

**Arguments de décision dans le choix par les femmes
entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans
le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de
grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes**

Claire Timsit

► **To cite this version:**

Claire Timsit. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246324

HAL Id: dumas-03246324

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246324>

Submitted on 2 Jun 2021

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

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



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

CLAIRE TIMSIT

Le 27 novembre 2018

TITRE

**Arguments de décision dans le choix par les femmes
entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant
dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique :
étude chez 126 patientes**

Directeur de Thèse : Dr Charlie Nogrel

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Amouyal

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre Boulot

Madame le Docteur Béatrice Lognos – Folco

Monsieur le Docteur Charlie Nogrel

Membre invité : Madame le Docteur Claire Duflos

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

CLAIRE TIMSIT

Le 27 novembre 2018

TITRE

**Arguments de décision dans le choix par les femmes
entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant
dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique :
étude chez 126 patientes**

Directeur de Thèse : Dr Charlie Nogrel

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel Amouyal

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre Boulot

Madame le Docteur Béatrice Lognos – Folco

Monsieur le Docteur Charlie Nogrel

Membre invité : Madame le Docteur Claire Duflos

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

| | |
|-------------------------|----------------------|
| ARTUS Jean-Claude | DEDET Jean-Pierre |
| BLANC François | ELEDJAM Jean-Jacques |
| BOULENGER Jean-Philippe | GUERRIER Bernard |
| BOURREL Gérard | JOURDAN Jacques |
| BRINGER Jacques | MAURY Michèle |
| CLAUSTRES Mireille | MILLAT Bertrand |
| DAURES Jean-Pierre | MARES Pierre |
| DAUZAT Michel | MONNIER Louis |

PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel

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
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
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
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
GUILLOT Bernard - Dermato-vénérologie
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
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER 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
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
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
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
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
HAYOT Maurice-Physiologie
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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
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
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
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 UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{er} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES 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
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger ce travail en tant que médecin généraliste et enseignant. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon respect le plus sincère.

A Monsieur le Professeur Pierre BOULOT,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet en acceptant de juger mon travail. Le point de vue d'un Gynécologue Obstétricien me semble important. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération et de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS-FOLCO,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury et je vous en remercie. Votre avis en tant que praticien s'ajoute à votre avis en tant que femme. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Claire DUFLOS,

Je vous remercie infiniment d'avoir porté d'emblée de l'intérêt à ce sujet. Vous voilà donc membre d'un jury de thèse pour la première fois, en vous souhaitant qu'il y en ait de nombreuses autres ! Soyez assurée de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Charlie NOGREL,

Un immense merci pour la formation clinique que tu m'as apporté au cours de mon premier stage « en ville », et pour m'avoir accompagnée avec autant de gentillesse, de motivation et de précieux conseils pour finalement voir l'achèvement de ce travail ensemble.

A Françoise, pour ta bonne humeur, ton accueil chaleureux et toute l'énergie positive qui rayonne de toi.

A toutes les femmes qui ont accepté de prendre le temps de participer à ce travail en répondant au questionnaire.

Aux laboratoires et leur personnel qui ont activement contribué au recueil de données et sans qui ce travail aurait été bien difficile à terminer !

Aux professionnels de santé qui m'ont formé pendant l'externat puis pendant l'internat, avec bien entendu une mention particulière pour Violaine Vernier, Marie Laure Pons, Thierry Lecamp, Thierry Gaudin, le Professeur Jean Ribstein et son équipe (big up pour Maman Chat).

A Laure, Christine et Magali, mes collègues désormais, pour savoir me soutenir, être à l'écoute et me permettre de progresser dans ma pratique au quotidien. **A Pamela** la meilleure secrétaire -et bientôt coordinatrice?- qui soit :)

A mes parents pour avoir toujours été là pour moi, et m'avoir soutenue dans toutes mes prises de décision. J'espère arriver à être aussi juste vis à vis de mes -peut-être- futur(s) enfant(s) ! Pour m'avoir baladée dans un nombre incalculable de pays, pour m'avoir mise sur un bateau dès le plus jeune âge. Pour avoir relu ma thèse aussi !! Je vous aime !

A mon grand-père, j'espère que de là haut tu es fier de moi. Plus besoin de « contrat » pour progresser maintenant, tu vois je suis lancée ! Tu me manques.

A mamy, pour ton amour inconditionnel.

A ma sœur, toubib de qualité, je vais m'efforcer de suivre tes traces ! Hâte que tu me fasses découvrir ta montagne. Je t'aime fort.

A mes neveux, mes crapauds, vous êtes géniaux.

A mon frère, pour ton calme dans toutes les situations et ton optimisme permanent ! Parce que tu as aussi toujours le mot juste dans toutes les situations. Merci à Ilse aussi pour son coup de main en anglais ;)

A ma tata zaza adorée, et à Michel pour les semaines au ski passées ensemble dans mon enfance, **à tous mes cousins** pour les moments passés à Berville et le bonheur de se retrouver, même rarement.

A mes amis

Anita pour cette D4 passée ensemble, parce que je peux tout te dire, pour nos imitations de zombies dans l'appartement. Tu es une amie très chère et ma psychiatre conseil !

Adé de toujours, amie éternelle et remarquable commissaire d'expo, je suis fière de toi.

Thur pour les moments partagés ensemble depuis des années, en espérant qu'il y en ait moult autres, en te souhaitant le meilleur dans ta carrière d'urgentiste-kitesurfeur-grimpeur.

PB, tu es toujours l'ami de St E, du O'Sullivan, le rugbyman, le baroudeur. Ton amitié m'est chère.

A Kaly en te souhaitant le meilleur à Nouméa avec ta puce qui est superbe !

A Sam, faudra vraiment que tu m'emmènes en alpi depuis les années qu'on en parle ! Pour ton soutien dans les coups durs et ton amitié solide.

A Clara, ma pédiatre de référence, pour les coucous échangés sur l'eau dans des destinations où on boit des caipi !

A Arthur, le Papa, dans la vie et au boulot, celui en qui on peut avoir toute confiance.

A Po, pour les heures de Yoga partagées, pour ta bonne humeur et ton amitié. Hâte de venir vous voir à la Réunion !

A Gaël et Sophie, en vous souhaitant de meilleur à venir ;) on pourra baby sitter pas loin !

A Julie et Charly l'agent secret, en vous souhaitant d'innombrables voyages à venir, peut être ensemble un jour ? Et vous souhaitant aussi un long voyage de couple.

A Guigui et Anne-Lies, vous vous êtes trouvés ! Pour ne pas s'être quittés depuis la P2 avec Guigui, pour les soirées interminables et ton flegme incroyable.

Aux parigos en mémoire des voyages, des snowintas, des grosses fiestas : Mick, Marie et Fred, Manue, Cam mec, Cam fufou, Clem, Yuyu, et toute la bande de caldoches.

Aux zouz et leurs mecs ! Ilé, Suzy, Marine, BroTTY, Cam, la sauvageonne, Ouaoua, Gaëlle pour votre soutien quand j'en ai eu besoin, et pour les soirées zouz !

A Rédha et Aurélie pour ce bout de semestre partagé ensemble, et surtout les décompensations partagées en ville et les fous rires au boulot.

Aux Rouennais qui m'ont ouvert les bras (et à ceux qui ne sont pas Rouennais mais qui n'ont pas le choix!!) : Alban, Chacha et Vincent, Coline et Clément, Stéphane et Laurène, Bastien, Simon, Quentin et Salomé, François et Hélo, Mathias.

Aux Carcassonnais et Narbonnais : La Sinz, Titoune, Sénam, Lucas, Claudine, Océ, Paulina et Alix en souvenir du premier semestre.

A la famille de Simon qui m'a accueilli avec tant de gentillesse : Léa et Médo, Francine et Didier, Mamie Liliane.

A Simon, pour tout l'amour que tu m'apportes chaque jour.

La thèse n'était qu'un petit obstacle que nous avons vaillamment affronté, et j'espère qu'aucun autre nous empêchera d'avancer vers le bonheur au quotidien, et ça pendant de nombreuses années.

Merci pour ton soutien, ton aide, ta joie de vivre, et tes massages aussi !

Docteur Letertre, je vous aime !

Sommaire

| | |
|--|----|
| I : LISTE DES ABRÉVIATIONS | 17 |
| II : INTRODUCTION | 18 |
| 1) Les acteurs du suivi gynécologique et obstétrical : État des lieux | 18 |
| 1.1 : <i>Démographie médicale</i> | 18 |
| 1.2 : <i>Formation théorique et pratique des médecins généralistes et des sages-femmes en gynécologie et obstétrique</i> | 19 |
| 2) Première consultation de gynécologie | 20 |
| 3) Prescription d'une contraception | 21 |
| 4) Dépistage de la femme | 22 |
| 4.1 : <i>Cancer du sein</i> | 22 |
| 4.2 : <i>Cancer du col de l'utérus</i> | 23 |
| 5) Suivi de grossesse non pathologique | 24 |
| 6) Ménopause | 25 |
| III : PROBLÉMATIQUES | 26 |
| 1) Le suivi et le dépistage sont insuffisants | 26 |
| 2) Les médecins traitants face à la gynécologie | 26 |
| IV : QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS | 28 |
| V : MATÉRIEL ET MÉTHODE | 29 |
| 1) Type d'étude et population étudiée | 29 |
| 2) Structure du questionnaire et méthodes d'analyse des données | 31 |
| 2.1 : <i>Structure du questionnaire</i> | 31 |
| 2.2 : <i>Outils informatiques</i> | 32 |
| 2.3 : <i>Précisions concernant l'analyse de certaines données</i> | 32 |
| 3) Considérations légales | 33 |

| | |
|---|----|
| VI : RÉSULTATS | 34 |
| 1) Taux de réponse au questionnaire | 34 |
| 2) Données brutes | 34 |
| 3) Description de la population étudiée | 34 |
| 3.1 : Répartition des patientes selon leur âge | 34 |
| 3.2 : Répartition des patientes selon leur lieu d'habitation | 35 |
| 3.2.1 : Selon la population de leur commune | |
| 3.2.2 : Selon leur temps de transport nécessaire pour accéder à un gynécologue | |
| 3.3 : Répartition des patientes selon leur couverture complémentaire santé | 36 |
| 3.4 : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent de parité | 36 |
| 4) Le suivi gynécologique des femmes interrogées | 37 |
| 4.1 : Qui a pratiqué le premier examen gynécologique | 37 |
| 4.2 : Qui pratique le suivi gynécologique actuel | 37 |
| 4.3 : Qui pratique ou a pratiqué le suivi obstétrical | 38 |
| 4.4 : Influence d' une aide pour les soins de santé sur le suivi gynécologique | 39 |
| 4.5 : Influence du temps de transport pour un accéder à un gynécologue sur le suivi gynécologique | 39 |
| 4.6 : Influence de l'antécédent de parité sur le suivi gynécologique | 39 |
| 4.7 : Opinion des femmes sur l'information reçue concernant les dépistages gynécologiques | 39 |
| 5) Les médecins traitants des patientes et leur pratique gynécologique | 40 |
| 5.1 : Le point de vue des patientes sur la pratique gynécologique de leur MT | 40 |
| 5.2 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins traitants | 41 |
| - Age des médecins traitants | |
| - Sexe des médecins traitants | |
| - Lieu d'exercice des médecins traitants | |
| - Ancienneté des médecins traitants | |
| 5.3 : Opinion des femmes sur la capacité de leur MT a effectuer certains actes gynécologiques | 43 |
| 5.4 : Gêne décrite par les patientes si leur MT les suit également pour la gynécologie ... | 44 |
| 6) Les critères du praticien idéal | 44 |

| | |
|------------------------------------|----|
| VII : DISCUSSION | 46 |
| Forces et limites de l'étude | 52 |
| VIII : CONCLUSION | 55 |
| IX : BIBLIOGRAPHIE | 56 |
| X : ANNEXES | 59 |
| 1) Le questionnaire | |
| 2) Document d'information | |
| 2) Résultats bruts | |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 67 |
| PERMIS D'IMPRIMER | 68 |
| RESUME | 69 |

I : LISTE DES ABREVIATIONS

DIU : Dispositif Intra - Utérin

FCU : Frottis Cervico – Utérin

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologue Obstétricien

GP : General Practitioner (équivalent du Médecin traitant dans les pays anglosaxons)

HPV : Human PapillomaVirus

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

PMI : Protection Maternelle et Infantile

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

II : INTRODUCTION

1) Les acteurs du suivi gynécologique et obstétrical : État des lieux

La consultation de gynécologie ou d'obstétrique fait l'objet de dispositions particulières dans le cadre du parcours de soins coordonnés tel qu'il est défini dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie(1). Un accès direct spécifique à un gynécologue est possible, selon l'assurance maladie « pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ». Ces consultations ne sont donc pas soumises à l'examen préalable par le médecin traitant et laisse alors libre choix aux patientes de leur interlocuteur.

