HAL open science

Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste

Laetitia Zanardi

To cite this version:

Laetitia Zanardi. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03326524

HAL Id: dumas-03326524

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326524v1

Submitted on 26 Aug 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.

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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laetitia ZANARDI

Le 24 Juin 2021

Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur DE TAYRAC Renaud

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

1er assesseur : Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC

2ème assesseur : Madame le Docteur Élodie MILLION

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Laetitia ZANARDI

Le 24 Juin 2021

Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur DE TAYRAC Renaud

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

1er assesseur : Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC

2ème assesseur : Madame le Docteur Élodie MILLION

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
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

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE 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
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

MORAU Estelle

MOSER Camille

MOUSTY Eve

MOUTERDE Gaël

PANSARD Nicole

PERNIN Vincent

PERRIGAULT Pierre François

PEYRON Pierre-Antoine

PICARD Eric

PICOT Marie Christine

PIERONI Laurence

POQUET Hélène

PUJOL Sarah-Lise

PUPIER Florence

QUANTIN Xavier

RAFFARD Laurence

RAPIDO Francesca

RIBRAULT Alice

RICHAUD-MOREL Brigitte

RIDOLFO Jérôme

RIPART Sylvie

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

SEGURET Fabienne

SENESSE Pierre

SKALLI El Medhi

SOLA Christelle

SOULLIER Camille

STOEBNER DELBARRE Anne

TEOT Luc

THIRION Marina

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Eric

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

ZERKOWSKI Laetitia

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Je vous remercie d'avoir accepté de présider mon jury et du temps que vous avez pris pour juger mon travail.

Merci pour l'intérêt que vous y avez porté.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Renaud DE TAYRAC,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et je vous en remercie très sincèrement.

Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour votre soutien.

Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Votre disponibilité sans faille m'a permis d'avancer très sereinement dans mon projet.

Merci beaucoup pour vos précieux conseils, votre temps, votre gentillesse et pour la liberté que vous m'avez laissée tout au long de ce travail.

À Madame le Docteur Élodie MILLION,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci également de promouvoir la santé de la femme au sein du DMG et de nous proposer des cours de qualité.

Soyez assurée de ma grande estime.

À Monsieur le Docteur Thierry Chevalier,

Je vous remercie d'avoir gentiment accepté de m'aider pour la méthodologie de ma thèse.

Merci beaucoup pour les nombreux rendez-vous téléphoniques passés à me conseiller et à me rassurer sur l'analyse statistique et sur la présentation des résultats.

À mes parents,

Merci de m'avoir permis de réaliser mes études sereinement.

Merci de m'avoir donné le goût du travail, et de m'avoir transmis deux valeurs fondamentales à mes yeux : le mérite et l'investissement.

Vous m'avez toujours soutenue et encouragée tout en me laissant libre de mes choix.

Je vous dédie cette thèse en témoignage de mon immense reconnaissance.

Je vous aime.

Maman,

Toi, qui depuis ma plus tendre enfance, a eu une place prépondérante dans mon éducation, te voilà désormais à lire ma thèse d'exercice de docteur en médecine. Tu peux être fière de la mission accomplie et je ne doute pas que tu m'aideras encore dans mes futurs projets.

Tu as toujours été là dans les moments difficiles pour essuyer mes larmes (si nombreuses dans ces dures études), pour me remonter le moral et pour me donner tout ton amour.

Tu as su me transmettre ton sens de l'organisation et du travail acharné, ta rigueur, et ta persévérance.

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, pour les choses visibles et pour toutes celles invisibles dont je prends de plus en plus conscience à mesure que je grandis.

Papa,

Le premier homme de ma vie, le modèle et l'adversaire contre lequel j'ai toujours voulu me mesurer.

Merci d'avoir relu ma thèse, de m'avoir donné ton avis et tes conseils et d'y avoir apporté ta touche.

Il y a peu de domaines où je suis meilleure que toi ; j'ai abandonné pour la culture générale (à moins que la médecine puisse un jour me greffer quelques cellules de ton cerveau) et j'attends que tu vieillisses pour te mettre ta raclée dans tous les sports.

En revanche, je crois que je t'ai enfin dépassé sur un point : le nombre d'années d'études !

Tu m'as transmis ta rage de vaincre, l'importance du dépassement de soi et du mental, le goût de l'effort et ton esprit de compétition.

Je pense très souvent à toi pour toujours donner le meilleur de moi-même, me battre et me surpasser.

Papy et mamie, vous avez toujours suivi de très près mon parcours scolaire.

Merci pour votre soutien et votre amour.

Mamie, tu es si heureuse de dire à tout le monde que ta petite fille est médecin, tu pourras enfin dire officiellement que je suis docteure.

Papy, je regrette que tu ne sois pas là pour voir ta petite reine diplômée mais je suis certaine que tu es très fier de là où tu es.

Alexandre, mon petit frère,
Tu as souvent dû me supporter de loin ou de près mais nous savons maintenant que l'on peut compter l'un sur l'autre.
Merci pour ces heures passées à briser le mystère d'Excel. Sans toi l'analyse des données de cette thèse aurait été une montagne difficile à franchir ! J'ai aimé être ton élève !
Je te souhaite plein de bonheur dans ta vie future et avec ta chérie. N'oublie jamais de faire ce qu'il te plaît. Je ne te le dis pas souvent mais je suis fière de la personne que tu es devenue.

Merci **au reste de ma famille** de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours scolaire.

Quentin,
Rencontrer l'amour par hasard, trois mois avant ce fameux concours, est un exploit, et heureusement que tu étais là pour le sprint final. Ta place n'a pas été facile à prendre, devant cette explosion de liberté dont j'ai souvent besoin et mon mauvais caractère.
Allongés sur un trottoir glacé à contempler les étoiles, mon premier bivouac au Chili, notre premier 6000 mètres dans la douleur, nos descentes endiablées sur les pistes de Saint-Gervais après des heures de montée... tu sais comment me mettre au défi et me faire sortir de ma zone de confort.
Nous avons une chance incroyable de visiter de magnifiques endroits ensemble et de faire autant de choses tous les deux ! Je ne compte pas les kilomètres que l'on a fait ensemble et l'un pour l'autre.
Je te remercie pour ta patience infinie, ta modestie, ton soutien et ton amour.
J'ai hâte de continuer à découvrir le Monde avec toi, à bord de ton avion, de notre kayak, de notre titine ou en marchant des heures durant ...
Mer ou montagne...Campagne ou ville ? L'avenir nous le dira et nous réserve bien des surprises...
Je t'aime !

Cloé, ma meilleure amie,
Tu es l'une des plus belles choses qui me soit arrivée pendant mon externat.
Tu as toujours cru en moi et tu m'as toujours aidé à m'accrocher pour aller jusqu'au bout de l'ECN.
Merci d'avoir accepté ma présence (pourtant si distrayante) à tes côtés à la BU le peu de fois où j'y allais, tu étais mon rayon de soleil, j'étais ta source de distraction, nous avons eu tant de fous-rires.
Merci pour ces audios croustillants ou totalement inintéressants qu'on s'échangeait qu'on s'échange et qu'on s'échangera.
Je me rends compte que même si l'on travaillait beaucoup nos vies n'étaient pas moins palpitantes. Et elles le sont encore plus aujourd'hui, ces folles années que nous vivons, profitons-en !
La distance nous a un peu éloigné en termes de kilomètres mais notre relation est intacte et toujours aussi forte. J'ai hâte de découvrir les chemins que l'on prendra et j'espère qu'ils nous rassembleront.

Au royaume de la Cristolie, à ma fac d'origine, Créteil,
Et à tous les copains de P2-D1 et de l'externat.
Merci à Caro pour ces 2 merveilleuses années de P2 et D1 passées ensemble,
Merci à Hoan My, pour ta bonne humeur, ton soutien, ta bienveillance et pour ta ponctualité !

Rachel et Julien, mes loxapackers de longue date,
Merci pour tous les fous-rires depuis le lycée, votre folie et j'espère que ça continuera encore !

Maria, ma meilleure amie du collège,
Je suis si heureuse de t'avoir retrouvé à Montpellier et d'à nouveau partager ta vie. Merci pour ton soutien ! Je te souhaite plein de bonheur pour ta nouvelle vie à trois.

Merci à mes cointernes, aux copains de Doumergue et à tous les copains de l'internat.
Merci à la coloc de Claira et à Wiwi pour ce semestre à Perpi.

Merci aux copains grimpeurs de Montpellier de m'avoir tout appris,
Et notamment à Fabien (et à sa famille), de m'avoir pris sous son aile ; je sais que je peux compter sur toi et je t'en remercie.

Merci à mes chefs à l'hôpital qui ont pris le temps de me former et de me soutenir notamment ;
- A la team des urgences de Nîmes pour ce super semestre !
- À Valérie, Chloé, Candice, Brigitte, David au urgences pédiatriques du CHU de Montpellier
- À Caro pour ta bonne humeur, ta gentillesse, tes conseils de tous les jours, et tes couil*** que très peu de médecins ont encore, à Rody pour ta pédagogie et ta volonté de faire renaître un service, au CH de Perpignan
- Merci également à mes chefs de l'externat et notamment au Dr Romain Jacobs.

Merci à mes MSU pour le temps qu'ils m'ont accordé et notamment ;
- Amélie, ma tutrice : merci pour tes conseils et merci de continuer à me suivre et à me soutenir tout au long de cet internat. Je sais que je peux toujours compter sur toi, et je t'en remercie.
- Laetitia : merci de m'avoir tant appris en gynécologie médicale, merci pour tous ces stérilets et implants (oui oui il y en a quand même eu un peu !) merci pour ta patience et ta bonne humeur, merci de m'avoir appris autant sur le plan professionnel et personnel !

- Claire : merci pour ta rigueur et ta prise en charge presque parfaite des patients, j'essayais de chercher la faille dans tes dossiers mais je la trouvais rarement ! Avec ce « pré-SASPAS », je me sens beaucoup plus prête à affronter les remplas et ce n'était pas gagné !
- A Cyril pour ta gentillesse et ton amour pour les chocobons !
- A Laurence, merci de m'avoir accueilli les bras ouverts, merci d'avoir partagé toutes ces choses sur les femmes enceintes avec moi et merci de m'avoir fait découvrir ton pays et m'avoir accueilli dans ta famille !
- Au Dr Carbonnel et Dr Pons pour ce début de dernier stage qui s'annonce très enrichissant : François, merci pour ton implication au sein du DMG et auprès des internes ; Anne, merci de prendre soins de tes internes et de nous cocooner.

Merci à toutes les infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, ASH, secrétaires avec qui j'ai eu la chance de travailler. Heureusement que vous êtes là pour nous faire rire et pour égayer notre quotidien d'interne.

Merci à tous les médecins généralistes du Gard qui ont pris du temps pour répondre à mon questionnaire de thèse.

Merci aux patients, de m'avoir tant appris, de m'avoir confié vos secrets, de m'avoir encouragée tout au long de mon cursus.
Du bébé que j'ai aidé à naître au papy que j'ai accompagné pour la fin de sa vie, les patients vous font évoluer et réfléchir, prenons soin d'eux...

À mes parents …

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFU : association française d'urologie

CNIL : commission nationale de l'information et des libertés

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DIU : diplôme inter-universitaire

DMG : département de médecine générale

ECN : examen classant national

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IU : incontinence urinaire

MG : médecin généraliste

MSU : maître de stage universitaire

OMS : organisation mondiale de la Santé

PMI : protection Maternelle et Infantile

S.V.T : sciences de la vie et de la terre

SOMMAIRE

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX 29

INTRODUCTION 30

I] SYMPTÔMES ET SUJETS TABOUS 32

A. Définition et concept du mot tabou 32
B. Définition du suivi gynécologique 32
C. Définition et épidémiologie des symptômes et sujets gynécologiques tabous retenus 33

II] MATÉRIEL ET MÉTHODE 48

A. Choix du type d'étude 48
B. Population et constitution d'un échantillon 48
1) Population cible 48
2) Population source 48
3) Base de sondage 50
4) Echantillon 50
5) Critères d'inclusion et d'exclusion 51
C. Le questionnaire 51
D. Mode de recueil des données 53
E. Analyse des données 53
F. Disposition légale 53

III] RÉSULTATS 54

A. Population cible, population source et échantillon 54
B. Caractéristiques de l'échantillon : profils des médecins généralistes répondants 57
C. Recherche des symptômes et sujets tabous 58
1) Analyse univariée descriptive 58
2) Analyse bivariée 61
D. Freins 65
E. Ouverture pour l'avenir 67

IV] DISCUSSION 68

A. Résultats 68
1) Les violences, sujet le moins abordé en consultation 68
2) Influence du DIU de gynécologie et du nombre de consultations gynécologiques sur le dépistage des sujets tabous 69
B. Cohérence externe : comparaison des résultats avec la littérature existante 70
1) Concernant la recherche de sujets tabous 70
2) Concernant les freins pour les médecins généralistes 77
C. Population étudiée 78
D. Questionnaire 78
1) Limites du questionnaire 78
2) Points forts du questionnaire 78
E. Limites de l'étude 79
1) Biais 79
2) Effectifs insuffisants 80
3) Liste des symptômes et sujets tabous 81
4) Toutes les femmes ne sont pas concernées 81

5) Les médecins sont-ils suffisamment prêts à changer leur pratique et aller vers un dépistage plus systématique de ces différents sujets tabous ? 82
F. Forces de l'étude 84
1) Étude originale 84
2) Représentativité 84
3) Validité externe 84
4) Pertinence du dépistage de ces sujets tabous 86
5) Prise de conscience 90
G. Ouverture 90
1) Briser les tabous 90
2) La preuve de l'efficacité d'un dépistage systématique 92
3) Sensibiliser les médecins généralistes 93
4) Sensibiliser les patientes 96
5) Consultation de suivi gynécologique dédiée 102
6) Étude nationale en vue de futures recommandations de bonnes pratiques 102

CONCLUSION 103

ANNEXES 104

BIBLIOGRAPHIE 108

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude..... 57
Tableau 2 : Présentation des résultats de l'analyse univariée..... 58
Tableau 3 : Influence de la participation au DIU de gynécologie sur le dépistage des sujets tabous…. 62
Tableau 4 : Influence du nombre moyen de consultations gynécologiques hebdomadaire sur le dépistage des sujets tabous.....64
Tableau 5 : Freins des MG par ordre de fréquence..... 66
Tableau 6 : Pistes pour améliorer la consultation de suivi gynécologique..... 67
Tableau 7 : Caractéristiques des MG dits « exclusifs » (les MG à mode d'exercice particulier ne sont pas inclus) en 2018 dans le Gard et en France métropolitaine entière..... 85
Tableau 8 : Exemple d'une fiche mémo de suivi gynécologique annuel (hors grossesse)..... 95
Tableau 9 : Exemple d'auto-questionnaire en consultation de suivi gynécologique..... 99

Liste des figures :

Figure 1 : Le département du Gard et les principales villes..... 54
Figure 2 : Aperçu de la population du Gard, Insee 2016..... 54
Figure 3 : Diagramme de flux..... 56

INTRODUCTION

Dès le Vème siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate (1) écrivait en parlant des femmes : « par pudeur, elles ne parlent pas, même quand elles savent ; et l'inexpérience et l'ignorance leur font regarder cela comme honteux pour elles ».

Dans les cours de gynécologie du cursus des étudiants en médecine, il est enseigné, à de multiples reprises, que certains symptômes chez les femmes sont sous-diagnostiqués et peuvent entraîner la découverte de pathologies à un stade tardif.
En effet, plusieurs symptômes sont considérés comme « tabous », et les femmes n'osent pas en parler spontanément avec leurs médecins. Hors, ces derniers n'ont pas toujours le « réflexe » de les interroger sur ces sujets, ce qui entraîne une perte de chance pour les femmes (2) (3) (4) (5).
En effet, la détection précoce et la prévention pourraient améliorer leur confort de vie et limiter l'évolution de certaines maladies.

Face à la pénurie des gynécologues en ville (6), les médecins généralistes vont de plus en plus devoir assurer le suivi gynécologique des femmes pour répondre aux besoins de la population.
Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), « il est évident que les spécialistes de la gynécologie obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, pour les examens systématiques et de dépistage, pour les traitements les plus courants ou pour le traitement hormonal de la ménopause » (7).

De plus, après leur grossesse ou à partir d'un âge avancé, de nombreuses femmes arrêtent leur suivi par le gynécologue mais continuent à consulter leur médecin généraliste. Ce dernier a donc un rôle majeur pour « rattraper » les femmes qui échapperait au suivi gynécologique.
Toutes ces données confirment que le médecin généraliste a une place de plus en plus importante pour promouvoir la santé des femmes.

La littérature (8), bien que pauvre dans ce domaine, met en évidence que beaucoup de femmes ont des tabous à propos de certains symptômes et sujets gynécologiques dont elles aimeraient parler avec leur médecin. Cependant elles préfèreraient que ce soit lui qui initie la discussion car elles n'osent pas toujours les aborder spontanément.

Il existe très peu de chiffres précis et d'études qui ont directement interrogé les médecins pour connaître leur pratique réelle dans ce domaine.

Ainsi, l'objectif principal de ce travail est de décrire dans quelle proportion les médecins généralistes recherchent spontanément les symptômes et sujets gynécologiques tabous lors de leur interrogatoire de consultation de suivi gynécologique (hors suivi de grossesse).
Les objectifs secondaires seront d'étudier les éventuels freins à cette recherche et de proposer si nécessaire, des pistes pour améliorer le dépistage de ces sujets tabous.

Il s'agit d'une thèse originale car aucun travail ne s'est encore intéressé à ce sujet.

Symptômes et sujets tabous en gynécologie : sont-ils activement recherchés par les médecins généralistes lors d'une consultation de suivi gynécologique (hors grossesse) ?

I] SYMPTÔMES ET SUJETS TABOUS

A) Définition et concept du mot tabou

Le mot « tabou », tire son étymologie de l'anglais « taboo » lui-même issu du polynésien « tapu» qui signifie « interdit, sacré, qu'il n'est pas permis de toucher » (9) (10).
Du point de vue anthropologique, le mot tabou désigne une « interdiction religieuse prononcée sur un lieu, un objet, une personne ».
Par extension, le mot « tabou » se dit d'une chose ou d'un sujet qu'il est impossible ou très délicat d'envisager, d'aborder et de discuter, dans un groupe social sans choquer ou provoquer de fortes réactions de susceptibilité.

Le médecin, est régulièrement confronté à certains sujets tabous sociétaux dans sa pratique quotidienne et est par conséquent un interlocuteur souvent privilégié par les patients pour se confier.
Cependant, aucun article de la base de données MedLine/PubMed ((((((physician[Title]) OR doctor[Title])) OR medic*[Title])) AND taboo[Title]) n'a pour sujet principal le médecin face à la notion de tabou. C'est le même constat lorsque l'on cherche sur le moteur de recherche « google » ou sur « SUDOC thèse » : peu ou pas d'études s'intéressent à la façon dont les médecins abordent les sujets tabous en consultation avec leurs patients.

B) Définition du suivi gynécologique

Comme l'explique le Dr Guyomard H. (11) le suivi gynécologique n'est pas une entité médicale clairement définie et n'a donc pas de définition précise.
Bien que le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé (12), il n'est pas obligatoire dans notre pays (comme c'est le cas pour le suivi des grossesses par exemple).
Le suivi gynécologique peut inclure (13) : le suivi annuel à la demande de la patiente, le dépistage des cancers du sein (palpation mammaire, mammographie) et du col (par frottis cervico-utérin), le dépistage des IST, la prescription et renouvellement de contraception...
Trois professionnels de santé sont compétents pour réaliser le suivi gynécologique des femmes : le médecin généraliste, le gynécologue et la sage-femme.

C) Définition et épidémiologie des symptômes et sujets gynécologiques tabous retenus

Le choix des sujets tabous sera explicité dans la partie « Discussion ».

Les 12 sujets tabous retenus pour notre étude sont les suivants :

- Les symptômes d'incontinence urinaire
- Les symptômes d'incontinence anale ou au gaz
- Les symptômes de prolapsus
- La constipation chronique
- La prévention du périnée (protection périnéale)
- Les méno-métrorragies
- Les dysménorrhées
- Les symptômes d'atrophie vulvo-vaginale
- La dyspareunie
- La sexualité (qualité de vie sexuelle et dysfonction sexuelle)
- Les violences sexuelles
- Les violences conjugales

Ces 12 sujets tabous sont très liés les uns aux autres.
Par exemple, une incontinence urinaire peut révéler un prolapsus qui risque d'être aggravé par une constipation chronique et une absence de prévention sur le périnée.
L'atrophie vulvo-vaginale liée à la ménopause peut entraîner des dyspareunies qui risquent d'altérer la qualité de vie sexuelle ; la sexualité pouvant être elle-même perturbée par un contexte passé ou présent de violences sexuelles ou conjugales.

Le tableau ci-dessous donne la définition de chaque sujet tabou, accompagnée de données épidémiologiques et de références confirmant que ces sujets sont peu évoqués par les médecins et les patientes.

Symptômes d'incontinence urinaire	Définition	- L'incontinence urinaire est une perte involontaire d'urine par l'urètre, entraînant une gêne dans la vie quotidienne (14). - Il existe 3 grands types d'incontinence urinaire : • L'incontinence urinaire d'effort : perte involontaire d'urine à l'effort (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques), non précédée de la sensation de besoin. • L'incontinence urinaire par hyperactivité de vessie : perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibé (besoin impérieux). Ces épisodes de fuite peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort. • L'incontinence urinaire mixte : association des deux types précédents d'incontinence.
	Épidémiologie	- Surnommée « épidémie silencieuse », l'incontinence urinaire chez les femmes, est problème majeur de santé publique. - En France, environ 3 millions de femmes sont concernées. - On note deux pics d'incidence : le post-partum et la ménopause - D'après le livre du Dr Bernadette De Gasquet (15) « Périnée, arrêtons le massacre ! » : • 56% des femmes auraient des problèmes d'incontinence d'urinaire, dont plus de 49% avant 40 ans • 13% des jeunes filles en première ou terminale n'ayant jamais été enceintes, ont des fuites quand elles font du sport dont 6% sont obligées de se garnir. • Près de la moitié des femmes pratiquant un sport de façon intensive ont eu des fuites urinaires. • 20 à 40% des femmes enceintes présentent des phases d'incontinence, 10 à 20% des femmes sont incontinentes après l'accouchement et 1/10ème d'entre elles le resteront. - L'IU est donc un sujet qui peut toucher toutes les femmes quel que soit leur âge et leur parité.
	Tabou	- D'après l'AFU **« Une grande partie d'entre elles [femmes] n'ose pas consulter ou même en parler »** (16) - Dans son ouvrage (17) « Progrès en Urologie », **l'auteur s'insurge de voir que l'incontinence urinaire est un symptôme**

		tabou depuis des années et que rien ne change dans la société et dans le recours aux soins. « Voilà pourtant des décennies que l'incontinence a été clairement identifiée comme étant une pathologie « taboue ». Le recours au soin ne dépasse pas 30 % parmi les incontinents. Comment pousser le grand public à consulter les professionnels de santé impliqués ? Pourquoi la société laisse-t-elle les tabous associés à certaines pathologies persister ? ». - Enfin, dans une thèse concernant l'incontinence urinaire (18), l'auteur rapporte que les femmes interrogées recommandent un dépistage systématique des symptômes d'IU de la part du médecin car sinon elles ne s'autorisent pas à aborder le sujet (crainte du jugement, représentation péjorative de la maladie...)
Symptômes d'incontinence anale et/ou au gaz	Définition (19), (20)	- L'incontinence anale est l'impossibilité de retarder volontairement le passage du contenu intestinal à travers l'anus. Celle-ci doit être ressentie pendant une durée minimale de trois mois. Elle peut concerner les gaz et/ou les selles. On parlera d'incontinence fécale en cas de pertes de selles. - L'incontinence anale active, par impériosités (un « besoin pressant »), traduit plutôt une insuffisance des sphincters anaux. A contrario, l'incontinence anale passive n'est pas précédée d'un besoin d'exonérer (« aller à la selle »). Elle est plus souvent la conséquence d'un défaut de vidange du rectum (stase rectale) suite à une constipation, par exemple. - Le retentissement de l'incontinence anale sur la qualité de vie, (sociale, professionnelle et sexuelle), est considérable. La personne va jusqu'à s'imposer des restrictions alimentaires pour limiter les selles et les gaz ou se priver de toute sortie.
	Épidémiologie (19), (20)	- L'incontinence anale concerne 1 million de Français dont 350000 sont des incontinences sévères. - Environ 5,1 % de la population adulte en France souffre d'incontinence anale (11% des personnes de plus de 45 ans). - Les femmes sont plus touchées par l'incontinence anale (7,5 % contre 2,4 % chez les hommes).

