrères qui envoient les patientes...)

Hihi alors pas beaucoup pour l'instant, euh, en suivi et en consultation gynéco...

- Déjà lors de votre formation ?

Dans ma formation, j'ai fait un SASPAS où j'allais une demi-journée par semaine

voire une journée par semaine chez un gynécologue libéral et parfois c'était une journée parce qu'il allait à la clinique faire les accouchements tout ça, des colposcopies et du coup je le suivais et je restais toute la journée. Parce que c'était intéressant même si ça n'était pas tout à fait exactement sur ma formation, il trouvait toujours des trucs à m'expliquer, des choses à faire, il était très très bien. Et du coup en consultation, on faisait les frottis, on faisait... Alors c'était un peu rageant parce qu'il estimait que la pose de stérilet c'était aux gynécologues de le faire et donc il ne voulait pas... Quand il avait des stérilets à poser il ne voulait pas que ce soit moi qui les pose. Après, il n'y en a pas eu tant que ça, j'en ai vu 2-3 fois et donc peut être que je n'aurais pas été très à l'aise de le faire et finalement dans mon SASPAS, là où j'ai été le plus à l'aise pour faire de la gynéco, c'était chez mon praticien bah parce que j'avais cette consultation gynéco toutes les semaines où je faisais pas mal de frottis etc. Mais il était toujours derrière moi, donc c'était un peu stressant. Et quand j'étais chez mon praticien déjà il avait une table de... J'étais toute seule, ça se passait en autonomie, euh... Et il avait une table de gynéco qui était extrêmement bien, hyper

confortable pour les patientes, pour le médecin. La patiente on peut la mettre tout en haut, elle n'était pas allongée sur le dos du coup elle était demi-assise, vraiment la table parfaite. Et là, tous les frottis que j'ai fait, ça s'est super bien passé à chaque fois. Voilà, et je me sentais bien à l'aise pour les faire, et j'en ai fait pas mal parce que c'était en rural et qu'il n'y avait pas de gynéco, et qu'en plus comme c'était un praticien mec, un vieux praticien, et ben lui il proposait systématiquement à toutes ses patientes. Et quand il sentait qu'elles étaient réticentes, il disait « Sinon j'ai ma jeune collègue, c'est une femme si vous préférez du coup j'en ai eu plein » Et c'est vrai qu'à ce moment-là j'en faisais un peu plus que maintenant où du coup j'ai la gynéco qui est juste à la porte d'en face, et que je propose mais c'est un peu difficile aussi au niveau déontologique de dire que je vais les faire moi parce que bah en face... Elle risque de pas très bien le prendre, on travaille dans le même centre de santé, on travaille ensemble sur beaucoup de choses et du coup voilà...

- Du coup ça vous gêne un peu au niveau de vos patients ?

Euh oui c'est ça... Et donc là actuellement, j'ai beaucoup de consultations de première

contraception. Parce qu'en fait je travaille à côté de Saint Éloi, donc à côté de la fac de lettres, et j'ai beaucoup de jeunes patientes. Euh... Et donc je fais beaucoup plus de contraception que de gestes type frottis etc. Et alors sur la contraception j'avais eu une formation, c'était plutôt pendant mon stage de pédiatrie, alors très bizarre parce que en stage de pédiatrie j'étais une semaine sur deux en consultation et l'autre semaine en service de pédiatrie en onco-hématologie, et la semaine sur 2 où j'étais en consultation comme c'était pendant 6 mois on était censés faire quand même un peu de gynéco parce que c'était couplé à ce moment-là, et du coup j'avais demandé à une gynécologue de l'hôpital si je pouvais venir avec elle en consultation. Euh, c'était les consultations d'orthogénie, voilà avec Carole D..., Du coup on faisait surtout les consultations, ça n'était pas le moment du geste d'orthogénie, c'était les consultations d'information et donc là c'est vrai qu'en contraception bah, on aborde tout. Donc ça sur ma formation et maintenant j'en fais beaucoup, je me sens à l'aise et puis...

- Donc c'est quand même assez varié ?

Ouais. Après je fais aussi des renouvellements de contraception

évidemment, euh... Mais après je me contente, enfin, à la fin de la consultation « Ah au fait, vous pouvez renouveler ma pilule ? » Et souvent je leur dis, bah... Et du coup je leur pose toutes les questions, et on dit ah bah non, là on ne va pas renouveler cette pilule-là. Et la du coup, je refais le point sur... Voilà grosso modo. Mais des frottis en suivi, bah dans le centre où je suis en ce moment, je n'en fait pas trop.

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ? (Mission de santé publique, nécessité, suivi mère et enfant, médecin de famille...)

Qu'est-ce que ça m'évoque ? Le suivi gynéco ou le suivi obstétrique ?

- Peu importe, les deux.

Moi ce qui me plaît et j'aimerais bien en faire un peu plus pour ça, c'est que pour moi c'est de la médecine de famille, c'est eux, bah on suit la maman qui est enceinte et après on suit le bébé, moi la pédiatrie j'adore ça, j'en fais énormément, je suis la seule au centre de santé pour le coup à faire de la pédiatrie, tous les tout petits bébés, c'est moi qui les suis, c'est cool mais du coup c'est vrai que pour suivre la maman avant euh pendant la grossesse, c'est pour ça ma question gynéco ou obstétrique. Suivre la maman

pendant la grossesse, alors pas forcément tout le suivi de la grossesse parce que je n'ai pas fait de formation complémentaire et je me sens pas suffisamment formée pour. Mais en collaboration avec une sage-femme ou la gynéco d'en face, et la voir avant pour les consultations, préparation à l'allaitement, euh pour euh les consultations, bah les petits maux de la grossesse, les choses comme ça.

- Pour vous, le médecin généraliste doit savoir faire ça ?

C'est ça, il doit savoir faire ça parce que ça fait partie de la médecine de famille, c'est ça qui est chouette quoi

- C'est ce que vous aimez dans la médecine générale du coup ?

Oui exactement, ouais ouais. Et après suivre du coup toute la famille, le petit bébé on l'a vu dans le ventre de la maman, et ça c'est ce qui est chouette. Et puis voilà avoir cette relation de confiance avec les gens, je pense que les dames qu'on a suivi enceintes, qu'on a vu enceintes, pour lesquelles on a participé, soutenu pendant l'allaitement. Et du coup et bien je pense qu'il y a une relation de confiance aussi qui se crée qui est très importante, plus importante que sur du suivi classique, et que du coup après s'il y a d'autres soucis gynéco, des découvertes de mauvaises

nouvelles, ou des choses comme ça, bah si la relation elle est déjà faite depuis longtemps, bah c'est bien quoi.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?

Qu'est ce qui facilite l'abord de la gynéco ? Euh, dans ma pratique à moi ? Euh (souffle), que je suis assez systématique sur les choses de prévention, c'est vraiment mon dada. C'est plus la pédiatrie mon vrai dada mais la prévention ça en fait partie, euh aussi bah parce que c'est comme ça en faisant de la prévention qu'on améliore vraiment la santé des gens et que du coup je pose la question quasiment tout le temps à mes patientes, si elles ont un suivi gynéco, comment ça se passe avec le gynéco, si je vois qu'il y a une réticence ou quoi, j'ouvre tout de suite sur bah « Ah comment ça se passe ? », là il n'y a pas longtemps du tout il y a une patiente qui m'a dit « Ah non non le suivi gynéco c'est pas pour moi » « Ah bon ? Et pourquoi ? » « Ah non non bah parce que ma sœur elle m'a dit que ça faisait super mal que ça n'était pas possible etc. » « Ah bon ? » et du coup bah on en a discuté, je lui ai expliqué avec des petits schémas, expliqué des choses, voilà je prends du temps, il faut du temps voilà.

- Quels sont les freins ?

Les freins au suivi gynéco, je pense que c'est plus, plutôt du côté formation. Je pense tout ce qui est faisable par le médecin généraliste, le suivi de la grossesse par exemple, je me sentirai pas de suivre une grossesse parce que j'estime que je ne suis pas assez formée dessus. Bon si tout va bien tout va très très bien ça va mais euh... Mais que je n'ai pas encore assez d'expérience dans ça, j'ai pas les contacts. À Montpellier, il y a les dossiers de suivi de grossesse tout ça, il y a des choses particulières que j'ai pas, que j'ai pas les contacts et tout ça et je pense que bon à la fois la formation mais aussi le réseau, c'est-à-dire que moi ça me dérangerait pas du tout de suivre des grossesses normales si j'avais un peu plus de formation, et que si je le faisais, il faudrait vraiment que je puisse en cas de problème savoir tout de suite à qui...Et ça bon comme je suis installée que depuis janvier, c'est difficile ouais, enfin savoir tout de suite à qui adresser, pouvoir adresser rapidement, des facilités pour ça si jamais je découvre quelque chose d'embêtant, que ce soit au niveau obstétrique ou au niveau gynéco aussi. Après bon là c'est facile niveau gynéco. C'est la porte d'en face, s'il y a quelque chose à un frottis.

- **Donc plus pour les grossesses quoi ?**

Ouais plutôt pour les grossesses, elle en suit un petit peu la gynéco qui est en face mais c'est de la gynéco médicale, ça n'est pas de l'obstétrique donc je pense que sur ça on pourra partager un peu plus, et du coup le gros frein actuel c'est que j'ai une gynéco sur la porte d'en face qui n'aime pas trop qu'on marche sur ses plates-bandes, donc euh... (Rires)

- **Le coté localisation quoi ?**

Oui après je ne vais pas être désagréable avec elle, parce qu'elle est très gentille et que je pense qu'elle va contribuer à me former parce que je lui demande souvent des avis et que c'est comme ça qu'on se forme aussi. Mais elle est déjà à la retraite et elle continue à exercer un petit peu donc je pense qu'elle finira par partir dans pas très longtemps et je pourrais en faire un peu plus, sans avoir l'impression de lui piquer son boulot. Le gros frein actuel c'est ça plutôt. Et puis à ce moment-là je ferais un peu plus de formation et comme ça je pourrais m'éclater.

- **Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?**

Quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi de ses patientes ? (Inspiration), bah pour moi il a déjà un rôle d'information en premier. D'informations sur les dépistages, d'informations sur la contraception, d'information sur les infections sexuellement transmissibles (IST) aussi. Ah oui on en a pas parler de ça, parce que ça, les gynécologues ne font pas beaucoup de dépistages des IST. Bon après moi j'ai une population un peu particulière, j'ai tous les étudiants de la fac de lettres à côté donc je pense qu'il y en a 1 sur 2 qui sort avec une prescription de dépistage, voire même un peu plus. Ça c'est une question que je pose systématiquement aussi à la fin des consultations, les dépistages des IST, parce que ça fait partie de la gynéco. Et donc ça pour moi c'est le rôle du médecin généraliste. L'information, le dépistage, et après si on a la possibilité de le faire, effectivement de faire les frottis, euh... Les frottis jusqu'à la pose d'implant, je vais en poser un la semaine prochaine d'ailleurs, et puis bon alors les stérilets moi je le sens pas trop parce que je l'ai pas fait en étant accompagnée donc je pense que je ne le ferais pas euh en tout cas pas sans formation complémentaire mais après ça peut faire partie. Le

praticien chez qui j'étais en SASPAS, qui était perdu en rural, il les posait, il faisait d'abord faire une échographie par précaution même si ça n'est pas forcément systématique. Là comme ça il était sûr que ce n'était pas un utérus rétro-versé ou quoi et après, il les posait. Donc je pense que si un jour je repars exercer en rural, j'irais jusque-là, et pour moi ça fait partie du rôle du médecin généraliste. Tout ça, ça fait partie du suivi normal de la femme, donc ça fait partie du rôle du médecin généraliste. Après le gynéco, enfin c'est en train d'évoluer parce qu'avant ça n'était pas ça mais maintenant ils sont beaucoup moins nombreux et c'est compliqué donc euh, le gynéco pour moi c'est plus, que derrière il va faire tout ce qui est pathologique. Parce que nous en pathologie en gynéco...

- Oui on passe vite la main aussi quand on considère que ça n'est plus notre domaine ?

C'est ça, après si ça relève du chirurgical, de la cancérologie ou d'autres choses. Bon après il y a évidemment tout ce qui est mycose et tout ça, là... D'ailleurs, j'ai été assez surprise car dans le centre médical où je travaille, y'a des patientes qui demandent à voir la gynéco quand elles ont une mycose, alors ça... « Euh non non...