1.1 : Démographie médicale

Les chiffres de démographie médicale sont alarmants. La densité des médecins toutes spécialités confondues en France en 2017 s'élève à 337 pour 100 000 habitants (relativement stable depuis 2015 à 336,5/100 000 hab). L'Hérault est globalement mieux loti que le Gard, que ce soit pour les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens ou les médecins généralistes. Les âges moyens des gynécologues (Gard et Hérault confondus) sont de 54,55 ans et ceux des médecins généralistes de 52,05 ans, ce qui présage de grandes difficultés pour les prochaines générations lorsque l'heure de la retraite aura sonné pour ces praticiens.

En 2017, 2112 médecins généralistes sont installés dans l'Hérault pour 143 gynécologues, soit quasiment 15 généralistes pour un gynécologue, selon les data de la DREES. (2)

Quant aux sages-femmes, au premier janvier 2015, on en comptait 21 700 en activité en France, dont la majorité exerçait dans les maternités publiques (44%). La problématique est inverse de celle des médecins, puisqu'une augmentation importante du numerus clausus dans le passé a engendré une croissance des sages-femmes actives beaucoup plus importante que celle du

nombre de femmes en âge de procréer et du nombre de naissances. Cette croissance était initialement prévue afin d'absorber une partie de la patientèle des gynécologues dont on connaissait et prévoyait la raréfaction.

En réaction à cette conjoncture démographique, la part libérale de la profession a considérablement augmenté, pour représenter plus du quart des sages-femmes actives en 2014, et évaluée à 36 % en 2030 par la DREES.

Sur les actes côtés par les sages-femmes en 2014 et en ville, la majorité correspond à la rééducation périnéale et à la préparation à la naissance (respectivement 46 et 17%) pour une activité très limitée de suivi gynécologique (1%) et un suivi de grossesse relativement restreint (environ 10%). (3)

1.2 : Formation théorique et pratique des médecins généralistes et des sages-femmes en gynécologie et obstétrique

La formation des médecins généralistes comprend une formation théorique systématique de gynécologie et d'obstétrique, la formation pratique est obligatoire seulement depuis la réforme du Troisième Cycle (avril 2017).

En effet dans la maquette de médecine générale avant 2017, sur les 6 semestres à effectuer au cours de l'internat de Médecine Générale, un semestre devait contenir soit un stage de gynécologie soit un stage de pédiatrie. Au moins un stage en ambulatoire (MG en « ville ») était effectué, mais forcément très dépendant de l'activité du médecin libéral attribué en ce qui concerne la pratique gynécologique.

La réforme du troisième cycle des études médicales prévoit un passage obligatoire en « santé de la femme », qui pourra être réalisé soit à l'hôpital soit en libéral. Elle permet également un deuxième passage systématique en stage ambulatoire (ce qui était facultatif jusqu'alors) dénommé SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée) (4).

L'augmentation des stages en terrain libéral permettra sans doute aux internes de médecine générale de se faire leur propre idée sur la pratique gynécologique en ville. Des formations

complémentaires sont également accessibles (DU et DIU (Diplômes Universitaires et Inter Universitaires), FMC (Formation Médicale Continue).

Quant aux sages-femmes, leur formation comprend 5 années d'études, la première étant commune aux étudiants en médecine notamment. Lors de leurs années suivantes, la pratique comprend des stages en hôpitaux, avec un stage final de 6 mois.

Depuis la loi HPST de 2009, selon l'article L. 4151-1 du code de la santé publique : « L'exercice de la profession comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, et à la préparation psycho-prophylactique de l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals concernant la mère et l'enfant. L'examen post-natal peut être pratiqué par la sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. La sage-femme pratique des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve qu'elle adresse la patiente chez un médecin en cas de pathologie» (5). En effet elles sont aussi habilitées à prescrire des contraceptifs oraux ainsi qu'à poser et retirer DIU et implants.

2) Première consultation de gynécologie

Selon le motif de la première consultation, un examen pelvien sera ou non réalisé. Il est acquis depuis longtemps, et ce basé sur les recommandations de 2004, actualisées en 2011 (de la Haute Autorité de Santé et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) que celui ci est inutile dans le cadre d'une prescription de contraception orale.

Nous aborderons donc ici davantage le premier examen pelvien. Il doit théoriquement être effectué à l'âge de 25 ans afin de réaliser le premier FCU. En cas d'inactivité sexuelle, le premier examen peut être reporté. Cependant, même sans pénétration, une contamination par le HPV par simple contact cutané est possible, justifiant un dépistage.

Le premier examen pelvien est pour la jeune femme une source potentielle de peur, de gêne physique et psychologique. Le médecin se doit absolument de favoriser de bonnes conditions d'examen, de la réassurance et de donner les explications qui pourront aider la patiente à vivre

la consultation le moins mal possible.

Cet examen représente pour le médecin aussi un acte qui peut être difficile, que ce soit techniquement (par manque de pratique) ou psychologiquement (peur de faire mal, importance de la réussite du premier examen pelvien, gestion des réticences éventuelles de la patiente) (6).

3) Prescription d'une contraception

La prescription d'une première contraception est valorisée en France depuis le 1^{er} novembre 2017 : pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue ou le pédiatre est passée au tarif de 46 euros. Cette revalorisation financière permet surtout de mettre l'accent sur l'importance de cet échange et sur les explications complètes qui nécessitent d'être données. Les différentes possibilités de contraception doivent être évoquées, avec leurs avantages et inconvénients, une mise en garde sur les infections et maladies sexuellement transmissibles et sur le dépistage de celles ci.

La place du médecin généraliste dans cette activité est capitale et importante en nombre : en 2009 plus de la moitié des contraceptifs ont été prescrits par des MG (7).

Théoriquement cette première consultation ne requiert pas d'examen gynécologique (en absence de signe clinique) , les recommandations sont claires sur ce point. Cependant il semble que parfois celui ci soit quand même réalisé. Une étude datant de 2010 sur 2400 praticiens aux USA a montré que 29 % des GO et 33% des GPs (Médecins traitants) le pratique encore, avec une différence significative sur une prédominance de cette pratique chez les cliniciens les plus âgés. Une différence était montrée également pour les praticiens du privé qui l'effectuent plus que ceux exerçant dans le public (OR 2,30, P<0,01). (8).

Quant au renouvellement de prescription , il doit bien sur être systématiquement ré-évalué en fonction du profil de tolérance, d'efficacité (oubli de pilule?) et de souhait de chaque patiente.

4) Dépistage de la femme

4.1 : Cancer du sein

Véritable enjeu de santé publique, premier cancer féminin en incidence et première cause de décès par cancer chez la femme, la guerre est déclarée contre le cancer du sein depuis longtemps et un plan de bataille est mis en place :

L'organisation de son dépistage organisé a précédé de 14 ans celui du cancer du col de l'utérus. Des expériences dans 10 départements pilotes entre 1989 et 1991 ont permis d'établir un programme national qui a été généralisé à l'ensemble du territoire français en 2004. Les mammographies numériques ont été introduites dans le dépistage en 2008 (Arrêté du 24 janvier 2008, par le Ministère chargé de la Santé). Ce programme a pour objectifs la réduction de mortalité liée au cancer du sein et l'amélioration de l'information et de la qualité des soins. L'accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et de façon égale est garanti par la législation.

Les femmes de 50 à 74 ans - sans symptôme ni facteur de risque particulier - bénéficient désormais, tous les deux ans, d'un examen avec palpation mammaire et d'une mammographie (un cliché de face et un cliché oblique externe par sein) avec 2 lectures systématiques par des radiologues en cas de normalité de l'examen. Si celui-ci est anormal, des examens complémentaires et une prise en charge spécifique sont organisés au plus tôt.

Dans le cadre du dépistage, cet examen est pris en charge financièrement par le tiers payant.

La mammographie permet de détecter, avant tout symptôme, 90 % des cancers du sein. Entre 150 et 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au dépistage pendant 7 à 10 ans.

Néanmoins de nombreuses polémiques sur le sur-diagnostic sont d'actualité et justifient de ne pas majorer le rythme préconisé par la HAS en cas d'examen clinique normal. (9)

Le dépistage organisé ne concerne pas les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer du sein (antécédent personnel, mutation BRCA1 et 2...) car celles-ci bénéficient d'un suivi rapproché.

En 2016, le taux de participation de la population cible au dépistage était de 50,7 %, avec certaines disparités régionales. Néanmoins il est estimé que 10 à 15 % supplémentaires des femmes de 50 à 74 ans se font effectivement dépister mais en passant par une démarche individuelle, sur prescription d'un médecin. Entre 2013 et 2014, 36889 cancers ont été enregistrés soit 7,4 cancers pour 1000 femmes dépistées par le dépistage organisé. La mortalité par cancer du sein a globalement diminué de 1,5 % par an entre 2005 et 2012. (10)

4.2 : Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus, dû à l'infection persistante par certains papillomavirus humains concerne à peu près 3000 nouveaux cas en France chaque année et est responsable d'environ 1100 décès. Des lésions pré cancéreuses sont retrouvées chez 30 000 femmes chaque année.

Ce cancer est l'un des seuls pour lequel la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge se dégrade, bien qu'il existe à la fois le dépistage par FCU et les vaccins contre les papillomavirus. Cette baisse de survie s'explique en partie par des cancers invasifs de développement rapide, la plupart du temps de mauvais pronostic, ayant échappé au dépistage. Il existe également des disparités géographiques et sociales qui semblent intolérables dans notre pays à l'heure actuelle.

Nous sommes actuellement au cœur du « Plan Cancer », débuté en 2014 et prévu jusqu'en 2019, qui a pour objectif de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans. (11)

Avant la mise en place de ce « Plan Cancer », entre 2010 et 2012, 13 départements français ont servi de test à une expérimentation. Les femmes de 25 à 65 ans non dépistées au cours des 3 années précédant l'expérimentation ont reçu invitations et relances. 2,4 millions de femmes ont été concernées par l'étude. Le taux de participation au dépistage par cette méthode à augmenté de 12 % par rapport à la population cible.

Il a été conclu que les stratégies les plus efficaces sont la réalisation du FCU tous les 3 ans puis à terme par test HPV tous les 5 ans. La vaccination est recommandée pour les jeunes femmes entre 11 et 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans révolus. (12) Ces résultats

encourageaient la mise en place d'un dépistage organisé, qui est effectif depuis le mois de mai 2018. C'est donc le troisième programme de dépistage organisé mis en place en France, après ceux du cancer colorectal et du cancer du sein. Les femmes de 25 à 65 ans non dépistées depuis plus de 3 ans recevront une invitation à réaliser leur FCU auprès d'un professionnel de santé (13). Celui ci sera pris en charge sans frais sur présentation de la lettre de relance.

5) Suivi de grossesse non pathologique

Selon les recommandations professionnelles de la HAS intitulées « Comment mieux informer les femmes enceintes », le suivi régulier d'une grossesse peut être assurée par le généraliste jusqu'au 7ème mois, lorsque cette dernière se déroule sans situation à risque. Le pronostic materno-foetal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes : il n'y avait pas de différence (Grade A). (14)

Selon une étude de la DREES d'octobre 2016, 84 % des médecins généralistes libéraux estiment que les suivis de grossesses font partie de leurs missions.

Cependant seuls 57 % ont vu au moins une fois par trimestre une patiente enceinte dans l'année et 79 % des MT interrogés ont déclaré orienter les patientes vers un spécialiste dès le 6ème mois.(15)

Les sages-femmes sont les premières concernées par la mise en place du système PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) qui permet aux mères en post partum physiologique (accouchement par voie basse à terme d'un enfant unique) de rentrer plus précocement au domicile avec des visites organisées par une SF.

Le suivi de la mère en post partum est également capital, tant sur le plan physique que psychologique. A noter que les femmes médecins sont 3 fois plus nombreuses que leurs homologues masculins à penser que la mère doit être interrogée sur son ressenti en post partum et sur les éventuels problèmes familiaux engendrés par la naissance d'un enfant.(16)

6) Ménopause

L'espérance de vie des femmes françaises est de 85,6 ans. L'âge moyen de la ménopause est de 51 ans (un an plus tôt pour les femmes fumeuses), les femmes passent donc environ un tiers de leur vie ménopausées.

Les problématiques à traiter sont multiples et transversales: les conséquences de la carence en œstrogènes (ostéoporose, problèmes trophiques locaux, problèmes cardio vasculaires notamment), le suivi gynécologique qui a tendance à être négligé, la possibilité des traitements substitutifs, et les troubles vésico – sphinctériens sont autant de sujets intriqués les uns aux autres.

Selon une thèse réalisée en mars 2018 sur 89 médecins généralistes installés en ex région Poitou Charentes, 66,3% abordaient souvent le thème de la ménopause en consultation avec une patiente en âge d'être concernée. 60,1% des médecins interrogés introduisaient un traitement hormonal substitutif chez une patiente présentant une indication au traitement telle que définie par la HAS. (17)

III : PROBLÉMATIQUES

1) Le suivi et le dépistage sont insuffisants

Le dépistage est une question de santé publique. Qu'il s'agisse des FCU, de la palpation mammaire, des mammographies, l'objectif est de diminuer la morbi – mortalité pour augmenter l'espérance de vie et sa qualité.