<table>
<tr>
<td></td>
<td>Tabou</td>
<td>- Selon la société nationale française de colo-proctologie (20) : « En dépit du handicap, le recours à la consultation de médecins, aux explorations et à des filières de soins restent très faibles pour un handicap jugé trop souvent honteux et dégradant ».
- Dans une étude (21) réalisée par une sage-femme, 60 % des femmes interrogées souffrant d’incontinence anale n’ont jamais consulté pour ce trouble.</td>
</tr>
<tr>
<td>Symptômes de prolapsus</td>
<td>Définition (22)</td>
<td>- Le prolapsus génital est une protrusion d'un ou plusieurs organes pelviens dans la cavité vaginale, voire extériorisé(s) par l'orifice vulvaire, apparaissant ou s'accentuant à la poussée abdominale.
<table>
<tr><td>Compartiment antérieur</td><td>- Cystocèle (vessie)
- Urétrocèle (urètre)</td></tr>
<tr><td>Compartiment médian</td><td>- Prolapsus utérin (hystéroptose)
- Prolapsus du dôme vaginal (post hysterectomie)</td></tr>
<tr><td>Compartiment postérieur</td><td>- Rectocèle
- Elytrocèle (cul de sac de Douglas)
- Entérocèle (intestin)</td></tr>
</table>
- Le diagnostic est avant tout clinique.
- Le symptôme principal du prolapsus est une sensation de « boule intravaginale » majorée en position debout et en fin de journée pouvant être associée à une pesanteur pelvienne.
Il n'est pas douloureux.
- D’autres symptômes associés peuvent amener à le découvrir :

Symptômes urinaires : urgenturie, dysurie, infections urinaires récidivantes…
Symptômes digestifs : dyschésie, faux besoins, fausse diarrhée du constipé..
Symptômes génito-sexuels : dyspareunie, sensation de béance vulvaire...

- Les différents grades de prolapsus selon la classification de Baden (la plus utilisée) :

Grade 1 = bombement restant au-dessus de l'hymen
Grade 2 = bombement atteignant l'hymen
Grade 3 = bombement dépassant l'orifice vulvaire
Grade 4 = prolapsus extériorisé en permanence
</td>
</tr>
</table>

	Épidémiologie (22)	- La prévalence du prolapsus est estimée entre 2,9 et 11,4 % lorsqu'on utilise un questionnaire pour le dépistage. Ces questionnaires ne permettent de dépister que les prolapsus symptomatiques tandis que l'examen clinique effectué par un professionnel de santé évalue la prévalence des prolapsus de 31 à 97%. Cela souligne qu'il existe un nombre important de prolapsus génitaux non symptomatiques. - Cette prévalence augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans. - À partir de 50 ans la prévalence stagne et c'est le grade du prolapsus qui augmente alors avec l'âge.
	Tabou	Selon l'Association française d'urologie représentée par le Professeur Xavier Gamé (23) « Malheureusement, le **prolapsus et l'incontinence urinaire sont très tabous** ».
Constipation chronique	Définition (24), (25)	- La constipation peut être définie par la survenue de moins de 3 selles par semaine ou de l'existence de selles dures et/ou des difficultés d'évacuation (efforts de poussée, sensation de blocage au passage des selles ou d'évacuation incomplète, temps d'exonération allongé, nécessité de manœuvres digitales...). - Le caractère chronique d'une constipation est défini par un délai d'au moins 6 mois. - La constipation peut être d'origine multiple. - La constipation chronique est un facteur aggravant plusieurs pathologies gynécologiques (incontinence urinaire, incontinence fécale, prolapsus...) en causant une fragilité périnéale.
	Épidémiologie (24)	- 10 à 20% de la population adulte a une constipation chronique - Les femmes sont plus touchées que les hommes (ratio : 2/1) - Jusqu'à 70 % des personnes âgées vivant en institution souffrent de constipation.
	Tabou	Dans un article intitulé « Enjeux éthiques de l'infirmière dans la prévention de la constipation des patients hospitalisés : honte, pudeur et d'intimité. », les auteurs rapportent en parlant de la constipation qu'il s'agit **« d'un sujet tabou, non valorisant et suscitant peu d'intérêt pour les professionnels**. » (26)

Protection périnéale et prévention périnéale	Définition	- Le périnée (15), nom masculin, désigne l'ensemble des tissus (muscles, ligaments, …) qui maintiennent les organes pelviens et forment le plancher pelvien entre l'anus et les parties génitales. - Il a un rôle majeur dans la continence (urinaire et anale) et agit comme un verrou en exerçant une pression de résistance vers le haut. Il participe au maintien des organes et supporte les pressions provenant de l'abdomen lors de certains efforts. - Si le périnée s'affaiblit il participe à la survenue de plusieurs pathologies et symptômes : incontinence d'urinaire, incontinence fécale, prolapsus pelvien, trouble de la sexualité…
	Tabou	- La prévention sur la « bonne santé » du périnée est quasi-inexistante et peu de femmes avant leur rééducation post-accouchement n'ont réellement conscience du rôle et de l'importance d'un « bon » périnée. Pourtant, on sait qu'une prise de conscience du périnée, permettrait aux femmes, dès leur plus jeune âge, d'en prendre soin et de limiter certaines erreurs du quotidien (portage des courses, sport...) qui risqueraient de l'abîmer. - Même dans le collège de gynécologie obstétrique (27), ouvrage officiel à la préparation du concours ECN pour les futurs médecins, le mot « périnée » n'est pas référencé dans l'index, et ce concept de périnée est simplement survolé dans quelques items notamment lorsque l'on parle de rééducation périnéale mais jamais en prévention. - Dans son mémoire (28), Mme Coudrain S., sage-femme, a réalisé une étude où elle interrogeait plusieurs professionnels de santé. Sur les 297 réponses qu'elle a reçues, voici les résultats obtenus : • A l'école : aucun personnel (professeur de sport, infirmière scolaire, professeur de S.V.T) n'est formé et ne parle du périnée. • 35% des femmes n'ont jamais ou très peu entendu parler de prévention du périnée • Les sources d'informations sur le périnée sont essentiellement médicales : le gynécologue à 43% et la sage-femme à 43%.

		En revanche le médecin généraliste transmet l'information dans seulement 8% des cas dans cette étude, ce qui est moins qu'une amie (11%) ou que les revues féminines (14%). • À la question « quels sont les professionnels attendus pour transmettre l'informations ? », les patientes placent en numéro 1 le gynécologue suivi par la sage-femme et en **3ème position le médecin généraliste**. - Dans son livre intitulé « Périnée, arrêtons le massacre ! » (15), Bernadette de Gasquet, déplore « Ce périnée est ignoré, inconnu, maltraité, abîmé, et négligé tout au long de la vie. **Cela est le fait de nos habitudes, de notre hygiène de vie, de l'ignorance, des non-dits du silence et des tabous qui règnent dans nos sociétés dites « évoluées », y compris dans le monde médical. »**
Méno-métrorragies	Définition	- La ménorragie désigne une hémorragie d'origine utérine coïncidant avec le moment des règles. En pratique, on parle de ménorragie en cas de règles anormales par leur abondance (> 80 mL) et/ou leur durée (> 6 jours). - La métrorragie désigne un saignement d'origine utérin endométrial, d'origine fonctionnelle ou lésionnelle survenant en dehors des règles (29), (30). - Les myomes sont la principale cause de ménométrorragies organiques avant l'âge de 40 ans alors que les patientes de plus de 40 ans présentent plus souvent des polypes endométriaux. De nombreuses étiologies systémiques peuvent être à l'origine de ménométrorragies et doivent être évoquées avant de conclure à des ménométrorragies idiopathiques (31). - Il faut également souligner que toute métrorragie post-ménopausique doit faire rechercher un cancer de l'endomètre.
	Épidémiologie	- La prévalence des ménométrorragies est estimée de 11 % à 13 % dans la population (31) et augmente avec l'âge. - L'âge est un facteur de risque avec une incidence de 5% de ménométrorragies chez les 19-25 ans pour atteindre 25 % chez les patientes de plus de 36-40 ans.

	Tabou	- Dans son livre « Le Sang des femmes, en finir avec un tabou », le Dr Hélène Jacquemin Le Vern, gynécologue écrit « 4 jours, une fois par mois, pendant environ 40 ans... Soit quelques 1 920 jours dans la vie d'une femme. Rien ne semble donc plus banal que le phénomène biologique des menstruations. Et pourtant, elles restent l'un des sujets **les plus tabous de notre société. »** (32). - Dans un article paru dans la Revue Médicale Suisse intitulé « Ménorragies et anomalies de l'hémostase : diagnostic et traitements » (33), l'introduction est consacrée à insister sur le fait que les ménorragies sont un sujet tabou et méconnu par certains médecins eux-mêmes : « Les médecins méconnaissent parfois le problème des ménorragies. En effet, bien qu'environ 15% des femmes entre 30 et 49 ans consultent pour cette raison, **ce sujet n'est pas facilement et suffisamment abordé par les médecins et pour certains il est presque un sujet tabou.** »
Dysménorrhée	Définition	- La dysménorrhée est une menstruation douloureuse. Il s'agit de douleurs abdomino-pelviennes cycliques, rythmées par les règles, survenant juste avant leur début, durant le plus souvent un jour ou deux, parfois jusqu'après les règles (34). - Elles peuvent être : • Primaires (qui s'installent progressivement au cours des 2 années suivant la ménarche) par opposition à secondaire (qui survient chez une femme qui, jusque-là, avait des règles peu ou pas douloureuses) • Essentielles ou organiques - Chez les adolescentes, les dysménorrhées sont le plus souvent primaires et essentielles mais sont responsables de l'altération de la qualité de vie et d'un absentéisme scolaire important. Il faut particulièrement se méfier d'une dysménorrhée primaire, intense, qui va en s'accroissant à chaque menstruation ou d'une dysménorrhée qui n'est pas soulagée par antalgiques simples. Dès qu'il y a un doute et surtout en cas de dysménorrhée secondaire il faut rechercher une cause organique (endométriose, adénomyose, fibrome…).

	Épidémiologie (34)	- Entre 40 et 90 % des femmes souffrent de dysménorrhée. - 50 à 70% des adolescentes ont une dysménorrhée permanente ou occasionnelle, et 15 à 20% d'entre elles doivent limiter leur activité au moment des règles et doivent même s'aliter. - Entre 13 et 51 % des femmes ont été absentes au moins une fois dans leur vie à l'école ou au travail à cause de la dysménorrhée.
	Tabou	Dans son mémoire (35) intitulé « Les médecins généralistes face au diagnostic de l'endométriose », le Dr L. GONZALEZ, évoque une errance diagnostique de l'endométriose pouvant aller jusqu'à 6-7 ans. Elle exprime le fait que **les symptômes principaux (dysménorrhées et douleurs pelviennes) sont sous-diagnostiqués, probablement suite à leur banalisation et à la difficulté de les évoquer car ils relèvent de l'intime**.
Symptômes d'atrophie vulvo-vaginale	Définition (36)	L'atrophie vulvo-vaginale est la conséquence d'une diminution chronique du taux d'œstrogènes, dans les tissus de l'appareil génito-urinaire entraînant des troubles trophiques (sécheresse vaginale, irritation, prurit ou brûlure vaginale, douleur ou saignement lors des rapports sexuels...) et des signes urinaires (infections urinaires, fuites urinaires, impériosités…).
	Épidémiologie	Environ 50% des femmes ménopausées souffrent d'inconfort vaginal attribuable à l'atrophie vulvo-vaginale (36).
	Tabou	Dans un (37) de ses multiples articles consacrés à l'atrophie vulvo-vaginale, l'auteur déclare qu'il faut **« mettre fin à la souffrance silencieuse des femmes ».** Elle conclut **:** « Les professionnels de la santé doivent soulever de manière proactive le sujet de l'atrophie-vulvo-vaginale dans la pratique médicale pour encourager les femmes ménopausées à surmonter le « tabou » vaginal en discutant ouvertement des symptômes urogénitaux.» Dans une autre étude (38), 75% des femmes ménopausées aimerait que ce soit le médecin qui initie la discussion au sujet des troubles trophiques.

Dyspareunie	Définition	- Les dyspareunies correspondent à un rapport sexuel douloureux (étymologiquement « *dys* » : difficulté, « *pareunia* » : accouplement) - Les dyspareunies primaires, présentes depuis le début de la vie sexuelle, sont à distinguer des dyspareunies secondaires survenant après une sexualité non douloureuse initialement (39). - Il existe des dyspareunies superficielles et profondes : • Superficielles : renvoient à des douleurs d'intromission, souvent d'origine orificielle et vulvo-vaginale. • Profondes : douleurs du fond vaginal, voire pelviennes, déclenchées par une pénétration profonde lors d'un rapport sexuel. - Les dyspareunies sont responsables d'une altération significative de la qualité de vie avec un retentissement psychosocial notable. Les conséquences négatives sur la qualité de vie sexuelle des femmes sont importantes avec une diminution de la fréquence des rapports sexuels, du désir sexuel, de l'excitation et de la qualité de l'orgasme.
	Épidémiologie	- Au sein d'une population générale de femmes de 18 à 60 ans, la prévalence des dyspareunies a été évaluée entre 9,3 et 15,5 %. - Dans une étude anglaise, elles sont plus fréquentes chez les femmes âgées de 55 à 64 ans et celles âgées de 16 à 24 ans (40). - Parmi les femmes atteintes d'endométriose, près de la moitié souffrent de dyspareunies au moment du diagnostic, exceptionnellement de façon isolée mais le plus souvent associées à des douleurs pelviennes chroniques et des dysménorrhées.
	Tabou	D'après l'association française d'urologie (39) la dyspareunie est « en pratique clinique **sous-évaluée car peu recherchée** par les équipes soignantes par manque de temps, défaut de formation sexologique et crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes ». C'est également le même constat qu'ont fait les anglais (40) : les douleurs pendant le rapport sexuel sont fréquentes mais souvent **mal comprises, voire négligées** par les professionnels de santé.

Sexualité, qualité de vie sexuelle, dysfonction sexuelle	Définition	- Jusqu'à une époque récente, la sexualité était présentée avant tout comme le moyen de perpétuer l'espèce. Mais elle a toujours eu des significations autres : pouvoir, valeur, place sociale de l'individu… (41), (42). Au fil du temps, est apparue la notion de plaisir lié à la sexualité. - La sexualité dite « normale » fait partie de la définition de la « bonne santé » selon l'OMS. On parle désormais de « santé sexuelle ». - Physiologiquement, la sexualité se compose de 5 phases : • Le désir • L'excitation • La phase de plateau • L'orgasme • La phase de résolution - D'après le DSMV (*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders V)*, les dysfonctions sexuelles, sont classées en fonction de la phase de la relation sexuelle qui est altérée (43) : • Troubles du désir sexuel • Troubles de l'excitation, • Troubles de l'orgasme • Troubles sexuels avec douleurs => Ces dysfonctions sexuelles peuvent être liée à une cause organique ou à une cause psychologique ou psychiatrique.
	Épidémiologie	- D'après santé publique France et d'après l'enquête « Baromètre santé 2016, genre et sexualité » (44) : • L'âge au premier rapport sexuel est de 17,6 ans pour les filles sans différence notable selon le milieu social. • Un des traits marquants de l'évolution des comportements sexuels au cours de ces dernières décennies a été le prolongement de l'activité sexuelle féminine, au-delà de la cinquantaine. • 14,9 % des femmes âgées de 70-75 ans non en couple ont eu des rapports sexuels dans les douze derniers mois.

			- Dans l'enquête de 2005 de Laumann, (45) : • 65% des femmes de 60 à 69 ans estiment que la sexualité reste pour elles un centre d'intérêt important. Cela est toujours le cas pour 37% des femmes de 70 à 79 ans. - Concernant les dysfonctions sexuelles, les chiffres sont beaucoup moins nombreux quand ils concernent les femmes. - 55% des femmes françaises disent aujourd'hui connaître, ou avoir déjà été confrontées à des difficultés sexuelles (46). - D'après le collège des gynécologues obstétriciens (41) : 15 à 70 % des femmes rapportent des difficultés sexuelles temporaires ou permanentes. - Dans l'enquête « *Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France* » de 2006, on, retrouverait chez les femmes de 18 à 69 ans (46) : • 16% d'anorgasmie • 46% de trouble du désir sexuel • 6% de vaginismes
		Tabou	- D'après l'AFU (41), « la compréhension et la prise en charge diagnostique et thérapeutique des dysfonctions sexuelles font partie intégrante de la pratique médicale. Le soulagement de la souffrance des patients ainsi que la restauration d'une sexualité satisfaisante sont les objectifs à atteindre. » - D'après plusieurs études et articles médicaux (47), (48), (49), (50), (51), (52), la sexualité est encore un sujet tabou dont les médecins et les autres professionnels de santé ont encore du mal à aborder. Pourtant, pour les patients : « C'est souvent un **soulagement plutôt qu'une gêne**, en particulier pour ceux qui ont des appréhensions et des problèmes importants ». - Dans sa thèse (53), le Dr Françoise, rapporte que « près de la moitié des patients interrogés estimaient que la sexualité devrait être abordée de façon systématique » en consultation de MG et « ¾ des patients déclaraient que le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié pour les questions qui touchent à la sexualité ».

		On retrouve la même tendance dans la thèse du Dr Dusz (54) qui conclue que les patients considèrent l'abord de la sexualité comme faisant partie du rôle du médecin traitant. Un quart des patients interrogés aimeraient en parler et plus d'un tiers souhaiterait que ce soit le médecin qui initie la discussion en premier.
Violences sexuelles	Définition	- Tout acte sexuel (attouchements, caresses, pénétration…) commis avec violence, contrainte, menace ou surprise est sanctionné pénalement (55). - L'OMS définit la violence sexuelle comme (56) : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail ».
	Épidémiologie (57), (58)	- L'enquête « Violences et rapports de genre » (VIRAGE) menée par l'INED, a permis de mesurer le nombre de personnes ayant subi des violence sexuelles (viols, tentatives de viol, attouchements du sexe, des seins ou des fesses, baisers imposés par la force, pelotage) au cours de leur vie. Ces violences ont concerné 14,5 % des femmes âgés de 20 à 69 ans. - En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de viols et/ou de tentatives de viol est estimé à 94 000 femmes. Il s'agit souvent d'une estimation minimale.
	Tabou	- Sur le site stop-violence-femmes.gouv.fr (59), il est écrit que « Tous les témoignages de femmes victimes de violences s'accordent : parler a été la première étape de leur parcours pour sortir de la spirale de la peur. La parole les a sauvées en brisant leur solitude et leur honte ». Il y figure un numéro de téléphone (3919) mais il est aussi précisé noir sur blanc : « N'hésitez pas également à en parler à une personne de votre entourage ou/et à des **personnes de confiance comme : un médecin**... ».

		Ainsi le médecin a également un rôle dans le dépistage des violences faites aux femmes. - Pourtant, les femmes ont souvent l'impression que leur médecin ne se sent pas concerné par ces violences (60) : si le médecin généraliste « mettait un peu les pieds dans le plat, si elle me posait la question [...] ce serait plus facile », « s'il m'avait posé la question [...] peut-être que je m'en serais rendu compte moi-même à ce moment-là aussi.».
Violences conjugales	Définition (61), (62)	- Toutes les formes de violences conjugales sont punies par la loi. - Il y a violence conjugale quand la victime et l'auteur sont dans une relation sentimentale. Ils peuvent être mariés, concubins, pacsés ou en union libre. Les faits sont également punis, même si le couple est divorcé, séparé ou a rompu son Pacs. - Les violences conjugales peuvent correspondre à des violences : • Psychologiques (harcèlement moral, insultes, menaces...), physiques (coups et blessures...) • Sexuelles : viol, attouchements (il peut y avoir viol même en cas de mariage ou de Pacs) ... • Ou économiques : privation de ressources financières et maintien dans la dépendance
	Épidémiologie	- En France, chaque année, environ <u>220.000 femmes</u> adultes sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint (63). Attention, ces chiffres sous-estiment largement l'ensemble des violences au sein du couple puisqu'il ne prend pas en compte les violences verbales, psychologiques, économiques ou administratives. - 149 meurtres par conjoints recensés en 2018. - Une femme meurt tous les deux jours sous les coups de son conjoint ou ex conjoint (64).

	Tabou	- Dans l'étude qu'elle a réalisée pour sa thèse « Attentes des femmes victimes de violences conjugales en Champagne-Ardenne » (65), l'auteur a obtenu les résultats suivants : • 90% des victimes de violences conjugales déclarent consulter au moins une fois leur médecin généraliste sur une année. • Près de **87% des victimes auraient aimé que le médecin généraliste aborde la question des violences conjugales.** • 89% d'entre elles pensent que cela fait partie du rôle du médecin généraliste. • Les victimes de violences conjugales déclarent consulter en médecine générale et être favorable à un dépistage des violences par leur médecin généraliste. - D'après la HAS, les médecins sont en première ligne pour repérer les femmes victimes de violence. La HAS recommande au médecin **d'aborder systématiquement la question des violences** avec chacune de ses patientes afin de permettre à celles qui en sont victimes de parler si elles le souhaitent (64). - Il y a en effet une grande différence entre les études de prévalence des violences conjugales et celle de dépistage car ces violences sont sous-diagnostiquées (66).

II] MATÉRIEL ET MÉTHODE

A) Choix du type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive, visant à réaliser un état des lieux de l'interrogatoire des médecins généralistes du Gard qui font du suivi gynécologique, à propos des symptômes et sujets tabous en gynécologie.

B) Population et constitution d'un échantillon

1) Population cible

Il s'agit de l'ensemble des médecins généralistes en France qui font du suivi gynécologique.

2) Population source

Il s'agit de l'ensemble des médecins généralistes du Gard qui font du suivi gynécologique.

L'étape clé du travail a été de constituer une **base de données** afin d'avoir la liste la plus exhaustive possible pour référencer tous les médecins généralistes du Gard qui font du suivi gynécologique.

La 1ère phase a été de réaliser la liste complète des médecins généralistes du Gard.
Aucune liste n'était disponible en accès libre sur Internet.
Le conseil de l'Ordre des médecins du Gard a été contacté mais nous a informé qu'il n'était pas possible de nous transmettre la liste des noms des médecins généralistes installés dans ce département pour des raisons de confidentialité.
Il fallait donc constituer notre propre liste.
2 outils principaux ont été utilisés : l'annuaire du Conseil national de l'ordre des médecins (67) et l'annuaire professionnel du site de l'assurance maladie (68).