Coucou je suis là, je m'en occupe de votre mycose, pas besoin d'aller voir le gynéco pour ça, voilà ». En tout cas tout ce qui est vraiment information et prévention ça c'est fondamental et après faire les gestes de prévention, frottis, tout ça bah plus ou moins selon comme on se sent, et pour le suivi des grossesses, bah, moi je trouve qu'un des rôles très important du médecin généraliste c'est de dire qu'il est présent pendant la grossesse et pour tous les petits maux de la grossesse. C'est parce que le gynéco il reçoit une fois par mois mais s'il y a des vomissements ou des machins, il ne reçoit pas. Et surtout, c'est très très important mais que pas beaucoup de médecins généralistes le font sur l'allaitement, parce qu'après si on prend pas les patientes avant l'accouchement, qu'on ne fait pas une consultation d'allaitement, euh alors soit il faut qu'ils les poussent, qu'ils motivent, qu'ils les aident à se motiver pour aller voir des sages-femmes qui font de l'allaitement et qui font des consultations pré-accouchement pour l'allaitement pendant la grossesse, soit il faut qu'ils les fassent eux-mêmes mais pour moi ça c'est un des rôles du médecin généraliste qui est très important. Voilà.

ENTRETIEN 7 :

- **Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...**

Euh alors ce qui m'a marqué le plus au niveau de la gynécologie c'était une consultation qui, on va dire date de quelques mois en arrière. Je suivais une patiente qui avait une grossesse gémellaire et qui en fait, euh... Au 6ème mois, ma patiente a eu des contractions, en fait elle a accouché d'un premier bébé qui est décédé puis ils ont essayé de sauver le deuxième mais ils n'ont pas pu non plus. Donc elle a perdu ses 2 bébés et donc en fait c'était... Je pense que... Au téléphone j'avais eu la sage-femme qui m'a appelé parce qu'elle souhaitait que je sois informée de ce qui s'était passé, et derrière c'est quand j'ai revu les parents, débriefer ce qui s'était passé et après d'envisager une troisième grossesse parce qu'ils avaient déjà eu un premier enfant, voilà. Même si ce n'est pas purement suivi, c'est pour moi... Probablement ce qui m'a marqué le plus.

- **Précisez dans quelles circonstances l'avez-vous vue ? Dans le sens ou quand**

vous la voyez, c'était programmé à chaque fois le suivi ?

Alors dans ce cadre-là oui, au niveau gynéco oui parce que je suivais sa grossesse et en fait normalement, c'était au moment où je passais la main, parce qu'au 5ème mois je passe la main, en fait au gynéco obstétricien. Et en fait c'était juste avant son suivi spécialisé ou je me rappelle plus elle avait peut-être eu le premier suivi spécialisé, et... Mais sinon après je la voyais de manière régulière pour ce problème là et après en intermittenence en tant que médecin généraliste.

- **D'accord, et du coup comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?**

Euh... Triste voilà, j'ai ressenti comme triste parce que derrière c'est accompagner des personnes qui ont perdu des enfants, et non pas... Voilà, parce que pour eux c'était clairement des enfants, ils les ont identifiés d'ailleurs, ils les ont enterrés et leur ont donné un prénom. Et j'ai vécu ça de manière triste parce que c'est comment accueillir la détresse de futurs parents alors que ça devrait être un moment heureux, et que derrière les accompagner en se disant que leurs projets futurs, ils puissent reconstruire derrière

une nouvelle grossesse tout en sachant qu'il faut faire attention que derrière ça ne soit pas une grossesse pour remplacer les enfants qu'ils avaient perdus. C'est comment faire intégrer dans cette consultation-là, que l'enfant futur qu'ils envisageaient d'avoir ne soit pas un enfant de remplacement mais un enfant à part entière, voilà. Donc ça je trouvais ça difficile comme consultation.

- Parce que pour vous c'est dur d'aborder le versant psychologique comme ça ?

Non, ça n'est pas dur, c'est dur dans le côté de la relation avec les patients qu'on aime entre guillemets, mais ça n'est pas... Je trouve ça bien de le faire ça n'est pas le problème, c'est dur à « Comment faire comprendre au moment où ils ne sont pas biens et qu'ils envisagent éventuellement une grossesse future, que cet enfant là il faut vraiment qu'ils le conçoivent vraiment à part entière quoi, voilà.» Ça n'est pas facile forcément à faire passer... Alors qu'il y a le chagrin, des questions, pourquoi j'ai perdu ? Pourquoi ci... Mais bon...

- Et du coup comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Comment j'ai débuté ? C'est parce qu'en

fait je faisais de la gynéco, que je lui avais enlevé son stérilet qu'elle voulait un enfant, et donc elle m'avait demandé si j'étais d'accord parce qu'elle savait que je suivais des grossesses donc elle m'a demandé si j'étais d'accord pour suivre sa grossesse. Donc je lui avais dit que donc jusqu'au 5ème mois oui et si tout se passe bien car après quand on a trouvé une grossesse gémellaire, j'ai dit ok si tout se passe bien, voilà. Et donc du coup elle est de nouveau enceinte donc j'ai fait sa déclaration de grossesse. Mais là de toute façon c'est bien clairement dit que vu ce qu'il s'est passé à la deuxième grossesse, derrière il y aura un suivi spécialisé en la matière.

- Bien sûr, donc du coup-là c'est plutôt elle qui l'a introduit avec vous ?

Oui c'est elle qui l'a introduit.

- Mais parce qu'elle était au courant ?

Oui que je faisais de la gynéco.

- Donc c'était plutôt du bouche à oreille ?

Oui puis parce qu'après ça se sait, quand on est en consultation, que tu commences à faire des frottis, tu proposes de faire le frottis, si tu mets un stérilet, que tu l'enlèves etc. Et puis voilà quoi, qu'on peut éventuellement, et puis après ils te posent la question « Est ce que vous suivez des grossesses au début... » Voilà, après

c'est du bouche à oreille et puis c'est aussi toi dans les conversations que tu arrives à introduire ça.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ?

Tu veux dire quand elles viennent pour ça ? Quand elles viennent en général, moi euh... Même si ça n'est pas pour ça, je leur demande toujours enfin si elles ont l'âge, en fonction parce qu'en fait si on parle de la femme qui a déjà un suivi, donc après 23, 24 ans je vois si elles ont fait un frottis de manière récente, si elles ont le résultat ou pas, puis après selon l'âge, si elles ont fait un dépistage par mammo ou pas, quels sont leurs facteurs de risques... Je leur pose très facilement car comme j'aborde les vaccins, comme j'aborde tout donc bon pour moi ça fait partie d'un ensemble de choses qui doit être systématiquement discuté. Comme j'aborde le tabac, l'alcool...

- Oui donc du coup, vous, votre technique particulière, c'est plutôt...

Bah je pose la question « Où en êtes-vous du frottis... » voilà. « Est-ce que vous l'avez fait dernièrement ? Euh est ce que vous en avez déjà fait ? Est-ce que vous

avez les résultats ? » bon voilà et soit si elles l'ont fait je leur demande si elles peuvent me faire passer le résultat et tout comme ça je l'intègre dans le dossier et je peux derrière suivre un petit peu même si c'est pas moi qui le fait, et si elles l'ont pas fait, je leur dis que voilà si c'est le moment, ça serait bien qu'elles le fassent, que si elles ont des difficultés pour trouver un gynéco, ici on le fait, que si elles veulent pas que ce soit moi parce qu'elles me connaissent et bah il y a mes internes qui sont là et qui sont formés, et qui peuvent tout à fait faire un frottis sans que ce soit moi, donc ça c'est dit, voilà. Et du coup bah soit on fait si elles sont d'accord et moi je leur dis « Si vous le voulez, on peut le faire là », après si on peut programmer un autre rendez-vous c'est mieux. Dans ma pratique, je sais que le fait de le faire de suite souvent les personnes ont la... Voilà, plus facilement ou il faudrait le refaire, ou alors je leur programme le rendez-vous dans ce cas-là, c'est faisable ça, si vraiment je suis à la bourre.

- D'accord et du coup quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

Qu'est-ce que tu entends par quelle est mon expérience ? Qu'est-ce que tu veux

dire par là ?

- Par rapport à votre formation, votre pratique...

En fait moi je suis passée externe en gynéco, chez Mme V... Qui était interne puis après ma chef de clinique et qui m'avait dit « Si tu fais médecine générale franchement tu peux faire des frottis, mettre des stérilets, c'est pas compliqué et tout...» Voilà. Et puis on en a rediscuté quand elle est devenue ma gynéco, qu'elle m'a suivi pour mes enfants et je me suis dit que voilà et d'emblée, moi j'ai fait des frottis parce que j'ai été formée à faire des frottis, les stérilets j'en avais jamais mis donc j'ai fait une formation de gestes techniques en gynéco avec un labo à l'époque, il ne faut pas le dire mais c'était le labo de MIRENA, il me semble bien. Et donc du coup voilà je me suis dit bah pourquoi pas donc j'ai mis un grand moment, je me suis dit, il faut se lancer donc j'ai mis des stérilets.

- Et pourquoi ?

Parce que moi j'aimais bien la gynéco et que je trouvais que c'était quelque chose qui me plaisait au niveau du suivi parce que ce n'est pas uniquement mettre des stérilets mais c'est faire tout le suivi, c'est la prise en charge globale d'une patiente avec le côté féminin mais c'est justement

le côté global et c'est des choses qu'on peut faire en médecine générale facilement, je suis très dans la prévention je trouve que c'est intéressant d'axer sur la prévention et pas uniquement le soin. Donc du coup de pouvoir offrir ça aux patientes, je trouve ça intéressant, et puis après moi je suis en semi-rural et tu t'aperçois que ce n'est pas forcément simple d'avoir accès des fois même si je suis pas loin, d'avoir accès à des spécialistes, et que la gynéco c'est... À un moment où tu es confrontée pour mettre un stérilet, il faut s'y prendre 3 mois à l'avance, voilà. Donc en médecine générale on a plus de facilités pour offrir ce service.

- Mais pourquoi vous disiez côté féminin ?

Non non mais parce que le côté femme.

- Vous aimez bien cette sphère ?

Voilà, mais après du coup au niveau des hommes, c'est la même chose sauf que le dépistage et la prévention ça n'est pas la même mais voilà moi j'aime bien le côté prise en charge globale en fait. Donc une personne y'a le genre qui rentre en compte dans le suivi, et puis après il y a ce qui est commun aux 2 genres en fait, aux 3 genres, parce que maintenant j'ai des transgenres donc voilà. Et du coup il y a quand même un suivi spécifique pour les

femmes et puis bon après moi je suis axée contraception aussi donc euh voilà, c'est quelque chose que j'aime bien et qui fait que les gens viennent me voir aussi je pense.

- Vous êtes à l'aise avec ça quoi ?

Oui globalement oui.

- Et ça vous plait ?

Je pense qu'on est à l'aise si ça nous plait, si ça nous plait pas, on n'est pas à l'aise ou c'est compliqué d'être plus à l'aise dans des choses qui ne nous plaisent pas je pense. C'est plus compliqué...

- Je suis d'accord avec vous. Et Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

Bah en fait pour moi de rajouter médecine générale, c'est réducteur parce que finalement le suivi gynécologique normalement il doit être de qualité quel que soit par où on le prend, ça veut dire que ça peut être fait par un médecin généraliste, par un spécialiste, par une sage-femme donc voilà ça me pose pas de problèmes. Peut-être que nous notre champ en médecine générale, la différence c'est qu'on voit probablement la patiente dans sa vie globale, dans sa famille, peut-être qu'on a plus accès à des facteurs de risques qui sont concomitants que les autres, et puis on voit comment

elles vivent etc. Après moi je connais mes limites, c'est-à-dire que je ne vais pas accoucher voilà donc du coup du côté obstétricien je vais dire, parce que gynéco med c'est différent, mais gynéco obstétricien ça limite à un temps donné de la grossesse mais on est là pour suivre des grossesses qui sont normales, pas de facteurs de risques. Après, au niveau gynéco bah c'est pareil, quand on découvre des anomalies, de toute façon on passe la main. Donc là je nous vois comme des gate keepers, alors ça n'est pas le bon mot mais comme un champ avancé de la gynéco c'est-à-dire en fait on est là pour repérer, pour suivre un certain temps, et au moment où ça devient pathologique, et bah derrière on passe la main à des gens qui ont plus de compétences que nous dans ce domaine.

- Donc être conscient de ses limites... ?

Pour moi en médecine c'est la première chose, être conscient de ses limites.

- Mais du coup pour vous le médecin généraliste il a vraiment un rôle dans le suivi gynéco ?