De nombreux écueils limitent un suivi optimal :

- le suivi gynécologique systématique et les actes de dépistage restent pour une grande partie des femmes un moment difficile à passer, considéré comme désagréable voire douloureux, et est une atteinte à l'intimité
- l'information des patientes, bien que de multiples acteurs y travaillent, reste limitée pour une partie de la population (isolement, problème de compréhension de la langue française, accès limité aux soins)
- l'accès aux professionnels de santé peut être entravé par les délais d'attente, par leur nombre limité également.

A titre d'exemple, d'après l'Institut National du Cancer, 40 % des femmes n'avaient pas fait leur frottis en 4 ans (période 2010 – 2013). La non participation se retrouvait chez les femmes de plus de 50 ans, chez les femmes en Affection Longue Durée ou en invalidité, ou ayant des caractéristiques socio économiques défavorables. (18)

2) Les médecins traitants face à la gynécologie

Les médecins traitants sont en première ligne de l'incitation des patients à se faire dépister, en raison de leur place dans le système de santé et surtout parce qu'ils sont les interlocuteurs de référence, et ceux le plus régulièrement consultés.

Les patientes ont alors plusieurs choix de praticiens et de modalités de consultation (hôpital, cabinet de ville, PMI), ce qui devrait faciliter leur prise en charge et augmenter le taux de suivi. Néanmoins pour certains médecins généralistes la pratique de la gynécologie reste anecdotique, par manque d'attrait, par manque de pratique, par manque de demande de la part des patientes.

Selon une étude quantitative réalisée en Indre et Loire auprès de 200 MG en 2013 , les 3 difficultés principales rencontrées par les MG à la pratique gynécologique sont

- la méconnaissance des compétences des médecins généralistes par les patientes
- le suivi des femmes par d'autres professionnels (échappement)
- le rapport rémunération/temps passé et matériel en consultation (19)

IV : QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

A la lecture d'autres travaux qualitatifs sur le sujet, notre hypothèse est qu'il existe différents facteurs qui influencent le choix des patientes entre médecin traitant, gynécologue et sage femme pour leur suivi gynécologique de routine, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique.

Nous pensons qu'il peut exister des réticences de la part des femmes vis à vis d'un suivi réalisé par un autre praticien qu'un gynécologue-obstétricien.

L'objectif principal est de rechercher ces facteurs déterminants et d'en évaluer l'impact dans ce choix du praticien par mesure chiffrée.

L'objectif secondaire est de déterminer les caractéristiques du praticien effectuant le suivi gynécologique idéalement attendues du point de vue des patientes.

V : MATÉRIEL ET MÉTHODE

1) Type d'étude et population étudiée

Plusieurs thèses ont déjà traité de façon qualitative la vision des femmes sur leur suivi gynécologique d'une part, et d'autre part celle des médecins traitants sur leur façon de percevoir l'examen gynécologique (20), (21), (22).

Il s'agissait dans notre cas de dénombrer sur un échantillon plus important de patientes les critères qui sont ressortis comme les plus récurrents dans la décision des femmes quant à leur suivi. L'intégration des sages-femmes dans notre questionnaire nous a semblé indispensable et logique bien qu'il ne soit pas réalisé dans la plupart des études.

Notre étude était quantitative descriptive, observationnelle, menée par auto questionnaire à réponses fermées, multicentrique sur 5 centres répartis entre l'Hérault et le Gard.

Dans un but inférentiel, il convenait d'interroger des femmes de tout âge, et de diminuer au maximum les biais potentiels suivants :

- géographique : l'accès aux spécialistes est plus aisé dans les grandes villes, potentiellement minimisant l'accès au médecin traitant pour le suivi gynécologique
- dépendance selon le médecin traitant : ce biais excluant totalement le recrutement des patientes au sein de cabinets médicaux. En effet selon les cabinets choisis, les patientes auraient été nombreuses à consulter le même médecin traitant et par conséquent une grande partie du questionnaire aurait eu des réponses similaires.

La méthode choisie a été la distribution des questionnaires au sein de plusieurs laboratoires d'analyses médicales dans l'Hérault et le Gard, sur un axe à peu près Nord/Sud entre Alès et Montpellier.

Les laboratoires sélectionnés ont été les suivants :

Centre 1 : Labosud-Ocbiologie 527 Avenue Professeur Louis Ravas, 34080 Montpellier

Centre 2 : Laboratoire Pagès 8 Allée Terra Via, 34270 Saint-Mathieu-de-Trévièrs

Centre 3 : Laboratoire Pagès 9 Place du Lieutenant-Colonel Berthezène, 30170 Saint-Hippolyte-du-Fort

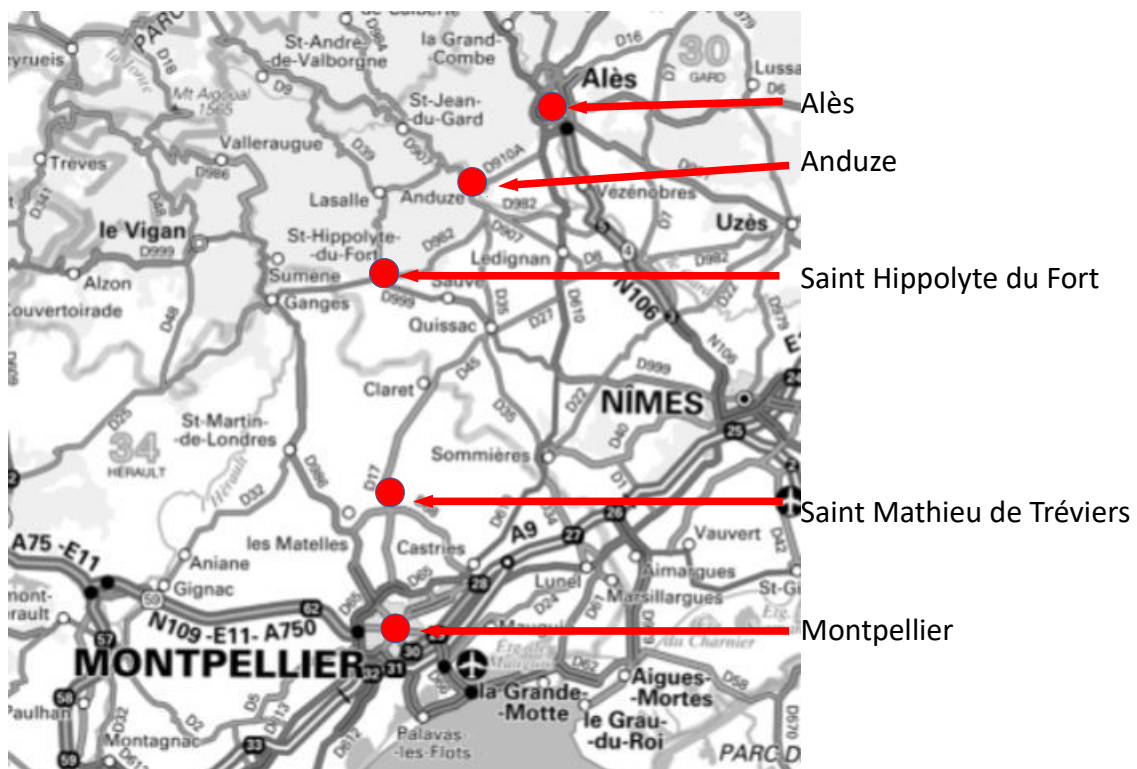
Centre 4 : Labosud 6 Boulevard Jean Jaurès, 30140 Anduze

Centre 5 : Labosud (Bonidan et Gaillard) 12 Place des Martyrs de la Résistance, 30100 Alès

Les centres 1 et 5 concernent donc des villes de Montpellier, 7ème ville de France avec plus de 282 000 habitants en 2017, et Alès, 42 000 habitants en 2016. En opposition numérique avec les 3 autres centres d'Anduze, Saint Hippolyte du Fort et Saint Mathieu de Trévièrs, toutes des villes de moins de 5000 habitants.

Le seul critère d'inclusion était : femme majeure, quelque soit son motif de venue au laboratoire (prise de sang, analyse d'urine, retrait de résultats biologiques...)

Le seul critère d'exclusion était : patiente sous protection judiciaire (tutelle/curatelle).



Le questionnaire a été testé sur plusieurs femmes - de notre entourage et volontaires - en amont de la distribution, et prenait entre 3 et 6 minutes pour être rempli, soit une durée compatible avec son remplissage en salle d'attente des laboratoires. Il était distribué conjointement avec la fiche informative. Celle-ci expliquait aux patientes la problématique du sujet, qu'il s'agissait d'un travail de thèse, et que leur participation était uniquement sur la base du volontariat. (cf Annexe 2).

Par ailleurs, afin de respecter l'anonymat des participantes les initiales de leur nom et prénom étaient demandées, lesquelles associées au numéro du centre permettaient d'éviter d'éventuels doublons (conformément aux recommandations de bonne pratique et de protection des individus).

Les questionnaires ont été distribués en décembre 2017 dans les 5 laboratoires, avec des explications orales données au personnel paramédical sur les critères d'inclusion et les modalités de remplissage.

Les premiers laboratoires ont rendu les questionnaires au bout de 5 semaines. Certains ont eu plus de difficultés que d'autres à faire remplir les questionnaires, un recrutement sur place a été nécessaire afin d'arriver à un nombre suffisant de patientes.

2) Structure du questionnaire et méthodes d'analyse des données

2.1 : Structure du questionnaire

Le questionnaire (cf Annexe 1) était divisé en 5 parties :

- la première intitulée « vous connaître » visant à cibler pour chaque patiente son âge, le code postal de son domicile, l'existence d'une éventuelle aide complémentaire pour les soins de santé, le fait d'avoir eu ou non des enfants et enfin le temps de transport estimé pour accéder à un gynécologue.
- la seconde concernait leur médecin traitant et certaines questions sur l'implication de celui-ci dans la pratique de la gynécologie
- la troisième portait sur leur propre suivi gynécologique, initial et actuel, sur le suivi

d'éventuelle(s) grossesse(s) et sur les informations de dépistage qu'elles auraient pu recevoir

- la quatrième partie permettait d'évaluer si les patientes pensaient leur médecin généraliste formé et apte à réaliser certains actes en lien avec la gynécologie
- et enfin la dernière partie demandait aux patientes de sélectionner 3 critères parmi 12 proposés qui leur paraissent les plus importants dans leur choix du praticien qui les suit pour la gynécologie.

2.2 : Outils informatiques

Les informations recueillies ont été saisies sur un tableur Excel°. Elles ont fait l'objet dans un premier temps d'une analyse descriptive puis de comparaisons pour analyse univariée. Les tests de Fisher et de Chi-2 et ont été utilisés à l'aide du logiciel BiostaTGV° avec un seuil de significativité choisi à 5 % pour le risque de première espèce. Les z scores ont été calculés avec le logiciel Socscistatistics° avec un risque alpha fixé également à 5 %.

La bibliographie a été réalisée à l'aide du logiciel Zotero°.

2.3 : Précisions concernant l'analyse de certaines données

Concernant l'analyse des résultats, certaines catégories ont été divisées en sous groupes pour faciliter leur interprétation :

- l'âge des patientes a été arbitrairement divisé selon des bornes numériques qui reflètent approximativement les différentes phases de la vie.
- Pour le lieu de résidence, le code postal a été demandé. La classification s'est faite selon le nombre d'habitants de la commune (moins de 5000, de 5000 à 50 000 et plus de 50 000 habitants). A noter que 4 patientes avaient indiqué un code postal de résidence ne se situait ni en Hérault ni dans le Gard (vacanciers). Elles ont été incluses quand même dans les résultats selon la population de leur ville de résidence principale (plus représentative que selon la population de leur lieu de vacances).

En ce qui concerne la partie 5, la consigne spécifiait aux patientes que 3 réponses maximum étaient attendues. Cependant onze patientes ont indiqué plus de 3 réponses, celles ci ont tout de même été traitées et incluses pour l'analyse statistique.

3) Considérations légales

Une déclaration de type MR- 003 à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés est enregistrée sous le numéro 2128934 v 0.

Cette étude s'inscrivant dans le champ de la recherche en sciences humaines et sociales, elle a pu être réalisée sans accord d'un Comité de Protection des Personnes.