Les recherches ont été initiées avec l'annuaire du Conseil national de l'ordre des médecins, en accès libre sur Internet, dont voici les conditions générales d'utilisation (69) :

« Figurent dans cet annuaire les médecins régulièrement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins conformément à l'article L.4111-1 du Code de la santé publique, quel que soit son mode d'exercice - en pratique privée, hospitalière ou salariée.
Certains médecins inscrits au tableau de l'Ordre ne figurent pas dans cet annuaire si :

- *Ils sont retraités ou n'exercent pas ;*
- *Ils font l'objet d'une interdiction d'exercer la médecine ;*
- *Ils sont suspendus temporairement du droit d'exercer la médecine par mesure administrative ou judiciaire ;*
- *Ils sont inscrits sur la liste spéciale des médecins exerçant à l'étranger ;*
- *Ils sont en cours de transfert d'un département vers un autre. Ils figureront à nouveau dans l'annuaire dès que leur situation administrative sera régularisée.*

L'ordre d'affichage des résultats est aléatoire. La date de mise à jour de l'annuaire est indiquée sur le résultat de la recherche.
Pour des raisons de performances, les recherches trop imprécises (renvoyant trop de réponses) ne sont pas autorisées. Il conviendra de préciser plus finement les critères de votre recherche. »

Tout d'abord, il a été tenté une première recherche en remplissant les champs « région » (Occitanie), « département » (Gard) et « spécialité » (médecins généralistes).
500 résultats aléatoires de MG ont été obtenus sur un total de 1103 MG indiqués.
Ainsi, une des premières difficultés rencontrées était que la requête était trop large, ne permettant pas d'obtenir les 1103 résultats du premier coup.
Il a donc fallu agir différemment pour contourner ce système d'affichage des résultats.
L'idée a été de faire une recherche sur l'annuaire commune par commune et non par département.
351 communes ont été recensées dans le Gard au 1er janvier 2020 (70).
A la fin de cette recherche plus précise, le nombre et le nom des médecins de chacune des 351 communes étaient connues, et mis bout à bout nous sommes parvenus à obtenir les 1103 médecins annoncés dans le département du Gard.

Ces données ont été recoupées avec celles de l'annuaire santé de l'assurance maladie pour ajuster le nombre de médecins (médecins partis à la retraite, médecin ayant changé de région ...).
Les recherches sur les 2 annuaires en ligne ont été effectuées du **10 avril 2020 au 17 avril 2020.**

Des ajustements de la liste des MG ont également été réalisés par la consultation d'autres sites internet (Doctolib, Pages jaunes...) et grâce aux informations des secrétaires (notamment sur le départ à la retraite de certains médecins encore présents dans l'annuaire du conseil national de l'ordre, et l'installation de nouveaux médecins non encore référencés dans l'annuaire).

Au final, un total de **1074 médecins généralistes** en exercice dans le Gard a été recensé.

Une liste de tous les MG du Gard a ainsi pu être créée sur un fichier Word protégé.
Ils étaient classés par ordre alphabétique de communes avec leur nom et prénom.

2 tableaux ont été constitués en séparant :
- Les médecins généralistes travaillant à l'hôpital ou ceux qui se sont spécialisés dans une discipline (angiologie, homéopathie, acupuncture...).
- Les médecins généralistes avec une activité de médecine générale classique en ville.

La 2ème étape a été de contacter chacun des médecins généralistes de la base de données qui avaient une activité de médecine générale « classique ».
Nous les avons contactés un par un, par téléphone (directement ou via leur secrétariat) pour leur poser la question suivante : « Faites-vous du suivi gynécologique pour certaines de vos patientes ? ».
La réponse (« oui » ou « non ») était ensuite notée dans le tableau à côté de leur nom.
Plusieurs tentatives ont souvent dû être réalisées avant de tomber sur une secrétaire ou sur les médecins eux-mêmes. Le nombre maximum d'appels réalisés pour certains médecins s'est limité à une vingtaine d'appels échelonnés sur plusieurs jours et semaines.
Les différents appels ont eu lieu du **17 avril au 7 mai 2020.**

Enfin, la dernière étape a été de demander à tous ceux qui ont répondu qu'ils faisaient du suivi gynécologique, s'ils étaient d'accord de nous transmettre leur adresse mail afin de recevoir le questionnaire de thèse par mail.

3) Base de sondage

Ce sont les MG du Gard qui font du suivi gynécologique et qui ont accepté de nous communiquer leur adresse mail.

4) Echantillon

Ce sont tous les MG qui ont répondu au questionnaire.
Il n'y a pas eu de méthode d'échantillonnage car l'objectif était d'interroger l'ensemble de la base de sondage.

5) Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	- Médecins généralistes en **activité** - Exerçant dans le **Gard** - **Installés** en ville (libéral ou centre de santé) - Qui font du **suivi gynécologique** (suivi annuel, frottis, surveillance dépistage, suivi contraception, suivi ménopause...) dans leur pratique, quel que soit l'intensité de leur activité gynécologique.
Critères d'exclusion	- Médecins à la retraite - Médecin exerçant hors Gard - Médecins remplaçants - Médecins généralistes qui ne font pas de suivi gynécologique (y compris ceux qui prennent en charge les petites « urgence gynécologique » pour dépanner leurs patientes infection urinaire, mycose...) - Médecins n'ayant pas d'adresses mails ou ne pouvant répondre au questionnaire par mail

C) Le questionnaire

Cette étude a été réalisée par le biais d'un questionnaire diffusé aux médecins généralistes du Gard qui réalisent le suivi gynécologique de certaines de leurs patientes.

Un mail a été envoyé de façon individuelle à chaque médecin généraliste dont l'adresse mail avait pu être obtenue.
Le mail était constitué d'un petit texte explicatif « personnalisé » et du lien leur permettant d'accéder au questionnaire sous la format « Google forms ».

Avant de diffuser le questionnaire, il a été envoyé à 6 médecins généralistes (trois qui ont une activité gynécologique importante et trois qui ont une activité de médecine générale plus classique avec quelques consultations de suivi gynécologique) pour le tester afin d'évaluer sa pertinence et sa clarté et de faire quelques ajustements.

Le questionnaire complet est présenté dans la partie Annexes (cf Annexe 1).

Il se compose de 3 parties :

1ère partie	= **Profil des médecins généralistes interrogés** Elle permet de préciser les caractéristiques de l'échantillon : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le mode d'exercice (urbain, semi-rural, rural), le nombre moyen de consultation gynécologique par semaine, la participation à un DIU de gynécologie.
2ème partie	= **Recherche des symptômes et sujets tabous à l'interrogatoire** Cette 2ème partie est composée de 14 questions pour savoir si les médecins généralistes abordent de manière spontanée les 12 symptômes et sujets gynécologiques retenus, avec leurs patientes même si ces dernières ne leur en parlent pas d'elles-mêmes. Elles sont toutes formulées de la même manière pour chaque sujet tabou : « Recherchez-vous spontanément ce sujet tabou à l'interrogatoire ? » Le médecin répondant a ensuite 4 possibilités de réponse : • Pratiquement toujours • Souvent (dans au moins la moitié des cas) • Parfois (dans moins de la moitié des cas) • Très rarement
3ème partie	= **Pour l'avenir/ouverture** Elle est composée de 3 questions : - Une pour rechercher les freins à la recherche de ces sujets tabous - Deux questions pour connaître la position des médecins généralistes face à 2 pistes proposées pour permettre d'améliorer les échanges entre le médecin généraliste et la patiente lors de l'interrogatoire (une fiche mémo et un auto-questionnaire à faire remplir à la patiente). Un paragraphe dédié à la libre expression a été mis en place à la fin du questionnaire pour que les répondants puissent, s'ils le souhaitent, faire leur remarque sur le questionnaire.

D) Mode de recueil des données

Le recueil des données s'est fait par l'intermédiaire d'un questionnaire **« google forms ».**

- 3 mails (dont deux de relances) ont été envoyés entre mi-juin 2020 et début décembre 2020 :
  - 66 réponses ont été obtenues à la 1ère diffusion effectuée entre mi-juin 2020 et mi-juillet 2020
  - 25 réponses supplémentaires soit 91 réponses totales ont été obtenues à la 1ère relance effectuée entre fin août 2020 et fin septembre 2020
  - 37 réponses supplémentaires soit 128 réponses totales ont été obtenues à la 2ème et dernière relance effectuée entre début novembre et début décembre 2020.
- La durée totale du recueil des données était de **6 mois (de mi-juin 2020 à mi-décembre 2020).**

Les réponses obtenues après le 10 décembre 2020 n'ont pas été prise en compte pour l'analyse des données.

E) Analyse des données

La base de données a été saisie sur un fichier Microsoft Word sous la forme d'un tableau.

L'analyse univariée a été réalisée à l'aide du logiciel Excel et de Google forms.

L'analyse bivariée a été réalisée avec Excel et le logiciel « Biostat TGV ».
La comparaison des variables a été effectuée grâce au test du Chi2 sur Biostat TGV.
Lorsque les conditions du test n'étaient pas respectées, un test exact de Fisher a été utilisé.
Le seuil de significativité statistique choisi était fixé à 5%.

F) Disposition légale

L'autorisation de la CNIL a été obtenue pour cette étude.

La base de données constituée avec le nom des médecins généralistes et leur adresses mails se trouvait sur un fichier Word sur un ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Elle sera détruite une fois que cette thèse sera publiée.

Le questionnaire était anonyme.

III] RÉSULTATS

A) Population cible, population source et échantillon

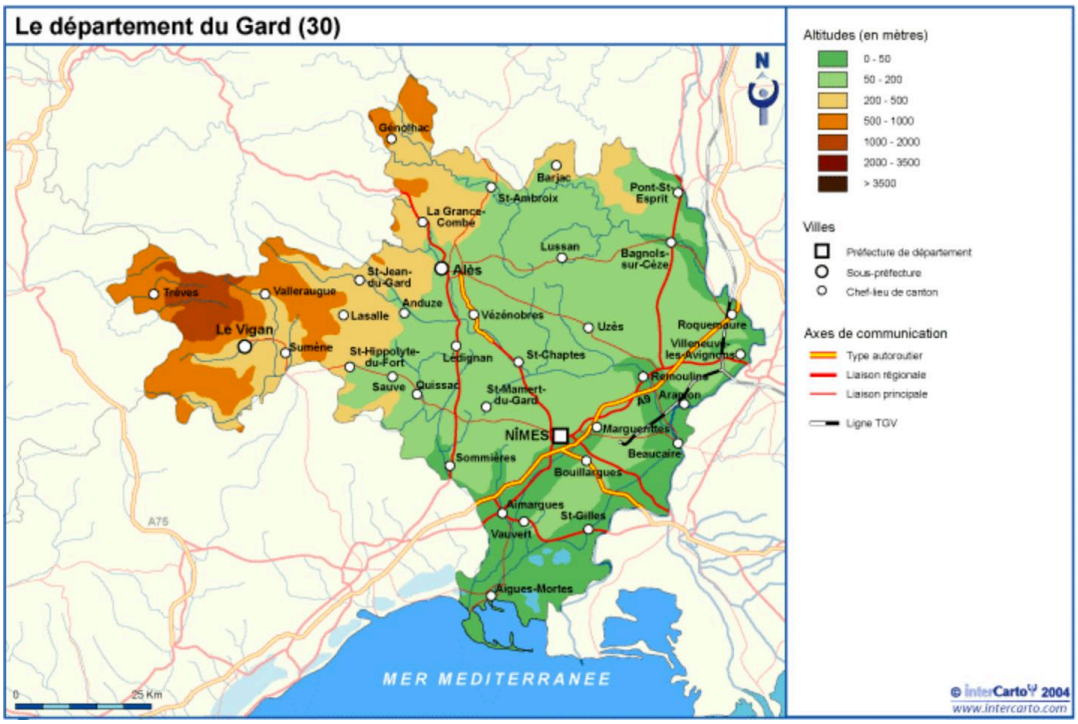


Figure 1 : Le département du Gard et les principales villes

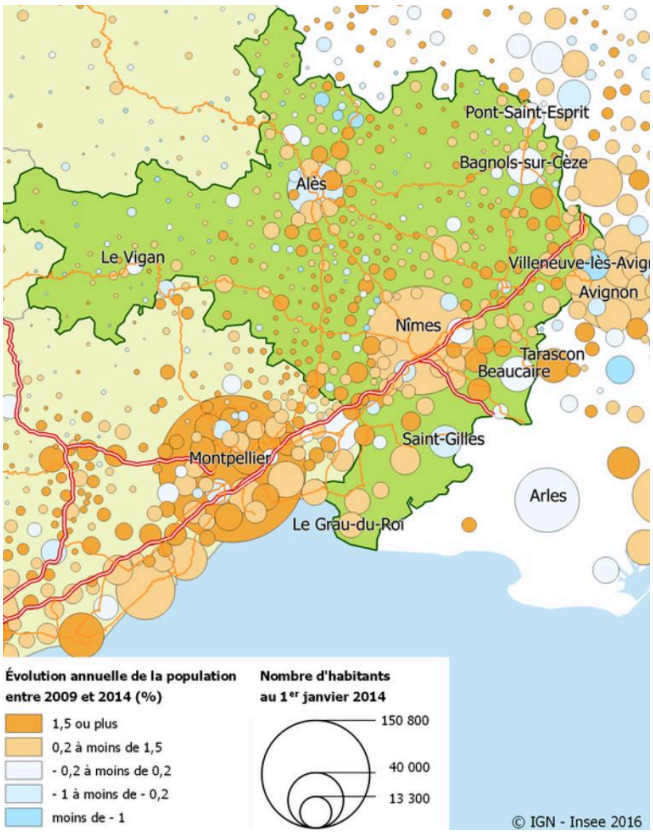


Figure 2 : Aperçu de la population du Gard, Insee 2016

Le nombre total de médecins généralistes inscris au conseil national de l'ordre et exerçant dans le Gard est de 1103 médecins au 30 avril 2020.
Après ajustement (médecins partis à la retraite, médecin ayant changé de région ...) le nombre total s'élève finalement à 1074 médecins.

Parmi ce nombre total (1074) de médecins généralistes :
- **597** médecins généralistes exercent en ville (en libéral pour la majorité et salariés en centre de santé pour une minorité).
- **65** médecins généralistes de formation ont spécialisé leur activité : acupuncture, homéopathie, médecine esthétique, expertise médicale, échographie, angiologie, allergologie, nutrition, ostéopathie. Ils ne font plus de médecine générale classique. Ils exercent en libéral.
- **340** MG non installés en libéral : médecins généralistes à l'hôpital, médecin généralistes urgentistes (avant le DESC d'urgences), médecins travaillant en EHPAD, médecins de PMI, médecins généralistes en service de médecine du travail, médecins scolaires, médecin à la sécurité sociale...
- **72** médecins inscrits au conseil de l'ordre du Gard mais non installés (remplaçants).

Parmi le nombre de médecins généralistes exerçant en ville, et ayant une activité de médecine générale :
- **250 MG** effectuent du suivi gynécologique pour leurs patientes.
- **338 MG** ne font pas de suivi gynécologique.
- **9 MG** ont été injoignables.

Parmi les 250 médecins généralistes qui font du suivi gynécologique :
- **231 MG** ont reçu le questionnaire par mail.
- **3 MG** n'avaient pas d'adresse mail mais acceptaient de répondre au questionnaire par téléphone ou courrier. Ils ont été exclus de l'étude.
- **8 MG** ont volontairement refusé de nous communiquer leur adresse mail.
- **8 MG** dont l'adresse mail n'a pas pu être obtenue (soit le secrétariat ne pouvait la communiquer, soit les médecins ne nous ont pas recontacté pour nous la communiquer...).

Par conséquent, 231 médecins généralistes ont constitué la base de sondage et ont donc reçu le questionnaire par mail.
Au terme de 3 envois dont 2 relances, 128 MG sur 231 ont répondu au questionnaire, constituant ainsi notre population d'étude.
Le pourcentage de réponse a donc été de 55,4%.

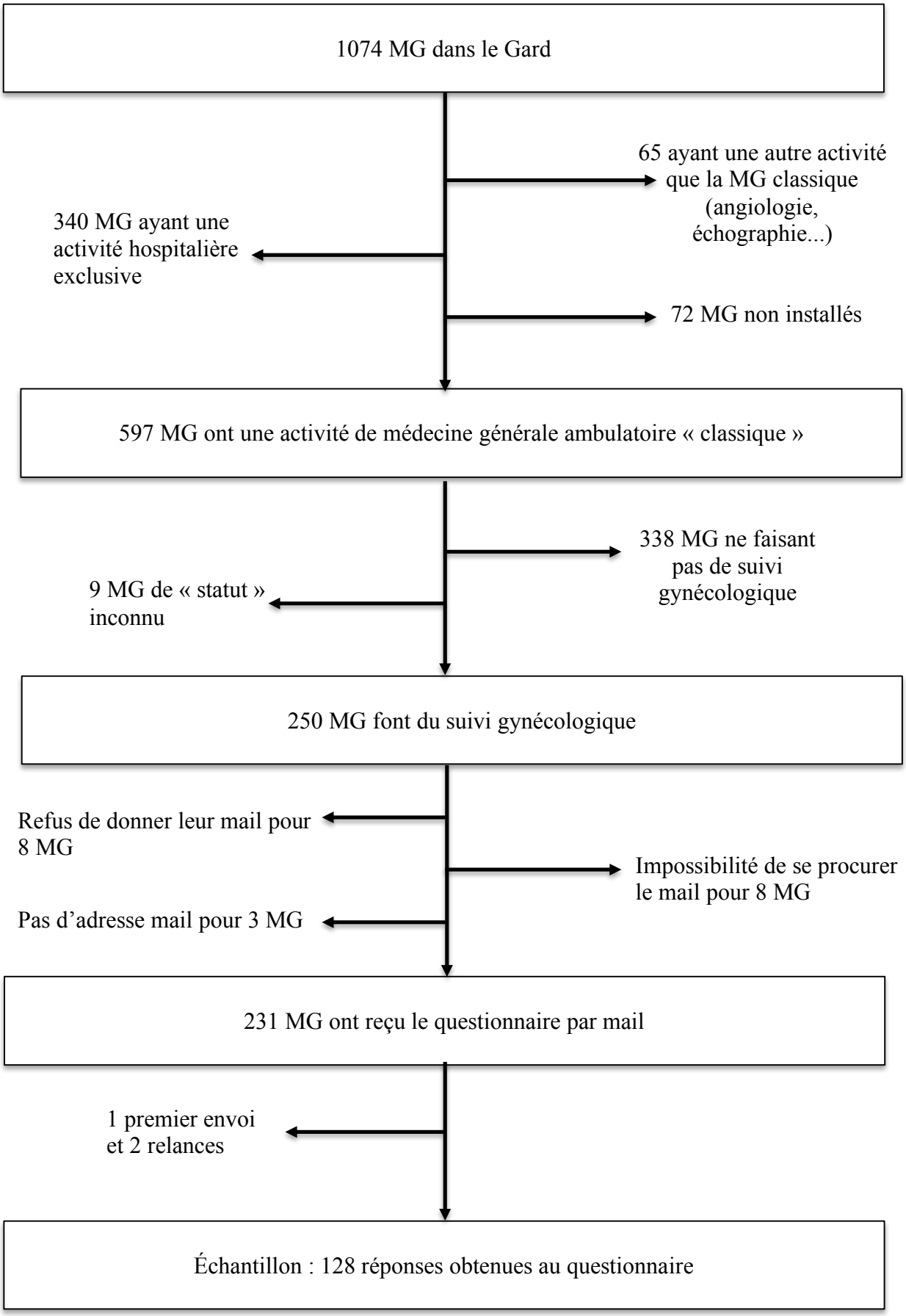


Figure 3 : Diagramme de flux

B) Caractéristiques de l'échantillon : profils des médecins généralistes répondants

Caractéristiques de la population	Effectifs	Pourcentage (%)
Total	128	100
Sexe		
Femme	107	83,6
Homme	21	16,4
Âge		
< 30 ans	1	0,8
30-40 ans	41	32
40-50 ans	27	21,1
50-60 ans	27	21,1
> 60 ans	32	25
Durée d'installation		
< 5 ans	32	25
Entre 5 et 10 ans	19	14,8
Entre 10 et 20 ans	24	18,8
Entre 20 et 30 ans	26	20,3
> 30 ans	27	21,1
Lieu d'exercice		
Urbain	22	17,2
Semi-rural	91	71,1
Rural	15	11,7
Nombre moyen de consultations gynécologiques par semaine		
< 5	50	39,1
5 à 10	57	44,5
10 à 20	16	12,5
> 20	5	3,9
Participation au DIU de gynécologie pour le MG		
Oui	29	22,7
Non	99	77,3

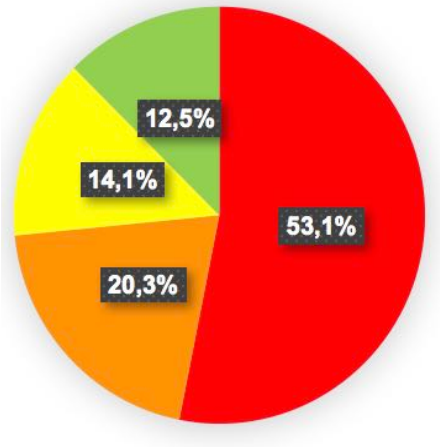
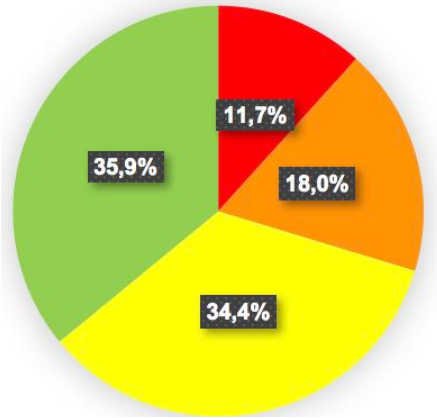
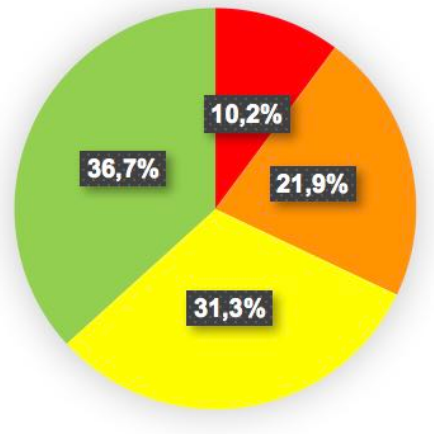
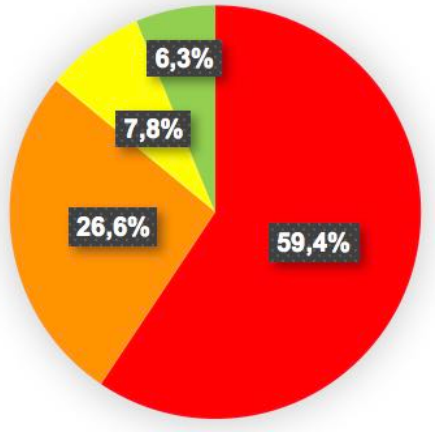
Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

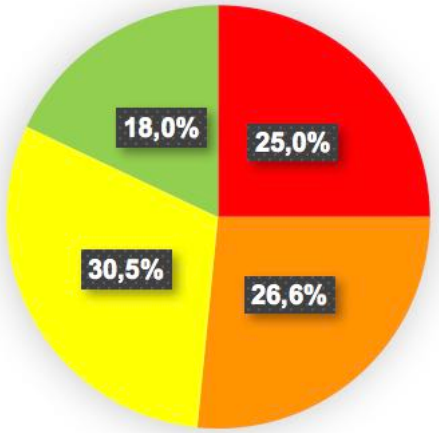
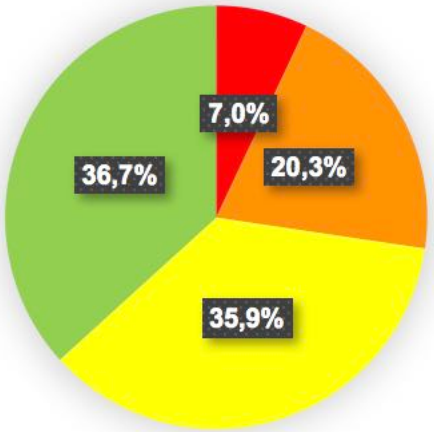
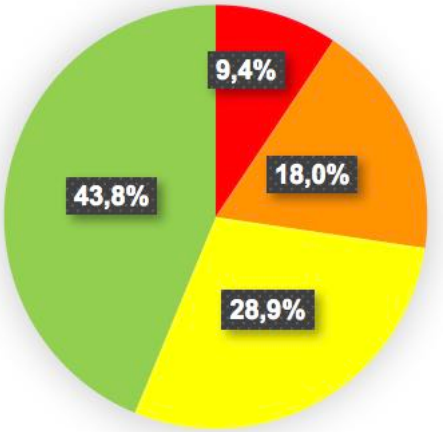
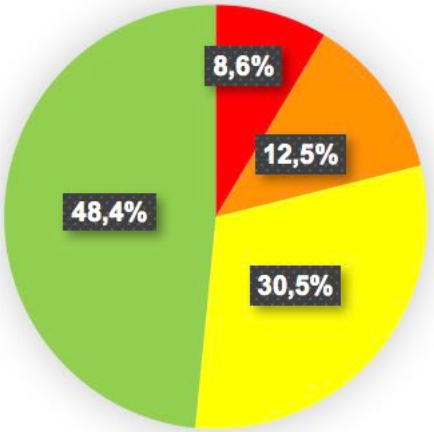
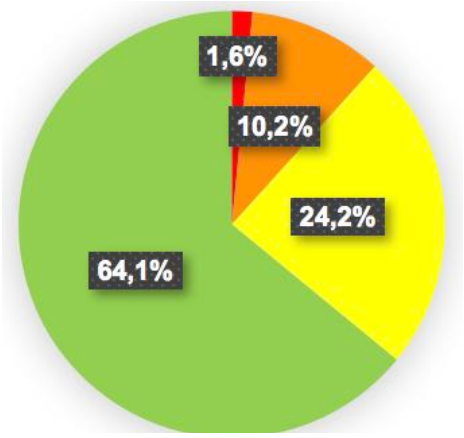
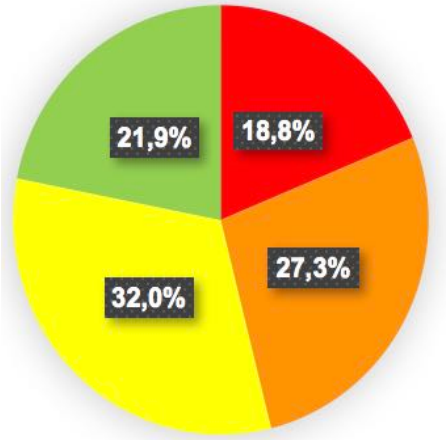
C) Recherche des symptômes et sujets tabous

1) Analyse univariée descriptive

Dans le tableau ci-dessous, sont présentés sous forme de camemberts, les résultats pour chaque question concernant la recherche spontanée des sujets tabous par le médecin généraliste en consultation.