On peut le prendre en tout cas, si on est à l'aise avec ça et que ça nous plait, on peut et on doit le prendre. Je pense que moi j'en voudrais à aucun médecin si derrière il n'a pas envie de faire ce suivi, je lui en

voudrais s'il n'est pas capable de repérer une urgence gynéco. C'est-à-dire que dans notre rôle on peut soit s'emparer d'un rôle de suivi et dans ce cas-là il faut se former et savoir où on va et après de toute façon quel que soit notre appétence pour ce côté-là on a un rôle qui est : est-ce qu'on a une urgence gynéco ou pas ? Et ça, qu'on aime ou qu'on n'aime pas la gynéco, j'ai dit à un certain interne en formation une fois parce qu'il me disait «De toute façon je ne veux pas faire de gynéco», j'ai dit oui mais si tu as quelqu'un qui vient te voir parce qu'elle a une douleur au ventre et qu'elle a un retard et que c'est une grossesse extra utérine tu peux pas lui dire «Je ne veux pas faire de gynéco» il faut que tu sois capable de dire est ce que c'est pas un risque de GEU, il faut que je l'élimine, et c'est là ou derrière il y a une compétence à avoir de tout façon, donc je pense que c'est important.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?

C'est le fait d'être à l'aise, le fait de le proposer, je pense que le fait de le proposer fait que. Quand on fait un examen gynéco, qu'on fasse un frottis chez moi ou un stérilet je prends du temps pour ça. J'essaie de limiter la gêne de la patiente.

- Comment ?

Alors déjà je les fais déshabiller à coté, je leur mets un papier sur elles, un morceau de drap d'examen qui fait que derrière ça limite l'aspect...

- La pudeur...

Ça respecte la patiente en disant bah voilà on fait un examen mais du coup ça n'est pas vous voir... Et que si derrière il y a un de mes étudiants, je demande toujours la permission, y'a toujours « Est ce que vous êtes d'accord pour... Qu'il examine, est ce que... Voilà », jusqu'où on va. Et je prends du temps pour le faire, j'ai des spéculums en plastique, j'ai une table dans laquelle j'ai investi qui fait médecine et gynéco et qui du coup est très confortable, au début je faisais avec des étriers classiques mais là, j'ai vraiment une table qui se met en position gynéco donc ce côté-là fait qu'en fait les examens, ils nous disent « Ah c'est super » , voilà je prends du temps, ça se passe bien quoi, voilà. Et j'essaie de leur demander si elles ont des craintes par rapport à ça, qu'est-ce qu'il s'est passé, pourquoi elles ont des craintes, qu'est ce qui a fait que ça s'était mal passé, pourquoi etc. etc. Et donc d'essayer de travailler sur les facteurs de résistance, sur les situations qui leur ont créé du stress par rapport à ça, alors il y a des

authentiques stress parce qu'elles ont connu des situations difficiles, des diagnostics difficiles et puis aussi parce que des fois elle arrive et « Bon vous vous déshabillez à côté, pendant ce temps je vais voir l'autre » et puis après j'arrive je mets un spéculum, tac tac je palpe les seins, je m'en vais, au revoir, 45 euros, voilà. Mais après du coup c'est travailler sur ça aussi.

- Quels sont les freins ?

Le fait qu'on ne soit pas un spécialiste, ça peut être un frein, c'est-à-dire que pour certaines patientes le fait qu'on ne soit pas spécialiste, qu'on soit pas gynéco, pour eux ça veut dire... Donc des fois elles sont surprises quand on dit « Bah je peux vous faire... », « Ah bon vous pouvez ? », je dis « Bah oui en médecine générale on peut tout faire jusqu'à une certaine limite, voilà », du coup ça peut être un frein. Euh, le frein ça peut être parce que ce n'est pas le bon moment pour elles. Ça, ça peut être possible, ou des fois parce qu'on les connaît trop, des fois elles ont du mal c'est pour ça que je positionne toujours mes internes « Si vous ne voulez pas que ce soit moi... » parce que le côté intime... Bon c'est comme ça. J'ai des amies que je suis, elles n'ont pas forcément envie, donc du coup même je leur dis, le regard médecin...

Que ce soit un homme ou une femme c'est pareil etc. Après est ce que si j'étais un homme ça changerait, je ne suis pas sûre... Je pense que c'est dans notre tête. Pendant des années les gynécos étaient tous des hommes et j'ai des patientes qui préfèrent des hommes, alors je leur demande pourquoi mais elles ne savent pas rationnellement pourquoi est-ce que ça n'est pas plutôt des habitudes, en disant « Ah le médecin c'est un homme ? » j'en sais rien mais bon voilà...

- Donc pour vous ça n'est pas un frein d'être un homme ?

Moi je pense que c'est un frein si on se met un frein. Si nous on pense que c'est un frein, je crois qu'on met nous même une barrière et que ça peut poser problème alors que si derrière on voilà...

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Il y a 2 rôles, soit on le fait, en fait on est acteur du suivi, soit on est acteur de suivi mais en étant coordonnateur, c'est-à-dire qu'on s'assure que le suivi soit fait. C'est-à-dire soit on le fait nous-mêmes soit on doit s'assurer... C'est-à-dire que même si on ne fait pas le frottis, c'est s'assurer qu'il soit fait et avec les résultats c'est

mieux, parce que c'est « Je crois l'avoir fait » puis quand elles nous amènent les résultats c'était il y a 5 ans quoi, voilà. Euh après on a des repères avec les grossesses, mais quand les grossesses s'éloignent souvent les frottis s'éloignent, on va dire ça comme ça.

- Et pourquoi ?

Parce qu'elles ont pris l'habitude de se faire suivre pendant les grossesses, puis après voilà j'oublie, je n'ai pas le temps, le rendez-vous je l'avais puis finalement au dernier moment je n'ai pas pu j'avais mes règles, je n'y suis pas allée, le gynéco a annulé, il a eu une urgence, il a été accoucher. Tout ça fait que des fois on a l'impression d'avoir un suivi qui est récent et il est beaucoup moins récent qu'on ne le pense que ce soit gynéco ou mammo ou frottis et donc du coup voilà je pense que notre rôle dans ce cas-là, c'est de s'assurer que ce suivi là il est fait par rapport aux facteurs de risques des patientes. C'est aussi un petit peu à nous de connaître les facteurs de risques aussi. Le fait que si on a de multiples partenaires le frottis ça n'est pas tous les 2 ans mais tous les ans, les femmes HIV... Il y a quand même des petites choses à savoir.

- Oui des choses qui paraissent banales, donc dans tous les cas le médecin généraliste est concerné par le suivi gynéco ?

A moi il me semble oui, on est coordonnateur de soin.

- Voilà, ça n'est pas une spécialité à part ?

Non c'est un pan de notre métier et après c'est jusqu'où on en fait ? Soit on s'assure que, soit on en fait et on s'assure que mais dans tous les cas il me semble que c'est important.

- Cet entretien est terminé. Merci beaucoup du temps que vous m'avez accordé. Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Pourquoi tu as choisi ce sujet ?

- Bah parce que en fait je compte faire de la gynéco plus tard dans ma pratique et du coup je voulais voir un peu si c'était facile d'aborder la gynéco en médecine générale, et j'ai fait un DU aussi pour être à l'aise dans mes connaissances, dans ma pratique et oui du coup c'était un sujet qui m'intéressait et voir un peu comment les médecins généralistes percevaient le suivi gynéco dans leur pratique quoi.

ENTRETIEN 8 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie...

Euh oui, je n'en ai pas mal, y'en a pleins qui marquent différemment à chaque fois, euh... Ça peut être des oublis de tampons depuis on ne sait pas combien de temps, voilà...

- La première qui vous vient comme ça ?

Euh... Une jeune femme qui venait pour des petits soucis gynéco enfin irritations vulvaires ou je ne sais pas quoi et au cours de la consultation en fait on a mis en évidence des violences conjugales...

- Ah oui ça part de ça et on arrive à des choses complètement différentes...

Ce qui est important c'est de laisser suffisamment de temps à la personne pour qu'elle se sente en confiance et puis éventuellement s'il y a quelque chose qui doit surgir et bien...

- Oui ça vient à ce moment-là quoi ?

Voilà.

- Précisez dans quelles circonstances l'avez-vous vue ? Une consultation programmée ? Semi urgence ?

Ah oui oui en général ce sont toujours des consultations programmées, on a des

consultations d'urgence si quelqu'un se blesse et arrive comme ça mais en général les gens prennent rendez-vous et viennent à telle heure tel jour.

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

En fait euh... (Réflexion), au départ c'est une plainte somatique mais finalement l'origine du problème n'est pas du tout quelque chose de somatique ou anatomique et finalement il faut aussi faire attention à ça parce que il n'y a pas mal de femmes aussi qui viennent pour des mycoses à répétition, des petites bricoles quoi, rien de très méchant, leurs vies ne sont pas en danger mais quand on creuse un petit peu souvent soit il y a des problèmes conjugales, soit c'est avec les enfants, il y a une autre consultation qui me vient à l'esprit, c'est une maman qui a 3 enfants adolescents et qui venait pour alors je sais plus c'était un condylome qui était apparu comme ça et pareil au cours de la consultation je l'interroge après, bien sûr je lui dis qu'il faut qu'elle soit vue par un dermatologue pour prendre en charge ses lésions mais en creusant un peu elle me raconte qu'elle a d'énormes soucis avec un de ses fils qui fugue, fait que des bêtises, est arrêté par les gendarmes, qu'elle va le chercher en garde à vue, des trucs

horribles à vivre pour une maman seule, et finalement c'est concomitant de...

- Oui en fait c'est toujours des plaintes somatiques qui amènent à quelque chose de plus psychologique en fait...

Bah en fait je pense que parfois le corps parle de choses qui sont difficiles à dire...

- Et vous, vous êtes à l'aise avec ça ?

Ah oui oui, après moi je ne suis pas en mesure de régler leurs problèmes personnels, professionnels conjugaux tout ça mais parfois euh... D'attirer leur attention sur cette coïncidence qui existe entre cette période difficile avec des problèmes de tel ou tel ordre et bizarrement l'apparition de petits pépins gynéco, pour moi il y a un lien entre ce que le corps exprime et que la personne subit. Alors il y a beaucoup de gens qui disent « Ouais mais c'est psychosomatique » tout de suite des gros mots qui font très peur et que les gens n'aiment pas, je suis assez prudente avec l'utilisation de ce terme parce que souvent ça effraie les gens et ils ont l'impression que c'est dans leurs têtes...

- Qu'ils sont fous...

Oui voilà donc ça brasse beaucoup les gens et on n'avance pas en employant ces termes-là.

- Du coup vous pensez que c'est plus par

le dialogue ? Comment on les fait avancer du coup ?

Comment je les fais avancer ? Bah c'est au cas par cas euh... Par exemple la première dont je vous ai parlé qui était venue pour une mycose, je sentais qu'il y avait beaucoup de réticences et tout et en essayant de la faire parler « Mais comment ça va dans le plan personnel, dans le couple... » que j'ai compris qu'il y avait des choses difficiles et après j'ai compris une sorte de violence conjugale, euh... Bah parfois on n'a pas forcément besoin de dire autre chose, et puis la personne parfois d'elle-même elle comprend finalement que la situation qu'elle est en train de vivre et traverser a un impact sur l'organisme alors comment ça je ne peux pas l'expliquer...

- Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ?

Parce que c'est une patiente qui est suivie au cabinet et que quand mes patientes ont des petits pépins gynéco parfois c'est compliqué d'avoir un rendez-vous chez le gynéco, bah elles viennent en consultation ici, parfois c'est des patientes qui sont suivies ailleurs, par un homme ou un de mes associés hommes mais qui à l'occasion d'un problème gynéco préfèrent venir voir

une femme, elles tombent sur moi parce que j'avais de la place ce jour-là ou sur une de mes associées.

- Donc ça n'est pas spécialement vous qui l'avez abordé avec cette patiente, enfin c'est une patiente que vous suivez d'habitude ?

Euh oui oui ça m'arrive, y'en a une c'est une patiente à moi mais y'en a d'autres qui ne sont pas mes patientes mais que je suis amenée à voir de temps en temps quand le médecin traitant n'est pas là.

- Ça veut dire qu'elles sont au courant que dans ce cabinet vous, vous faites de la gynéco ?

Oui oui.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ?