VI : RÉSULTATS

1) Taux de réponse au questionnaire

Sur les 160 questionnaires distribués équitablement dans chaque laboratoire, 126 ont été récupérés, dûment remplis et interprétables, soit un taux de réponse à 78,7 %. Il n'y a pas de différence de répartition des répondants selon le lieu de recueil (test du Chi 2 $p=0,866$).

| Numéro du centre | Localisation | Nombre de questionnaires récupérés | Taux de réponse |
|------------------|-------------------------|------------------------------------|-----------------|
| 1 | Montpellier | 26/32 | 81,3 % |
| 2 | St Mathieu de Trévières | 24/32 | 75 % |
| 3 | St Hippolyte du Fort | 27/32 | 84,4 % |
| 4 | Anduze | 25/32 | 78,1 % |
| 5 | Alès | 24/32 | 75 % |

Tableau 1 : Taux de réponse selon le lieu de recueil

2) Données brutes

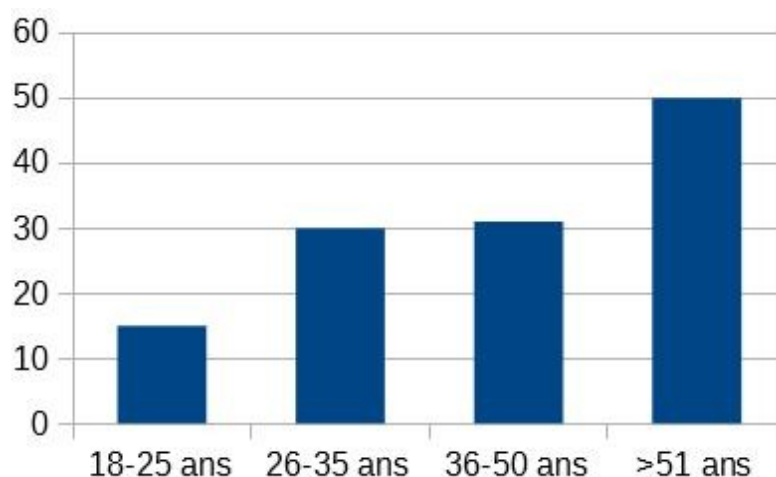
Les résultats bruts répertorient le nombre et le pourcentage de patientes pour chaque réponse proposée à chacune des questions. (Disponibles en Annexe 3).

3) Description de la population étudiée

3.1 : Répartition des patientes selon leur âge

La moyenne d'âge des 126 patientes interrogées était 44,82 ans et la médiane était 42 ans. La moyenne des âges était homogène entre 45 et 48 ans excepté sur le centre de Montpellier où la patientèle était plus jeune, en moyenne à 38 ans. Près de 40 % des femmes interrogées était en

âge d'être ménopausées (50 femmes de plus de 51 ans). Les 18 – 25 ans étaient peu représentées avec seulement 15 patientes.



Graphique 1 : Répartition des patientes selon leur âge

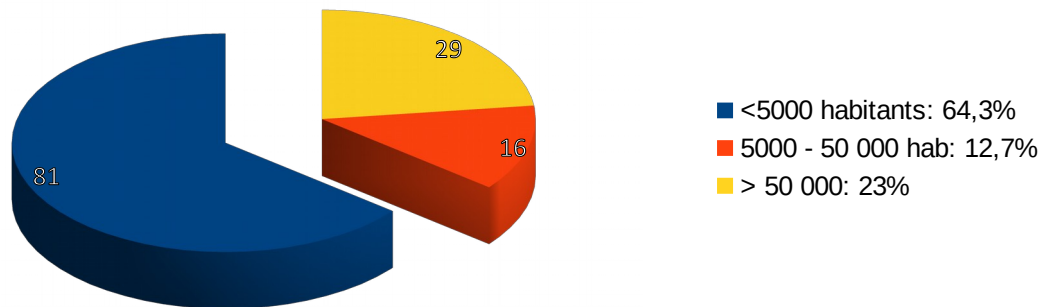
| Centre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | TOTAL |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Moyenne des âges | 37,92 ans | 48,67 ans | 46,15 ans | 45,96 ans | 45,75 ans | 44,82 ans |
| Médiane des âges | 28,5 ans | 50,5 ans | 28,5 ans | 45 ans | 47,5 ans | 42 ans |

Tableau 2 : Moyennes et Médianes des âges des patientes selon les centres

3.2 : Répartition des patientes selon leur lieu d'habitation

3.2.1 : Selon la population de leur commune

Plus de 60 % des femmes vivaient dans des villes et villages de moins de 5000 habitants, essentiellement constitués par Anduze, Saint Hippolyte du Fort et Saint Mathieu de Trévières et des villages alentours. La seule ville de plus de 50 000 habitants était Montpellier, représentant 23 % des patientes.



Graphique 2 : Répartition des patientes selon la population de leur ville de résidence

3.2.2 : Selon leur temps de transport nécessaire pour accéder à un gynécologue

Bien que plus de 60 % des patientes vivaient dans des communes de moins de 5000 habitants, seules 26 % disaient avoir besoin de plus de 30 minutes de transport pour accéder à un gynécologue. Quasiment l'intégralité des patientes du centre de Montpellier ont répondu « moins de 10 minutes » à cette question.

3.3 : Répartition des patientes selon leur couverture complémentaire santé

14,3 % des patientes avaient une aide pour les soins de santé de type CMU, CMU-C, ACS ou AME. Les mutuelles complémentaires n'étaient pas considérées comme des aides.

3.4 : Répartition des patientes en fonction de l'antécédent de parité

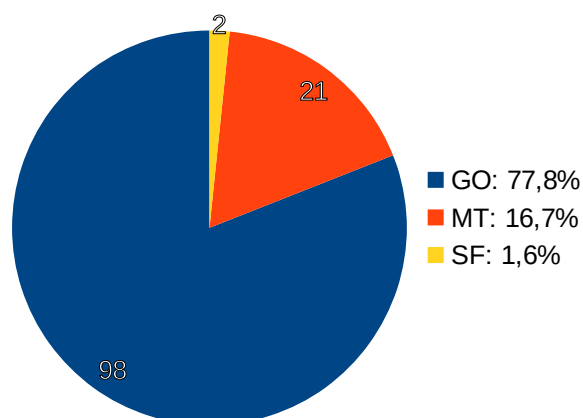
69 % des patientes avaient un ou plusieurs enfants.

4) Le suivi gynécologique des femmes interrogées

87,3 % des patientes déclaraient avoir un suivi gynécologique.

4.1 : Qui a pratiqué le premier examen gynécologique

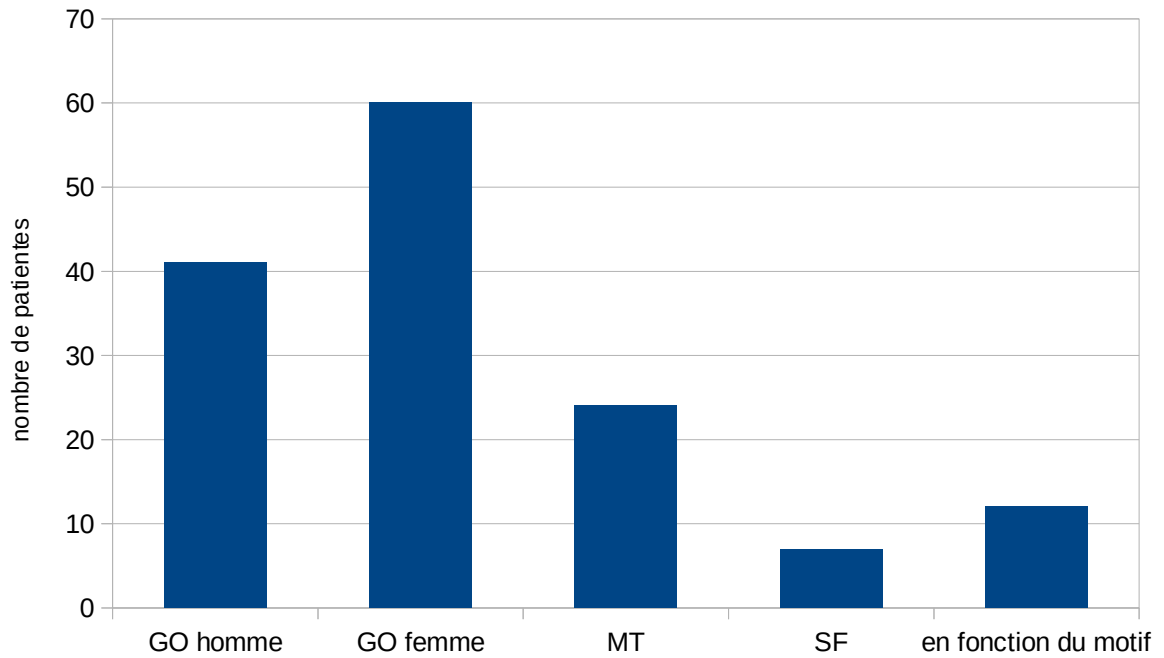
Le premier examen gynécologique était en très grande majorité réalisé par un GO (77,8 %), suivi du MT (16,7%), les SF arrivant loin derrière avec moins de 2 %.



Graphique 3 : Répartition du praticien ayant réalisé le premier examen gynécologique

4.2 : Qui pratique le suivi gynécologique actuel

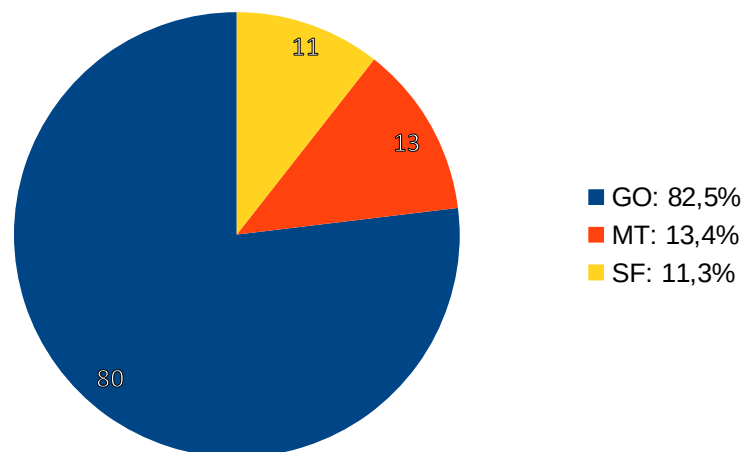
Concernant le praticien qui effectuait le suivi actuel des patientes, la répartition était à peu près similaire au « premier examen » mais semblait laisser davantage de place au MT (19 % des patientes) et aux SF (5,6 %). 9,5 % des patientes décidaient de consulter un praticien différent selon le motif de la consultation. Plusieurs réponses étaient donc possibles à cette question. Environ 80 % des patientes interrogées consultaient un gynécologue de façon régulière.



Graphique 4 : Répartition des praticiens effectuant le suivi gynécologique actuel des patientes

4.3 : Qui pratique ou a pratiqué le suivi obstétrical

87 patientes avaient eu des enfants. Concernant le suivi de grossesse, MT et SF étaient consultés de façon quasi équivalentes, mais plus des trois quart des patientes avaient été suivies par un GO.



Graphique 5 : Répartition des praticiens effectuant le suivi de grossesse des premiers mois

Nous avons recherché les liens entre différents critères et le fait de déclarer avoir un suivi gynécologique :

4.4 : Influence d' une aide pour les soins de santé sur le suivi gynécologique

Il n'y a pas de lien significatif entre le fait d'avoir une aide pour les soins de santé et celui d'avoir un suivi gynécologique (test de Fisher, $p=0,23$, OR 95 % [0,1015;2,0037]).

4.5 : Influence du temps de transport pour un accéder à un gynécologue sur le suivi gynécologique

Il n'y a pas de lien purement significatif entre le temps de transport pour voir un gynécologue et la présence d'un suivi gynécologique (test de Fisher, $P= 0,06$, OR 95 % [0,822 ; 10,35]) si on tient compte du risque alpha fixé à 5 %. Cependant ces chiffres tendent vers la significativité, avec un suivi gynécologique moindre en cas de temps de transport augmenté pour consulter un gynécologue.

4.6 : Influence de l'antécédent de parité sur le suivi gynécologique

Il n'y a pas de lien significatif entre le fait d'avoir eu un ou plusieurs enfants et le fait d'être suivi par un gynécologue plutôt qu'un autre professionnel de santé (test de Chi 2, $p=0,97$).

4.7 : Opinion des femmes sur l'information reçue concernant les dépistages gynécologiques

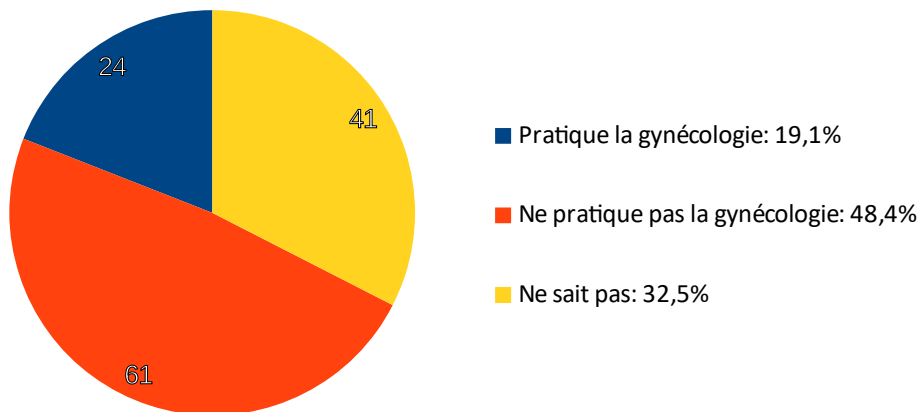
Nos résultats montrent que près de 80 % des femmes se sentent suffisamment bien informées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU, et les 3/4 le sont sur le dépistage du cancer du sein avec la mammographie.