Lors de votre interrogatoire à l'occasion d'une consultation dédiée au suivi gynécologique (consultation gynécologique annuelle, frottis, palpation des seins...), hors suivi de grossesse, ET SI LA PATIENTE NE VOUS EN PARLE PAS D'ELLE-MÊME :

RECHERCHEZ - VOUS SPONTANEMENT	Des symptômes **d'IU chez vos patientes jeunes (< 40 ans) nullipares** ?	Des symptômes d'**IU chez vos patientes ayant déjà eu une grossesse** ?
■ Très rarement ■ Parfois ■ Souvent ■ Pratiquement toujours		
	Des symptômes **d'IU chez vos patientes de plus de 40 ans** ?	Des symptômes **d'incontinence anale ou au gaz chez vos patientes de plus de 40 ans** ?
		

RECHERCHEZ - VOUS SPONTANEMENT	Des symptômes de **prolapsus pelvien chez vos patientes de plus de 40 ans** ?	Une **constipation chronique** chez toutes vos patientes ?
		
	Des **ménorragies et des métrorragies** chez toutes vos patientes ?	Une **dysménorrhée** chez vos patientes qui ont leurs règles ?
Très rarement Parfois Souvent Pratiquement toujours		
	Des **troubles trophiques vulvo-vaginaux** chez vos patientes ménopausées ?	Une douleur lors des rapports sexuels (**dyspareunie**) chez toutes vos patientes ?
		

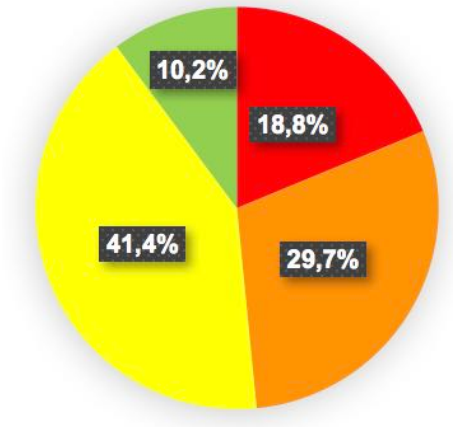
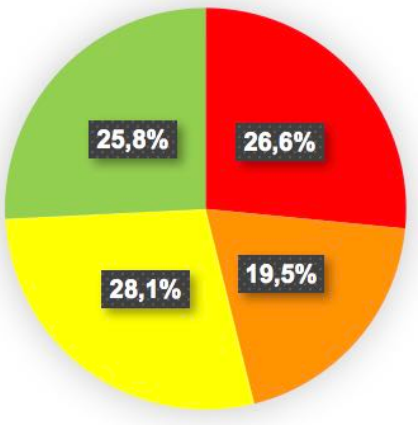
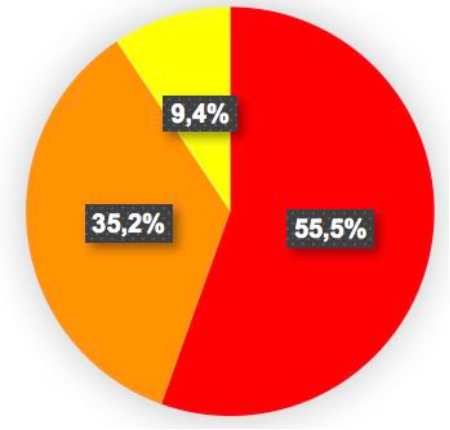
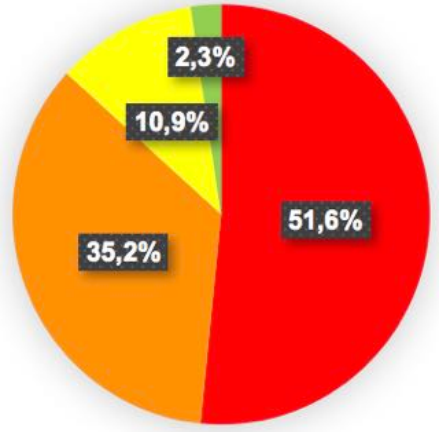
	Abordez-vous spontanément le thème de la **sexualité** avec toutes vos patientes ?	Informez-vous spontanément toutes vos patientes de l'importance de la **prévention des troubles périnéaux** ?
■ Très rarement ■ Parfois ■ Souvent ■ Pratiquement toujours		
	Abordez-vous spontanément la question des **violences sexuelles** avec toutes vos patientes ?	Abordez-vous spontanément la question des **violences conjugales** avec toutes vos patientes ?
		

Tableau 2 : Présentation des résultats de l'analyse univariée

Les différents sujets tabous sont recherchés par les médecins généralistes avec une fréquence très variable d'une thématique à l'autre.

Les deux sujets les moins abordés spontanément par les MG concernent les violences conjugales et les violences sexuelles. Seuls 10 % des répondants les dépistent fréquemment.

L'incontinence urinaire chez les patientes nullipares âgées de moins de 40 ans ainsi que l'incontinence anale ou au gaz sont également deux symptômes très peu recherchés par les médecins généralistes.

Les symptômes les plus souvent dépistés spontanément sont les troubles vulvo-vaginaux des femmes ménopausées avec quasi 90% des MG qui le recherchent au moins souvent pendant leur consultation.

En ce qui concerne le dépistage des dysménorrhées, des méno-métrorragies, de la constipation chronique, des symptômes d'IU chez les plus de 40 ans et d'IU après une grossesse, ils sont recherchés au moins souvent en consultation par quasi ¾ des MG.

Enfin, la dyspareunie, les symptômes de prolapsus pelvien chez les plus de 40 ans, la prévention des troubles périnéaux et le thème de la sexualité sont 4 sujets dont la répartition est plus homogène avec environ 25 % des MG qui les dépistent très rarement, 25% parfois, 25% souvent et 25% pratiquement toujours.

2) Analyse bivariée

Deux variables ont été étudiées en analyse bivariée :
- La participation au DIU de gynécologie
- Le nombre moyen de consultations de gynécologie par semaine

a) Existe-t-il un lien significatif entre la recherche des sujets tabous et la participation à un DIU de gynécologie ?

Le trop faible effectif dans certaines cases du tableau de contingence initial nous a contraint à effectuer des regroupements afin de pouvoir réaliser les différents tests statistiques (Chi2 ou le test exact de Fisher).
Nous avons donc choisi de regrouper :

- Les MG qui dépistent « pratiquement toujours » avec ceux qui dépistent « souvent » : pour former la catégorie « Dépiste souvent à pratiquement toujours ».
- Les MG qui dépistent « très rarement » avec les MG qui dépistent « parfois » pour former la catégorie « Dépiste très rarement à parfois ».

Sujet tabou	Dépistage	DIU non		DIU oui		p-value[1]
		N	%	N	%	
IU < 40 ans nullipares	Très rarement à parfois	78	78.8 %	16	55,2 %	**0,011**
	Souvent à toujours [2]	21	21,2 %	13	44,8 %	
IU après grossesse	Très rarement à parfois	35	35,4 %	3	10,3 %	**0,009**
	Souvent à toujours [2]	64	64,6 %	26	89,7 %	
IU > 40 ans	Très rarement à parfois	39	39,4 %	2	6,9 %	**0,0009**
	Souvent à toujours [2]	60	60,6 %	27	93,1 %	
Incontinence fécale/anale	Très rarement à parfois	86	86,9 %	24	82,8 %	0,554
	Souvent à toujours [2]	13	13,1 %	5	17,2 %	
Prolapsus pelvien	Très rarement à parfois	56	56,6 %	10	34,5 %	**0,036**
	Souvent à toujours [2]	43	43,4 %	19	65,5 %	
Constipation chronique	Très rarement à parfois	30	30,3 %	5	17,2 %	0,165
	Souvent à toujours [2]	69	69,7 %	24	82,8 %	
Prévention périnéale	Très rarement à parfois	40	40,4 %	9	31 %	0,186
	Souvent à toujours [2]	49	49,5 %	20	69 %	
Méno-métrorragies	Très rarement à parfois	28	28,3 %	7	24,1 %	0,659
	Souvent à toujours [2]	71	71,7 %	22	75,9	
Dysménorrhées	Très rarement à parfois	22	22,2 %	5	17,2 %	0,563
	Souvent à toujours [2]	77	77,8 %	24	82,8 %	
Troubles trophiques	Très rarement à parfois	13	13,1 %	2	6,9 %	0,517
	Souvent à toujours [2]	86	86,9 %	27	93,1 %	
Sexualité	Très rarement à parfois	54	54,5 %	8	27,6 %	**0,010**
	Souvent à toujours [2]	45	45,5 %	21	72,4 %	
Dyspareunies	Très rarement à parfois	53	53,5 %	6	20,7 %	**0,001**
	Souvent à toujours [2]	46	46,5 %	23	79,3 %	
Violences sexuelles	Très rarement à parfois	87	87,9 %	29	100 %	0,066
	Souvent à toujours [2]	12	12,1 %	0	0 %	
Violences conjugales	Très rarement à parfois	85	85,9 %	26	89,7 %	0,0761
	Souvent à toujours [2]	14	14,1 %	3	10,3 %	

[1] p-value du test du Chi-2 ou de Fisher si effectifs inférieurs à 5

[2] Souvent à pratiquement toujours

Tableau 3 : Influence de la participation au DIU de gynécologie sur le dépistage des sujets tabous

Le *tableau 3* montre l'influence de la participation au DIU de gynécologie sur le dépistage des sujets tabous.

Ces résultats sont en faveur d'un **dépistage actif plus fréquent** chez les médecins ayant réalisé un DIU de gynécologie concernant les sujets tabous suivants :

- Incontinence urinaire chez les patientes de moins de 40 ans nullipares
- Incontinence urinaire chez les patientes ayant déjà eu une grossesse
- Incontinence urinaire chez les patientes de plus de 40 ans
- Prolapsus pelvien
- Sexualité
- Dyspareunies

Pour les autres sujets tabous, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes.

b) Existe-t-il un lien significatif entre la recherche des sujets tabous et le nombre moyen de consultations gynécologiques par semaine ?

Le trop faible effectif dans chaque case du tableau de contingence nous a également contraint à effectuer des regroupements afin de pouvoir réaliser le test de Chi2 ou le test exact de Fisher.

Concernant la variable « Fréquence du dépistage des sujets tabous », nous avons donc choisi de regrouper :

- Les MG qui dépistent « pratiquement toujours » avec ceux qui dépistent « souvent » : pour former la catégorie « Dépiste souvent à pratiquement toujours ».
- Les MG qui dépistent « très rarement » avec les MG qui dépistent « parfois » pour former la catégorie « Dépiste très rarement à parfois ».

Concernant la variable « Nombre moyen de consultations gynécologiques par semaine », nous avons regroupé :

- Les MG qui font moins de 10 consultations gynécologiques par semaine : regroupement des sous-catégories « < 5 consultations/semaine » et « Entre 5 et 10 consultations/semaine »
- Les MG qui font plus de 10 consultations gynécologiques par semaine : regroupement des sous-catégories « Entre 10 et 20 consultations/semaine » et « > 20 consultations/semaine »

Sujet tabou	Dépistage	Consultations gynécologiques				p-value[1]
		< 10 / semaine		> 10 / semaine		
		N	%	N	%	
IU < 40 ans nullipare	Très rarement à parfois	84	78,5 %	10	47,6 %	**0,003**
	Souvent à toujours [2]	23	21,5 %	11	52,4 %	
IU après grossesse	Très rarement à parfois	36	33,6 %	2	9,5 %	**0,026**
	Souvent à toujours [2]	71	66,4 %	19	90,5 %	
IU > 40 ans	Très rarement à parfois	39	36,4 %	2	9,5 %	**0,015**
	Souvent à toujours [2]	68	63,6 %	19	90,5 %	
Incontinence fécale/anale	Très rarement à parfois	92	86 %	18	85,7 %	1
	Souvent à toujours [2]	15	14 %	3	14,3 %	
Prolapsus pelvien	Très rarement à parfois	61	57 %	5	23,8 %	**0,005**
	Souvent à toujours [2]	46	43 %	16	76,2 %	
Constipation chronique	Très rarement à parfois	31	29 %	4	19 %	0,35
	Souvent à toujours [2]	76	71 %	17	81 %	
Prévention périnéale	Très rarement à parfois	56	52,3 %	3	14,3 %	**0,001**
	Souvent à toujours [2]	51	47,7 %	18	85,7 %	
Méno-métrorragies	Très rarement à parfois	30	28 %	5	23,8 %	0,69
	Souvent à toujours [2]	77	72 %	16	76, 2 %	
Dysménorrhées	Très rarement à parfois	24	22,4 %	3	14,3 %	0,56
	Souvent à toujours [2]	83	77,6 %	18	85,7 %	
Troubles trophiques	Très rarement à parfois	13	12,1 %	2	9,5 %	1
	Souvent à toujours [2]	94	87,9 %	19	90,5 %	
Sexualité	Très rarement à parfois	57	53,3 %	5	23,8 %	**0,013**
	Souvent à toujours [2]	50	46,7 %	16	76,2 %	
Dyspareunies	Très rarement à parfois	56	52,3 %	3	14,3 %	**0,0013**
	Souvent à toujours [2]	51	47,7 %	18	85,7 %	
Violences sexuelles	Très rarement à parfois	97	90,7 %	19	90,5 %	1
	Souvent à toujours [2]	10	9,3 %	2	9,5 %	
Violences conjugales	Très rarement à parfois	94	87,9 %	17	81 %	0,479
	Souvent à toujours [2]	13	12,1 %	4	19 %	

[1] p-value du test du Chi-2 ou de Fisher si effectifs inférieurs à

[2] Souvent à pratiquement toujours

Tableau 4 : Influence du nombre moyen de consultations gynécologiques hebdomadaire sur le dépistage des sujets tabous

Le *tableau 4* montre l'influence du nombre moyen de consultation gynécologiques par semaine sur le dépistage des sujets tabous.
Ces résultats sont en faveur d'un dépistage actif plus fréquent chez les médecins réalisant davantage de consultations gynécologiques concernant les sujets tabous suivants :
- Incontinence urinaire chez les patientes de moins de 40 ans nullipares
- Incontinence urinaire chez les patientes ayant déjà eu une grossesse
- Incontinence urinaire chez les patientes de plus de 40 ans
- Prolapsus pelvien
- Prévention périnéale
- Sexualité
- Dyspareunies

Pour les autres sujets tabous, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les 2 groupes.

D) Freins

Dans le tableau ci-dessous, il est présenté, par ordre de fréquence, les freins qui limitent les MG interrogés dans leur recherche des sujets gynécologiques tabous lors de leur interrogatoire.
Pour rappel, les participants avaient la possibilité de répondre plusieurs choix.

Les 2 principaux rapportés sont :
- Le manque de temps (54.7%)
- La pudeur à aborder les sujets tabous (42,2%).

A noter, que parmi les médecins généralistes ayant répondu qu'ils n'avaient « pas de frein », soit 17,2 % des participants, ils sont presque 1/3 à avoir aussi cocher un autre frein dans la liste proposée.
Ainsi, seuls 12% des participants n'ont donc **aucun frein** à aborder les sujets gynécologiques tabous avec leurs patientes.

Freins	Effectifs	Pourcentage (%)
1) Manque de temps	70	54,7
2) Pudeur à aborder les sujets	54	42,2
3) Prise de conscience insuffisante du médecin	31	24,2
4) Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	30	23,4
5) Pas de frein	22	17,2
6) Manque de connaissances	19	14,8
7) Pas de consultation cotée dédiée	18	14,1
7) Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	18	14,1
8) Considère qu'il n'y a pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	14	10,9

Tableau 5 : Freins des MG par ordre de fréquence

E) Ouverture pour l'avenir

Les deux dernières questions du questionnaire s'intéressaient à l'avis des médecins concernant des pistes pour améliorer la recherche des sujets tabous en consultation gynécologique.

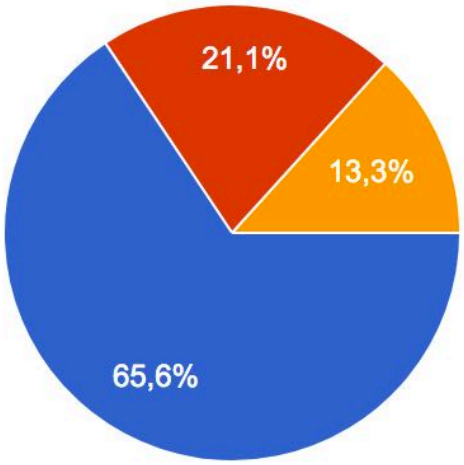
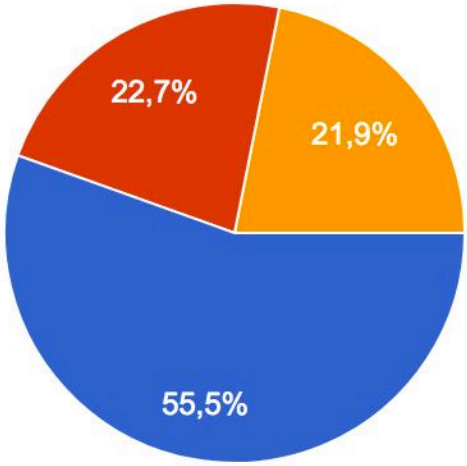
Pensez-vous utile de disposer d'une **fiche mémo** listant ces sujets tabous pour vous aider dans votre interrogatoire de consultation gynécologique ?		Oui Non Je ne sais pas
Estimez-vous utile de faire remplir un **auto-questionnaire** à la patiente en salle d'attente sur ces sujets tabous afin de faciliter les échanges lors de la consultation gynécologique ?		

Tableau 6 : Pistes pour améliorer la consultation de suivi gynécologique

IV] DISCUSSION

Les différents symptômes et sujets gynécologiques tabous abordés dans cette étude sont chacun recherchés plus ou moins fréquemment par le MG, et ce de manière très variable d'une thématique à l'autre.

La plupart des médecins généralistes (88%) rapportent au moins un frein qui les limite dans leur interrogatoire avec en premières causes un manque de temps et une pudeur à aborder ces sujets.

Ils sont, dans la majorité des cas, favorables à la mise en place de pistes pour les aider à améliorer leur consultation de suivi gynécologique.

A) Résultats

1) Les violences, sujet le moins abordé en consultation

Les violences conjugales et sexuelles sont les deux sujets les moins abordés spontanément par le médecin généraliste. Seuls 10% des MG les dépistent régulièrement.

Nous verrons plus bas, que notre étude n'est pas isolée et que la plupart des travaux dressent le même constat.

Cela peut être expliqué par le fait que le lien entre la violence et la médecine est moins évident que pour certains autres symptômes. On associe plus souvent les violences au domaine de la justice plutôt qu'à celui de la santé.

De plus, le cursus médical théorique ne fait que très peu référence à la violence et surtout au rôle du médecin. Tandis que pour la plupart des autres symptômes (dyspareunie, dysménorrhées, urgenturies, etc.) il est enseigné leur définition, leur épidémiologie et l'aspect pathologique (27), (29).

Le rôle du médecin paraît ici évident car la plupart de ces symptômes s'intègrent dans une pathologie où le praticien peut proposer des examens complémentaires et une prise en charge thérapeutique.

Hors, ce n'est pas le cas pour les violences conjugales et sexuelles. Les médecins se sentent souvent démunis devant ces situations de violences car ils ne savent pas quoi faire et quel est vraiment leur rôle.

Il y a donc un véritable travail à faire à ce niveau pour améliorer cette situation.

2) Influence du DIU de gynécologie et du nombre de consultations gynécologiques sur le dépistage des sujets tabous

D'une part, l'analyse bivariée nous a indiqué la tendance suivante pour plusieurs sujets tabous :
- Les médecins qui ont réalisé le DIU de gynécologie semblent les dépister plus souvent
- Les médecins qui font plus de consultations de gynécologie semblent les dépister plus souvent

Il paraît donc y avoir un intérêt à encourager les médecins à effectuer une formation complémentaire en gynécologie.
Il est en revanche difficilement envisageable de les inciter à faire plus de gynécologie, chaque médecin étant libre de gérer ses consultations comme il le souhaite.
De plus, il existe probablement un biais de confusion dans le sens où les médecins qui ont choisi de réaliser le DIU de gynécologie et/ou de consacrer une bonne partie de leurs consultations à la gynécologie sont les médecins qui affectionnent cette spécialité et qui sont donc plus sensibles aux problématiques de celle-ci.
D'ailleurs parmi les 21 MG qui font plus de 10 consultations de gynécologie par semaine, ils sont les 2/3 à avoir réalisé le DIU de gynécologie.

A contrario, pour les autres sujets tabous, l'analyse bivariée n'a pas permis de conclure à une influence du DIU de gynécologie et/ou du nombre de consultations de gynécologie sur leur dépistage.
Cela signifie qu'il existe soit un manque de puissance soit une réelle absence de lien entre les variables.