Alors bah quand elles viennent pour je ne sais pas, notamment aujourd'hui j'en avais une qui est suivie ici et qui avait besoin de refaire le frottis, de temps en temps je leur demande « Alors le frottis ça remonte à quand ? La mammographie ? » etc., notamment la dernière fois j'avais dit à cette patiente « Le frottis ça remonte à quand ? » et elle m'avait dit « Ah bah oui ça va faire 2 ans », et du coup je lui ai dit

« Bah la prochaine fois il faudra prévoir », alors je leur laisse le choix de voir soit le gynéco parce que certaines elles préfèrent voir leurs gynécos, je leur dis vous voyez le gynéco ou sage-femme ou généraliste, il n'y a pas une obligation d'être suivi par untel ou untel, après elles me disent « Ah bah si vous le faites, ça m'arrange c'est plus simple », voilà.

- Vous proposez donc ?

Voilà.

- Et du coup vous avez une technique particulière pour aborder ça ?

Euh non comme « Est ce que vous avez eu une prise de sang récemment ? », parfois elles demandent, « Vous pouvez me marquer une boîte de pilule parce que j'arrive à la fin... » alors je leur dis « Oui mais vous prenez quelle pilule ? Depuis quand ? Le suivi est fait par qui ? » alors si elle me dit « Ah oui c'est mon gynéco mais je le vois que dans 2 mois parce qu'il n'avait pas de délai » bon je remarque la boîte, mais par contre sinon je leur dis « Je vous marque la boîte en dépannage pour ne pas être embêtée mais il faudra prévoir le frottis tout ça » après elles font le frottis chez qui elles veulent mais quand même j'essaie de baliser un peu le suivi.

- **Donc même si elles ne viennent pas pour ça vous essayez quand même d'aborder le...**

Oui de la surveillance habituelle quoi...

- **Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?**

C'est-à-dire ?

- **Est-ce que vous avez été en stage en gynéco ?**

Alors je ne suis pas passée en stage en gynéco parce qu'en fait à mon époque le service de gynéco était couplé avec la pédiatrie, la psychiatrie et Val d'Aurel donc complètement disparate donc voilà je suis passée aux urgences pédiatriques mais je n'ai pas pu passer en gynéco ni en psychiatrie. Alors chez le praticien il faisait pas mal de gynéco donc euh ça m'a permis de voir pas mal de choses ouais.

- **Et après vous avez fait des DU, DPC ?**

Euh non pas spécialement de gynéco non.

- **Donc dès que vous avez fini l'internat vous avez continué à pratiquer la gynéco ?**

Ah bah j'ai fait beaucoup de remplacements ici donc il y avait de toute façon de la gynéco tout ça.

- **Donc du coup c'est quelque chose qui s'est fait naturellement pour vous de faire de la gynéco ?**

Oui

- **Et du coup vous en faites au quotidien ?**

Ouais, une consultation de gynéco par jour au moins, là j'ai eu un frottis, hier matin il y avait une femme enceinte, bon ce n'était pas pour le suivi de grossesse mais y'a de la gynéco voilà...

- **Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?**

C'est un accompagnement de la patiente.

- **C'est-à-dire ?**

Euh... Ce n'est pas linéaire c'est jamais pareil toute la vie, bon à l'adolescence il y a des questionnements, y'a le début de la contraception qu'il faut mettre en place quand il le faut, après une fois que la personne est vraiment adulte autonome tout ça et qu'il y a une contraception qui marche... Mais quand il y a je ne sais pas moi, des petits pépins qui surviennent bon bah voilà je pense que ce qui est important euh... Si on ne se sent pas à l'aise avec ça il faut pas le faire, parce que la patiente elle ne va pas être à l'aise du tout.

- **Donc pour vous c'est primordial d'être à l'aise ?**

Bah il faut mettre la patiente en confiance, déjà se mettre les 4 fers en l'air c'est pas une position super agréable euh les patientes elles y vont un peu à reculons quand il faut faire le frottis, quand il faut... Ne serait-ce qu'il y a un

pépin genre mycose ou infection c'est pas agréable, la pudeur etc. Donc si soi-même on est pas super à l'aise avec ça, la personne en face le ressent donc ça rajoute de la difficulté relationnelle à ce geste technique.

- **Donc pour vous c'est très important ?**

Bah oui

- **Pour moi aussi. Et qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?**

Bah je ne trouve pas de difficultés supplémentaires à faire de la gynéco que de la cardio ou de la pédiatrie...

- **Pour vous c'est une spécialité comme les autres ?**

Bah c'est un aspect de la médecine générale quoi !

- **Et par exemple le sexe du médecin tout ça ?**

Alors je sais que y'a certaines femmes qui préfèrent voir une femme pour un problème gynéco que voir un homme.

- **Et vous savez pourquoi ?**

La pudeur certainement, déjà se mettre à poil devant quelqu'un ça n'est pas évident quoi, donc euh...

- **Oui mais quand c'est notre médecin on a « quand même plus l'habitude » non ?**

Après c'est une question de personne aussi, y'a des personnes que ça ne

dérangera pas de se déshabiller devant un médecin homme mais il y a des femmes où se sera un problème, après pourquoi... C'est personnel quoi.

- **Donc en facteur facilitateur il y aurait le sexe féminin pour vous ?**

Ce que les patientes me renvoient, après je sais que mon associé il a pas mal de personnes âgées et je sais qu'à un moment donné, il y avait certaines grand-mères qui préféraient venir me voir pour des petits problèmes gynéco plutôt que de voir leurs médecins qui les soignent depuis 20 ans, pourquoi ? Je ne sais pas. Dans l'imaginaire des gens, le médecin traitant, le médecin de famille c'est pour soigner les problèmes cardiaques, gastro enfin je n'en sais rien mais gynéco ça c'est à part, pourquoi ? Je ne sais pas...

- **Quels sont les freins ?**

De mon côté ? Bah je n'en ai pas plus que pour les questions de pneumo.

- **Oui vous vous n'en avez pas...**

Non parce que pour moi c'est un aspect de la médecine générale quoi !

- **Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?**

Hum... (Réflexion) euh en fait je pense qu'il faut qu'on soit là pour rappeler, un

peu comme une alerte, vaccination, tétanos tous les 20 ans, passer chez le gastroentérologue tous les 2 ans quand on a eu un polype etc., bin pour les femmes il faut toujours leur rappeler frottis tous les 1 an et demi voire 2 ans...

- Pour vous donc du coup le médecin généraliste il a quand même une position assez importante ?

Je ne sais pas si on a une position importante parce que les femmes sont quand même averties, euh enfin on en parle assez facilement maintenant du suivi gynéco mais on est tellement sollicités par toutes sortes de pubs, d'informations partout que bah trop d'informations tuent l'information et du coup parfois le rôle du médecin c'est d'attirer l'attention : « Il faudra prévoir ça... »

- Et au niveau des gestes ? Vous pensez que le rôle du médecin généraliste c'est quoi ? Parce que là on a parlé du suivi gynéco théorique en forme d'alerte tout ça mais au niveau des gestes vous pensez que le médecin généraliste a quel rôle ?

Bah ce qu'on fait en gynécologie, les sages-femmes peuvent très bien le faire pareil d'ailleurs elles le font, y'a pas d'exclusivité pour le généraliste, on n'est pas indispensables pour ça mais dans la

mesure où parfois il y a vraiment un lien de confiance qui s'est installé et les gens se sentent plus à l'aise pour consulter le généraliste. Après bon elles aiment bien voir le gynéco mais parfois le délai est extrêmement long quoi et ça c'est compliqué pour elles.

- Du coup c'est plus simple d'aller voir un médecin généraliste ?

Je pense, en tout cas ici nous sommes plus accessibles que les gynécos parce que les délais sont moins longs.

- Oui c'est la veille pour le lendemain ?

C'est ça. Si moi je n'ai pas de place tel jour ils peuvent voir virginie...

ENTRETIEN 9 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui relevait de la gynécologie et qui vous aurait marqué... Ou alors votre dernière consultation à propos de gynécologie....

Euh... J'en ai pleins alors du coup c'est compliqué, euh une des dernières qui m'ait marqué en gynéco, euh... Bah il y a toutes les consultations pour les IVG médicamenteuses qui sont souvent assez marquantes, la dernière qui m'ait marquée sur ce plan-là c'est une jeune femme qui

est venue pour un motif non gynéco euh... Pour des lésions cutanées banales, à l'occasion de cette consultation on fait un point sur sa contraception parce que je pose quasiment systématiquement à la consultation dans les antécédents prise de contraception ou non, si non pas de contraception, pas de précautions particulières euh... On discute un peu des types de contraception, tant qu'à faire euh elle me dit « Ah bah j'ai un petit retard de règles » donc bilan avec BHCG et tant qu'à faire bilan de dépistage des infections sexuellement transmissibles. Euh... Ce qui tourne avec BHCG positifs et VIH positif donc du coup revue pour IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) médicamenteuse, elle a fait une écho elle était hors délai donc elle a été à l'hôpital pour l'IVG et en parallèle devoir gérer la primo infection, ou la séropositivité et ce qui m'a le plus marqué c'était la réaction de la jeune femme 20 ans et qui était très dilettante comme si ça ne la chiffonnait pas plus que ça « Ah bah oui le VIH positif, oh bah j'ai fait quand même un peu n'importe quoi, oui bah je sais, j'imaginai bien qu'il devait y avoir quelque chose je suis avec mon mec depuis 3 ans mais on va chacun de notre côté régulièrement et on se protège pas... » « Peut-être que le copain

pourrait aussi faire une sérologie ? » « Ah bah oui c'est une bonne idée puisque vous le dites voilà » et pour le fait de la prise de rendez-vous le fait qu'elle soit hors délai c'est simplement parce qu'elle connaissait les délais mais qu'elle a laissé trainer la prise de rendez-vous pour l'échographie, les prises de sang donc du coup quand elle est revenue ici, elle est revenue pour la prise des médicaments mais elle avait laissé trainé le rendez-vous donc on était déjà à 8-9 semaines etc. Donc très dilettante mais à la fois très concernée parce qu'il se passe, elle savait qu'elle était enceinte, elle savait qu'elle allait faire une IVG, elle savait qu'elle était séropositive qu'il fallait aller à l'hôpital pour faire ça et tout. C'était ce côté complètement paradoxal entre ce qu'on transfère nous sur quelque chose d'hyper grave et qu'elle, elle n'était pas très contente mais une fois que c'était fait c'était fait, elle savait bien que c'était une personne à risque depuis longtemps donc elle vivait avec cette idée et que c'était la première fois qu'on lui proposait de faire un dépistage depuis bien longtemps...

- **C'était un contexte social particulier ?**

Non non, une étudiante tout ce qu'il y a de plus standard...

- Oui ce n'était pas un contexte social où c'était compliqué ?

Ah non, bon qui était plutôt, contexte social étudiante un peu distroy, un peu techno, un peu rave, prise de coke régulière et tout mais rien de socialement catastrophique.

- Précisez dans quelles circonstances l'avez-vous vue ?

C'était une consultation sans rendez-vous pour des espèces de dermatophytoses. Après, c'est vrai qu'étiqueter une consultation gynéco c'est assez difficile pour moi parce qu'on a tendance à imaginer que consultation gynéco c'est parce qu'il y a un examen gynéco alors qu'en fait moi je dirais qu'à chaque fois que je parle d'un truc à orientation gynéco au final ça se termine par un examen gynéco 1 fois sur 5 ou sur 10. La grande majorité des consultations à orientation gynéco il n'y a pas d'examens systématiques...

- Comment avez-vous vécu cette consultation ? Quel était votre ressenti ?

Euh bah pour moi c'était assez intéressant parce que je l'ai vécu comme si j'allais annoncer un diagnostic terrible à quelqu'un, à 20 ans on annonce voilà alors test de grossesse elle avait vu les résultats, ses sérologies le labo l'envoie ici du coup

elle ne les avait pas vus, donc du coup je me suis démené pour appeler avant le rendez-vous en maladie infectieuse savoir quand est-ce qu'elle pourrait être reçue rapidement, euh, je lui ai dégoté un rendez-vous pour l'après-midi même, je la voyais entre midi et 2 elle avait rendez-vous l'après-midi même, euh enfin voilà vraiment blindé pour savoir un peu ce qu'il se faisait et puis quand je l'ai vue à la consultation j'ai vu arriver une petite nana qui était toute tranquille, « Bon bah oui c'est une mauvaise nouvelle, ah bah non cette après-midi je suis pas dispo mais par contre la semaine prochaine pourquoi pas mercredi ou jeudi ? » et du coup j'ai trouvé ça pas évident à gérer mais d'un côté j'ai trouvé ça hyper intéressant parce que ça m'a vraiment remis en question sur ce que je transfère moi de ce que peuvent vivre les patients et donc je prendrais si ça se reproduisait toujours les mêmes précautions par contre je pense que je ferais plus attention à mes ressentis à moi, de pas transférer à l'avance ce que pourrait ressentir la patiente.