Il n'y a pas de lien significatif entre le sentiment d'être suffisamment informée sur le FCU et le praticien qui effectue le suivi gynécologique ($p=0,375$).

5) Les médecins traitants des patientes et leur pratique gynécologique

5.1 : Le point de vue des patientes sur la pratique gynécologique de leur MT

A la question « est-ce que votre médecin traitant pratique la gynécologie ? », près d'un tiers des femmes interrogées ne savent pas répondre. Seuls 19,1 % des MT semblent effectuer de façon régulière des actes de gynécologie, et environ un sur deux ne pratiqueraient pas.



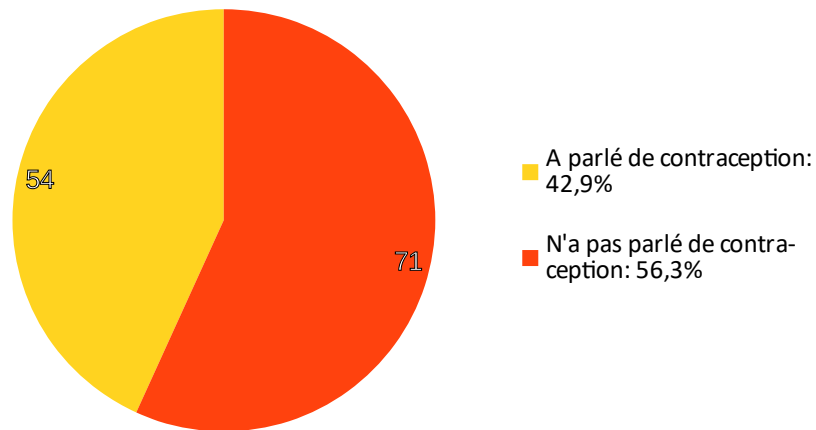
Graphique 6 : Votre MT pratique-t-il la gynécologie ?

Moins d'un tiers des médecins traitants à déjà abordé en consultation la question du frottis, en revanche la question a été abordée chez 18 médecins parmi les 24 qui pratiquent la gynécologie (soit 75%) d'entre eux. Il existe un lien statistique fort entre le fait que le médecin pratique la gynécologie et qu'il ait parlé de FCU (test de Chi 2, $p < 2,49 \times 10^{-8}$).



Graphique 7 : Votre MT vous a-t-il déjà parlé de FCU ?

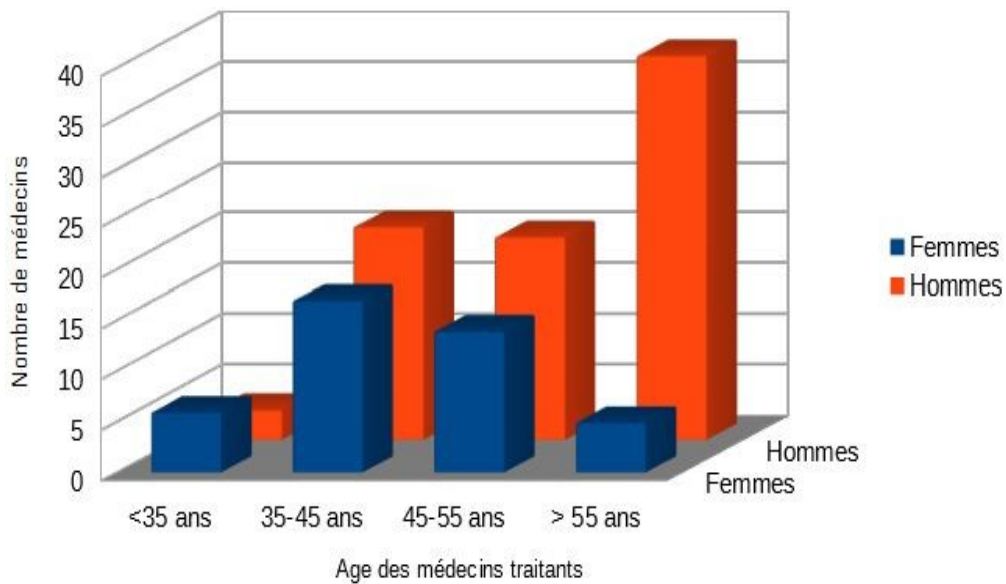
La contraception est plus abordée en consultation que le frottis, probablement par les patientes mais aussi par les médecins. Les patientes les plus jeunes semblent aborder davantage le sujet (86,7 % des 18 – 25 ans ont déclaré en parler avec leur MT).



Graphique 8 : Votre MT vous a-t-il déjà parlé de contraception ?

5.2 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins traitants

Les médecins traitants des patientes interrogées étaient constitués de 42 femmes et 84 hommes. Seulement 5 des médecins de plus de 55 ans étaient des femmes sur les 43 médecins de cette tranche d'âge (88,4 % d'hommes). La féminisation de la profession fait inverser la tendance chez les médecins de moins de 35 ans.



Graphique 9: Répartition des médecins traitants selon leur âge et leur sexe

- Age des médecins traitants

Il n'existe pas lien entre l'âge du médecin traitant et le fait qu'il pratique ou non la gynécologie (test de Fisher, $p=0,583$, après exclusion des réponses « ne sait pas »). En revanche seuls 13,9 % des MT de plus de 55 ans semblent pratiquer contre 21 à 23,5 % pour chacune des autres tranches d'âge de MT (moins de 35 ans, 35 à 45 et 45 à 55 ans).

- Sexe des médecins traitants

| Sexe du MT/pratique gynécologique | oui | non | Ne sait pas | TOTAL |
|-----------------------------------|------------------|------------------|-------------|-------|
| MT homme | 9 (10,7% des H) | 46 (54,8% des H) | 29 | 84 |
| MT femme | 15 (35,7% des F) | 15 (35,7% des F) | 12 | 42 |
| total | 24 | 61 | 41 | |

Il y a significativement plus de médecins traitants femmes qui pratiquent la gynécologie par rapport à leurs confrères masculins (z score à $-3,3689$ avec $p<0,01$).

- Lieu d'exercice des médecins traitants

Nous avons comparé ici pour plus d'homogénéité sur le nombre de sujets les villes de moins de 5000 habitants et celles de plus de 5000 habitants. On retrouve que les MT exerçant en ville de plus de 5000 habitants pratiquent significativement plus la gynécologie que ceux des villes de moins de 5000 habitants (z score 2,0968, p= 0,036).

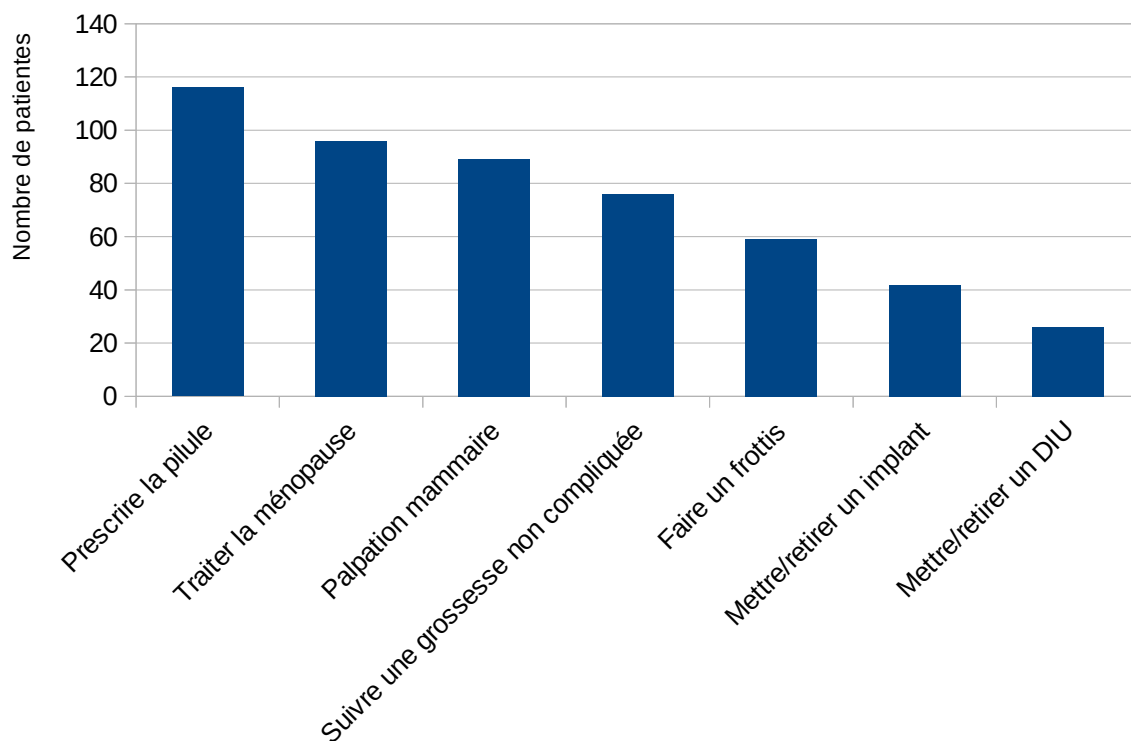
| | Pratique la G | Ne pratique pas la G | Ne sait pas | Nombre total de médecins |
|------------------|---------------|----------------------|-------------|--------------------------|
| > 5000 habitants | 13 (28,9%) | 25 | 7 | 45 |
| < 5000 habitants | 11 (13,6%) | 36 | 34 | 81 |

- Temps depuis lequel les patientes connaissent leur MT

Près de 35 % des patientes connaissaient leur MT depuis plus de 10 ans. Compte tenu du grand nombre de patientes qui ne savaient pas si leur MT effectuait des actes de gynécologie, il n'a pas été retrouvé de différence dans la pratique des MT en fonction de leur « ancienneté » auprès de leurs patientes.

5.3 : Opinion des femmes sur la capacité de leur MT à effectuer certains actes gynécologiques

Il était acquis par la plupart des patientes interrogées que la prescription de pilule, de traitement de la ménopause, la palpation mammaire étaient des actes réalisables correctement par leur MT. En revanche les gestes plus techniques étaient évalués à la baisse avec moins de 47 % des patientes qui pensait leur MT capable de réaliser un frottis, et jusqu'à 20 % pour les poses et retraits de DIU.



Graphique 10 : Actes jugés comme réalisables par le MT selon les patientes

5.4 : Gêne décrite par les patientes si leur MT les suit également pour la gynécologie

Un tiers des femmes interrogées déclaraient être gênées si le même praticien les suivait pour leurs problèmes de santé en général et pour leur suivi gynécologique (sous entendu leur médecin traitant qui pratiquerait la gynécologie).

Elles étaient significativement plus gênées lorsque leur médecin traitant était un homme (test de Chi 2, $p < 0,01$).

En revanche la gêne éprouvée ne dépendait pas du temps depuis lequel elles connaissaient leur MT (test de Chi 2 $p=0,239$).

6) Les critères du praticien idéal

Les patientes ont été interrogées sur les critères qu'elles estimaient être importants chez le praticien réalisant leur suivi gynécologique (quelque soit le praticien). Plusieurs réponses étaient possibles, mais théoriquement limitées à 3. Cependant 11 femmes n'ont pas respecté

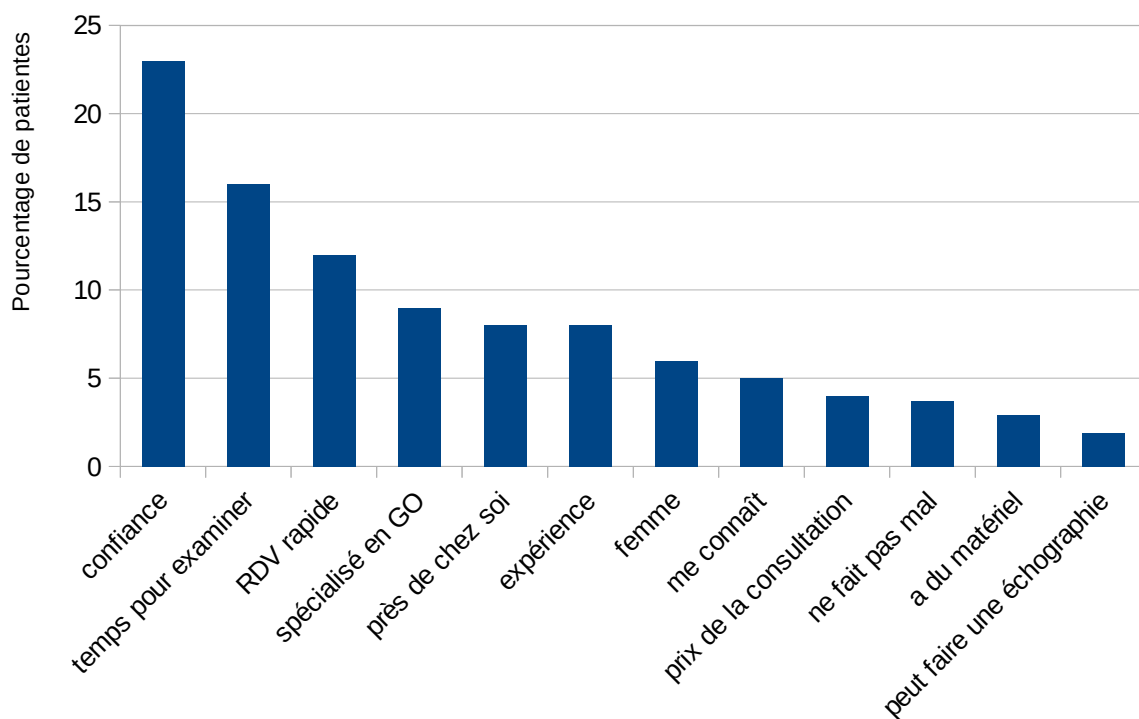
cette consigne et ont coché davantage de critères, leurs réponses ont néanmoins été incluses dans nos calculs.