Au regard des écarts dans les pourcentages, il est tout à fait envisageable d'avancer l'hypothèse qu'il n'y a finalement pas de lien entre les variables pour certains sujets tabous.
Il se dessine alors deux tendances :

- Soit tous les MG (avec ou sans DIU de gynécologie et quel que soit leur nombre de consultations de gynécologie par semaine), dépistent de manière similaire et très fréquente certains sujets tabous.
  C'est le cas pour la constipation chronique, les méno-métrorragies, les dysménorrhées et les troubles trophiques.
  Cela témoigne d'une bonne connaissance globale des MG de ces symptômes et de l'importance de les rechercher spontanément auprès de leurs patientes.
- Soit tous les MG, ne dépistent pas suffisamment certains sujets tabous.
  C'est le cas pour les violences conjugales et pour les violences sexuelles.
  Cela démontre que même en ayant suivi un DIU de gynécologie et en pratiquant très régulièrement cette discipline, les médecins ne sont pas sensibilisés à tous les sujets tabous.

Il y a donc un réel impact à promouvoir l'intérêt de les rechercher : dans des revues médicales, dans les recommandations mais aussi dans les cours de DIU.

Ainsi, pour certains sujets tabous, la formation supplémentaire et la pratique régulière de la gynécologie sont en faveur d'un meilleur dépistage de la part des médecins.
Pour les autres, il ne semble pas y avoir de différence entre les groupes ; soit la prise de conscience est déjà très encourageante pour la majorité des médecins, soit elle leur fait défaut même s'ils font beaucoup de gynécologie ou qu'ils ont réalisé le DIU.

B) Cohérence externe : comparaison des résultats avec la littérature existante

1) Concernant la recherche de sujets tabous

Dans la littérature médicale, il y a peu d'études, d'articles, de thèse qui traitent des sujets tabous gynécologiques dans leur ensemble et notamment très peu qui interrogent le médecin généraliste.
Pour trouver quelques travaux intéressants, il a fallu réaliser une recherche par sujet tabou.

Symptômes d'incontinence urinaire	Pour rappel dans notre étude, près de 70% des médecins généralistes dépistaient au moins souvent les symptômes d'IU chez leurs patientes de plus de 40 ans ou ayant eu une grossesse. En revanche, ils n'étaient que 26 % à les rechercher chez leur patientes jeunes (< 40 ans) nullipares. Plusieurs travaux ont été réalisés sur le dépistage de l'incontinence urinaire en MG. La tendance générale qui ressort est que l'incontinence urinaire est sous-évaluée et sous-diagnostiquée par les médecins généralistes (71). « Bien qu'ils étaient conscients de leur rôle à jouer dans le dépistage, les médecins généralistes n'évoquaient d'eux-mêmes le sujet que rarement. » (72). C'est ce que confirme une autre thèse (73), 46% des médecins généralistes picards interrogés ont déclaré dépister rarement l'incontinence urinaire. Dans une enquête réalisée en cabinet de médecine générale dans les Yvelines (74) : seulement 17,9% des femmes âgées de 18 à 45 ans ont été dépistées par leur médecin traitant au sujet de l'IU. Dans une autre étude réalisée en Béarn et Soule (75), l'auteur rapporte que la recherche d'une IU en pratique courante fait toujours partie de l'interrogatoire de

	base chez la femme de plus de 15 ans pour seulement 7% des MG alors qu'elle ne fait rarement ou jamais partie de l'interrogatoire de base pour 45% des MG. Pour 50% des MG interrogés, c'est à l'occasion d'une consultation de suivi gynécologique qu'ils recherchent cette IU. Finalement, les résultats semblent plus encourageants dans notre étude. Mais cela peut s'expliquer par le fait que notre enquête ciblait le dépistage en consultation de suivi gynécologique et non des consultations de médecine générale tout venant.
Symptômes d'incontinence anale et/ou au gaz	Le dépistage et la prise en charge de l'incontinence anale par le MG est très peu voire quasiment pas étudié notamment par les médecins. Dans un mémoire de sage-femme concernant les tabous autour de la sphère anale (21), l'auteur rapporte que la recherche d'une incontinence anale à l'interrogatoire est rarement effectuée et que ce symptôme est largement sous-évalué par les professionnels de santé qu'il s'agisse des sages-femmes, des médecins généralistes ou des gynécologues. C'est ce que confirme deux autres études (76), (77) : les professionnels de santé (dont les MG) sont très peu sensibilisés au sujet de l'incontinence anale et ne peuvent donc pas la rechercher aisément chez leurs patientes. Les sages-femmes restent la source principale d'informations auprès des femmes à ce sujet, mais nous savons que la plupart d'entre elles ne continuent pas à suivre ces femmes à distance de leur accouchement.
Symptômes de prolapsus	Il n'existe pas à ce jour de données répertoriées dans la littérature en France évaluant la recherche des symptômes de prolapsus par le médecin généraliste. Il s'agit d'un sujet encore très peu étudié dans la sphère de la MG alors que les études sur la prise en charge chirurgicale du prolapsus pelvien sont nombreuses. Cela contraste avec le fait que la chirurgie est réalisée en dernier recours dans le parcours de soin.
Constipation chronique	Aucune thèse répertoriée dans le catalogue SUDOC et aucun article sur Pubmed ne s'est encore intéressée à la constipation chez le patient tout venant (non gériatrique, non atteint d'une pathologie néoplasique ou d'une pathologie psychiatrique). Ainsi nous n'avons pas pu recueillir de données sur le nombre de médecins recherchant une constipation chronique chez leurs patientes n'ayant aucune plainte digestive et en consultation de gynécologie.

Protection périnéale et prévention périnéale	Aucune étude n'a été trouvée à ce jour nous permettant de comparer nos résultats à la littérature existante. Il existe de plus en plus de livres et d'articles dénonçant le manque de prévention à l'égard du périnée par les professionnels de santé (15), (28) mais il n'existe pas d'étude qui précise dans quelle proportion cette prévention du périnée est réalisée ou pas en consultation par les MG.
Méno-métrorragies	Aucune étude n'a été trouvée nous permettant de comparer nos résultats à la littérature existante.
Dysménorrhée	Les chiffres obtenus dans la littérature au sujet des dysménorrhées sont très variables d'une étude à l'autre. Dans son mémoire de DIU (35), Dr Gonzalez rapporte que les dysménorrhées sont recherchées spontanément à l'interrogatoire : • Toujours dans 19.5% des cas • Souvent dans 31.5% des cas • Parfois dans 39% des cas • Jamais recherchées dans 10% des cas Dans sa thèse (78) : « Les médecins généralistes envisagent-ils le diagnostic d'endométriose devant une dysménorrhée sévère de l'adolescente ? » le Dr Lecou indique que 50% des médecins généralistes déclarent que la recherche des dysménorrhées n'est pas systématique dans leur pratique. Enfin, dans une autre thèse (79) : « Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie », sur 91 médecins interrogés en Haute Normandie, 75% des MG recherchent systématiquement des dysménorrhées dans le cadre d'une consultation de contraception. Pour rappel dans notre étude, près de la moitié des MG recherchaient pratiquement toujours une dysménorrhée lors de leur consultation, et 30% la recherchait souvent. Ces différences dans les résultats peuvent s'expliquer en grande partie par le type de consultation visé par l'étude. En effet on peut concevoir que le chiffre est plus élevé quand il s'agit d'une consultation de contraception par rapport à une consultation de gynécologie « tout venant ».

Symptômes d'atrophie vulvo-vaginale	Alors que l'on trouve quelques thèses sur les attentes ou le vécu des femmes souffrant de troubles trophiques, une seule thèse à ce jour explore l'abord par les médecins généralistes de ces symptômes d'atrophie vaginale. Il s'agit d'une étude qualitative étudiant les réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées (80). Et finalement nous n'avons que peu de moyen de comparaison en termes de chiffres. C'est le même constat sur la base de données Pubmed notamment concernant les articles en Français. Les autres articles écrits en langue anglaise et notamment l'immense travail du Pr Rosella E. Nappi (3), (36), (37), (38), (52) sur l'atrophie vulvo-vaginale nous indique que ces symptômes sont sous-diagnostiqués par les médecins et trop peu souvent recherchés. Tout cela contraste avec les résultats obtenus dans notre étude. En effet, les troubles trophiques vulvo-vaginaux chez les femmes ménopausées sont recherchés spontanément et systématiquement pratiquement toujours par 63% de nos médecins répondants, ce qui en fait le symptôme le plus recherché parmi nos 12 sujets sélectionnés. Nous n'avons pas trouvé d'explications à ce résultat très favorable et contradictoire aux données de la littérature existante.
Dyspareunie	Lorsque l'on fait une recherche sur le thème des dyspareunies sur SUDOC thèse peu de résultats apparaissent. En revanche, de plus en plus de travaux se concentrent sur l'endométriose et c'est à travers cette pathologie que les dyspareunies sont parfois recherchées. Dans son mémoire de DIU de gynécologie, « Les médecins généralistes face au diagnostic de l'endométriose » (35), l'auteure a cherché à savoir, si les 3 symptômes majeurs du diagnostic d'endométriose sont dépistés systématiquement à l'interrogatoire par les MG lors d'une consultation à « thématique gynécologique ». D'après ses résultats, les dyspareunies sont recherchées spontanément à l'interrogatoire : • Toujours dans 1% des cas • Souvent dans 14% des cas • Parfois dans 40% des cas • Jamais recherchées dans 42% des cas

	Cette différence de résultats par rapport à notre étude peut s'expliquer par une population cible différente. Notre travail concerne uniquement les MG qui effectuent du suivi gynécologique et il exclut, à la différence de son étude, les MG qui ne font que des consultations d'urgences gynécologiques de temps en temps (mycose, cystite...) sans réaliser le suivi. En effet, les MG qui se définissent comme effectuant du suivi gynécologique sont certainement plus sensibiliser aux différentes pathologies et symptômes à rechercher en gynécologie.
Sexualité, qualité de vie sexuelle, dysfonction sexuelle	Dans sa thèse : « Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leurs patients ? » (81) une des questions de son questionnaire est identique à celle posée dans le nôtre : « Abordez-vous spontanément le thème de la sexualité avec vos patientes ? ». Voici les résultats qu'elle a obtenu : • 3.6 % : disent toujours aborder spontanément le thème de la sexualité • 23.2 % : souvent • 61.6 % : quelques fois • 8 % : jamais • 4.5 % : « n'y pensent pas » Les résultats que nous avons obtenus dans notre étude sont meilleurs avec 50% des MG qui abordent au moins souvent le thème de la sexualité. Cela peut être expliqué par le fait que nous n'avons pas ciblé le même type de consultation (MG classique tout venant versus consultation de suivi gynécologique) ni le même type de population (hommes et femmes vs femmes seulement). Plusieurs autres thèses se sont intéressés à l'abord de la sexualité en consultation (82), (83) au cours d'entretien semi-dirigés ou dirigés. Il se dégage la tendance suivante : la sexualité n'est pas suffisamment abordée par les médecins mais ces derniers ont la volonté de s'améliorer à ce sujet, la plupart considérant que la sexualité fait partie de la santé globale et qu'ils sont des interlocuteurs privilégiés pour leur patients.

Violences sexuelles	Dans notre étude, aucun médecin généraliste ne dépistait systématiquement les violences sexuelles chez ses patientes et seuls 10 % affirmaient les dépister souvent. C'est également la tendance qui ressort des autres travaux réalisés sur le même sujet. Il résulte que l'approche en consultation de médecine générale des violences sexuelles est difficile et que leur repérage est clairement sous-estimé (84), (85), (86), (87). Beaucoup d'enquêtes sont qualitatives. Il existe encore très peu de données notamment en termes de chiffre concernant leur dépistage par le MG. Le pourcentage obtenu lors de notre enquête constitue donc une des premières données chiffrées au sujet de ces violences sexuelles et de leur repérage par les MG en consultation de suivi gynécologique.
Violences conjugales	Le thème des violences conjugales est un sujet de plus en plus mis en avant dans la littérature médicale. L'explosion ces cinq dernières années du nombre de thèses consacrées à ce motif nous prouve l'intérêt et l'investissement des futurs docteurs en médecine à faire bouger les choses en matière de violences conjugales. Pourtant, en pratique quotidienne, très peu de médecins recherchent de manière systématique les situations de violence conjugale. Et cette tendance se retrouve dans la très grande majorité des travaux publiés à ce sujet. Le rapport Henrion (88) de 2001 qui préconise un dépistage systématique des violences conjugales rapportait déjà à l'époque un faible pourcentage (7 à 9%) de médecins qui recherchaient systématiquement ces violences. Dans d'autres études, on rapporte que les violences conjugales ne sont décelées par les médecins que dans 5 à 12 % des cas (89), (90). Des thèses réalisées plus récemment, montrent que les choses ont encore trop peu évolué. A titre d'exemple : - Dans sa thèse intitulée (91) « Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR : Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours » : seuls 10.6% des professionnels de santé interrogés disaient aborder systématiquement la question des violences conjugales.

	Et pourtant, ce sont des professionnels qui ont souhaité participé à une formation sur la violence conjugale donc sensibilisés au sujet et intéressés pour mieux le prendre en charge. - Dans une autre thèse (92) « Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales : étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie. », seuls 2 % des médecins généralistes interrogés réalisent un dépistage systématique des violences. - Un chiffre plus encourageant est retrouvé dans la thèse « Le dépistage systématique des violences conjugales : Etude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 » (93) avec 22% de MG qui pratiquent ce dépistage systématique. Ainsi, cela confirme la tendance générale : la violence conjugale est sous-repérée en cabinet de médecine générale et considérée comme une problématique difficile à gérer devant laquelle peu de médecins se sentent à l'aise (94).

À la lumière de tous ces travaux, il apparaît que les symptômes et sujets gynécologiques tabous sont encore trop peu abordés par le médecin généraliste alors qu'il a un rôle majeur pour les dépister et les prendre en charge.

En comparaison avec les résultats de la littérature existante, ceux issus de notre étude sont meilleurs.
Mais il faut nuancer cette différence car la plupart des travaux citées ci-dessus concernent des consultations de médecine générale tout venant alors que notre étude ciblait la consultation de suivi gynécologique
En effet, il est tout à fait compréhensible d'avoir plus de MG qui recherchent spontanément l'incontinence urinaire, par exemple, dans le cadre d'une consultation de suivi gynécologique que lors d'une consultation de médecine générale « classique ».

Cela montre l'importance d'avoir une **consultation dédiée de gynécologie** car le praticien ne peut tout aborder en consultation de MG classique et il risque de passer à côtés de certaines choses s'il n'existe pas un cadre précis de consultation.
Effectivement, certaines consultations dédiées, se prêtent mieux à parler de certains sujets notamment en gynécologie.

2) Concernant les freins pour les médecins généralistes

Dans notre étude, le manque de temps et la pudeur à aborder les sujets sont les deux facteurs les plus souvent cités par les MG interrogés qui limitent leur dépistage des symptômes et sujets tabous gynécologiques en consultation.

Le manque de temps en consultation est de plus en plus dénoncé par les médecins généralistes qui ont parfois l'impression de ne pas pouvoir explorer tous les domaines de la santé du patient et de passer à côté de certaines problématiques mis au second plan.
Et dans une société où le temps médical est compté, rechercher d'autres symptômes dont le patient ne se plaint pas de lui-même semble encore plus utopique.
Le domaine de la gynécologie avec ses sujets tabous n'est malheureusement pas épargné et la majorité des études rapportent que les MG sont freinés par un manque de temps en consultation (71), (75), (80), (81), (83), (91), (95), (96).

Le 2ème frein mis en avant concerne la pudeur et la gêne à évoquer certains sujets tabous et l'absence de prétexte des médecins pour justifier de les aborder.
C'est un facteur limitant retrouvé dans la majorité des études qui traitent de la même thématique (66), (80), (81), (83), (84), (86), (94), (96), (97).

Les études qualitatives sont très intéressantes pour percevoir le ressenti des médecins généralistes et leurs freins.
Au sujet des réticences des MG à aborder l'inconfort vaginal chez leurs patientes ménopausées : "c'est des choses qui restent taboues et ouais, moi poser la question de but en blanc, je trouve ça compliqué", « C'est tabou quand même », "la timidité de mon caractère parfois timide, mon tempérament qui fait que parfois je peux être mal à l'aise" (80).
Concernant les violences conjugales et sexuelles, au-delà de la pudeur à aborder le sujet c'est également le sentiment d'intrusion et le sentiment de se retrouver dans une position inconfortable (de se retrouver face à des « victimes ») qui pose problème aux médecins ; « Je me dis mais là je vais choquer quoi si je parle de ça là, à cette occasion-là » (92), (95).

Enfin, la thèse du Dr Moreau (91), est très intéressante car elle a montré que grâce à une formation proposée aux professionnels de santé, le frein « sentiment d'être trop intrusif » était significativement moins important à l'issue de la formation.
Cela laisse espérer qu'une prise de conscience et une meilleure formation des MG pourront faire évoluer favorablement les pratiques en matière de dépistage des sujets tabous.

C) Population étudiée

Le choix de restreindre cette étude à un unique département a été fait de façon à pouvoir contacter individuellement chaque médecin généraliste et constituer notre propre base de données.
Cela nous a permis, tout le long de notre travail, d'avoir un regard sur la population source, la base de sondage et la population d'étude et de connaître les effectifs précis des différentes populations.

Le contact téléphonique a servi à « sensibiliser » une première fois les médecins à notre étude.
L'envoi individuel du questionnaire par l'interne réalisant la thèse et non par l'intermédiaire du conseil de l'ordre a permis d'avoir un contact moins formel et plus personnel avec les futurs répondants.
En effet, un certain nombre de médecins nous ont confié recevoir plusieurs questionnaires de thèse par mois via le conseil de l'ordre et finir par ne plus y prêter attention.
A l'inverse, ils avaient été plus sensibles à la réception d'un mail personnalisé comme le nôtre.
Cela a certainement aidé à d'obtenir plus de réponses.

D) Questionnaire

1) Limites du questionnaire

- Les questions sont soumises à **un biais d'interprétation et de compréhension** difficilement évitable.
- Les possibilités de réponses ont été limitées à 4 : « pratiquement toujours », « souvent », « parfois », « très rarement ». Il s'agit de notions qualitatives dont l'interprétation et la définition précises sont propres à chaque répondant.

Ainsi ce nombre restreint de réponses, entraîne une certaine **imprécision dans les réponses**.

2) Points forts du questionnaire

- La durée totale de réponse au questionnaire a été calculée pour qu'elle ne dépasse pas 10 minutes afin de limiter les abandons en cours de remplissage.
- Les questions ont été formulées de la même manière pour faciliter la lecture du questionnaire et permettre aux médecins généralistes de répondre plus rapidement.
- Les possibilités de réponse étaient identiques pour chaque question afin de ne pas perdre l'attention des médecins répondants.
- Avant de diffuser le questionnaire, il a été testé par 6 MG. Cela a permis de reformuler certaines questions pour limiter la mauvaise compréhension et la mauvaise interprétation.

E) Limites de l'étude

1) Biais

Biais de sélection	1) Il existe un **biais dans la sélection** des médecins qui font du suivi gynécologique. En effet, quand ils ont été contactés un à un au téléphone pour savoir s'ils faisaient ou non du suivi gynécologique pour leur patientes, certains médecins ou certains secrétariats ne savaient pas vraiment dans quelle catégorie ils se classaient. Nous tentions alors de leur expliquer rapidement ce qu'il était admis par « suivi gynécologique ». Mais comme la définition n'est ni très claire ni tranchée, il y a certainement eu des erreurs dans la constitution de la liste des médecins. Certains MG auraient donc pu être inclus dans la population source des MG faisant du suivi gynécologique (et pouvant donc répondre au questionnaire) et d'autres ont dû être inclus à tort. Il faut ajouter à cela que certains MG ont pu répondre au téléphone qu'ils n'effectuaient pas de suivi gynécologique pour ne pas être dérangés s'ils répondaient oui à la question. 2) Ensuite, la base de sondage a été constitué des MG qui ont bien voulu communiquer leur adresse mail quand ils ont été contactés au téléphone. Cette étape a donc opéré une deuxième sélection des MG. On peut considérer qu'il y a eu un **recrutement sur la base du volontariat** et peut être que seuls les médecins intéressés un minimum par le sujet de notre thèse ont bien voulu donner leur adresses mail. Seuls 8 MG ont refusé de communiquer leur adresse mail. Pour 8 autres, il n'a jamais été possible d'obtenir leur adresse. Donc la base de sondage était finalement assez proche de la population source et ce **recrutement exhaustif** a permis de réduire ce biais de sélection. 3) Par ailleurs, il y a eu un autre biais de recrutement, qui a concerné 3 médecins installés depuis plusieurs années et plus âgés qui n'avaient pas d'adresse mail ou qui ne savaient pas se servir d'un ordinateur ou de « google forms ». Ces 3 MG font bien du suivi gynécologique et auraient souhaité répondre à mon questionnaire mais ils n'ont pas pu le faire via le formulaire google forms. Ils n'ont donc pas pu être inclus dans notre étude.

Biais de classement	Le principal biais de cette étude est le **biais de déclaration.** En effet, c'est une des limites des réponses obtenues par questionnaire car il est impossible de savoir si les participants répondent toujours honnêtement aux questions et si c'est réellement le reflet de leur pratique quotidienne. Cela induit un biais de désirabilité, c'est à dire l'envie de répondre « ce qui fait bien » et non de répondre ce qu'ils font vraiment. Il n'existe pas véritablement de solution pour pallier ce biais si ce n'est de rappeler (comme cela a été le cas) aux participants que le recueil des données est anonyme. Il aurait pu être envisagé de faire cette étude différemment. Nous aurions pu faire le choix d'assister directement aux consultations de suivi gynécologique chez les différents MG du Gard pour se rendre compte nous-même s'ils posaient les questions aux femmes. Mais sur le plan logistique cela est irréalisable. Il faudrait assister à plusieurs consultations chez un même généraliste et le faire pour tous les MG du Gard. On comprend aisément que ce projet n'aurait été réalisable que chez quelques médecins généralistes et donc, qu'il n'y aurait pas eu d'intérêt en termes de généralisabilité des résultats. De plus, certains MG auraient également pu être influencés par la présence d'une étudiante effectuant une thèse de gynécologie sur les sujets tabous et donc orienter leur interrogatoire différemment de d'habitude.

2) Effectifs insuffisants

Le faible nombre d'effectifs dans certaines cases des tableaux de contingence n'a pas permis d'effectuer systématiquement des calculs à l'aide du Chi2.
Le test de Ficher étant valable que pour des tableaux de contingence 2 x 2, il a donc fallu effectuer à plusieurs reprises du regroupement de données afin de pouvoir le réaliser (cf partie « Résultats », sous-partie « Analyse bivariée ».)
Ce regroupement peut entraîner une perte de précision en termes d'analyse statistique mais il a été réalisé de façon logique limitant ainsi cet impact.

Il aurait été possible d'obtenir plus de réponses (mais le taux de participation était déjà très élevé dans cette étude) ou alors ouvrir l'enquête à d'autres départements pour avoir plus d'effectifs.

Par ailleurs, lors des calculs effectués dans le cadre de l'analyse bivariée, plusieurs résultats étaient non significatifs et n'ont pas permis de conclure à la dépendance des deux variables étudiées.
Cette absence de significativité dans certains résultats peut être causée par un manque de puissance en rapport avec des effectifs trop faibles pour conclure.
Mais elle peut aussi être expliquée par une réelle absence de différence.

3) Liste des symptômes et sujets tabous

La liste des symptômes et des sujets tabous choisis dans le cadre de cette étude n'a pas été choisie de manière arbitraire. Elle résulte d'un travail de recherche effectué en amont de cette thèse (8).
Néanmoins c'est mon directeur de thèse et moi-même qui avons au final retenus les sujets qui nous semblaient les plus pertinents. Il y a donc une certaine part de subjectivité dans cette liste et elle serait différente pour chaque personne.
Le plus important a été de prendre en compte les sujets gynécologiques considérés comme tabou par les femmes et la société même s'ils ne le sont pas aux yeux de certains médecins.