- Oui au final ça vous a étonné ?

Ouais ouais c'était de l'étonnement euh... De la préoccupation aussi parce que je me suis dit « Bah voilà ça va être perdu de vue bah elle va tout lâcher et on la reverra

jamais ni en orthogénie ni en maladie infectieuse et puis dans 9 mois elle va accoucher comme ça sans avoir rien suivi » mais non elle a fait les trucs tranquillement à son rythme...

- Elle a été chez l'infectiologue aussi ?

Ouais ouais tout à fait, infectiologue, protocole de traitement qui a été prévu, voilà elle a fait les trucs à son rythme donc voilà c'est une des dernières consultations à orientation gynéco qui m'ait marqué.

- Comment avez-vous débuté le suivi gynécologique de cette patiente ? Comment l'avez-vous abordé, introduit avec elle ? C'est par rapport à la contraception vous m'avez dit ?

Oui c'est ça, euh, j'ai pris l'habitude de poser systématiquement la question de la contraception, que ce soit pour les interactions médicamenteuses ou simplement pour pouvoir le noter et parce que je sais aussi que c'est souvent une porte d'entrée à des discussions très intéressantes sur des personnes qui n'ont pas de contraception ou qui prennent mal la contraception, ou qui se posent des questions sur le fait de changer de contraception mais qui n'ont jamais pris le temps parce qu'ils se disent que pour changer de contraception il faut forcément aller chez le gynéco et que chez le gynéco

il y a 3 ou 6 mois d'attente et que de toute manière 1 fois sur 2 il leurs a dit qu'il ne voulait pas leur mettre un stérilet parce qu'elles n'ont pas eu d'enfants... Je suis dans un quartier qui est vraiment très jeune, très étudiant, et du coup y'a beaucoup ce type de problématique là, consultation gynéco orientation ménopause, troubles hormonaux et tout j'en ai très peu de tout ce qui est suivi de grossesse même chose, relativement peu parce que j'en fait pas assez pour être performant donc j'envoie rapidement vers les sages-femmes ou sur des gynécos mais par contre le côté contraception et prévention c'est devenu un automatisme chez toutes les jeunes femmes.

- C'est votre façon à vous d'introduire la gynéco ?

C'est ma manière d'introduire, les personnes peuvent le savoir aussi parce que c'est affiché en salle d'attente, on a l'obligation d'afficher les tarifs dans la salle d'attente pour tous les médecins libéraux, tous les tarifs c'est une obligation légale, en tant que médecin libéral on a l'obligation d'afficher les tarifs dans la salle d'attente des principaux actes, du coup moi sur mon affichette avec les tarifs j'ai différencié les actes de

médecine générale, les actes de pédiatrie, les actes de gynéco, les actes de cardio pour l'ECG, neuropsychiatrie pour les MMS voilà, donc j'ai fait des chapitres et du coup les gens qui passent un peu de temps en salle d'attente et sont curieux, ils viennent regarder et disent «Ah mais vous faites de la gynéco ?» ou sinon c'est noté sur les ordonnances, le DU gynéco.

- Comment abordez-vous le suivi gynécologique de manière générale en consultation avec vos patientes ? Avez-vous des moyens, une technique particulière ? Quelle est votre expérience en suivi et consultation gynécologique ?

J'ai fait 2 semestres, 1 semestre aux urgences pédiatriques et urgences gynéco sur le CHU et il était fléché CHU ce semestre-là du coup j'ai pu faire un autre semestre orienté pédiatrie et gynéco sur un hôpital périphérique, j'ai donc fait 6 mois de pédiatrie et 6 mois de gynéco dans 4 services différents du coup j'ai vu différentes manières de bosser et c'était intéressant. Après j'ai fait le DU de gynéco sur ma première année de remplacement euh... J'ai fait très peu voire quasiment pas d'exams gynéco pendant les 2-3 ans de remplacement que j'ai fait parce que j'étais dans les cabinets qui n'étaient pas

forcément bien équipés, j'ai essayé une fois de poser un stérilet sur une table d'examen qui n'était pas équipée gynéco c'était un fiasco je me suis dit «Ok j'attends d'avoir une bonne table pour le faire», donc j'ai gardé les connaissances, j'ai continué à m'informer, j'ai créé le cabinet là 2-3 ans après ma thèse et là je me suis équipé d'une table polyvalente et ça, vraiment, le fait d'être bien installé, c'est un truc hyper important voilà, avoir son propre matériel, être bien, avoir une table qui monte et qui descend, le dossier, enfin voilà...

- Et du coup la gynéco vous en faites très très souvent ? Je parle du suivi gynéco en général ?

Euh, suivi gynéco ? C'est un truc qui est abordé au moins une fois par jour par la patientèle, alors ça va être une consultation où les gens viennent spécifiquement pour un motif gynéco, renouvellement de pilule, frottis, informations sur la contraception, IVG (Interruption volontaire de grossesse) médicamenteuse, des IVG j'en vois en moyenne 3 par semaine. Bah il y a très peu de gens qui font ça, sur Montpellier pour l'instant moi je suis le seul généraliste qui fait ça en IVG médicamenteuse, Montpellier et alentours, y'a une

généraliste à Lunel et un gynéco sur Montpellier et voilà je crois qu'elle reçoit des gens aussi, et après y'a une sage-femme sur Gignac et Montpellier, sachant que les 2 sages-femmes ça fait que quelques mois qu'elles le font et en formation actuellement y'a quelques généralistes, quelques sages-femmes mais voilà moi ça fait 4 ans que je fais des IVG médicamenteuses et sur Montpellier j'étais tout seul avec la gynéco et la sage-femme, après...

- Donc vous en faites 3 par semaine ?

Ouais, j'essaie de pas refuser mais parfois je suis obligé de refuser et du coup ça envoie au CHU, ça c'est pour les gens qui ont une convention avec le CHU après y'a d'autres personnes qui font les IVG médicamenteuses sur les cliniques mais en général c'est des IVG médicamenteuses avec des hospitalisations sur ½ journée mais à domicile y'a très peu de gens qui le font donc du coup ça ramène aussi du monde et du coup ça amène la problématique gynéco voilà ça me fait un rappel tous les jours que oui c'est intéressant d'en parler donc euh... Ouais comme je vous disais c'est devenu un automatisme. Au niveau des gestes je fais à peu près un frottis par semaine, un implant par mois ou toutes les 3 semaines,

un stérilet au moins un ou deux par mois.

- Ouais donc vous faites toute la gynéco médicale en fait ?

C'est ça, avec les IVG en plus...

- Des choses que les gynécos médicaux ne font pas spécialement ?

Non et puis ils sont même très contents d'avoir une adresse de quelqu'un à qui envoyer les IVG médicamenteuses, y'a régulièrement des patientes qui viennent qui ont vu leur gynéco pour demander ça et qui ont dit « Ah non je fais pas ça, je sais pas faire, allez voir le docteur là-bas » ou alors certains gynéco qui réservent les IVG médicamenteuses que pour leur patientes à elles. Mais même ça c'est relativement rare, en général ou bien ils envoient sur la clinique sur Clémentville et Saint-Roch sur tous les gynécos qu'il y a, il n'y en a que 2 ou 3 qui sont vraiment impliqués sur l'interruption de grossesse, ce n'est pas glamour. Au niveau médical ce n'est pas très bien côté, voilà...

- Que vous évoque le suivi gynécologique en médecine générale ?

De la colère contre les gynécologues, contre les spécialistes, le suivi gynéco de manière générale ça m'évoque un parent de pauvres et une comment dire euh... Ça m'évoque un domaine de la médecine dans lequel il y a énormément de maltraitance

des patientes et dans lequel il faut s'investir et se former, transmettre des informations d'écoute, de bienveillance, de respect des patientes, de l'intimité, respect du consentement des examens qu'on fait. Ça m'évoque un gros chantier, voire une grosse lutte et du coup c'est aussi pour ça que je suis content de faire beaucoup de gynéco c'est parce que recevant des externes et des internes ici, j'estime que je peux leur montrer, leur transmettre quelque chose pour lequel dans cette spécialité on est très très mal formés. Je veux dire, je reçois justement dans le cadre de ces IVG en particulier où les femmes parlent beaucoup et aussi à côté, beaucoup de gens de personnes qui décrivent un parcours gynéco euh qui si on sort du cadre professionnel peut être limite un cas de maltraitance psychologique ou physique. Des prescriptions de contraception qui sont imposées, euh qui ne sont pas expliquées, mal suivies avec des surveillances qui sont mal suivies, euh un défaut d'informations, une femme qui va pour une information de contraception chez son gynéco euh et qui a une information biaisée ou on va leur dire à votre âge y que la pilule point. On explique pas même si des méthodes qui peuvent être statistiquement moins

efficace, on n'explique pas le diaphragme, les différences de statistiques d'efficacité entre le retrait et le stérilet, voilà, donc c'est une information qui est biaisée.

- Et en médecine générale particulièrement, vous trouvez aussi que c'est mal fait ?

Je trouve que les généralistes qui se sont investis sur la gynéco peuvent avoir un meilleur suivi que certains gynécologues. Les gynécologues qui sont assez investis sur la contraception en général sont nickel, les gynécologues qui sont plutôt orientation gynécologie chirurgicale ou très obstétriques voilà c'est compliqué. Après c'est très difficile de mettre une étiquette sur les gens, c'est pas les gynécos sont tous les méchants et les généralistes sont gentils, ou les sages-femmes font bien, ça dépend vraiment des formations et des personnalités. Moi je bosse avec des gynécos en ville qui sont excellents et extra tant en terme de qualité d'information que d'humanité dans le suivi et du respect et des généralistes même chose je vois toujours, je parle beaucoup des IVG parce que c'est là où je vois des patientes qui ne sont pas des patientes du cabinet, donc du coup c'est des gens qui sont suivis par ailleurs en gynéco et qui viennent apporter et qui ont pas forcément

d'explications claires. Mais de manière générale dans la médecine euh le gynéco le généraliste ou la sage-femme il y a... Je vois aussi le côté négatif mais il y a beaucoup de gens qui font très bien leur boulot mais aussi beaucoup qui font du très très mauvais travail. Et voilà, des femmes qui viennent à 30-35 ans et qui n'ont jamais fait d'examen gynéco depuis 10-15 ans parce qu'on les a forcées à faire un examen gynéco à 17 ans, en leur disant si si c'est comme ça voilà. C'est pas anecdotique, c'est des personnes à qui on a jamais expliqué à quoi ça servait de faire un frottis, quand je demande « Vous savez à quoi ça sert ? » « C'est pour voir si tout va bien », voilà, des personnes à qui on a jamais donné le choix de la contraception, donc c'est des choses qui me mettent assez en colère à titre personnel et du coup c'est ça que ça m'évoque côté suivi gynéco ça m'évoque vraiment un gros bazar et une nécessité de s'investir.

- Qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynécologie dans votre pratique ?

Qu'est ce qui facilite l'abord de la gynéco ? Déjà l'expérience personnelle, quand on a l'habitude d'en faire et l'habitude de l'évoquer ça devient assez vite beaucoup plus facile, euh... Le fait de ne pas avoir d'apriori par rapport à ça, la

gynéco n'est pas une partie à part de la médecine générale et la gynéco n'est pas une partie à part de la médecine, ça fait partie du suivi normal, y'a une séparation artificielle entre la médecine générale et la gynéco. On n'a pas d'hésitations quand on va parler d'un problème de prostate pour un mec ou quand on va parler d'un problème... Quand on va dépister un risque cardio-vasculaire chez une personne qui est obèse. Même si ça peut être gênant de se dire « Ah j'ai peur de dire un truc un peu intime », « Monsieur, madame vous êtes en surpoids il faut surveiller » y'a un peu le même frein de dire ouh là je veux parler d'un truc intime mais ça se passe dans la culotte donc j'ai pas le droit d'en parler donc euh je pense qu'une des choses qui facilite c'est l'expérience et c'est s'enlever de la tête l'idée que c'est une partie à part du suivi de la personne.

- Et le sexe pour vous, je veux dire le fait d'être un homme ou une femme le médecin pour vous ça n'est pas du tout un frein ?