On constatait que les critères arrivant devant l'ensemble des autres étaient

- la confiance dans l'examineur (coché par 94 femmes)
- de prendre le temps pour la consultation (coché par 67 femmes)
- d'avoir un rendez- vous rapidement (coché par 49 femmes).

La spécialisation en gynécologie obstétrique n'arrivait qu'en 4ème position.

Le critère selon lequel l'examineur doit être une femme avait été coché par seulement 25 femmes. La possibilité d'une échographie et la présence de matériel spécifique d'examen ne ressortaient pas comme des critères majeurs (respectivement cochés par 8 et 12 femmes).



Graphique 11 : Répartition des critères décrits par les femmes comme étant les plus importants dans le choix du praticien qui les suit pour la gynécologie

VII : DISCUSSION

Notre étude a permis de déterminer différents critères qui influent sur la décision des femmes quant au choix du (des) praticien(s) qui effectue(nt) leur suivi gynécologique : gynécologue-obstétricien, sage-femme et/ou médecin traitant. Elle a également permis de mettre en évidence les qualités principales nécessaires aux yeux des femmes que devraient avoir le praticien qui réalise ce suivi.

Quelque soit le praticien effectuant le suivi, le fait d'avoir eu une ou plusieurs grossesses n'influçait pas la présence d'un suivi gynécologique, cela n'impliquait pas un suivi par un praticien plutôt qu'un autre. Ces résultats étaient retrouvés par F.Cretin dans son travail de thèse également (23).

Notre étude n'avait pas non plus trouvé de différence dans le suivi entre les femmes ayant une aide à la complémentaire santé et les autres. Nos résultats sont en désaccord avec une étude de grande envergure, réalisée par l'Institut National du Cancer : celle ci visait à caractériser les populations vulnérables et les femmes non participantes au dépistage du cancer du col de l'utérus. Sur plus de 125 000 patientes, entre 2010 et 2013, 60 % des « non participantes » vivaient dans des zones défavorisées (selon l'European Deprivation Index), dont 15 % ayant la CMU-C. (18) Nos résultats s'expliquent probablement par un manque de puissance couplé à un biais de recrutement, les femmes venant au laboratoire étant à priori suivies par un médecin.

Par ailleurs cette même étude rejoint cette fois ci nos résultats, ne montrant pas de différence sur le suivi entre les zones urbaines et rurales, qu'il y ait ou non un gynécologue dans la commune de résidence.

Nous avons également montré qu'il n'y avait pas de lien significatif (bien qu'une tendance soit possible) entre la réalité d'un suivi gynécologique et le temps de transport pour accéder à un gynécologue.

L'étude réalisée par S.Parenti pour son mémoire de sage-femme développe cette problématique de la distance, et montrait que la pratique du suivi gynécologique par les SF était significativement plus importante si la distance entre leur cabinet et celui d'un gynécologue

était importante, alors que la localisation proche d'un MT n'influçait pas leur pratique (24). Les praticiens consultés sont différents entre les milieux urbain et rural mais les femmes semblent être suivies de façon équivalente.

Concernant le dépistage et la prévention plus de 75 % des patientes disaient être suffisamment bien informées sur le dépistage, quelque soit le praticien qui les suit. Ce chiffre est étonnamment haut, surtout pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, compte tenu que 40% des femmes en moyenne n'ont pas fait de FCU dans les 3 ans selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de janvier 2017 (25). Par ailleurs selon A.Gambiez et J.Vallée, des entretiens semi dirigés ont montré que le rôle et les enjeux du FCU semblaient obscurs à une majorité de femmes (26).

La place de la vaccination HPV n'a pas été abordée spécifiquement dans notre étude, mais reste malheureusement encore anecdotique dans notre pays (la couverture vaccinale des jeunes filles ne dépasse pas 20 % à 16 ans et 38 % à 20 ans) alors qu'en Grande Bretagne non seulement la couverture vaccinale atteint 80 % mais elle sera bientôt étendue aux garçons dès l'âge de 12 ans (27).

Du point de vue de l'implication des médecins généralistes, les études précédemment réalisées montrent que les MT se sentent investis dans le dépistage des pathologies cancéreuses en premier lieu. Cependant, sur 600 MG interrogés en 2010, 66 % pensent qu'ils ont un rôle indispensable dans le dépistage du cancer colo rectal, vs 49 % dans celui du col de l'utérus (28). Si un MT sur 2 ne s'enquiert pas du suivi par FCU de ses patientes, c'est un défaut majeur de prévention.

87,3 % des femmes de notre étude déclaraient avoir un suivi gynécologique. Ce chiffre s'approche de celui retrouvé sur un sondage téléphonique commandé par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (29). Bien que réalisé en 2008, ce sondage a été réalisé chez 1030 femmes représentatives de la population générale et constitue une étude d'envergure. Il retrouvait un suivi pour 85 % des femmes.

- Dans le cadre du premier examen gynécologique, 77,8 % des femmes s'adressaient à un GO. Aucun chiffre récent n'a été retrouvé dans la littérature sur la prépondérance d'un

praticien par rapport à un autre dans le cadre du premier examen, mais les études qualitatives vont dans ce sens.

- Le suivi habituel se faisait pour 80,1 % de nos patientes par les gynécologues obstétriciens, tandis qu'environ une femme sur 5 déclarait être suivie par son MT. Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés en 2009 par C.Chaffaux sur 220 femmes en Picardie (81 % de suivi par GO) pour le suivi par les spécialistes, en revanche seules 10 % des femmes de son étude étaient suivies par leur MT (30). De même F.Cretin ne retrouvait en 2014 en Ile de France que 8 % suivies par leur MT (23). Le sondage téléphonique BVA de 2008 (cité au paragraphe précédent) retrouvait quant à lui 70 % de suivi par GO vs 15 % par MT (29). Ces différences avec nos résultats peuvent s'expliquer par l'ancienneté de leurs études, le développement du suivi par le MT s'étant accéléré ces dernières années, ce qui est particulièrement encourageant. La thèse de F.Cretin ayant été réalisée en Ile de France, il existe probablement un accès simplifié aux GO expliquant le faible taux de suivi par les MT.
- Le suivi par les sage-femmes était malheureusement peu courant, 5,6 % pour le suivi gynécologique habituel, 11,3 % dans le cadre du suivi de grossesse. Le mémoire de SF de S.Parenti (24) montrait que sur les 63 % des SF interrogées qui pratiquaient le suivi gynécologique, celui représentait moins du quart de leur activité. Nos chiffres se situent en dessous de la réalité pour le suivi de grossesse, en effet le rapport d'enquête nationale périnatale réalisé en 2016 rapporte que dans ce cadre la part des consultations auprès d'une SF libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016 (31).

Les caractéristiques des médecins traitants sont décisives quant à leur pratique de la gynécologie en cabinet.

- Dans notre étude, les MT des patientes étaient représentés par deux fois plus d'hommes que de femmes. Cette proportion est comparable aux chiffres de la DREES rapportant qu'en 2015, 36,4 % des médecins généralistes libéraux étaient des femmes (32). Cette majorité masculine était d'autant plus marquée que l'âge du MT était élevé. Il y avait

significativement plus de femmes qui pratiquaient la gynécologie chez les MT. Cette significativité est retrouvée également dans une étude réalisée sur 226 MG de Savoie et Haute Savoie en 2017 par I.Bonhomme et C.Moretti. (33)

- L'âge du MT n'influe pas sur sa pratique gynécologique pour les moins de 55 ans (environ 22 % des MT effectuaient régulièrement des actes de gynécologie). Dans l'étude de I.Bonhomme et C.Moretti, si la pratique globale n'était pas différente selon l'âge du MT, les actes gynécologiques n'étaient pas les mêmes : en effet les MT les plus jeunes sont les plus volontaires pour la réalisation des gestes techniques (DIU et implant notamment) et les plus âgés avaient tendance à prendre en charge davantage les femmes ménopausées (33). Notre étude n'a pas affiné les résultats en fonction des différents actes. Les poses et retraits de DIU restent peu pratiqués, une étude qualitative publiée dans *Exercer* a mis en exergue que les MT se sentaient la plupart du temps insuffisamment compétents pour ce geste, malgré une formation pour certains (7).
- Les MT des villes de plus de 5000 habitants pratiquaient davantage la gynécologie que dans les villes plus petites (28,9 % vs 13,6%). Ce résultat est inattendu et regrettable, les patientes isolées dans les villages devraient pouvoir compter sur leur MT pour le suivi le plus exhaustif possible. La distance entre le cabinet d'un MG et celui d'un GO n'a pas d'influence sur la pratique gynécologique du MT, ce résultat étant corroboré par l'étude de S.Dias en Ile de France (34), également par celle de I.Bonhomme et C.Moretti (33).
- On retrouve les mêmes répartitions dans le suivi de grossesse que pour le suivi gynécologique par le MT : une étude publiée par la DREES en octobre 2016 intitulée « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse » a montré que l'âge du MT n'influe pas de manière significative sur la pratique du suivi de grossesse. En revanche les MT de sexe féminin étaient 1,7 fois plus nombreuses que leurs confrères masculins à faire du suivi de grossesse OR [1,3-2,2] (35). Le rapport d'enquête nationale périnatale de 2016 rapporte que la place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal est passé de 23,8 % en 2010 à 19,3 % en 2016 (31), donc en discrète diminution, probablement au profit des sages-femmes.

Vision des femmes sur la pratique gynécologique de leur médecin traitant

- Dans notre étude 1/3 des patientes ne savaient pas si leur MT faisait des actes de gynécologie et seules 19,1 % savaient que leur MT en pratiquait régulièrement. Nos résultats sont inférieurs à une étude réalisée en 2010 par V. Megret sur 37 MG et 344 patientes des Midi Pyrénées, où 43 % des femmes savaient que leur MG pratiquait la gynécologie (36).

Notre étude a également montré que près de 70 % d'entre eux n'avaient jamais évoqué le FCU. Ce chiffre peut-il s'expliquer par une mauvaise interprétation par les patientes de la question posée, qui peuvent avoir compris « Est – ce que votre médecin traitant vous a déjà fait un frottis ? » ? Ou bien s'agit – il réellement d'un résultat alarmant compte tenu du devoir de dépistage qu'a le MT ?

- Quant à la vision des femmes sur les capacités qu'on leur MT à réaliser un suivi gynécologique, notre étude rassure sur certaines capacités : la prescription de pilule, la palpation mammaire et le suivi de grossesse sont communément considérés comme des actes « réalisables » par les MT. Cependant seules 46,8 % des patientes interrogées pensent leur MT capable de réaliser un frottis ! Selon le sondage BVA, seules 20 % des femmes estimaient que les MT étaient suffisamment formés pour les suivis gynécologiques (29). Nos résultats sur le frottis se rapprochent de ceux trouvés lors d'un travail de thèse réalisé en 2014 sur 173 patientes à Brest et aux alentours, où il a été montré que 42 % d'entre elles pensent que le gynécologue est le seul à pouvoir effectuer cet examen (37).

- Le suivi gynécologique par leur MT était jugé comme gênant pour un tiers des femmes. Parmi ces femmes, la gêne est significativement majorée si le MT est un homme. Cependant, que le praticien soit de sexe féminin n'a été cité comme critère d'importance « du praticien idéal » que chez 18,3 % des patientes.

Cette gêne était également retrouvée comme obstacle au suivi de grossesse par le MT dans une thèse réalisée en 2013 par S.Hassan : 23 % des patientes ne choisissaient pas un suivi par leur MT pour des raisons de pudeur (38). Nos résultats rejoignent également

ceux de S.Hureau sur la majoration de cette pudeur lorsque le MT est un homme (39).