A l'inverse, quelques médecins auraient ajouté d'autres sujets qui n'étaient pas proposés dans la liste.
Ainsi, en continuant nos recherches, et en s'appuyant les commentaires libres de plusieurs médecins à la fin du questionnaire, nous aurions pu rajouter deux thématiques qui semblent pertinentes et tout aussi importantes que les autres à évoquer en consultation de suivi gynécologique :
- Les comportements sexuels à risque
- Les leucorrhées pathologiques.

4) Toutes les femmes ne sont pas concernées

Ce travail de thèse est parti du constat qu'une partie des femmes a du mal à aborder certains symptômes et sujets gynécologiques avec leur médecin et qu'elle serait plus à l'aise si c'était le médecin qui prenait l'initiative d'en parler.
Celles qui n'ont pas de tabou n'ont donc pas forcément besoin que le médecin les interroge pour qu'elles se confient sur leurs plaintes. Et s'il leur pose des questions de manière systématique, elles ne seront pas donc gênées d'y répondre.
Ainsi mieux vaut dépister par « excès » une femme qui n'a pas de tabou que passer à côté d'un symptôme ou d'une maladie d'une femme qui avait peur de se confier.

Enfin, il est possible d'avancer l'idée selon laquelle certaines femmes puissent être gênées par les questions « intrusives » du médecin. Il est alors facile de répondre que tout va bien et que l'on n'a pas tel ou tel symptôme pour dissuader le médecin de creuser plus loin. Et si un jour elles ont envie de se confier, la porte reste ouverte à chaque nouvelle consultation.

5) Les médecins sont-ils suffisamment prêts à changer leur pratique et aller vers un dépistage plus systématique des sujets tabous ?

Un des intérêts secondaires de cette thèse était d'essayer de faire prendre conscience aux médecins qu'ils ont un rôle à jouer pour dépister ces sujets tabous et que plus ils le feront systématiquement plus cela aura un impact.

Pourtant tous les médecins ne sont pas forcément d'accord avec cette démarche et certains ne sont pas résolument prêts à faire évoluer leurs pratiques.

Tout d'abord, si l'on revient à notre étude, 11 % des MG considèrent qu'il n'y a pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes.
Certains restent dans l'idée que si la patiente ressent tel ou tel symptôme, elle viendra elle-même leur en parler au moment où elle sera vraiment dérangée et prête à être prise en charge.
D'autres considèrent que leur relation avec leur patiente, établie depuis un certain temps, leur permet de ne pas creuser l'interrogatoire : *« Connaissant ma patiente depuis de nombreuses années, j'ai remarqué que cette patientèle ciblée aborde d'elle-même ces sujets "tabous" ; Elles osent m'en parler ou du moins je le pense »* ou encore *« Si la confiance en son médecin existe très souvent maintenant c'est la patiente qui aborde le sujet (violences). »*

Toutefois, il ne faut pas oublier, que chaque patiente est différente et si certaines n'hésitent pas à aborder spontanément un sujet tabou, d'autres seront plus dans la retenue et auront besoin que leur médecin initie la discussion pour se confier.
De plus, il faut se méfier des patientes qui vont avoir tendance à se livrer facilement sur certains de leurs symptômes. Rien ne prouve qu'elles aient la parole « libérée » sur certains sujets mais qu'elles se taisent sur d'autres, pouvant ainsi duper le médecin. Rester systématique, demeure le meilleur moyen de ne pas passer à côté d'un symptôme caché.

Ensuite, si l'on s'intéresse aux autres études réalisées en France, nous nous rendons compte que tous les médecins ne sont en effet pas prêts à changer :

- Dans sa thèse (81), 99% des médecins pensent que la sexualité fait partie de la santé du patient et 83% pensent qu'il serait utile de parler davantage et plus spontanément de sexualité avec leurs patients.
Pourtant, seulement 41.1 % des médecins seraient prêts à réaliser une consultation médicale dédiée à la santé sexuelle contre 26.9 % s'y opposant (32.3 % ne se prononçant pas).
De même seulement 28 % des médecins seraient prêts à intégrer un item sur la sexualité lors de l'anamnèse habituelle dès la 1ère rencontre et 38% seraient contre, 35 % ne se prononcent pas.
Il règne donc une certaine ambivalence de la part des MG. Ils savent que certains sujets font partie intégrante de la santé du patient (ici la sexualité), ils ont conscience qu'ils ont un rôle à jouer pour essayer d'amener les patients à se confier mais pour autant ils ne sont pas prêts à prendre des mesures concrètes.
- C'est le même constat, dans l'étude du Dr Janeiro Janeiro Olalla (96) : parmi les médecins qui trouvent pertinent le dépistage systématique des violences conjugales, seule une partie serait prête à le mettre en place.
- Dans la thèse du Dr PICATTO (95), les MG interrogés considèrent que le dépistage systématique des violences conjugales est inadapté : *« Systématiquement c'est pas possible »* disait un médecin interrogé. D'autres rapportaient que le dépistage systématique risquait de mettre en évidence plus de cas de violences et donc cela augmentait leur appréhension *« si on pose plus souvent la question on amènera plus souvent des réponses positives, si on pose jamais la question y'aura pas de problème hein – rires»*
Ce qui est très intéressant dans cette étude, c'est que l'on se rend compte que ces médecins ont beaucoup de freins et d'appréhension à se confronter aux situations de violences conjugales de leur patientes et préfèrent ainsi limiter leur repérage plutôt que de se retrouver face à une situation « embarrassante ».

Dans notre questionnaire nous n'avons pas demandé l'avis des MG du Gard concernant l'intérêt d'un dépistage systématique de ces différents sujets tabous.
Il serait intéressant de connaître leur position et de savoir s'ils seraient prêts à réaliser ce dépistage systématique et modifier leur pratique.

E) Forces de l'étude

1) Étude originale

Il s'agit d'une **étude originale** car aucune enquête n'avait jusqu'à présent interrogé les MG sur le dépistage des principaux sujets gynécologiques tabous en consultation de suivi gynécologique.

A noter qu'il existe tout de même quelques travaux qui se consacrent à un unique sujet : le MG face au dépistage des violences conjugales (91), (92), (93), (94), (95), (96), (97), le MG face au dépistage de l'incontinence urinaire (71), (72), (73), (74), (75) ... etc.
Malgré tout, ils demeurent encore très peu nombreux.

2) Représentativité

Un des points forts de cette étude a été la réalisation d'une base de données personnelle.

Cela a permis d'obtenir un **fort taux de participation** au questionnaire (**55,4 %)** et donc une **très bonne représentativité** de la population.

3) Validité externe

Nous avons vu que l'échantillon est plutôt bien représentatif des médecins généralistes du Gard qui font du suivi gynécologique.
Afin d'extrapoler le résultat de notre étude à la France entière il faudrait disposer de statistiques concernant le nombre et les caractéristiques des médecins généralistes qui font du suivi gynécologique pour leurs patientes département par département. À ce jour, il n'a pas été possible de trouver cette information.

Néanmoins selon les statistiques de démographie médicale de 2018 en libre accès sur le site améli.fr (98), les **MG du Gard semblent assez représentatifs de la moyenne nationale des MG** concernant les caractéristiques présentées dans le tableau ci-dessous.

	Dans le Gard	France métropolitaine entière
Répartition par sexe des MG	- 38 % de femmes - 62% d'hommes	- 39% de femmes - 61% d'hommes
Répartition par âge des MG selon le sexe	- Âge moyen des femmes : 49 ans - Âge moyen des hommes : 57 ans	- Âge moyen des femmes : 47 ans - Âge moyen des hommes : 56 ans
Densité de MG pour 100 000 habitants	81.3	78.9
% des MG conventionnés secteur 1	96.2 %	94.6 %

Tableau 7 : Caractéristiques des MG dits « exclusifs » (les MG à mode d'exercice particulier ne sont pas inclus) en 2018 dans le Gard et en France métropolitaine entière

Par ailleurs, le Gard a une diversité de population, de reliefs, de conditions d'exercice de la médecine générale qui lui permet d'être **assez représentatif de la France entière en général.**
En effet, le département regroupe des villes de taille importante : Nîmes avec environ 150000 habitants, Alès (≈ 42 000 habitants), des villes de taille moyenne : Bagnols-Sur-Cèze (≈ 19000 habitants), Beaucaire (≈ 16000), des villes plus petites et des petits villages ne recensant que quelques dizaines d'habitants (70).
Les reliefs y sont également variés : il dispose d'un morceau du littoral méditerranéen, de plaines, de plateaux et de hauts plateaux.
Pour les médecins généralistes, il offre la possibilité de conditions d'exercices variées : milieu urbain, semi-rural, rural, zone touristiques, zones sous-denses...
Le Gard compte également la présence d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU Carémeau à Nîmes) et la présence de plusieurs autres hôpitaux dont des hôpitaux de proximité, et de cliniques.
Économiquement, il est représenté aussi bien par le secteur primaire avec une part importante consacrée à l'agriculture, que par la présence d'un secteur industriel et d'un secteur tertiaire très développé.

Par conséquent, les MG du Gard et le département du Gard semblent, respectivement, assez représentatifs des MG de la France entière et du territoire français en général.
Ainsi les résultats de notre étude pourraient sans doute être transposés à la France entière.
Cela serait encore plus vérifiable si l'on pouvait obtenir les principales caractéristiques des médecins généralistes effectuant du suivi gynécologique pour leurs patientes.

4) Pertinence du dépistage de ces sujets tabous

Finalement, y-a-t-il vraiment un intérêt à rechercher tous ces symptômes ? Y-a-t-il une véritable prise en charge médicale qui se met en place une fois que le MG les a dépistés ?

Certains MG ont évoqué leur manque de connaissances (14.8 % des répondants) et la crainte de se retrouver devant une impasse thérapeutique (23.4% des répondants) face à certains sujets tabous qu'ils ne maîtrisent pas et ne savent pas prendre en charge.
Hors, il est tout à fait possible de ne pas savoir prendre en charge une pathologie mais de pouvoir essayer de la dépister. C'est aussi ça le rôle des soins primaires. Les MG sont souvent le premier maillon de la chaîne. Ils diagnostiquent ou dépistent une certaine pathologie, la prennent en charge s'ils en ont les compétences, mais ils peuvent tout à fait l'adresser au spécialiste dès qu'ils ne sont plus en mesure de la gérer seuls au cabinet. Ils auront déjà fait une part importante du travail et le fait d'avoir recherché ces sujets tabous est essentiel pour initier la prise en charge.

Ensuite, si l'on reprend tous les symptômes et sujets tabous uns à uns, nous pouvons constater qu'ils sont pertinents à rechercher car ils peuvent chacun être à l'origine d'une prise en charge.

Incontinence urinaire et symptômes de prolapsus pelvien	La prise en charge de l'incontinence urinaire et des symptômes de prolapsus pelvien s'articule autour de plusieurs niveaux : mesures hygiéno-diététiques, rééducation, traitement médicamenteux puis en dernier recours traitement chirurgical. Le choix du traitement dépend de la patiente et notamment du retentissement sur sa qualité de vie. L'intérêt de la prise en charge de l'incontinence urinaire et/ou du prolapsus pelvien est d'améliorer la qualité de vie des patientes. En effet, plusieurs études (99), (100), (101), (102) ont montré une relation entre la présence d'une incontinence urinaire et/ou d'un prolapsus et la présence d'un syndrome anxio-dépressif. A l'inverse il a été montré que la prise en charge de ces symptômes, améliore le syndrome anxio-dépressif et a un impact sur la qualité de vie des patientes. Par ailleurs, lorsque les techniques de rééducation ou la prise en charge médicale (pessaire, traitement par anticholinergiques...) ne suffit pas pour aider les femmes, le recours à la chirurgie devient parfois nécessaire. Toutefois, comme le montre cette revue de la littérature datant de 2020 (103) ; « Douleur pelvi-périnéales et prolapsus génital » les douleurs pelvi-périnéales

	chroniques après une chirurgie du prolapsus génital ne sont pas rares. Cela implique parfois une réintervention et « dans une grande majorité des cas, en cas d'indication de reprise chirurgicale, les patientes douloureuses chroniques post-chirurgie prothétique, sont opérées de multiples fois. ». Ainsi, il semble évident qu'il est pertinent de rechercher les symptômes d'incontinence urinaire et de prolapsus pelvien car une prise en charge thérapeutique peut être mise en place mais il ne faut jamais oublier d'évaluer la balance bénéfice-risque de chaque thérapeutique proposée.
Incontinence fécale ou au gaz	La prise en charge de cette pathologie passe essentiellement par des mesures hygiéno-diététiques et par la rééducation (biofeedback). Un traitement chirurgical peut tout de même être proposé dans certains cas mais les résultats à long terme ne sont pas encore très satisfaisants et la morbidité associée est importante (104). Dans sa thèse (105) « Evaluation du traitement par biofeedback dans l'incontinence fécale idiopathique. Impact sur la qualité de vie. » ; l'auteure s'est intéressée à 52 patients (dont 78% de femmes) atteints d'incontinence fécale idiopathique ayant bénéficié d'une rééducation par biofeedback. Parmi eux, 44 % des patients avaient amélioré leur score de Miller (utilisé pour évaluer l'efficacité de la méthode thérapeutique) de près de 50 % et certains présentaient jusqu'à 80 % d'amélioration Cependant, concernant les questionnaires de qualité de vie, les résultats étaient plus décevants avec notamment aucune différence significative avant et après rééducation concernant l'amélioration de leur mode de vie. Néanmoins, les résultats rapportent tout de même une amélioration de la perception subjective qu'ont les patients de leur état de santé et de leur thymie. Ainsi, il est intéressant d'évaluer l'intérêt de dépister systématiquement ce symptôme sachant que l'impact thérapeutique reste à l'heure actuelle encore limité.
Constipation chronique	La recherche d'une constipation chronique, a un intérêt premier qui est de la prendre en charge en mettant en place des règles hygiéno-diététiques et un éventuel traitement médicamenteux (par laxatifs notamment). Il faut donc la dépister pour la traiter, d'autant que les thérapeutiques sont simples, peu coûteuses et avec peu d'effets secondaires.

Prévention des troubles périnéaux	Lors de la consultation de suivi gynécologique il est utile de rappeler aux femmes l'intérêt de la prévention de leur périnée car la méconnaissance et la non représentation de ce dernier conduit trop souvent les femmes à le maltraiter. Les médecins sont bien conscients que tous leurs conseils ne sont pas suivis à la lettre par les patients, mais s'ils ne donnent pas l'information, ils peuvent être sûrs que les femmes continueront à ignorer leur périnée. Ainsi, si le médecin est un minimum sensibilisé au sujet et formé, il peut donner des préconisations à ses patientes pour limiter l'impact de la vie quotidienne sur le périnée. Il peut conseiller des postures à privilégier, d'autres à éviter, des conseils nutritionnels, des conseils à pratiquer pendant le sport et des exercices de rééducation à faire chez soi. Il peut également orienter les femmes vers de la littérature accessible au grand public et à des vidéos réalisées à ce sujet. Nous pouvons par exemple citer les deux best-sellers du Dr Bernadette de Gasquet, « Abdominaux, arrêtez le massacre » (106) et « Périnée, arrêtons le massacre » (15) qui est l'une des premières à s'être battue pour dénoncer l'absence de prévention du périnée. A travers sa méthode et ses conseils, elle commence peu à peu à faire changer les mentalités aussi bien dans le monde de la santé que pour les femmes qui la lisent. Ainsi, tous ces conseils que peuvent apporter un médecin en consultation de gynécologie peut aider les femmes à limiter certaines erreurs qui aboutiraient à des problèmes périnéaux.
Métro-ménorragies	Le dépistage des métro-ménorragies peut amener : • Au diagnostic d'une pathologie : fibrome, néoplasie de l'endomètre, troubles de l'hémostase... • À une prescription d'examens (échographie pelvienne, IRM...), de médicaments ou à une modification de la contraception... Il est de ce fait très pertinent de les rechercher chez nos patientes.
Dysménorrhées	De même, le dépistage d'une dysménorrhée peut entraîner : • Le diagnostic d'une pathologie : en premier lieu l'endométriose • Une prise en charge thérapeutique : prescription d'antalgiques adaptés, essai d'autres thérapeutiques alternatives : hypnose, acupuncture, sophrologie... • Le changement de contraception Il est de ce fait très pertinent de les rechercher chez nos patientes.

Troubles trophiques vulvo-vaginaux	La recherche de troubles trophiques vulvo-vaginaux conduit le plus souvent le médecin à proposer à ses patientes plusieurs dispositifs pouvant limiter cette sécheresse. Un éventail de possibilités existe : phytothérapie, gel lubrifiant, ovules, œstrogènes locaux... et même traitement par laser qui se développe de plus en plus. La question des troubles trophiques est également l'occasion de discuter des autres symptômes de la ménopause, et/ou d'aborder la question de la sexualité et notamment la présence éventuelle de douleur pendant les rapports.
Sexualité	Le domaine de la sexualité a beaucoup évolué ces dernières années à tel point qu'est né le concept de « santé sexuelle » véhiculé par l'OMS (107). Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) emprunte le même chemin en définissant une stratégie nationale de santé sexuelle pour l'agenda 2017-2030 (108) en vue « d'assurer un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité de la naissance à la vieillesse pour l'ensemble de la population. ». Aborder la sexualité en consultation est ainsi l'occasion de rechercher des dysfonctions sexuelles pouvant être prises en charge, de dépister des comportements sexuels à risque, et d'améliorer la qualité de vie des patientes.
Dyspareunie	Le dépistage d'une dyspareunie peut conduire au diagnostic de certaines pathologies : endométriose, lésion de l'ovaire, fibrome, atrophie vaginale, herpès vaginal, mycose, lichen... Cela peut être également l'occasion de discuter de symptômes associés telle qu'une vulvodynie et d'envisager une prise en charge sexologique si les causes organiques ont été écartées.
Violences sexuelles et violences conjugales	Le dépistage de situations de violences (conjugales, sexuelles...) par les médecins est fondamental chez des patientes qui sont souvent isolées et qui ne savent pas vers qui se tourner. Si le médecin parvient à repérer une situation de violence, il peut aider sa patiente sur plusieurs aspects de la prise en charge et notamment sur les conséquences somatiques, physiques et psychologiques. Il a également un rôle de conseil, d'orientation et d'aide pour les démarches administratives et juridiques. A titre d'exemple, il peut rediriger vers le numéro dédié « 3919 », rédiger le certificat coups et blessures, orienter la patiente vers une assistante sociale ou une association...

Ainsi, il existe pour tous ces sujets, une prise en charge concrète à proposer aux patientes bien que pour certains symptômes les thérapeutiques soient limitées.
Mais a minima, les femmes trouvent auprès de leur médecin, une oreille attentive, à laquelle elles peuvent se confier et se soulager d'un poids important (105), (109).
Cela est en soit, une raison suffisante pour rechercher ces sujets tabous lors de notre interrogatoire.

5) Prise de conscience

Un des principaux intérêts de ce travail est de permettre une **prise de conscience** de la part des médecins quant à leur rôle à jouer dans le dépistage des symptômes et sujets tabous en gynécologie.

Pour rappel, près d'un quart des participants ont déclaré qu'ils n'avaient pas assez pris conscience de cette problématique.
D'ailleurs, plusieurs MG ont écrit dans les commentaires libres qu'ils allaient dès à présent essayer de changer leur pratique et tenter d'aborder plus souvent ces sujets avec leurs patientes.

Ainsi, un des points forts de cette étude a été de **mettre en lumière des sujets peu abordés** et participer à une petite échelle à un **changement progressif des mentalités**.

G) Ouverture

1) Briser les tabous

Si l'on s'intéresse à la source même de la problématique de ce travail, il faut comprendre l'origine des tabous. Car finalement, si l'incontinence urinaire, la sexualité, les violences, le périnée... n'étaient pas des sujets tabous, les femmes n'hésiteraient pas à en parler avec leur médecin et il n'y aurait pas besoin de les chercher activement à l'interrogatoire.
Ainsi, l'objectif serait de lever progressivement le voile sur ces tabous mais cela implique de faire évoluer les mœurs et les esprits. Car finalement c'est l'Homme qui a créé ces tabous et c'est la société qui les entretient.

Si l'on prend l'exemple de la sexualité en France, le christianisme a pendant des années prôné une sexualité limitée au seul but de procréer et la notion de relation sexuelle pour le plaisir était niée.

Ce n'est que très récemment, propulsés par l'émergence de la contraception accessible au plus grand nombre, que l'on a assisté à un changement des mentalités avec une libération progressive des individus et une sexualité qui prend une place de plus en plus importante dans les sociétés contemporaines.
Ce changement, a fait naître de nouvelles branches médicales telle que la sexologie, une spécialité en pleine expansion.
Mais il reste encore des progrès à faire dans ce domaine, marqué par des siècles de silence et de non-dits.

Un autre exemple concerne le tabou autour de la sphère anale. Il s'est exacerbé avec le temps et l'évolution de la société. La pudeur autour des selles et de la défécation n'a pas toujours été aussi importante qu'aujourd'hui.
Dans l'Antiquité romaine, les grands besoins se faisaient aux latrines publiques qui d'après l'anthropologue Salvatore Bevilacqua (110) étaient « des lieux de sociabilité appréciés des classes moyennes, où il était de bon ton de palabrer de l'actualité et des affaires de manière décontractée ».
Il n'y a pas si longtemps encore, les médecins faisaient la tournée des pots de chambre raconte un gastro-entérologue lausannois Paul Wiesel (110) : « Quand j'étais en formation, la visite du matin dans les chambres d'hôpital consistait aussi à vérifier l'état des selles. Depuis la fin du XXe siècle, la société est devenue hyperhygiéniste et stérilisée, et ne veut plus voir une seule trace de saleté, encore moins les selles. Ce tabou récent fait que les patients ont un problème à se confier et à en parler. Et il est encore plus difficile d'en collecter pour des analyses, ils ne comprennent pas. »

Ainsi, le concept du tabou est une notion complexe, qui évolue en permanence au gré de la société et de ses changements. Il est indissociable de l'aspect culturel.
Le médecin doit donc lui aussi s'adapter continuellement afin de jongler avec les sujets tabous de façon à les aborder aux mieux avec ses patients et de ne pas passer à côté de quelque chose qui ne serait pas dit de manière explicite.

C'est pourquoi, avant que la société ne parvienne définitivement à enrayer tous les tabous autour de la santé de la femme, il est important de réfléchir à des pistes qui permettraient d'améliorer le dépistage des médecins généralistes.

2) La preuve de l'efficacité d'un dépistage systématique

Une première idée pourrait être d'encourager les médecins généralistes à réaliser un dépistage systématique des sujets tabous gynécologiques en leur prouvant qu'il a un impact sur la santé des femmes et que plus le médecin sera systématique plus il aura de chance de repérer les problèmes dont les femmes n'osent pas parler.

Mais nous avons vu que certains MG ne sont pas encore tout à fait prêts à changer leur pratique.

Un très faible nombre d'études s'est intéressé à l'intérêt d'un dépistage systématique par rapport à un dépistage passif ou ciblé. Et c'est bien dommage car elles sont essentielles pour faire évoluer nos pratiques. Elles prouvent que le dépistage systématique reste l'outil le plus pertinent et le plus efficace.

Deux thèses sont particulièrement intéressantes à citer :

- Celle du Dr Arnould Thomas (111) qui a étudié 2 groupes de médecins, un qui dépistait systématiquement les violences conjugales au moyen d'un outil simple et rapide et l'autre qui était le groupe contrôle.

Les résultats sont sans appel : « le fait de poser la question permet un dépistage significatif de violences sexuelles avec un $p < 0.001$ selon un test du χ^2 (OR = 7.03 ; IC95 = 2,48-24,30) et un Number needed to treat (NNT) de 4.55. Cela signifie qu'il fallait en moyenne poser la question à 5 patients pour espérer dépister 1 antécédent de violence sexuelle. Cette étude a démontré qu'il est nécessaire de dépister systématiquement cet antécédent avec un outil de dépistage considéré comme rapide, gratuit, rentable et utile pour le suivi de patients en médecine générale. »

- Celle du Dr Janeiro Ollala (96), qui a montré qu'un dépistage systématique de la violence conjugale permettait de dévoiler un plus grand nombre de femmes victimes (5,32%) qu'un dépistage passif (0,84%).