Absolument pas, en tant que médecin je suis ni homme ni femme je suis un médecin. Alors oui euh j'ai une gueule de mec mais à partir du moment où dans la manière d'être de se tenir de regarder les personnes dans la manière de les toucher,

dans la manière de s'installer euh qu'on soit un homme ou une femme, les mêmes examens peuvent être vécus de manière hyper intrusive ou pas. Quand une femme est en position gynéco euh on peut lui parler en étant sur le côté ou assis sur un tabouret entre ses jambes pour dire les mêmes mots ça va pas être pareil. On peut demander à la personne d'enlever juste le bas ou de se déshabiller complètement ça va être plus ou moins intrusif. On peut faire un TV en étant debout à côté de la patiente ou en étant entre ses jambes, là aussi ça peut être vécu de manière totalement intrusive ou pas. Euh... On peut se taire totalement, y'a des patientes qui rapportent des histoires où le gynéco dit rien, vous êtes allongée à moitié à poil sur une table et vous avez quelqu'un qui est là et qui fait des trucs avec des instruments sans qu'on sache ce qu'il se passe c'est un peu flippant. Pour moi c'est parler, expliquer euh respecter. Ou alors j'ai vu une fille qui disait que son gynéco quand elle rentrait dans le bureau, il la regardait de haut en bas style comment... Voilà. Un espèce de scanner de comment elle était habillée ou pas cette fois ci, un peu limite. Mais ça c'est des choses qui m'ont été rapportées avec d'autres professionnels hein ! Des kinés des machins. Je pense que

c'est une attention de tous les instants au respect et après ça devient un automatisme. Mais après c'est quelque chose qui n'est pas spécifique à la gynéco, c'est une manière d'être, voilà c'est quelque chose et encore une fois le côté gynéco en particulier ne doit pas être quelque chose qui doit être séparé du reste. Même si c'est vrai que professionnellement parlant la spécialité gynéco est une spécialité très particulière.

- Pourquoi ?

Alors on peut remonter loin dans l'histoire, en fait c'est une spécialité hyper hiérarchisée avec une espèce de concurrence entre gynéco, chose que l'on retrouve absolument plus dans aucune autre spécialité de nos jours mais actuellement il y a encore une concurrence entre gynéco qui est féroce. Autant sur le plan financier que de la patientèle avec des procès, avec des choses comme ça, il m'a piqué des patients etc. C'est des choses qu'on ne retrouve plus dans la médecine et pour avoir des copains gynéco et sage femmes c'est des trucs qui sont... Y'a toute une vieille garde de gynécologues qui sont un peu « old school » qui sont encore sur maintenir un pré carré qu'il faut se battre contre ses confrères pour ne pas comment dire se

laisser prendre des clients et en plus si y'a des méchantes sages-femmes qui veulent faire le travail des gynécos. Donc le but c'est de maintenir la suprématie du gynéco chef sur la sage-femme subordonnée, et voilà et j'ai le souvenir il y a 2-3 ans, j'avais été contacté par une gynéco de l'association des gynéco locale pour des soirées de formation avec labo etc... Bon j'avais décliné parce que c'est pas du coup mon truc et elle m'a dit: «Bah vous vous êtes généraliste, on vous invite parce qu'on a eu des retours des patientes que vous voyez beaucoup de patientes en gynéco et tout ça mais vous imaginez on va quand même pas inviter n'importe qui, on va quand même pas inviter des sage femmes c'est pas leur job de faire des suivi gynéco» donc c'est vraiment un milieu avec des gens qui sont extras mais y'a aussi un milieu tout pourri avec des gros sous parce qu'en fait c'est une spécialité médico chirurgicale, ils sont dépendants d'un plateau technique, ils ont tous des parts dans les plateaux techniques des cliniques, là avec saint Roch qui vient de s'ouvrir c'est un truc de gros sous. Et il faut montrer patte blanche, par exemple si un gynéco veut accoucher sa propre patiente et que ce n'est pas son jour de garde, après c'est oui mais tu m'as fait 2

accouchements ce jour là donc je t'en dois 2. C'est un milieu assez pourri, c'est un milieu historiquement très, comment dire, très hiérarchisé et scindé parce que c'est une profession pendant laquelle très longtemps l'homme n'avait pas le droit d'examiner les femmes, parce qu'un homme même médecin ne devait pas examiner une femme en France en occident depuis le moyen âge. Les dernières femmes gynéco au moyen âge c'est au 11^{ème} siècle, euh à Salerne et depuis c'était les médecins qui étaient des médecins et les sage femmes ou du moins on appelait ça les matrones parce qu'il n'y avait pas de formation de sage-femme, qui elles examinaient et transmettaient l'information au médecin et elles étaient assimilées à des sous catégories médicales comme les barbiers chirurgiens etc. donc le médecin lui-même n'intervenait pas sauf catastrophe et c'est que vers le 18^{ème} siècle qu'il y a eu une formation spécifique pour les sage femmes qui a été faite Mme Ducoudray qui est une formation spécifique pour les jeunes femmes de la cour et les écoles de sages-femmes c'est milieu du 20^{ème} siècle. Et le fait que les chirurgiens étaient admis dans les écoles de médecine c'est quelque qui est très récent aussi, si je me trompe pas c'est fin du 18^{ème}

siècle, jusqu'à présent ils étaient barbiers donc c'était pas des médecins, les médecins c'est l'intello le barbier c'est le manuel et la sage-femme c'est la petite main et du coup c'est pour ça que la médicalisation de la profession de sage-femme est très polémique c'est parce que c'est des siècles et des siècles de main mise des médecins sur la gynéco en plus dans une société patriarcale bah voilà la femme n'a rien à dire c'est l'homme médecin qui va lui dire comment se positionner pour accoucher etc. etc. et ça ne change que depuis le milieu du 20ème siècle très progressivement avec une extension progressive de l'extension de prescription des sages-femmes, une inclusion sur le concours PACES, un passage à 4 ans au lieu de 3 ans, euh... Voilà mais y'a 40 ans les sages-femmes étaient encore considérées comme subordonnées avec des grades. A la maternité de Montpellier elles avaient des grades avec des badges sur le chapeau en fonction du grade de la sage-femme, il y avait la sage-femme chef, sous-chef etc. avec des petits codes couleur comme les militaires quoi ou les religieuses. Donc du coup la gynéco en fait est vraiment héritière d'une spécialité extrêmement exclusive homme, médecin, chirurgien et avec du coup une main mise

et une domination...

- Quels sont les freins ?

Moi je n'ai aucun frein pour ça, que ce soit sur tout ce qui tourne sur gynéco sexologie etc... Qu'est ce qui va m'avoir freiné, ça va être les patientes qui disent d'emblée « Non mais ça va j'ai pas envie d'en parler » mais au moins je l'ai abordé, je sais que la porte est ouverte mais pour aborder je n'ai pas de... Pour moi en tout cas, après de manière générale dans la profession je pense que, voilà ça me pose aucun souci psychologique professionnel d'aborder ça et au contraire ça me paraît indispensable.

- Selon vous, quel est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de ses patientes ?

Informé, éducation à la contraception, à la prévention de rappel éventuellement et surtout d'orientation si on n'est pas branché gynéco.

- Si on n'a pas envie de faire l'examen ?

C'est ça, mais le rôle du médecin généraliste dans la gynéco encore une fois je trouve ça artificiel de scinder la gynéco et tout, dans ces cas-là on pourrait dire, est ce qu'il y a un rôle spécifique du généraliste dans tout, dans l'urologie, dans la cardio, la diabéto, ou est ce qu'il y a un rôle spécifique du généraliste dans le suivi

des hommes par rapport aux femmes ? Ou dans le suivi des femmes par rapport aux hommes ? Pffff non le rôle spécifique du généraliste c'est de faire son job d'information de prévention, d'expertise en santé et d'orientation si on n'est pas assez formé mais voilà le rôle spécifique du généraliste c'est juste faire son job de généraliste

Cet entretien est terminé. Merci beaucoup du temps que vous m'avez accordé. Auriez-vous quelque chose à ajouter ?

Non mais j'aimerais bien voir votre thèse avec les verbatims des trucs et bon courage et puis c'est intéressant parce que le fait de savoir ce que d'autres médecins généralistes peuvent ressentir c'est hyper intéressant parce que moi maintenant je suis dans un biais complet comme j'ai l'habitude d'en faire, je ne vois pas les difficultés que peuvent au quotidien ressentir mes confrères, ça m'intéresse beaucoup.

ENTRETIEN 10 :

- Souvenez-vous d'une consultation qui vous aurait marqué et qui relevait de la gynécologie ?

En gynéco ? Euh oui, gynéco, on parle aussi des cancers du sein, des choses comme ça ?

- Oui oui, le suivi gynéco en général...

Il y a une dame, il n'y a pas longtemps, j'ai dépisté enfin elle s'est dépistée toute seule, un cancer du sein mais assez avancé, très inflammatoire. Je n'avais jamais vu ça en fait avec de la peau d'orange comme on apprend dans les livres voilà, assez sévère, et euh ! Bon après c'était une femme seule qui ne s'examinait pas, qui ne se regardait pas. Elle n'avait pas de suivi gynéco je crois depuis plusieurs années.

- Et dans quelles circonstances vous l'avez-vous vu ? C'était programmé ?

Non en fait, c'était de l'autopalpation, c'est elle qui l'a découvert et je lui ai dit que j'étais inquiète tout simplement.

- Mais elle avait pris rendez-vous pour consulter ?

Elle l'avait pris pour ça. Elle n'avait pas appelé au téléphone en me disant qu'elle voulait me voir rapidement, je l'avais vu le jour même, je crois. Elle avait téléphoné pour savoir si c'était urgent ou pas.

- **A la base, c'est elle qui vous a contacté par téléphone et après du coup c'est vous qui lui avait dit de venir...**

Moi, je n'avais jamais fait de suivi gynéco chez elle. Elle était suivie par un gynéco qu'elle n'avait pas vu depuis quelques années. Elle avait fait ses mammographies régulièrement, voilà !

- **D'accord**

C'est la dernière consultation marquante, après on fait des frottis de temps en temps, mais bon pas de ce type-là !

- **Comment avez-vous vécu cette consultation ?**

Ben...

- **C'était quoi votre ressenti ?**

J'étais très embêtée pour elle, j'étais triste pour elle qu'elle ne se soit pas regardée, qu'elle n'ait pas fait l'autopalpation. C'est surtout ça en fait, parce autant j'enquiquine les patientes plus jeunes et après passé un certain âge c'est vrai je suis un peu moins embêtante, c'est vrai elle n'est pas très âgée non plus, mais je parle moins de l'autopalpation et euh c'est typiquement le genre de femmes qui n'a pas de conjoint, qui ne s'examine pas, qui ne se regarde pas, qui ne s'occupe pas de ça quoi. C'est vrai, je me suis dit si

elle avait regardé avant, on aurait gagné quelques semaines, pas beaucoup quelques semaines. Elle avait fait sa mammo pas longtemps avant...

- **Ah oui en plus...**

C'est vraiment un truc agressif, pas vraiment, c'est un truc un peu particulier, mais bon je me suis dit que ça aurait été bien de voir un gynéco pour ça un peu avant sachant que je pense que ça n'aurait pas vraiment changé grand-chose dans son cas, c'est ça qui est triste car du coup, la mammo ne datait même pas d'un an.

- **Ah oui d'accord.**

Un an pile poil.

- **Donc vous étiez plutôt embêtée pour elle quoi, c'est ce que vous avez ressenti et vous vous sentiez assez formée pour euh pour euh prendre en charge...**

Ben, dans ce cas-là, c'est le cas comme dans les livres donc du coup c'est assez facile, j'ai vite appelé le radiologue puis ensuite l'ICM pour avoir tout rapidement, après la chimio etc. Mais, dans ce cas-là, le cas est tellement typique que oui. Alors après c'est surtout les frottis intermédiaires, j'appelle le gynéco, j'appelle les copines, moi j'ai de la chance j'ai ma meilleure amie qui est gynécologue

à l'hôpital. Donc je l'appelle assez facilement et il y'a Lucie aussi mon associée qui a le DU de gynéco, donc j'avoue j'ai le coup de fil assez facile dès que j'ai un truc que je ne sais pas.

- D'accord, je comprends. Et du coup euh comment vous avez euh comment avez-vous introduit le suivi gynéco avec cette patiente ? Elle savait que vous faisiez un peu de gynéco ?

Non là je pense que c'était d'une manière générale.

- Oui oui.

Je n'aurai pas dû peut-être prendre cet exemple pour vous, je ne suis pas sûre c'est pas trop... Ce n'est pas comme un frottis pathologique ou....

- Oui c'est sûr, ben après c'est de la gynéco en général quand même mais euh... mais euh...

Non là, pour le coup c'est de la médecine générale, c'est le dépistage du cancer, la prévention...