- Les critères des praticiens retenus par les femmes comme étant importants à leurs yeux sont en premier lieu la confiance dans leur examinateur, cité par près de 25% des patientes, ainsi que de disposer de temps pour l'examen, et de la possibilité d'avoir un rendez-vous rapide. Ces 3 critères sont tout à fait accessibles à un médecin généraliste ou à une sage-femme, peut être même plus que pour un spécialiste qui peut disposer de moins de temps ou avoir des délais plus importants de consultation. La spécialisation en gynécologie n'était citée que par moins de 10 % des patientes. Ce critère peut être partiellement accessible pour un MT via des formations complémentaires en gynécologie (DU et DIU).

Le manque d'information et de communication semble être au cœur du problème de dépistage :

- L'information des patientes sur la nécessité du dépistage, la fréquence, les modalités des examens doit être majorée. La communication directe par les professionnels de santé auprès des femmes et indirecte par l'assurance maladie, les posters, publicités ou dépliants informatifs doit se développer.
- Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est un grand pas pour la prévention. Dans cette optique, une étude réalisée en 2012 sur 6000 femmes a évalué l'auto-prélèvement vaginal : la participation était significativement plus élevée dans le groupe bénéficiant d'un « auto-prélèvement » par kit envoyé au domicile (22,5%) que dans les groupes « sans intervention » (9,9%) et « relance » (11,7%). L'envoi au domicile d'un kit d'auto-prélèvement était également moins coûteux qu'une lettre de relance pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, en faveur de cette méthode (40). Pour l'instant l'auto-prélèvement n'est pas mis en place dans le cadre du dépistage organisé mais trouvera probablement sa place un jour.
- Les différents praticiens aptes à réaliser les examens doivent être connus des patientes. Développer le suivi par une sage-femme libérale ou par le médecin traitant pour les

suivis simples permettra de désengorger les salles d'attentes des gynécologues. Les FCU peuvent être également réalisés en laboratoire par le médecin biologiste. Ce geste est réalisé sur prescription du MT. Il reste anecdotique, n'étant pas idéal pour entretenir une relation de confiance avec les patientes et favoriser un suivi régulier. 26 % des MT ne réalisant pas les FCU adressent leurs patientes au laboratoire pour le prélèvement excepté en région parisienne où le chiffre passe à 48 % (37), seulement 8 % dans l'étude de M. Brosset (19).

- La communication inter professionnelle doit se développer afin d'éviter des dysfonctionnements. Il faudrait que le MT s'informe des examens réalisés par ses patientes même s'il ne souhaite pas prescrire ou réaliser ces examens lui-même (pour le FCU). Le MT a un rôle de coordination dans le suivi des patients.

Une thèse réalisée par Y.Ruelle a réuni l'étude du contenu de dossiers médicaux de 32 MG de Lorraine soit 305 dossiers : si le FCU n'était pas réalisé par le MG lui-même, seuls 12 % des dossiers comportaient un retour d'information, obstacle à une coordination efficace du dépistage (41).

- Le temps de consultation ne doit pas être un frein, des questions simples à réponses courtes peuvent être posées en moins d'une minute, et le cas échéant un rendez-vous spécifique peut être programmé pour faire le point sur le suivi gynécologique de chaque patiente.

Forces et limites de l'étude

- L'intérêt principal de l'étude résidait dans son caractère quantitatif, en complément des études sur le même thème réalisées de manière qualitative.
- Certains résultats ont permis de mettre en exergue des problématiques qui constituent un frein dans le suivi gynécologique des patientes, pourtant suivies médicalement par ailleurs. D'un autre côté la partie intitulée « les critères du praticien idéal » orientent sur les efforts à fournir pour mettre les patientes en confiance.
- La distribution des questionnaires au sein de laboratoires d'analyses médicales permettait de respecter le secret médical en impliquant du personnel paramédical pour

recueillir les questionnaires remplis. L'étude était multicentrique sur 2 départements, entre métropole, villes et villages, ce qui a permis d'homogénéiser les résultats, de toucher des patientes de tout âge, et surtout d'avoir des patientes suivies par des praticiens différents. Le nombre de questionnaires recueillis était limité mais nos résultats sont comparables à de nombreuses autres publications.

- Le fait de compléter le questionnaire de façon anonyme évite la honte ou le sentiment de jugement qui pourrait exister face à un examinateur.
- La limite principale de l'étude résidait dans le choix d'avoir interrogé les femmes se rendant dans un laboratoire d'analyses médicales. Cela a représenté un biais majeur : les patientes qui viennent au laboratoire sont intégrées dans un système de suivi par un médecin. La proportion de femmes qui déclarent avoir un suivi gynécologique n'est donc pas représentative de la population générale.
- Les réponses concernant les MT et leur pratique résultent uniquement du point de vue des patientes. Par exemple à la question « Votre MT pratique t-il la gynécologie ? », la patiente va répondre selon ce qu'elle pense de son médecin traitant. Les chiffres ne sont donc peut être pas représentatifs de la réalité de pratique des MT et ne sont pas à interpréter comme tels. Cependant ces questions mettent en exergue le défaut d'information de la part des MT sur leur pratique.
- Le fait d'avoir distribué de façon équitable les questionnaires entre chaque centre est critiquable compte tenu de la différence importante de population dans chaque ville. Cependant nous avons pris le parti de ne pas modifier les résultats au *pro rata* de la population.
- Les patientes ont du remplir leur questionnaire seules. Ceci implique une connaissance de langue française. Certaines questions ont pu être incomprises.
- Plusieurs biais sont issus de la façon dont les questions ont été posées dans le questionnaire (cf Annexe 1). En effet il a par exemple été demandé « A combien de temps en voiture ou en transport en commun habitez vous d'un gynécologue ? ». Avec le recul la plupart des patientes ont du répondre par rapport à leur gynécologue habituel et non par rapport au gynécologue le plus près de leur domicile. De même l'âge du médecin traitant est basé sur l'unique appréciation de la patiente (bien que les tranches

d'âge permettent de limiter les erreurs).Quant à la cinquième partie du questionnaire, 11 patientes (soit 8,7 %) ont inscrit plus de réponses que les 3 demandées.

- La question « êtes vous suivie du point de vue gynécologique » peut avoir une réponse positive pour un suivi qui cependant est insuffisant (moins d'une consultation annuelle). Il n'est pas impossible, malgré l'anonymat, que certaines femmes se soit déclarées suivies alors qu'elles ne le sont pas, et ce par peur ou par honte de répondre par la négative. 87,3 % ont déclaré être suivies au niveau gynécologique, ce chiffre est possiblement trompeur. Une question plus précise comme « A quand remonte votre dernier examen/votre dernier FCU » aurait été plus adéquate.
- 4 patientes avaient des codes postaux métropolitains mais hors départements du Gard et de l'Hérault. Cependant cela représentant 3 % seulement des patientes, leurs réponses ont été incluses dans l'analyse.

VIII : CONCLUSION

Le suivi gynécologique des femmes est loin d'être optimal alors que les actes de suivi et de dépistage, de gestion de la ménopause et de suivi de grossesse non compliquée sont réalisables par plusieurs professionnels de santé : sages-femmes et médecins généralistes en plus des gynécologues-obstétriciens.

Notre enquête quantitative basée sur un questionnaire complété par 126 patientes a permis d'établir certains facteurs déterminant le choix du praticien effectuant leur suivi gynécologique. 80 % des femmes consultent régulièrement un GO, davantage lors de la toute première consultation. Les MT suivent environ 20 % des patientes, tant en ville qu'en zone rurale, les femmes médecins étant plus impliquées que leurs confrères masculins. Chez un tiers des patientes une gêne due au lien partagé avec leur MT les empêche de le consulter pour un problème gynécologique. Les SF sont malheureusement peu sollicitées pour le suivi gynécologique mais autant que les MT pour les suivis de grossesse.

On a pu également recueillir le point de vue des femmes sur la pratique gynécologique de leur MT et sur les qualités à développer afin d'éliminer les freins aux consultations de gynécologie et d'obstétrique. Afin d'atteindre notre objectif de médecin qui est d'optimiser et de généraliser le suivi et le dépistage de nos patientes, il faut établir une relation de confiance, prendre le temps d'examiner les patientes et avoir la possibilité de répondre à une demande de consultation rapide. Ces 3 critères ont été choisis par les femmes comme principaux parmi 12 critères proposés.

Une problématique de communication auprès des femmes d'une part et entre les praticiens d'autre part limite le recrutement et l'inclusion des femmes dans un suivi standardisé. Une étude spécifique sur l'établissement de moyens d'information des patientes serait à envisager : affiches, campagne de l'assurance maladie, sensibilisation des médecins traitants.

Le développement de l'activité gynécologique des MT et celui des SF libérales pourrait pallier à la raréfaction des spécialistes, sans se substituer à leur expérience dans les cas complexes.

IX : BIBLIOGRAPHIE

1. parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf [Internet]. [cité 12 août 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
2. Beyond 20/20 WDS - Rapports [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514
3. Etude-marché-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-march%C3%A9-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
4. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
5. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
6. Ripaud M, Rialland A. Pratique du premier examen pelvien chez la femme de moins de 25 ans sexuellement active: étude auprès des médecins généralistes et gynécologues en Maine-et-Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2016.
7. Fayolle E, Vallée A. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *exercer* 2013;107:114-20
8. Henderson JT, Sawaya GF, Blum M, Stratton L, Harper CC. Pelvic examinations and access to oral hormonal contraception. *Obstet Gynecol.* déc 2010;116(6):1257-64.
9. Gøtzsche PC. Mammography screening is harmful and should be abandoned. *J R Soc Med.* sept 2015;108(9):341-5.
10. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 7 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
11. Les_cancers_en_France_en_2016_L_essentiel_des_faits_et_chiffres_mel_20170203.pdf.
12. Papillomavirus - MesVaccins.net [Internet]. [cité 27 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/diseases/38-papillomavirus>
13. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

14. femmes_enceintes_recos.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
15. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du-suivi-de-la>
16. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. sept 1998;48(434):1570-4.
17. Sylvain S. État des lieux des pratiques de prise en charge de la ménopause par les médecins généralistes de l'ex région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2018.
18. Marc Massetti Stéphanie Barré, Nathalie Catajar Henri Leleu. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Cancer INCa. 14 oct 2016;3:4.
19. 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 de Tours. UFR de médecine; 2013.
20. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.
21. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2014.
22. 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.
23. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
24. Parenti S. Suivi gynécologique de prévention: freins et motivations chez les sages-femmes libérales. Limoges, France: SCD de l'Université de Limoges; 2016.
25. Bulletin épidémiologique hebdomadaire N°2-3 [Internet]. [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3.pdf

26. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *exercer* 2011;98:122-8
27. La Grande-Bretagne recommande la vaccination anti-HPV de tous les garçons [Internet]. JIM.fr. 16:16:00+02 [cité 28 juill 2018]. Disponible sur: http://www.jim.fr/e-docs/la_grande_bretagne_recommande_la_vaccination_anti_hpv_de_tous_les_garcons_172958/document_actu_pro.phtml
28. Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA. Médecins généralistes et dépistage des cancers : synthèses des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Boulogne-Billancourt: Inca; 2011 mars p. 20p.
29. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Mai 2008. *enquete_bva.pdf* [Internet]. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf
30. Chaffaux C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie: quel médecin, sur quels critères ? : quelles représentations ont les femmes des connaissances de leur médecin généraliste en matière de gynécologie ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2009.
31. Enquête Nationale Périnatale, rapport 2016. [cité 30 août 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
32. *rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf* [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_jan2015.pdf
33. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
34. 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.
35. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du-suivi-de-la-grossesse>
36. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2010.

37. Rolland M, Payan C. Analyse des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. Lieu de publication inconnu., France; 2015.
38. Hassan S. Obstacles au suivi de grossesse par le médecin généraliste: imputabilité au manque d'information ? : vécu, croyances, préjugés et conséquences [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2013.
39. Hureau S. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2008.
40. HAGUENOER K, BOYARD J, SENGCHANH S, GAUDY GRAFFIN C, FONTENAY R, MARRET H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Numéro Thématique Vers Généralisation Dépist Organisé Cancer Col Utérus. 24 janv 2017; (2-3):59-65.
41. Ruelle Y, Gérard M-F. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus: Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains. Nancy, France: Université Henri-Poincaré; 2009.

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

PARTIE 1 : VOUS CONNAITRE!

Quel âge avez vous? ans

Quel est votre code postal?

Avez vous une aide pour les soins de santé?

- CMU
- CMU-C
- ACS
- AME
- Aucune

Avez vous des enfants ? OUI NON

A combien de temps en voiture ou transport en commun habitez vous d'un gynécologue ?

- Moins de 10 minutes
- 10 minutes à 30 minutes
- 30 minutes à une heure
- Plus d'une heure

PARTIE 2 : VOTRE MEDECIN TRAITANT

Quel age à t- il/elle ?