D'ailleurs mêmes les médecins qui ne sont pas encore prêts à changer en sont conscients : *« si on pose plus souvent la question on amènera plus souvent des réponses positives, si on pose jamais la question y'aura pas de problème hein »* extrait d'un entretien avec un MG réalisé lors d'une thèse sur le dépistage systématique des violences conjugales (95).

Dans la dynamique du dépistage des sujets tabous, il serait intéressant de réaliser une étude qui comparerait le dépistage systématique des sujets gynécologiques tabous par rapport au dépistage « passif ». L'objectif serait ainsi de démontrer que le dépistage systématique amène à plus de « découvertes » et donc à une prise en charge plus adéquate et donc meilleure.

Si cela est prouvé, il serait intéressant de présenter le résultat aux médecins et voir si cela les inciterait à réaliser un dépistage plus systématique et à changer leurs pratiques pour les plus réticents.

De plus, on pourrait également imaginer que le fait d'interroger systématiquement les patientes sur tous les sujets/symptômes tabous à chaque consultation de suivi gynécologique constituerait une sorte d'interrogatoire de routine. Cela permettrait aux patientes de se sentir moins gênées d'en parler et aux médecins de ne pas oublier de poser les questions.

Par ailleurs, pour encourager la pratique du dépistage systématique, on pourrait aussi envisager de créer puis de diffuser par les organismes émérites (HAS par exemple) de **nouvelles recommandations** concernant l'intérêt notamment en termes de santé publique d'un dépistage au moins annuel des différents symptômes et sujets tabous (112).

Enfin, en attendant l'utopie d'un dépistage systématique (qui ne pourra jamais convaincre tout le monde) il est nécessaire de s'intéresser à d'autres solutions concrètes à proposer aux MG pour les aider à améliorer leur consultation en matière de santé de la femme.

3) Sensibiliser les médecins généralistes

Rappelons qu'avant la nouvelle maquette de l'internat, effective en 2017, le stage de gynécologie n'était pas obligatoire dans le cursus d'un interne en médecine générale (113).
Cela signifie que la plupart des médecins généralistes installés aujourd'hui n'ont pas eu de formation spécifique à la santé de la femme avant leur installation et ont appris sur le terrain ou à l'occasion de formation médicale continue qu'ils ont eux-mêmes choisi de réaliser.
On pourrait ainsi imaginer, à l'avenir, l'intérêt de réaliser plus de **formations** aux internes sur la santé de la femme et aux MG (dans le cadre de la formation continue).
Elles pourraient notamment intégrer la notion de sujets tabous à rechercher/dépister systématiquement.
Et plus précisément, il faudrait apprendre les subtilités de l'interrogatoire complet en gynécologie qui est un exercice qui ne s'invente pas.
En médecine, les cours pratiques et relationnels sont en plein essor et cela est encourageant pour y enseigner l'art de l'interrogatoire et ses « astuces ».

La thèse de MOREAU Marion (91) « Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR : Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours » est un exemple d'étude avant/après concernant la formation des médecins généralistes sur le dépistage des violences conjugales.

L'objectif principal de son étude était *« de déterminer si la formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences a permis d'induire, lors d'une première consultation, un dépistage systématique de ces violences par les professionnels y ayant participé. »*
Le résultat principal est que cette formation est efficace pour induire un dépistage systématique des violences lors d'une première consultation chez les professionnels de santé de premier recours.
L'auteur rapporte « *qu'avant la formation, 29,8% des professionnels déclaraient aborder facilement la question des violences faites aux femmes. A l'issue de la formation, ils étaient significativement plus nombreux (64,1%, n=25) à aborder le sujet facilement (p<0,01).* »

=> Ainsi, former les médecins généralistes qui font du suivi gynécologique, au dépistage des symptômes et des sujets tabous peut être une piste très intéressante.
En outre, il existe souvent une prise de conscience insuffisante de la part des médecins sur l'importance de leur rôle à jouer dans la recherche de ces sujets tabous. Le leur rappeler permet déjà une première évolution et amélioration dans leur pratique.

Ensuite, dans notre questionnaire de thèse, nous avons souhaité proposer une piste pour aider les médecins généralistes lors de leur consultation de gynécologie.
L'idée serait de concevoir une fiche mémo qui récapitulerait les points fondamentaux à évoquer lors d'une consultation de suivi gynécologique de façon à ne pas en oublier et qui intègreraient les sujets tabous.
65,6 % des MG interrogés trouvaient utile de disposer de cette fiche mémo pour leurs consultations.

Ainsi, il est proposé ci-dessous une 1ère version de cette fiche mémo.
Elle est évidemment à tester en consultation auprès des médecins généralistes et à améliorer.
Afin d'être le plus exhaustif possible, elle a été construite à l'aide du sommaire du collège de gynécologie obstétrique de 2016 (27) ainsi que sur la thèse du Dr Aurélie Blin (114) « Suivi gynécologique hors grossesse : contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative ».

Dans le même esprit, il pourrait être envisagé également, d'intégrer un **modèle de consultation** sur chacun des logiciels informatiques des médecins généralistes, sur la base de cette même fiche mais en version informatisée.
Lors de la visite annuelle de suivi gynécologique, le médecin remplirait les différents champs déjà pré-enregistrés sur leur logiciel médical (incluant les sujets tabous) et cela les inciteraient à poser les questions.

FICHE MÉMO : SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ANNUEL (HORS GROSSESSE)			
À rechercher SYSTÉMATIQUEMENT et SPONTANÉMENT à l'interrogatoire	Sujet évoqué en consultation		Remarques Notes
	Oui	Non	
Antécédents/Habitus/Mode de vie À METTRE À JOUR ANNUELLEMENT			
- Antécédents personnels - Antécédents familiaux (notamment cancer) - Profession			
Nombres de grossesses, IVG, enfants (G et P)			
Traitement			
Habitus : Consommation tabac, alcool, drogues			
Activité physique			
Dépistages organisés cancer			
Date du dernier frottis (25 à 65 ans)			
Date de la dernière mammographie (50 à 74 ans)			
Bilan sanguin			
Date du dernier bilan sanguin et résultats			
Contraception			
Quelle contraception ? Depuis quand ?			
Tolérance : acceptabilité, effets secondaires, oublis			
Ménopause			
Symptômes de ménopauses ? (bouffées de chaleur, troubles de l'humeur, troubles des phanères...)			
Atrophie vulvo-vaginale ?			
Traitement contre les effets de la ménopause : lesquels ? Tolérance ? Efficacité ?			
Statique pelvienne			
Symptômes d'incontinence urinaire			
Symptômes d'incontinence au gaz, anale			
Symptômes de prolapsus (chez les > 40 ans)			
Constipation chronique			
Trouble du cycle et algies			
- Méno-métrorragies, aménorrhée, oligoménorrhée - Métrorragies post-ménopausique /!\			
Dysménorrhée (si femmes réglées)			
Douleurs pelviennes chroniques			
Mastodynies			
Sexualité			
Dyspareunie			
Leucorrhées pathologiques			
Qualité de vie sexuelle, santé sexuelle, dysfonction sexuelle			
Comportements sexuels à risque / Dépistage des IST			
Violences			
Violences sexuelles			
Violences conjugales			
Éducation périnéale			
Prévention périnéale faite en consultation			

Tableau 8 : Exemple d'une fiche mémo de suivi gynécologique annuel (hors grossesse)

4) Sensibiliser les patientes

Ce travail de thèse est tourné sur le rôle prépondérant de l'interrogatoire des médecins généralistes pour aider les femmes à parler des symptômes et sujets tabous en gynécologie.
Cependant, l'interrogatoire poussé du médecin ne peut pas convenir à toutes les femmes, et certaines seront plus touchées et plus sensibilisées par d'autres moyens que par leur échange direct avec leur médecin.
En effet, il existe d'autres idées déjà mises en place pour aider les patientes à parler de leurs sujets tabous.
Voici 3 exemples qui ont déjà prouvé leur efficacité en pratique :

Affiches ou brochures en salle d'attentes	Les affiches ou les brochures en salle d'attente sont de bons moyens de communication et d'information pour les patient(e)s et certaines ont notamment pour but de les inciter à initier le dialogue avec leur médecin. Sur le site IDS média (115), est présenté un article nommé « Communication patient : aucun sujet n'est tabou, s'il est bien traité ». Les auteurs vantent les avantages de l'affichage en salle d'attente pour délivrer une information « en toute discrétion ». Ils rapportent une étude « Opinion Way » de 2017 qui confirme que « 72 % des patients jugent l'information en salle d'attente intéressant car ils peuvent en discuter avec le médecin juste après sa lecture. » Concernant les brochures ils citent une étude « *Mediqual Research 2013 : Opinions et attitudes des médecins généralistes vis-à-vis de l'information santé »* qui rapporte que 91 % des médecins interrogés « *pensent qu'une brochure sur un sujet tabou, comme le dysfonctionnement érectile, aide le patient à questionner le médecin sur le sujet pendant la consultation* ». « *40% des médecins déclarent que leurs patients apportent des brochures lors de la consultation pour aborder un sujet délicat*. » => Ainsi, nous pourrions envisager de réaliser une **affiche ou une brochure sur le thème des sujets tabous en gynécologie** pour inviter les femmes à en parler à leur médecin.

Chat sur internet et sur les réseaux sociaux	L'accès à internet et aux réseaux sociaux pour le plus grand nombre, sont un atout dont certains médecins se servent pour aider les patientes. En effet, l'AFU propose chaque année, depuis 2015 un chat « facebook » destiné aux patientes pour répondre à leurs questions. Le 21 mars 2019, l'AFU a dédié ce chat au prolapsus et à l'incontinence pour permettre aux femmes de poser leurs questions à des professionnels sans être obligées de passer par une consultation médicale individuelle classique. D'après le Professeur Xavier Gamé, secrétaire général de l'AFU, « Malheureusement, le prolapsus et l'incontinence sont très tabous ». C'est pourquoi, dans son communiqué de presse (23), l'AFU explique que « c'est pour lever ces tabous que l'AFU organise tous les ans un chat Facebook. Son but est de permettre à chacun de poser ses questions à des urologues, spécialistes de l'incontinence et du prolapsus, de manière aisée et décomplexée. Le Dr Castagnola, Vice-Président de l'AFU délégué à la communication, résume l'objectif de ce chat : « *ouvrir la parole en utilisant l'anonymat et la distance entre les interlocuteurs propres aux réseaux sociaux* ». Il conclut par « *c'est pour cela que nous nous efforçons d'être pédagogues lors de cet événement, il faut inciter les patients qui souffrent à consulter pour retrouver, dans la mesure du possible, leur continence* ».
Former d'autres personnes que les médecins et les professionnels de santé	Pour faciliter le dépistage de certains maux et améliorer la prise de conscience générale, certains ont pensé à former la population en générale. En effet, la parole ne pourra se libérer que s'il y a un changement sociétal qui ne peut être investi seulement par les médecins. Dr Violaine Guérin, endocrinologue, et présidente de l'association « Stop aux violences Sexuelles », souhaite (116) « *former tous les citoyens pour briser le tabou* » en proposant deux journées de formations sur le thème des violences sexuelles « *destinées à tous les publics* ». Selon elle, l'objectif de cette formation est « *que les gens se sentent en sécurité avec le sujet et que le tabou soit brisé. L'idée c'est qu'après, ils puissent en parler plus sereinement, qu'ils soient en capacité de recueillir une parole si le cas se présente, de savoir quoi faire et vers qui se diriger, que ce soit dans leur vie personnelle ou professionnelle.* »

Une autre piste, n'ayant pas encore fait l'objet d'étude dans la littérature, pourrait s'avérer intéressante pour aider les femmes à s'exprimer. Il s'agit de la création d'un **auto-questionnaire** sur les sujets tabous en gynécologie**.**

Les femmes pourraient le remplir en salle d'attente juste avant leur consultation de suivi gynécologique. Cela pourrait permettre à certaines d'entre elles de se confier plus facilement et de faciliter l'échange avec leur médecin plutôt que d'être directement confrontées à leurs questions, ce qui pourraient les rendre mal à l'aise.

Ainsi ce questionnaire servirait d'intermédiaire entre la patiente et le médecin pour aborder de manière moins frontale ces sujets tabous.

De plus, il pourrait être un outil avantageux pour les médecins afin d'améliorer leur dépistage et faciliter la consultation d'un point de vue logistique (gain de temps si on repère directement les sujets problématiques pour les femmes, pas besoin de reposer toutes les questions ...)

Ci-dessous, est proposé une première version d'un auto-questionnaire.

Elle demande évidemment à être améliorée dans l'avenir et testée auprès de femmes.

Mesdames,

Vous êtes en possession d'un questionnaire pour préparer la consultation gynécologique qui va suivre.
Le but de cet auto-questionnaire est de faciliter la consultation et les échanges avec votre médecin afin de vous aider à évoquer avec lui certains sujets qui vous poseraient problème.

Vous n'êtes en aucun cas obligées de répondre à ces questions.
Vous pouvez répondre à certaines de ces questions et pas à d'autres.
Vous aurez évidemment la possibilité d'évoquer les sujets ci-dessous de vive voix avec votre médecin même si vous n'avez pas répondu à ce questionnaire.

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles et ne seront transmises qu'à votre médecin, qui est tenu au secret médical.

AUTO-QUESTIONNAIRE CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE					
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites urinaires ? : (pendant le sport, en cas de toux, au moment de mettre la clé dans la porte, si vous sortez et que vous n'avez pas de toilettes à disposition rapidement...)					
Vous arrive-t-il d'avoir des fuites de gaz ou des fuites incontrôlées de matières fécales ?					
Vous arrive-t-il de ressentir une pesanteur pelvienne ou une « boule » intra-vaginale ?					
Êtes-vous constipée régulièrement ?					
Vous-a-t-on déjà parlé du rôle du périnée et/ou de la prévention sur la protection de votre périnée (contraction du périnée pendant un effort...) ?					
Avez-vous des saignements vaginaux en dehors de vos règles ?					
Avez-vous des règles abondantes en quantité ?					
Avez-vous des règles qui durent longtemps (> 5 j) ?					
Avez-vous des règles douloureuses ?					
Devez-vous prendre des anti-douleurs pour calmer vos douleurs de règles ?					
Avez-vous des sensations de sécheresse vaginale, d'irritation, de démangeaisons ou de brûlures vaginales ?					
Avez-vous des pertes vaginales d'aspect inhabituel ?					
Ressentez-vous des douleurs lors de vos rapports sexuels ?					
Pensez-vous avoir une vie sexuelle épanouie ?					
Avez-vous des comportements sexuels à risque ? (pas de préservatif avec un nouveau partenaire par exemple)					
Avez-vous déjà subi des situations de violences sexuelles (avances sexuelles, attouchements, viols...) ?					
Avez-vous déjà subi des situations de violences conjugales (violences psychologiques, violences physiques...) ?					
Avez-vous d'autres symptômes ou sujets que vous aimeriez évoquer avec votre médecin ?					

Tableau 9 : Exemple d'auto-questionnaire en consultation de suivi gynécologique

Ainsi, il existe plusieurs idées pour tenter d'améliorer la communication autour des sujets tabous et que la patiente se sente plus à l'aise pour en parler.

Mais ne faudrait-il pas agir bien en amont de la salle d'attente et du cabinet du médecin ?
N'y a-t-il pas un intérêt à sensibiliser les patientes et à les éduquer dès le plus jeune âge ?
C'est en grandissant que nous nous forgeons certaines idées et l'éducation a un rôle fondamental pour aider les sociétés à changer leur vision des choses.
Apprendre aux jeunes filles à découvrir, appréhender leur corps, à savoir ce qui est normal ou pas, apprendre aux jeunes femmes à parler, prévenir, c'est l'enjeu de la médecine du futur.

Dès le plus jeune âge, de manière adaptée bien sûr, il y a un intérêt à promouvoir la santé et cela passe en grande partie par l'éducation.
Cela commence dès la maternelle et l'apprentissage de la propreté. Il n'est pas admissible au XXIème siècle de voir des enfants se retenir quand ils veulent aller aux toilettes et d'ainsi instaurer de mauvaises habitudes qui ne les quitteront plus et qui auront des conséquences majeures dans leur vie d'adulte.
Les professeur(e)s des écoles devraient être formé(e)s et informé(e)s pour participer à cette prévention autour de la sphère urinaire et anale (ne pas se retenir lorsque l'on a un besoin d'uriner ou de déféquer, bien attendre d'avoir vider sa vessie avant de se relever des toilettes...).
À l'école élémentaire, il serait intéressant d'évoquer la notion de violence et de maltraitance afin d'apprendre aux enfants que la violence quelle qu'en soit sa forme est interdite et qu'ils doivent en parler s'ils en sont victimes ou témoins. Le concept de violence devrait être abordé chaque année et de manière plus poussée et plus détaillée au fur et à mesure du temps.
En fin d'école élémentaire et au collège, ce pourrait être le moment d'aborder la question des menstruations. Certaines familles n'abordent pas avec leurs filles le moment des règles. Hors, il s'agit d'un changement majeur dans la vie d'une femme et il peut être source de désagrément d'autant plus si les jeunes filles ne reçoivent aucune explication.
Les cours de sport au collège et au lycée ou en extra-scolaire constituent aussi un moment privilégié pour faire de la prévention. Ils pourraient être l'occasion de parler avec les jeunes filles de la prévention du périnée et de la notion de fuites urinaires. Cela implique d'avoir des professionnels sensibles à cette question et formés.
Dans son mémoire (28) : « Le périnée féminin : état des lieux des connaissances pour une meilleure prévention », l'auteure déplore que la prévention du corps des femmes ne fait pas partie à ce jour des projets pédagogiques de l'enseignement des professeurs de sport et des éducateurs sportifs.

Ainsi, il pourrait être intéressant de se pencher sur un « calendrier » d'éducation à la santé afin de définir un programme national et des « séminaires » à organiser chaque année de scolarité en fonction de l'âge des enfants dans tous les établissements (écoles maternelles, élémentaires, collège, lycée) par des intervenants issus du milieu médical ou paramédical.
Des progrès à ce niveau ont déjà eu lieu avec notamment la mise en place de cours d'éducation sexuelle. Mais tous les enfants n'en bénéficient pas encore et bien d'autres sujets devraient être abordés.

Par ailleurs, le médecin généraliste ou le pédiatre, en consultation, doit lui aussi participer à cette éducation à la santé, notamment lors des visites de suivi annuelles de l'enfant.
De plus, l'assurance maladie prend en charge à 100% une consultation dédiée à la contraception et à la prévention pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. Il s'agit d'une consultation primordiale pour évoquer des sujets importants comme la sexualité, les IST, les violences mais aussi pour amorcer l'importance du suivi gynécologique et préparer la transition avec la vie génitale adulte.
Une fois le suivi gynécologique mis en place annuellement, il est intéressant de rappeler aux femmes que la consultation gynécologique est un moment où elles peuvent se confier sur tous les symptômes ou sujets qui les gêneraient et qu'elles ne doivent pas hésiter à en parler.
Il est toujours utile de revenir à des notions d'anatomie et de physiologie pour qu'elles comprennent au mieux leur corps et ce qui doit les amener à consulter.

Par conséquent, mieux informer les filles et les femmes ainsi que ceux qui participent à leur éducation quotidienne (enseignants, éducateurs, professeurs de sport...) et mieux former les médecins permettrait de résoudre une partie de la problématique des sujets tabous d'ordre gynécologique.

Enfin, la plupart des thématiques abordées dans cette étude relèvent de l'intimité de chaque individu qu'il faut respecter. Mais la pudeur ne devrait pas créer et entretenir le tabou, notamment vis à vis du corps médical.
C'est au médecin d'arriver à mener sa consultation sans que la patiente ne la ressente comme trop intrusive.
Dans l'abord de cette sphère privée, la **relation médecin-patient est primordiale**.
Pour parler, les patientes doivent se sentir à l'aise et en confiance.
Il serait intéressant de réaliser une étude afin d'évaluer ce qui est important pour elles, dans la relation avec leur médecin (attitude, interrogatoire, caractéristique du médecin, médecin traitant ou médecin différent pour la gynécologie…) pour les aider à échanger aux mieux en consultation de suivi gynécologique, particulièrement lorsque l'on aborde les sujets tabous.

5) Consultation de suivi gynécologique dédiée

La consultation de suivi gynécologique incluant un interrogatoire de qualité, un examen mammaire et pelvien ainsi que la prescription d'éventuels examens complémentaires et thérapeutiques est une consultation chronophage qui n'est, à ce jour, pas valorisée par rapport à une consultation de médecine générale « classique ».

A l'instar de certaines autres consultations longues en MG (consultation de contraception et prévention, consultation de suivi de l'obésité cotées à 46 €), il devrait être tout à fait envisageable de créer une **consultation de suivi gynécologie dédiée, avec une cotation particulière majorée**.

Rappelons d'une part, que la plupart des médecins généralistes pratiquant la gynécologie réservent des créneaux de 30 minutes pour ces consultations alors qu'ils s'octroient 15 à 20 minutes pour des consultations « adultes » classiques.
D'autre part, la pratique de la gynécologie médicale nécessite des connaissances et des compétences supplémentaires. Une grande partie des MG la pratiquant ont suivi des enseignements supplémentaires (DIU de gynécologie notamment) et poursuivent régulièrement des formations pour être à jour dans ce domaine.

Par conséquent, la création d'une consultation dédiée serait aussi une façon d'encourager les médecins généralistes à mieux se former en gynécologie et à réaliser plus de consultations « complètes » de gynécologie médicale. Cela permettrait notamment de pallier au manque de gynécologues médicaux et d'améliorer l'accès à la santé de la femme.

6) Étude nationale en vue de futures recommandations de bonnes pratiques

Bien que le taux de participation de cette étude soit important et que le Gard soit plutôt représentatif du territoire français, il pourrait être intéressant d'étendre ce travail au niveau national ou à d'autres territoires (départementaux ou régionaux).
S'il est retrouvé la même tendance au niveau des résultats, cela permettrait d'avoir plus d'ampleur et de poids pour faire changer les choses.

L'idéal serait d'élaborer **des recommandations de bonnes pratiques selon le modèle de la HAS** (117) avec la création d'un groupe de travail autour de la consultation de suivi gynécologique et l'intérêt en termes de santé publique du dépistage annuel des symptômes et sujets tabous.

CONCLUSION

Dans son livre (118), *Le chœur des femmes*, Martin Winckler écrit « Quand on pose des questions, on n'obtient que des réponses ».
Il est vrai que dépister régulièrement par l'interrogatoire, majore les chances de trouver et donc de prendre en charge les patientes.

Il y a encore du chemin à parcourir avant que les médecins n'interrogent systématiquement les femmes sur ces sujets tabous.
Mais les résultats sont encourageants à l'instar de la pratique de certains médecins généralistes du Gard.
Il s'agit d'un véritable travail de fond, qui se fera petit à petit, jusqu'au moment où ces questions feront parties de l'interrogatoire de routine et que les femmes pourront alors en discuter sans tabou avec leur médecin.
Cette thèse dresse un premier constat de la réalité à propos des sujets tabous en gynécologie.
Elle a également permis de proposer des pistes pour l'avenir afin d'améliorer la conduite de la consultation gynécologique et la prise en charge de la santé des femmes.

Elle n'a évidemment pas vocation à imposer aux médecins un interrogatoire impersonnel et codifié. Néanmoins, j'espère qu'elle constituera un premier tremplin vers une prise de conscience plus importante notamment pour les médecins qui ont participé à mon questionnaire et pour ceux qui liront ma thèse, comme cela l'a été pour moi en la rédigeant.