- Oui ça n'a pas vraiment besoin d'introduire le suivi gynéco, oui c'est vrai...

Non mais par contre, l'histoire de l'autopalpation c'était intéressant dans les

années précédentes, je ne sais pas si tous les gynécologues le font ou pas, si le gynécologue en a parlé, mais...

- D'accord.

Mais après nous, on en parle, c'est encore une autre histoire mais après la gynéco moi euh ce n'est pas le truc que je préfère je vous avoue. J'en fais parce que on est sollicités, les femmes n'ont pas de gynéco, les délais sont très longs chez un gynéco donc on... Mais je rectifie quand même que pour le suivi des grossesses tout ça je me sens pas les épaules pour, puis clairement ce n'est pas le truc que j'aime faire et puis de toute façon j'ai une table d'examen qui n'est pas très adaptée, après j'ai les étriers, j'ai tout ce qu'il faut, mais bon, je ne me sens pas confortable dans ce cabinet pour faire de la gynéco. C'est un autre problème où j'en ai parlé pas mal de fois avec mon associé, je ne me sens pas confortable ici pour en faire. Après il y'a la demande, donc on en fait quand même !

- Mais pourquoi, nous ne vous sentez pas confortable ? Par rapport au matériel ? Clairement c'est matériel.

- Parce que au niveau envie...

Ah non et l'envie, après je n'aime pas ça ! Après j'en fait parce que c'est technique et

que ça change un peu, mais faire que de la gynéco ça ne me plairait pas, mais après c'est une question personnelle.

- Et pourquoi, vous n'aimez pas ?

Parce que ça ne plaît pas (rire) ça ne fait pas du tout euh, c'est pas la partie, je préfère faire de la cardio, je préfère faire autre chose ou de la pédiatrie. La gynéco c'est pas un truc qui me fascine, après voilà, c'est juste une question de goût personnel quoi. Je pourrai faire le DU, je sais que ça serait utile. Mais l'année prochaine je fais le DU de pédiatrie quoi, je ne vais pas faire le DU de gynécologie. Après je sais que c'est intéressant pour un généraliste. J'imagine que c'est le sujet de la thèse aussi...

- Oui, mais ce n'est pas le but d'avoir que des gens qui sont passionnés par le gynéco, justement il faut des gens...

Après, on a la demande, c'est évident, je ne sais pas si c'est une question dans ta thèse, mais on a vraiment la demande si tu veux. Une patiente un peu âgée qui n'a pas de gynéco pour son frottis, qui n'a pas de suivi, c'est sûr je vais lui proposer de lui faire plutôt qu'attendre 2 ans avant qu'elle ait un frottis ou qu'elle s'en occupe. C'est moi qui vais un peu insister, bon alors on fait le frottis, Si jamais j'ai un problème,

j'appelle le gynéco, j'appelle Lucie voilà c'est moi qui vais insister là-dessus mais après c'est sûr que je vais les enquiquiner pour qu'elles aient un suivi gynéco, mais ce n'est pas parce que je n'ai pas envie de le faire, voilà, je pense pour c'est pour elles, c'est pour la patiente.

- Du coup, comment vous abordez le suivi gynéco en général, pas spécialement des gestes, comment vous l'abordez en général lors des consultations ? Avec vos patientes ?

J'aborde assez facilement pour le coup, on demande la date, du coup c'est assez pénible quand les patientes viennent pour un truc en particulier, c'est le grand problème de la médecine générale. Vous êtes interne en médecine générale ?

- Oui.

Euh, c'est les patientes viennent pour quinze trucs à la fois, et ça c'est un vrai problème en médecine générale. Quand ils viennent pour le suivi, parfois je leur demande de venir pour juste une consultation de suivi, banal ou renouvellement d'ordonnance à la limite ce n'est pas des complications trop compliquées donc que, et c'est là que j'en parle. Quand on se voit à l'occasion, à la consultation d'avant je marque mammo

telle date, je parle de la dernière date du frottis, je parle de l'autopalpation quand il y a besoin, je parle de la contraception quand il y a besoin, quand il y a besoin, c'est à dire... Suivant l'âge, quand il y a des jeunes femmes, je parle voilà.

- Par rapport aux recommandations, vous regardez les âges et tout c'est ça ?

Oui tout à fait, et euh qu'est-ce que je voulais vous dire ? Oui c'est vraiment la consultation ou renouvellement et je vois par rapport à mes fois d'avant si j'en ai parlé, en général je tiens à en parler tous les ans ou tous les six mois en gros, Et après les jeunes filles viennent pour le renouvellement de pilules, donc là c'est assez simple, ce que je vérifie que j'ai bien checké la fois d'avant...

- Donc c'est assez systématique ?

Oui c'est assez systématique.

- Et la technique, enfin la technique particulière c'est, vous commencez par euh...

Interrogatoire, voilà, s'il y'a des antécédents familiaux, je me le suis marqué dans mon dossier, antécédents familiaux cancer du sein, cancer du col, tabac, toujours pareil quoi... On se fait un petit truc bien, même si on a vieux

logiciels, on se fait des post-it. Je le marque bien que j'accède la fois d'après. Et au moins tous les 6 mois ou à chaque renouvellement de pilules ou... Je pose la question.

- D'accord et par rapport aussi, quand il y'a des ados par rapport aux mamans tout ça, vous faites comment pour l'aborder ?

Quand il y'a la maman à côté ou pas ?

- Oui.

Euh, j'en parle, c'est vrai souvent elles viennent avec leurs mamans ou pas, ça dépend de l'âge. Quand elles sont un peu jeunes, on en parle euh voilà...

- Vous avez une technique particulière pour l'aborder quand vous êtes avec euh...

Non, moi j'ai un contact un peu jeune, donc c'est assez facile, elles m'en parlent assez facilement et puis j'ai des mamans qui sont plutôt cool pour le coup et où on demande à la maman de partir 5 minutes parce que j'ai besoin de savoir si elles fument, si elles ont des rapports sexuels alors je fais partir la maman, mais ça dépend j'ai quand même des patientes qui sont plutôt sympas là-dessus. Elles viennent avec leurs filles ouvertement, elles savent qu'elles ont des rapports

sexuels et qu'on doit discuter de la contraception ou pas, du tabac, des pilules du suivi, quand il y'a des gros antécédents dans la famille. On instaure un suivi, mais euh... Mais je ne trouve pas que c'est une difficulté alors je pense que c'est en tant que femme d'en parler, je pense que c'est assez facile pour nous.

- Ah oui, et pourquoi ?

Ben je pense quand on est une nana, c'est assez facile d'aller poser la question, quand c'est des jeunes femmes en face de nous, nous on est jeune, donc c'est assez facile d'avoir, elles en parlent très facilement, donc c'est pour ça qu'on a encore plus la demande de gynéco, ça me semble évident, parce sinon je n'en aurais pas autant.

- Oui si vous étiez un homme de 50 ans barbu (rire) ?

Oui c'est ça, ou même un copain, je lui avais posé la question, oui je pense qu'ils ont moins la demande. Je pense que c'est une question de profil là je pense.

- D'accord, ok donc pour vous ça joue quand même...

Ah ça joue un peu, au niveau des femmes, elles se sentent plus libres avec quelqu'un de leur génération, même génération, il ne

faut pas exagérer, mais elles parlent de MST plus facilement, elles parlent de tous leurs problèmes gynéco beaucoup plus facilement. Je pense que ça joue, ça me semble évident, en tout cas, ça jouerait sur moi. Je pense que si j'allais voir j'en parlerai si vraiment un problème, mais si je n'ai pas de problèmes pour le suivi banal, je ne pense pas que j'en parlerai forcément.

- D'accord, mais du coup qu'elle est votre expérience en suivi, en consultation gynéco jusque-là ?

Ben j'ai fait un SASPAS avec des consultations, je fais des stages d'internat et après j'ai fait un SASPAS où j'avais une journée par semaine chez un gynécologue en ville, c'est bien, donc du coup il me faisait faire les frottis, le stérilet je me sens pas de le faire, je le sens pas trop, j'ai vu des femmes, j'ai dû leur retirer rapidement, du coup je ne sens pas trop de le faire, je sais que c'est assez facile à faire mais euh, voilà j'ai exercé une fois par semaine pendant six mois.

- Et après du coup, vous avez remplacé un peu ?

Oui.

- **D'accord, alors là vous en faisiez un peu ?**

J'en faisais beaucoup moins, et je me suis installée assez vite dans ce cabinet. Pareil on avait la demande, on avait des femmes aussi de médecin qui voulaient de la gynéco dans ce cabinet. Et puis là, on est pas mal sollicité aussi, donc euh, après voilà on en fait aussi, sur les frottis, par contre, ça m'arrive de galérer, j'ai vu la patiente du coup là, j'ai voulu lui faire un frottis parce qu'elle n'avait pas eu de frottis depuis plus de 3 ans je crois, je ne sais plus de quand il datait, euh, par contre elle avait un vaginisme de dingue, j'ai galéré à lui faire, je n'avais pas de spéculum, j'avais que des gros spéculums, une dame qui n'avait plus de rapports sexuels depuis des années. Du coup, je n'ai pas réussi alors comme quoi, il y'a quand même des situations où on n'y arrive pas et Lucie a réussi, elle lui a fait la technique une peu de respiration que je ne connaissais même pas enfin bref elle a réussi quand même à lui faire, c'est pour dire que même si on a un peu l'expérience, j'ai galéré, je trouvais pas son col, le col se contractait, elle avait super mal, vraiment mal donc j'étais très gênée de lui faire et donc je cherche pas je demande à Lucie, je ne me sens pas les épaules pour

le faire et voilà, ouais, il n'y a pas longtemps, c'est une situation d'échec, c'est pas souvent mais voilà...

- **Mais oui, mais bon, après c'est vrai qu'il y a toujours des cas un peu particuliers où c'est des examens un peu compliqués et ça n'est pas toujours évident...**

Oui il faut savoir relayer.

- **Mais du coup par rapport, en une semaine, vous en faites ?**

Une consultation, ça dépend si vous me parlez des MST, machin.

- **Non du suivi gynéco en général...**

Suivi gynéco, un frottis.

- **À aborder**

Ah oui à aborder, c'est tout le temps.

- **Tous les jours ?**

Oui tous les jours, je parle de gynéco, aujourd'hui, j'en ai parlé deux trois fois de matin, vaccin GARDASIL, renouvellement oui oui ça.

- **Oui ça, vous l'abordez quotidiennement ?**

Oui oui tout fait, mais je ne fais pas des frottis tous les jours.

- Oui non non alors du coup vous faites les frottis mais pas les stérilets, les implants ?

Implants, j'en ai enlevé plusieurs mais je n'en ai pas mis plusieurs récemment, mais j'ai l'impression qu'il y a moins la demande des implants... Ils ont moins une bonne pub. J'en ai mis en stage beaucoup et à mon ancien cabinet aussi pas mal. Une vingtaine ou quinzaine.

- Je trouve aussi, ok et du coup, que vous évoque le suivi gynéco en médecine générale ?

Euh, moi ça m'évoque qu'il faut le faire en gros, c'est impératif, c'est important, ça fait parti du suivi, de la prévention au même titre que l'on vérifie de quand date la dernière prise de sang, on vérifie la tension, c'est des choses pour nous qui ne sont pas dans toutes les consultations mais les gens que l'on voit une fois par an, alors là il faut en parler quoi, si un patient, je le vois tous les 3 mois, on va dire il faut justement bien suivre le dossier, tout marquer savoir si on en a parlé, parce que parfois on radote un peu, mais oui je pense que c'est systématique, ça fait partie de la prévention, comme le tabac, le cholestérol, les risques cardio-vasculaires. Je pense que c'est notre métier de

généraliste.

- Et pour vous, le suivi gynéco ça doit forcément inclure les gestes ou pas ?

Ben c'est plus simple, ouais, c'est quand même plus simple de dire je peux le faire, si vraiment mais, la question est bonne parce qu'en fait non parce que les hommes peuvent le faire aussi pour le coup ou les gens qui n'ont pas la compétence de gynéco de savoir faire un frottis ou tout ça. Il suffit de demander, de vérifier que les patientes ont bien fait en temps et en heure leur frottis, leur mammo et la contraception, on a parlé de MST, la contraception et des problèmes liés à tout ça et euh non du coup mais je trouve que c'est plus facile de pouvoir proposer, je vais vous faire un PV, bon voilà je jette un coup d'œil avec le spéculum voir s'il y'a des pertes anormales ou des saignements, du coup c'est vrai ça facilite.

- Ben oui bien-sûr ...