- Moins de 35 ans
- De 35 à 45 ans
- De 45 à 55 ans
- Plus de 55 ans

Il s'agit :

- d'une femme
- d'un homme

Depuis combien de temps le/la connaissez vous ?

Est- ce qu'il/elle pratique la gynécologie ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

Vous a- il/elle déjà parlé de frottis ?

- OUI
- NON

Et de contraception ?

- OUI
- NON

Est- ce que cela vous gêne que ça soit la même personne qui vous suive pour votre santé en général et pour votre suivi gynécologique ?

- OUI
- NON

PARTIE 3 : VOTRE SUIVI GYNECOLOGIQUE

Êtes vous suivie du point de vue gynécologique ?

- OUI
- NON

Pour votre **toute première consultation** de gynécologie, qui vous a examiné ?

- Votre gynécologue
- Votre médecin traitant

- Une sage femme

Qui vous suit **actuellement** ? (Plusieurs réponses possibles)

- Votre gynécologue HOMME
- Votre gynécologue FEMME
- Votre médecin traitant
- Une sage femme
- Ça dépend du motif de ma consultation

Si vous avez déjà eu une ou plusieurs grossesses, qui a fait le suivi des premiers mois ?

- Votre gynécologue
- Votre médecin traitant
- Une sage femme

Pensez - vous être suffisamment informée sur l'intérêt du dépistage par frottis cervico - vaginal ?

- OUI
- NON

Pensez - vous être suffisamment informée sur l'intérêt du dépistage par mammographie ?

- OUI
- NON

PARTIE 4 : Pensez-vous que votre médecin généraliste est formé et peut : (mettre une croix)

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Prescrire la pilule | | |
| Réaliser un frottis | | |
| Est formé pour la palpation des seins | | |
| Suivre une grossesse qui ne présente pas de complication | | |
| Poser et retirer un implant contraceptif (implant dans le bras) | | |
| Poser et retirer un Dispositif Intra Utérin (stérilet) | | |
| Gérer les traitements de la ménopause | | |

PARTIE 5 (et dernière partie!)

Cochez **les critères qui vous paraissent les plus importants** dans votre choix du praticien qui vous suit :

MAXIMUM 3 réponses

- les rendez vous de consultation sont rapides à avoir
- le cabinet de consultation est près de chez moi
- le prix de la consultation est bas/la consultation est prise en charge sans avance des frais
- j'ai confiance dans la personne qui m'examine
- il/elle prend le temps de m'examiner
- il/elle est spécialisé(e) en gynécologie et obstétrique
- il/elle a du matériel pour la gynécologie
- il/elle ne fait pas mal lors de l'examen
- il/elle a de l'expérience, c'est un médecin qui travaille depuis longtemps
- il/elle pourra me faire une échographie
- il/elle me connaît bien
- c'est une femme

ANNEXE 2 : DOCUMENT D'INFORMATION

Information des personnes et respect des droits « informatique et libertés » déclaration

CNIL n° 2128934 v 0

Information Générale

Mesdames,

Je suis étudiante en 9ème année de médecine et réalise mon travail de thèse. Celui – ci est un travail de fin d'étude et permet d'accéder au titre de Docteur en Médecine.

Actuellement, la pratique des soins courants et du dépistage en gynécologie et du suivi obstétrical, lorsqu'il ne présente pas de complication, peut être effectué par le médecin traitant. Cependant ce fonctionnement, s'il tend à se développer, n'est pas encore rentré dans les habitudes des patientes. Dans de nombreux cas le dépistage est insuffisamment réalisé, qu'il s'agisse du frottis cervico utérin pour le cancer du col de l'utérus ou du dépistage du cancer du sein par mammographie. Ce problème de dépistage pourrait être amélioré par la multiplicité des professionnels de santé qui s'y intéressent, au premier rang étant votre médecin traitant.

Information individuelle du patient

Mon travail porte sur le dénombrement des **différents facteurs qui influencent le choix entre le médecin traitant, le gynécologue, et la sage femme pour votre suivi gynécologique**. L'objectif est de trouver le moyen d'améliorer le suivi des femmes en trouvant des solutions aux freins qu'elles rencontrent pour consulter. Un questionnaire vous est remis, que vous pouvez remplir, si vous le souhaitez. **Cela prendra entre 3 et 5 minutes maximum**. Les questionnaires seront récupérés par un professionnel de santé, soumis au secret médical, puis je les collecterai moi même afin de les analyser. Les résultats de ce questionnaire seront consignés informatiquement et analysés à des fins statistiques. Ce travail sera consigné dans un document de thèse, qui sera également soutenu publiquement par oral d'ici fin 2018, à la faculté de médecine de Montpellier, auprès d'un jury composé de médecins.

-Les informations recueillies dans ce questionnaire ne seront utilisées que dans le cadre de ce projet de thèse.

-La participation à ce questionnaire est entièrement volontaire, libre et facultative.

-Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos réponses (articles 39 et 40 de la loi Informatique et Libertés) en me contactant par mail : **(mail donné)**

- Vous avez un droit d'opposition, vous êtes libres de refuser de participer ou de retirer votre accord, en me contactant par mail : **(mail donné)**

-Traitement informatique des données : Aucune donnée nominative sera transmise, néanmoins les 2 premières lettres de vos initiales vous seront demandées et associées à un numéro du centre où vous avez reçu le questionnaire, afin d'éviter d'éventuels doublons.

-2 seules conditions sont à remplir :

 Vous devez avoir au moins 18 ans

 Vous ne devez pas être sous protection judiciaire par curatelle ou tutelle

Un grand merci pour votre temps et votre implication.

Le questionnaire ci joint peut être complété si vous avez rempli ces 3 critères :

- J'ai 18 ans ou plus
- Je ne suis pas sous protection judiciaire
- J'ai été informé et je ne m'oppose pas à l'utilisation des données qui vont être recueillies

INSCRIVEZ ICI les 2 premières lettres de votre Prénom puis des 2 premières lettres de votre Nom:

- - - -

Promoteur et investigateur : Claire Timsit, (adresse postale et mail donnés)

ANNEXE 3 : DONNEES BRUTES

| | | Nombre de patientes | Pourcentage de patientes |
|---|------------------|---------------------|--------------------------|
| Age des patientes | 18 – 25 ans | 15 | 11,9 % |
| | 26 – 35 ans | 30 | 23,8 % |
| | 36 – 50 ans | 31 | 24,6 % |
| | ≥ 51 ans | 50 | 39,7 % |
| Population de leur ville de résidence | < 5000 hab | 81 | 64,3 % |
| | 5000 – 50000 hab | 16 | 12,7 % |
| | ≥ 50000 hab | 29 | 23 % |
| Aide complémentaire pour les soins de santé | | 18 | 14,3 % |
| Patientes ayant des enfants | | 87 | 69 % |
| Temps de transport pour accéder à un GO | < 10 min | 33 | 26,2 % |
| | 10 – 30 min | 60 | 47,6 % |
| | > 30 min | 33 | 26,2 % |
| Age du MT | < 35 ans | 9 | 7,1 % |
| | 35 – 45 ans | 38 | 30,1 % |
| | 45 – 55 ans | 34 | 27 % |
| | > 55 ans | 43 | 34,1 % |
| Sexe du MT | Femme | 42 | 33,3 % |
| | Homme | 84 | 66,7 % |
| Temps depuis lequel les patientes connaissent leur MT | < 2 ans | 13 | 10,3 % |
| | 2 – 10 ans | 65 | 51,6 % |
| | > 10 ans | 44 | 34,9 % |
| Votre MT pratique t-il la gynécologie ? | OUI | 24 | 19,1 % |
| | NON | 61 | 48,4 % |
| | Ne sait pas | 41 | 32,5 % |
| Votre MT vous a t-il parlé de FCU ? | OUI | 37 | 29,4 % |
| | NON | 88 | 69,8 % |
| Votre MT vous a t-il parlé de contraception ? | OUI | 54 | 42,9 % |
| | NON | 71 | 56,3 % |
| Gêne si la même personne s'occupe de la | OUI | 42 | 33,3 % |

| | | | |
|---|-----------------|-----|--------|
| santé en général ET de la gynécologie ? | NON | 84 | 66,6 % |
| Patiente déclarant avoir un suivi gynécologique | OUI | 110 | 87,3 % |
| | NON | 16 | 12,7 % |
| Profession de l'examineur lors de la première consultation de gynécologie | GO | 98 | 77,8 % |
| | MT | 21 | 16,7 % |
| | SF | 2 | 1,6 % |
| Professionnel effectuant le suivi actuel | GO Homme | 41 | 32,5 % |
| | GO Femme | 60 | 47,6 % |
| | MT | 24 | 19 % |
| | SF | 7 | 5,6 % |
| | Dépend du motif | 12 | 9,5 % |
| Professionnel ayant effectué le suivi de grossesse 1 ^{ers} mois (seules 97 patientes concernées) | GO | 80 | 82,5 % |
| | MT | 13 | 13,4 % |
| | SF | 11 | 11,3 % |
| L'information sur le FCU est elle suffisante ? | OUI | 100 | 79,4 % |
| | NON | 26 | 20,6 % |
| L'information sur la mammographie est elle suffisante ? | OUI | 94 | 74,6 % |
| | NON | 32 | 25,4 % |

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Pensez vous que le MT peut prescrire la pilule ? | OUI | 116 | 92,1 % |
| | NON | 6 | 4,8 % |
| Pensez vous que le MT peut faire les FCU ? | OUI | 59 | 46,8 % |
| | NON | 60 | 47,6 % |
| Pensez vous que le MT peut faire la palpation mammaire ? | OUI | 89 | 70,6 % |
| | NON | 32 | 25,4 % |
| Pensez vous que le MT peut suivre une grossesse non compliquée ? | OUI | 76 | 60,3 % |
| | NON | 44 | 34,9 % |
| Pensez vous que le MT peut poser et retirer un implant ? | OUI | 42 | 33,3 % |
| | NON | 74 | 58,7 % |
| Pensez vous que le MT peut poser et retirer un DIU ? | OUI | 26 | 20,6 % |
| | NON | 91 | 72,2 % |
| Pensez vous que le MT peut gérer les traitements de la ménopause ? | OUI | 96 | 76,2 % |
| | NON | 21 | 16,7 % |
| Importance du RDV rapide | | 49 | 38,9 % |
| Importance du cabinet près de chez soi | | 35 | 27,8 % |
| Importance du prix de la consultation | | 16 | 12,7 % |

| | | |
|--|----|--------|
| Importance de la confiance dans l'examineur | 94 | 74,6 % |
| Importance d'un temps d'examen suffisant | 67 | 53,2 % |
| Importance de la spécialisation de l'examineur en GO | 36 | 28,6 % |
| Importance de la présence de matériel spécifique | 12 | 9,5 % |
| Importance d'un examen non douloureux | 15 | 11,9 % |
| Importance de l'expérience de l'examineur | 31 | 24,6 % |
| Importance de la possibilité d'une échographie | 8 | 6,3 % |
| Importance de connaître l'examineur | 22 | 17,5 % |
| Importance d'un examineur féminin | 23 | 18,3 % |

SERMENT D'HIPPOCRATE

- 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

Introduction : Le suivi gynéco-obstétrical des femmes est réalisable par les gynécologues-obstétriciens (GO), mais également en absence de complication par les médecins traitants (MT) et les sages-femmes (SF). L'objectif principal était de rechercher des facteurs qui entrent en jeu dans le choix du praticien par les patientes. L'objectif secondaire était de déterminer les caractéristiques du praticien idéal du point de vue des patientes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive, observationnelle, multicentrique par auto questionnaire à réponses fermées réalisée dans 5 laboratoires d'analyses médicales dans l'Hérault et le Gard, intéressant les femmes majeures volontaires se rendant aux laboratoires.

Résultats : 126 questionnaires sur les 160 distribués ont été analysés. Le premier examen gynécologique était effectué par un GO à 77,8 %. Le suivi habituel était réalisé pour 19 % des femmes par leur MT pour 5,6 % par une SF. Un tiers des femmes ne savait pas si leur MT pratiquait la gynécologie, et 69,8 % de leurs MT n'avait pas abordé la question du Frottis Cervico Utérin (FCU). Les femmes MT pratiquaient plus que les hommes, davantage en zone urbaine que rurale. Seules 46,8 % des femmes pensaient que leur MT pouvait réaliser un FCU. 1/3 des patientes rapportaient une gêne due au lien partagé avec leur MT. Les 3 critères du bon examinateur les plus cités étaient la confiance, un temps d'examen suffisant et de proposer une consultation rapprochée.

Conclusion : L'activité gynécologique des MT et des SF libérales est limitée par manque de communication sur leur aptitude au suivi et au dépistage auprès des patientes. Pour compenser une démographie médicale alarmante chez les spécialistes, le premier objectif à atteindre est de mieux informer les patientes.

MOTS CLEFS : Médecine générale - Suivi gynécologique - Dépistage - Frottis Cervico-Utérin - Coordination des soins