ANNEXES

Annexe 1 :

Questionnaire de thèse : "Symptômes et sujets tabous en gynécologie : rôle du MG"

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de Montpellier-Nîmes. Dans le cadre de ma thèse je souhaiterais interroger les médecins généralistes du Gard par le biais d'un questionnaire anonyme qui ne vous prendra que quelques minutes (environ 5 minutes).

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes qui effectuent (en partie ou complètement) le suivi gynécologique de certaines de leurs patientes (même si cela ne concerne qu'un petit nombre de patientes) : suivi annuel, dépistage (frottis, examen mammaire), consultation pour contraception ou ménopause...

Beaucoup de sujets et symptômes gynécologiques sont tabous et non évoqués spontanément par les femmes en consultation.

L'objectif de mon travail est d'étudier l'interrogatoire des médecins généralistes lors de leur consultation de suivi gynécologique et d'observer s'ils abordent d'eux-mêmes ces sujets tabous pour les femmes.

Le but est d'évaluer les pratiques réelles des médecins, c'est pourquoi je me permets de vous solliciter et de vous demander de bien vouloir répondre à ce questionnaire qu'une seule fois et de la manière la plus franche et au plus près de votre pratique.

Je vous remercie vivement par avance pour votre participation.

Si vous souhaitez me contacter, avoir des informations complémentaires ou recevoir mon travail de thèse une fois terminé, n'hésitez pas à m'envoyer un mail à cette adresse : laetitia.zanardi@gmail.com.

Laetitia ZANARDI,
Interne en médecine générale à la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes.

*Obligatoire

Partie 1 : Votre profil

Quel est votre sexe ? *
- Femme
- Homme

Quel est votre âge ? *
- Menu déroulant

Votre date d'installation *
- Installé(e) depuis moins de 5 ans
- Installé(e) depuis plus de 5 ans
- Installé(e) depuis plus de 10 ans
- Installé(e) depuis plus de 20 ans
- Installé(e) depuis plus de 30 ans

Votre mode d'exercice *
- o Urbain
- o Semi-rural
- o Rural
- o Autre :

Votre nombre moyen de consultations gynécologiques par semaine *
- o < 5 consultations par semaine
- o Entre 5 et 10 consultations par semaine
- o Entre 10 et 20 consultations par semaine
- o > 20 consultations par semaine

Avez-vous suivi les enseignements du diplôme inter-universitaire de "formation complémentaire en gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste" ? *
- o Oui
- o Non

Partie 2 : Votre interrogatoire en consultation de suivi gynécologique

Lors de votre interrogatoire à l'occasion d'une consultation dédiée au suivi gynécologique (consultation gynécologique annuelle, frottis, palpation des seins...), hors suivi de grossesse, ET SI LA PATIENTE NE VOUS EN PARLE PAS D'ELLE-MÊME :

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence urinaire chez vos patientes jeunes (< 40 ans) nullipares ? *
- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence urinaire chez vos patientes ayant déjà eu une grossesse ? *
- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence urinaire chez vos patientes de plus de 40 ans ? *
- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence anale ou au gaz chez vos patientes de plus de 40 ans ? *
- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes de prolapsus pelvien chez vos patientes de plus de 40 ans ? *
- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément une constipation chronique chez toutes vos patientes ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Informez-vous spontanément toutes vos patientes de l'importance de la prévention des troubles périnéaux (ex : contraction périnéale lors d'un effort...) ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des ménorragies et des métrorragies chez toutes vos patientes ?*

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément une dysménorrhée chez vos patientes qui ont leurs règles ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément des troubles trophiques vulvo-vaginaux chez vos patientes ménopausées (sécheresse vaginale, irritation, prurit ou brûlure vaginale, douleur ou saignement lors des rapports sexuels...) ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Abordez-vous spontanément le thème de la sexualité avec toutes vos patientes ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Recherchez-vous spontanément une douleur lors des rapports sexuels (dyspareunie) chez toutes vos patientes ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Abordez-vous spontanément la question des violences sexuelles (avances sexuelles, attouchements, viol...) avec toutes vos patientes ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Abordez-vous spontanément la question des violences conjugales (violence psychologique, violence physique...) avec toutes vos patientes ? *

- o Pratiquement toujours
- o Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- o Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- o Très rarement

Partie 3 : Pour l'avenir

Quels sont pour vous les freins qui vous limitent dans la recherche des sujets tabous lors de votre interrogatoire ? (plusieurs réponses possibles) *

- Manque de temps
- Pas de consultation cotée dédiée
- Pudeur à aborder ces sujets
- Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé
- Manque de connaissances
- Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes
- Prise de conscience insuffisante du médecin
- Considère qu'il n'y a pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes
- Pas de frein

Pensez-vous utile de disposer d'une fiche mémo listant ces sujets tabous pour vous aider dans votre interrogatoire de consultation gynécologique ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Estimez-vous utile de faire remplir un auto-questionnaire à la patiente en salle d'attente sur ces sujets tabous afin de faciliter les échanges lors de la consultation gynécologique ? *

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vous pouvez ici me faire part de toute remarque relative à mon questionnaire et à mon sujet de thèse.

.....

Commentaires libres

BIBLIOGRAPHIE

(1) Hippocrate, *Maladie des femmes* I, 62 (Littré, VIII, 127)

(2) Deffieux X. [Incontinence: A tabooed disease like another one?]. Prog Urol. juill 2019;29(7):347-8.

(3) Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. févr 2014;17(1):3-9.

(4) Mishra VV, Nanda S, Gandhi K, Aggarwal R, Choudhary S, Gondhali R. Female sexual dysfunction in patients with endometriosis: Indian scenario. J Hum Reprod Sci. déc 2016;9(4):250-3.

(5) Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16-27

(6) Consulter un gynécologue : la grande galère. Le Monde.fr [Internet]. 27 déc 2017 [cité 4 mars 2020]; Disponible sur:https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html

(7) COHEN J., MADELENAT P., LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et santé de femmes. Quel avenir en France ? Etat des lieux et perceptives en 2020. Paris: Editions Eska; 2000. 188p

(8) Zanardi L. Les symptômes tabous des femmes en consultation de gynécologie. Mémoire. Université Montpellier-Nîmes ; 2020, p

(9)Tabou : définition de TABOU, subst. masc. et adj. | La langue française [Internet]. 2019 [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition-tabou/

(10) française A. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8T0022

(11) Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de la littérature. Thèse de médecine. Université d'Angers ; 2018, 69 p.

(12) Cours [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/1.html

(13) Suivi gynécologique : Sage-femme, gynécologue ou généraliste, lequel choisir ? • Le Quotidien du Patient [Internet]. Le Quotidien du Patient. 2018 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: https://le-quotidien-du-patient.fr/article/tous-pour-un/2018/01/25/4275/

(14) Chapitre 07 - Incontinence urinaire de l'adulte et du sujet âgé [Internet]. 2016 [cité 11 mars 2020]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/incontinence-urinaire.html

(15) Gasquet B de. Périnée: arrêtons le massacre! Paris: Éd. France loisirs; 2013

(16) cp_afu_-_incontinence_et_prolapsus.pdf [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/sites/default/files/cp_afu_-_incontinence_et_prolapsus.pdf

(17) Deffieux X. [Incontinence: A tabooed disease like another one?]. Prog Urol. juill 2019;29(7) 347‑8.

(18) Vexlard E. L'incontinence urinaire: marqueur de la temporalité d'une vie de femme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2019.

(19) (34) Incontinence anale | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/incontinence-anale

(20) Incontinence Fécale » SNFCP [Internet]. SNFCP. 2017. Disponible sur: https://www.snfcp.org/informations-maladies/constipation-et-incontinence/incontinence-fecale/

(21) Sorgenti C, Tayrac R de, Marès P. Constipation chronique et incontinence anale: les tabous de la sphère anale. Nîmes, France; 2017.

(22) Chapitre_4_item_42_-_ue_2_-_tumefaction_.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/sites/default/files/chapitre_4_item_42_-_ue_2_-_tumefaction_.pdf

(23) Incontinence et prolapsus : l Association Française d Urologie veut lever le tabou! - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: https://docplayer.fr/136486841-Incontinence-et-prolapsus-l-association-francaise-d-urologie-veut-lever-le-tabou.html

(24) Constipation chronique | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépato-gastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. Disponible sur: https://www.snfge.org/content/constipation-chronique

(25) Documents-fiches-constipation.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.cregg.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/documents-fiches-constipation.pdf

(26) Berger V, Eymard C, Lefebvre H. Enjeux éthiques de l'infirmière dans la prévention de la constipation des patients hospitalisés : honte, pudeur et d'intimité. Éthique & Santé. déc 2013;10(4):216‑20.

(27) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.

(28) Coudrain S, Tayrac R de, Marès P. Le périnée féminin: état des lieux des connaissances pour une meilleure prévention. Nîmes, France; 2014.

(29) Courbière B, Carcopino X. Gynécologie, obstétrique. Paris: Vernazobres-Grego; 2015.

(30) Cours [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item243/site/html/1.html

(31) Huchon C, Fritel X. Épidémiologie des ménométrorragies. /data/revues/03682315/003708S1/307/ [Internet]. 5 déc 2008 [cité 6 avr 2020]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/19499

(32) Jacquemin Le Vern H. Le sang des femmes: en finir avec les tabous. 2017.

(33) Netgen. Ménorragies et anomalies de l'hémostase : diagnostic et traitements [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-4/30110

(34) Dysmenorrhea-French.pdf [Internet]. [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://s3.amazonaws.com/rdcmsiasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/RealWomenRealPainFactSheets/Dysmenorrhea-French.pdf

(35) Gonzalez L. Les médecins généralistes face au diagnostic de l'endométriose. Mémoire de diplôme universitaire de formation complémentaire de gynécologie-obstétrique pour le médecin généraliste. Université Montpellier-Nîmes ; 36p.

(36) Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. févr 2014;17(1):3‑9.

(37) Nappi RE , L achowsky M . Menopause and sexuality: prevalence of symptoms and impact on quality of life . *Maturitas* 2009 ; 63 : 138 – 41

(38) Nappi RE, Particco M, Biglia N, Cagnacci A, Di Carlo C, Luisi S, et al. Attitudes and perceptions towards vulvar and vaginal atrophy in Italian post-menopausal women: Evidence from the European REVIVE survey. Maturitas. 2016 Sep;91:74–80.

(39) L'Urologie M de. Douleurs sexuelles de l'homme et de la femme [Internet]. 2019 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/base-bibliographique/douleurs-sexuelles-de-lhomme-et-de-la-femme

(40) Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1 oct 2017;124(11):1689‑97.

(41) l'Urologie M de. Chapitre 05 - Sexualité normale et ses troubles [Internet]. 2016 [cité 18 mars 2020]. Disponible sur: https://www.urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/sexualite-normale-et-ses-troubles.html

(42) Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://www.medscape.com/viewarticle/498001

(43) Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2020.

(44) SPF. Baromètre santé 2016. Genre et sexualité [Internet]. Disponible sur: /import/barometre-sante-2016.-genre-et-sexualite

(45) Laumann EO et al. Sexual Problems Among Women and Men Aged 40–80 y: Prevalence and Correlates Identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors IJIR, Jan 2005;17(1):39–57

(46) Colson MH, Lemaire A., Pinton Philippe, Hamidi K, Klein P. Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. J of Sex Med. 2006, 3 (1) pp. 121-131(11)

(47) Cairo Notari S, Fornage S, Panes-Ruedin B, Zaman K. [Sexuality after breast cancer is not a taboo]. Rev Med Suisse. 14 mars 2018;14(598):563‑5

(48) Mishra VV, Nanda S, Gandhi K, Aggarwal R, Choudhary S, Gondhali R. Female sexual dysfunction in patients with endometriosis: Indian scenario. J Hum Reprod Sci. déc 2016;9(4):250‑3.

(49) Ferreira SM de A, Gozzo T de O, Panobianco MS, dos Santos MA, de Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. Rev Lat Am Enfermagem. févr 2015;23(1):82‑9

(50) Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16‑27.

(51) Bitzer J, Platano G, Tschudin S, Alder J. Sexual counseling in elderly couples. J Sex Med. sept 2008;5(9):2027‑43.

(52) Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. Climacteric. févr 2014;17(1):3‑9.

(53) Françoise D. Comment aborder la sexualité des patients en médecine générale ? Étude comparative de deux techniques d'approche [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Réunion; 2020.

(54) Dusz L. Abord de la sexualité en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2017.

(55) Qu'est-ce que la violence sexuelle? [Internet]. Fondation Marie-Vincent. Disponible sur: https://marie-vincent.org/cause/quest-ce-que-la-violence-sexuelle/

(56) OMS | La violence sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_37/fr/

(57) Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. Disponible sur: https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enquete-virage-premiers-resultats-violences-sexuelles/

(58) Suis-je concernée ? [Internet]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/suis-je-concernee.html

(59) Vous êtes victime de violence [Internet]. Disponible sur: https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/vous-etes-victime-de-violence.html

(60) Bès de Berc A, Guessoum Y. Femmes victimes de violences sexuelles: étude qualitative sur les freins ressentis au recours aux médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2019.

(61) Grenelle des violences conjugales : les 10 chiffres à connaître | www.cnews.fr [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cnews.fr/france/2019-09-03/grenelle-des-violences-conjugales-les-10-chiffres-connaitre-874922

(62) Violence conjugale | service-public.fr [Internet]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12544

(63) Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes [Internet]. [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://stop-violences-femmes.gouv.fr/les-chiffres-de-reference-sur-les.html

(64) Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante

(65) Simon O. Attentes des femmes victimes de violences conjugales en Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2019

(66) Barroso Debel M. Obstacles au repérage et à la prise en charge des violences conjugales en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine ; 2013.

(67) Trouver un médecin [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire

(68) Trouver Médecin généraliste - Professionnels de santé [Internet]. Disponible sur : http://annuairesante.ameli.fr/trouver-un-professionnel-de-sante/medecin-generaliste

(69) Conditions générales d'utilisation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire/cgu

(70) Liste des communes du Gard. In: Wikipédia [Internet]. 2020. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Liste_des_communes_du_Gard&oldid=169970516

(71) Guicheteau-Magnier A-C. La prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.

(72) Domenger M. L'incontinence urinaire des femmes en médecine générale: sujet tabou ? [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.

(73) Delavaquerie-Marec A. Dépistage de l'incontinence urinaire féminine en médecine générale: étude auprès de 26 médecins généralistes picards [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2011.

(74) Rainey-Petit E. Enquête épidémiologique sur la prévalence et le taux de dépistage de l'incontinence urinaire chez la femme jeune en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2017.

(75) Genebes N. Prise en charge de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, non post-partum en médecine générale en Béarn et Soule: enquête sur la mise en place des traitements de première intention [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2017.

(76) Clautrier A. L'incontinence anale en post-partum: état des lieux des connaissances des professionnels de santé. :127.

(77) Grateau M, Petit P. L'incontinence anale en post-partum: parlons-en. Nantes, France; 2015.

(78) Lecou E. Les médecins généralistes envisagent-ils le diagnostic d'endométriose devant une dysménorrhée sévère de l'adolescente ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2019.

(79) Cassagne M. Évaluation et prise en charge des dysménorrhées lors d'une consultation de contraception par les médecins généralistes de Haute Normandie. :89.

(80) Devaux E, Delhaye E. Exploration par une étude qualitative des réticences des médecins généralistes à aborder l'inconfort vaginal chez les femmes ménopausées [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2018.

(81) Baurain M. Parlons sexualité ! Les médecins généralistes sont-ils prêts à améliorer leur abord de la santé sexuelle avec leur patients ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2018.

(82) Gillet C. Attentes et besoins des médecins généralistes pour améliorer l'abord de la santé sexuelle en consultation [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; 2018.

(83) Lemesre V. Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2018.

(84) Darde F. Oser poser une question sur l'existence d'une ancienne violence sexuelle devant des symptômes révélateurs: expérience de médecins généralistes en Loire-Atlantique par la méthode du focus groupe [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2013.

(85) Briffe M. Expérience vécue des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon dans la découverte de violences sexuelles subies chez leurs patient(e)s: étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

(86) Leroy C. Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale: étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2012.

(87) Charpe C. Prise en charge par les médecins généralistes des femmes victimes de violences sexuelles [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016.

(88) Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé [Internet]. Vie publique.fr. [cité 26 mars 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels

(89) Kacenelenbogen N, Offermans AM. [Detection and management of partner violence by the general practitioner]. Rev Med Brux. sept 2010;31(4):415‑25.

(90) Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. BMJ. 10 août 2002;325(7359):314.

(91) Moreau M. Formation sur le repérage et la prise en charge de femmes victimes de violences, organisée par l'association SOS Femmes Solidarité et le syndicat AGJIR: Impact sur les pratiques des professionnels de santé de premier recours [Thèse d'exercice]. [2009-...., France]: Université de Strasbourg; 2018.

(92) Bures J. Dépistage et prise en charge des femmes victimes de violences conjugales: étude des pratiques des médecins généralistes de Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2016.

(93) Mu-Sek-Sang R. Le dépistage systématique des violences conjugales: étude réalisée chez les médecins généralistes de Poitou-Charentes en 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.

(94) Boutonné R. Représentations et vécu des médecins généralistes face à la violence conjugale: une étude qualitative exploratoire [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2014.

(95) Picatto C. Ressenti des médecins généralistes lors du dépistage des violences conjugales faites aux Femmes [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2020.

(96) Janeiro Janeiro O. Dépistage systématique, en médecine générale, des violences conjugales faites aux femmes [Thèse d'exercice]. [2012-...., France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2018.

(97) Boismain A, Gaudin M. Identification des freins des médecins généralistes à pratiquer le dépistage des violences conjugales auprès de leurs patientes: étude qualitative par entretiens semi dirigés avec des médecins libéraux et salariés en Isère [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

(98) ameli.fr - Démographie [Internet]. [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php

(99) Tyrała-Seweryn K, Seweryn M, Krysta K. Analysis of Urinary Incontinence and Depression among Young Women. Psychiatr Danub. sept 2017;29(Suppl 3):565‑7

(100) Kafri R, Kodesh A, Shames J, Golomb J, Melzer I. Depressive symptoms and treatment of women with urgency urinary incontinence. Int Urogynecol J. nov 2013;24(11):1953‑9.

(101) Gascón MRP, Mellão M de A, Mello SH, Negrão RM, Casseb J, Oliveira ACP de. The impact of urinary incontinence on the quality of life and on the sexuality of patients with HAM/TSP. Braz J Infect Dis. août 2018;22(4):288‑93.

(102) Lai HH, Shen B, Rawal A, Vetter J. The relationship between depression and overactive bladder/urinary incontinence symptoms in the clinical OAB population. BMC Urology. 6 oct 2016;16(1):60.

(103) Mortier A, Cardaillac C, Perrouin-Verbe M-A, Meurette G, Ploteau S, Lesveque A, et al. Douleur pelvi-périnéales et prolapsus génital : revue de la littérature. Progrès en Urologie. sept 2020;30(11):571‑87.

(104) Incontinence anale [Internet]. CHUV. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://www.chuv.ch/fr/chirurgie-viscerale/chv-home/en-bref/staff/nos-teams/colorectal-et-proctologie/incontinence-anale

(105) Martin-Delarbre A. Evaluation du traitement par biofeedback dans l'incontinence fécale idiopathique. Impact sur la qualité de vie [Thèse d'exercice]. [France]: UPEC. Faculté de médecine; 2012

(106) Gasquet B de. Abdominaux: arrêtez le massacre ! : méthode abdologie de Gasquet. 2011.

(107) OMS | Santé sexuelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 avr 2021]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

(108) Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030 | UNESCO HIV and Health Education Clearinghouse [Internet].

Disponible sur: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/library/documents/strategie-nationale-de-sante-sexuelle-agenda-2017-2030

(109) Le Bars Goubert M. « Quand les femmes victimes de violences conjugales se mettent à parler... »: enquête qualitative par entretiens auprès de 11 femmes victimes de violences conjugales dans le Rhône [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2012.

(110) Mudrecki B. Caca non grata. Tout pour en finir avec le grand tabou [Internet]. Disponible sur: http://intestins.24heures.ch/m/

(111) Arnould T. L'effet du dépistage de violences sexuelles en médecine générale: une étude interventionnelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2019.

(112) O'Reilly N, Nelson HD, Conry JM, Frost J, Gregory KD, Kendig SM, et al. Screening for Urinary Incontinence in Women: A Recommendation From the Women's Preventive Services Initiative. Ann Intern Med. 14 août 2018;169(5):320‑8.

(113) Médecine Générale – Futur Interne [Internet]. [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: http://www.futur-interne.com/medecine-generale/

(114) Blin A. Suivi gynécologique hors grossesse: contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.

(115) media IDS. Communication patient : aucun sujet n'est tabou, s'il est bien traité [Internet]. Disponible sur: https://www.ids-media.fr/blog/communication-patient-sujet-tabou

(116) Toulouse. Violences sexuelles : «Former tous les citoyens pour briser le tabou » [Internet]. ladepeche.fr. Disponible sur: https://www.ladepeche.fr/2019/11/18/violences-sexuelles-former-tous-les-citoyens-pour-briser-le-tabou,8547756.php

(117) Méthodes d'élaboration des recommandations de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 11 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_418716/fr/methodes-d-elaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

(118) Winckler M. Le chœur des femmes: roman. Paris: P.O.L; 2009. 602 p.

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'Etre 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RÉSUMÉ

Titre : Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste

Contexte :
De plus en plus de médecins généralistes effectuent le suivi gynécologique de leurs patientes.
Nombreuses sont les femmes désireuses de parler de sujets ou symptômes liés à leur intimité en consultation gynécologique. Mais souvent, par pudeur, elles n'osent pas les évoquer. Elles préfèreraient que ce soit le médecin qui les aborde en premier afin de faciliter la discussion.
Une liste a été établie reprenant douze symptômes ou sujets gynécologiques considérés comme tabous : l'incontinence urinaire, l'incontinence fécale, le prolapsus, la constipation chronique, la prévention du périnée, les méno-métrorragies, les dysménorrhées, les symptômes d'atrophie vulvo-vaginale, la dyspareunie, la sexualité, les violences sexuelles et les violences conjugales.

Objectif :
Décrire dans quelle proportion les médecins généralistes recherchent spontanément ces symptômes et sujets gynécologiques tabous lors de leur interrogatoire de consultation de suivi gynécologique (hors suivi de grossesse).

Matériel et méthode :
Réalisation de notre propre base de données référençant tous les médecins généralistes du Gard qui font du suivi gynécologique.
Envoi personnalisé d'un questionnaire à chacun d'entre eux.
Étude quantitative avec analyse descriptive et analyse bivariée.

Résultats :
55,4 % des médecins généralistes ayant reçu le questionnaire y ont répondu.
Les MG interrogent leurs patientes sur les symptômes et sujets évoqués précédemment de manière très variable d'une thématique à l'autre.
Les violences conjugales et sexuelles sont les deux sujets les moins abordés spontanément.
Pour certains sujets tabous, les résultats de l'analyse bivariée sont en faveur d'un dépistage actif plus fréquent chez les MG qui font plus de 10 consultations gynécologiques par semaine et/ou chez ceux ayant validé un DIU de gynécologie. Pour d'autres sujets il n'a pas été mis en évidence de différence significative.
La plupart des MG (88%) rapportent au moins un frein qui les limite dans leur interrogatoire avec en premières causes un manque de temps et une pudeur à aborder ces sujets.

Conclusion :
Cette thèse dresse un premier constat de la réalité à propos des sujets tabous en gynécologie.
Elle propose aussi des pistes afin d'améliorer la conduite de la consultation gynécologique et la prise en charge de la santé des femmes.
Le changement se fera progressivement, impliquant également une libération de la parole des femmes et une prise de conscience plus importante de la part des médecins.

Mots clés :
Tabous, sujets, gynécologie, dépistage, médecins généralistes, suivi gynécologique.