Et après pour le coup, la question juste de la prévention, c'est à la portée de tout le monde.

- Oui déjà, si les gens ont fait ça, pour vous c'est déjà bien.

Ah ben oui, je pense que c'est le plus important, après les gestes après, comme

moi par exemple j'ai des patients depuis longtemps et je n'ai pas envie de les suivre en gynéco, je leur propose de voir Lucie du coup pour tout ce qui est gynéco et tout ça et moi je vérifie de voir si c'est fait. En général tout est très bien fait et pour le coup voilà je vérifie, je fais la prévention et par contre je ne fais pas les gestes.

- Et pourquoi certaines patientes vous ne voulez pas ?

Parce déjà toutes les patientes, je préférerais que ce ne soit pas moi en gros, parce que je trouve que c'est mieux que ce soit une autre personne, moi je vérifie si tout a été fait et pour toute la partie geste parce que, peut-être quand j'aurais une table d'examen un peu mieux un cabinet un peu plus grand, peut-être que je sentirais un peu plus à l'aise mais là je suis avec ma lampe qui marche pas, ce n'est pas confort...

- Mais après, on a le droit aussi de ne pas aimer...

Je n'aime pas spécialement non plus (rire) je trouve des excuses dans le matériel, mais je crois que c'est les deux, mais après avec du bon matériel, je le ferais peut-être plus volontiers, il faut que je sorte les étrières, les machins bref... C'est pas confort.

- Ouais, c'est la galère !

Je dis à mes patients, je le fais mais ce n'est pas confort, c'est pas génial et je trouve que c'est bien parfois de ne pas avoir le même intervenant après certaine patiente où je pense que c'est bien d'aller voir Lucie quand c'est un peu plus compliqué. Quand par exemple après un cancer du col ou des consultations particulières, mais c'est vrai j'aime bien me détacher de la consultation gynéco, qu'elle ait un gynécologue en fait. Comme y'a plus de gynéco...

- Oui qu'un médecin généraliste qui fait plus de gynéco...

C'est ça.

- Et qu'est ce qui selon vous facilite l'abord de la gynéco dans votre pratique ? Vous disiez le fait d'être une femme ?

Voilà je le disais tout à l'heure mais je pense vraiment que d'être une femme jeune je trouve que les patientes se sentent bien mais je crois que je suis assez dispo donc ça joue aussi, on n'est pas froid, on est vraiment médecin de famille et ça ça joue.

- Ah oui médecin de famille, c'est à dire ?

Je connais les noms de leurs enfants,

j'appelle les gens, pas tous, par leurs prénoms mais du coup le fait d'être proche, on est le médecin qui a suivi les jeunes filles, il n'y a pas si longtemps que j'exerce mais quand même ça fait 6 ans voilà et du coup voilà il y'a quand même du recul, c'est vrai je les vois grandir ou les mamans je les vois vieillir peu importe mais je pense que ça favorise vachement le rapport sur tout ça, sans aucune difficulté, après même les femmes que je connais pas bien, je ne trouve pas qu'il y ait de difficultés, les gens ils se confient facilement si ils ont des problèmes gynécos, des rapports sexuels avec je sais pas qui... Ils vont facilement nous parler plus librement, c'est eux qui vont être plus libre vis à vis de nous.

- D'accord.

Le fait d'être médecin de famille en revanche.

- D'accord et les freins ?

Vis à vis du médecin ?

- Les freins en général, plus vous pour aborder la gynéco, c'est quoi vos freins à vous ?

Je n'ai pas trop de freins, ce n'est pas difficile d'en parler, après c'est plus la technique. Après je trouve que mes

connaissances sont limitées.

- Après pourquoi elles sont limitées ?

Ben les frottis intermédiaires après avec des HPV positifs, après je trouve que mes connaissances, j'ai l'impression que ça change tout le temps, quand le regarde les recommandations, ça change sans arrêt, voilà. Après nous on se renseigne, moi je n'ai pas de honte à leur dire, ben écoutez je me renseigne, je passe un coup de fil et vous appelle. Je fais assez souvent ça, une pilule qui convient pas, j'appelle une copine, bon voilà il y a ça comme facteur de risque, ça a augmenté, j'ai le coup de fil assez facile et puis je rappelle les gens. En plus ça les rassure, on recherche, on dit que l'on ne sait pas, je vais me renseigner. C'est pour ça que je n'ai pas trop de frein, parce que du coup limite j'en parle même si je ne sais pas en fait je vais me renseigner, donc euh, autant j'ai des freins dans pleins de matières autant là je n'ai pas de gros freins à part un peu parfois de manque de connaissances euh...

- Ça vient de quoi, vous pensez ?

C'est que ça change beaucoup trouve aussi, c'est plus ça. Après nous sur les... J'ai une patiente qui est venue avec un gardnerella, c'est facile, je vérifie les recommandations après je ne savais si il

fallait que je traite le partenaire, Lucie m'a dit oui, parce qu'il était symptomatique apparemment, Lucie, pareil je passe une petit coup de fil, je regarde sur « antibioclic » bon effectivement c'était carrément légitime même si je n'y croyais pas trop de traiter quand même le monsieur, bon là, je trouve qu'on a qu'un accès, on cherche en fait et c'est pas comme un ECG où je vais plus galérer, Il faut vraiment que j'envoie la photo à un copain cardio, Je vois moins de freins, même si je préfère la cardio pour le coup, je trouve moins de freins en gynéco que dans d'autres matières on va dire, on va dire c'est plus facile.

- Peut-être aussi, parce vous avez des intermédiaires, plus sous la main, on va dire...

Oui ça c'est clair, j'avoue que moi pour le coup autant j'en ai pas du tout en ORL, en pneumo tout ça, mais c'est vrai que c'est beaucoup plus facile. Je garde le frottis, quand on a un intervenant à côté quand on a un carnet d'adresses, ça joue vachement je pense.

- Ouais, oui c'est sûr.

J'image quand on est seul dans l'arrière-pays et qu'on ne fait pas un poil de gynéco, c'est peut-être plus galère c'est peut être

un frein pour en parler, enfin j'en sais rien. Voilà, en moi je ne le vis pas comme euh, je n'ai pas de freins.

- D'accord.

Si c'était la question je n'ai pas de freins à part ma table non ferrée et le fait que c'est pas ma discipline préférée, je crois que c'est ça.

- D'accord, et selon vous, du coup dernière question, qu'elle est le rôle du médecin généraliste dans le suivi gynéco de ses patientes ?

Bah le rôle il est hyper important, justement c'est ce que je disais c'est pour surveiller que tout a bien été bien fait en temps et en heure. Pour vérifier que les patientes se regardent quand même les seins ou du moins aillent chez le gynéco pour les problèmes hormonaux, je pense que notre rôle est hyper important. Pour le coup, je ne peux pas penser que les patientes elles vont juste... Il y'en a qui font ça qui disent qu'elles vont chez le gynéco, elles ne nous abordent pas le sujet, Vous inquiétez pas j'ai vu mon gynéco il y'a trois mois, elles ne veulent pas aller plus loin dans le... Je leur pose quand même des questions sur la contraception, sur les dates exactes tout ça, mais si voulez, elles, elles ont leur suivi

gynéco, il leur marque leur petite prise de sang tout ça et c'est vrai finalement des fois elles se contentent vraiment de ça, mais à nous de vérifier si tout est bien fait et voilà. On ne sait jamais le gynéco peut ne pas y penser à certains trucs.

- Oui puis du coup, ça scinde un peu le suivi, pourquoi le suivi gynéco serait complètement différent du suivi...

Surtout qu'en fait les gynéco, d'autres confrères me l'ont dit, ils marquent les prises de sang, mais du coup quand il y'a du cholestérol ou tout ça, nous on ne va pas être au courant à part la prise de sang faite par le gynéco, donc après c'est important, moi je leur dis apportez moi la prise de sang que vous a prescrit le gynéco parce que je ne la reçois pas donc que, ne serait-ce que pour ça, c'est pour ça que nous généralistes il faut qu'on s'en occupe, même si on n'aime pas ça, voilà.

- Oui voilà, même si on n'a pas spécialement l'intérêt pour cette discipline, le rôle c'est quand même de vérifier si c'est bien fait quoi ?

C'est ça, même poser des questions sur le tabac, sur les facteurs de risques cardio-vasculaire, c'est vraiment le rôle, c'est un rôle important.

- Le rôle de la prévention, vous voulez dire ?

Oui c'est ça, mais euh, si le généraliste ne le fait pas, si elles n'ont pas de gynéco ben je ne sais pas, il y'a un problème quand même. Si personne ne s'en préoccupe. Là je pense que c'est notre rôle.

- Parce vous pensez qu'il y'a des femmes qui passent à travers les mailles du filet parfois ?

Oui je pense, il doit y en avoir, je n'en ai pas beaucoup parce que je ne les lâche pas là-dessus, mais je pense qu'il doit y en avoir quoi. Bon après, si elles ont le bon gynéco qu'elles voient tous les ans, j'ai des patientes quand elles ont contracté une mycose elles vont voir leur gynéco, je leur ai dit vous savez ça je peux le faire, ne vous inquiétez pas c'est pas un souci surtout qu'en plus elle se mangent de l'ECO... au lieu de prendre des probiotiques, de faire un traitement parfois plus léger qui suffirait. Voilà des fois le recours au gynéco n'est pas forcément indispensable, pour les gestes oui mais...

- Oui, vous pensez que pour les petites choses, les petites urgences entre guillemets, les médecins généralistes ?

Oui carrément, enfin je trouve que l'on est assez formés, j'ai l'impression que l'on est assez formés, je suis une jeune génération, mais même Annick qui est d'une autre génération est assez formée aussi, je ne sais pas après on a eu les études pour quoi, bon après il y'a des questions plus techniques mais bon à la limite là on fait intervenir le gynéco. Mais je vous dis ça ne me choque pas qu'elles aient un gynéco,

nous on doit vérifier que les choses ont été faites. C'est comme ça que je vois les choses.

- Ben merci beaucoup le questionnaire est terminé, avez-vous quelques choses à ajouter ?

Non non du tout.

ANNEXE 2 : INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Évolution des effectifs de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 – Atlas de la démographie médicale en France 2018.....	20
Figure 2 : Densité des médecins généralistes en France – Atlas de la démographie médicale en France 2018.....	22
Figure 3 : Densité des gynécologues obstétriciens avec application de fourchettes de classement - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018.....	23
Figure 4 : Densité de gynécologues médicaux avec application de fourchettes de classement - Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2018.....	24

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME/ABSTRACT

Introduction

De nombreux territoires en France sont considérés comme des déserts médicaux s'accompagnant d'une diminution du nombre de gynécologues. Les médecins généralistes et les sages-femmes tentent de pallier à ce manque. La pratique de la gynécologie est très variable d'un médecin généraliste à l'autre. L'objectif de cette étude était de comprendre la manière dont les médecins généralistes abordaient la prise en charge gynécologique en consultation en explorant leur vécu et leur expérience.

Matériel et méthode

Entretiens individuels semi-dirigés, puis retranscription mot à mot et enfin analyse phénoménologique des verbatims permettant l'émergence des catégories.

Résultats

10 entretiens réalisés jusqu'à saturation des données. Les 3 catégories conceptualisantes qui ont émergées des verbatims étaient : L'abord de la gynécologie en consultation est une pratique quotidienne de la médecine générale grâce à l'accessibilité du médecin, son rôle central en tant que coordinateur et/ou acteur dans la prévention, le dépistage et le traitement des pathologies dans le cadre d'une collaboration efficace avec ses confrères; l'approche globale centrée sur la personne est un atout pour le médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique grâce à sa proximité, son empathie, sa connaissance de l'environnement de la patiente; les freins à la pratique de la gynécologie selon les médecins généralistes touchaient plusieurs composantes structurelles de l'expérience vécue (le manque de formation, de connaissances, de temps, d'information des patientes, les réticences bilatérales, la rémunération, le matériel...).

Conclusion

Le médecin généraliste est conscient de son rôle clé à jouer pour la prise en charge gynécologique des patientes. Ses principaux atouts dans l'abord de la gynécologie restent la relation de confiance avec sa patiente, son rôle central dans la prise en charge et enfin l'approche globale centrée sur la patiente. Il serait intéressant de réfléchir à l'élaboration de mesures concrètes permettant de réduire les freins encore présents à l'abord de la gynécologie par le médecin généraliste.

MOTS CLÉS : Gynécologie (gynecology), médecine générale (general practice), médecin généraliste (general practitioner), étude qualitative (qualitative study), Abord (Introduction)