



**HAL**  
open science

# Élaboration d'un carnet de suivi gynécologique de la femme : enquête qualitative auprès de patientes et de professionnels de santé

Alice Le Beller

► **To cite this version:**

Alice Le Beller. Élaboration d'un carnet de suivi gynécologique de la femme : enquête qualitative auprès de patientes et de professionnels de santé. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03398731

**HAL Id: dumas-03398731**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03398731>**

Submitted on 3 Jan 2022

**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.

**UFR DE SANTE ROUEN NORMANDIE**

**ANNEE 2021**

**N°**

**THESE POUR LE  
DOCTORAT EN MÉDECINE**

Diplôme d'État de Médecine Générale

Par

**LE BELLER Alice**

NEE LE 10/09/1994 A BOIS-GUILLAUME

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 OCTOBRE 2021

**ELABORATION D'UN CARNET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE  
DE LA FEMME :  
ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DE PATIENTES ET DE  
PROFESSIONNELS DE SANTE**

PRÉSIDENT DE JURY : Pr Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE : Dr Baptiste CHAUVIN

MEMBRES DU JURY : Pr Élisabeth MAUVIARD

Dr Laëtitia BOURDON

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**U.F.R. SANTÉ DE ROUEN**

-----

**DOYEN :** **Professeur Benoît VEBER**

**ASSESEURS :** **Professeur Loïc FAVENNEC**  
**Professeur Agnès LIARD**  
**Professeur Guillaume SAVOYE**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle <b>APTER</b>	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc <b>BASTE</b>	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal <b>BENHAMOU</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mme Sophie <b>CANDON</b>	HCN	Immunologie
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	CHB	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CHB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b> ( <i>urnombre</i> )	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mme Julie <b>GUEUDRY</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale

Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HCN	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian <b>SCHWARZ</b>	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique

Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Hervé <b>TILLY</b> ( <i>surnombre</i> )	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HC	Rhumatologie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme Najate <b>ACHAMRAH</b>	HCN	Nutrition
Mme Elodie <b>ALESSANDRI-GRADT</b>	HCN	Virologie
Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel <b>BESNIER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney <b>GILARD</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent <b>MARGUET</b>	HCN	Histologie
Mme Chloé <b>MELCHIOR</b>	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien <b>MIRANDA</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire

Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	UFR	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
M. Abdellah <b>TEBANI</b>	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

#### **PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ**

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

#### **ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS**

Mme Justine <b>SAULNIER</b>	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy <b>BELLIEN</b> (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Abdelhakim <b>EL OMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b> (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Thomas <b>CASTANHEIRO MATIAS</b>	Chimie Organique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b> santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie

Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Chervin <b>HASSEL</b>	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline <b>LECOINTRE</b>	Physiologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy <b>RAZAKANDRAINIBÉ</b>	Parasitologie
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mme Caroline <b>BERTOUX</b>	Pharmacie

### **PAU-PH**

M. Mikaël **DAOUPHARS**

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

Mme Mathilde <b>GUERIN</b>	Anglais
----------------------------	---------

### **ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES**

Mme Alice <b>MOISAN</b>	Virologie
M. Henri <b>GONDÉ</b>	Pharmacie

### **ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE**

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**

Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE**

Toxicologie

**ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT**

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

**LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

### **III – MEDECINE GENERALE**

#### **PROFESSEUR MEDECINE GENERALE**

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

#### **MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE**

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

#### **PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE**

Mr Pascal **BOULET**    UFR    Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**                                      UFR    Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**                                      UFR    Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**                                      UFR    Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**    UFR    Médecine générale

#### **MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES**

Mme Laëtitia **BOURDON**    UFR    Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**                                      UFR    Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**    UFR    Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**    UFR    Médecine générale

## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

Mr Paul <b>MULDER</b> (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su <b>RUAN</b> (med)	Génie Informatique

### MAITRES DE CONFERENCES

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

### **DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

*SJ - Saint Julien Rouen*

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

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>13</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>14</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES .....</b>	<b>17</b>
<b>ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>22</b>
I. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA FEMME .....	22
1) <i>Définition</i> .....	22
2) <i>Objectifs du suivi gynécologique</i> .....	22
II. LES ACTEURS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE .....	24
1) <i>Le médecin généraliste</i> .....	24
2) <i>Le gynécologue</i> .....	25
3) <i>La sage-femme</i> .....	26
III. LES DIFFÉRENTES FACETTES DE LA GYNECOLOGIE EN MEDECINE GENERALE .....	26
1) <i>La vaccination contre le papillomavirus</i> .....	26
2) <i>La contraception</i> .....	27
3) <i>Les infections sexuellement transmissibles</i> .....	30
4) <i>Le dépistage du cancer du col de l'utérus</i> .....	31
5) <i>La grossesse</i> .....	32
6) <i>La ménopause</i> .....	33
7) <i>Le dépistage du cancer du sein</i> .....	34
IV. LES PROBLÉMATIQUES ACTUELLES DU SUIVI GYNECOLOGIQUE .....	35
1) <i>Données épidémiologiques de la population féminine</i> .....	35
2) <i>Une couverture inégale du suivi gynécologique</i> .....	35
3) <i>Les moyens actuels de communication</i> .....	36
<b>MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>38</b>
I. CHOIX DE LA METHODE .....	38
II. POPULATIONS ETUDIÉES .....	38
1) <i>Recrutement des patientes</i> .....	38
2) <i>Recrutement des professionnels de santé</i> .....	39
III. ENTRETIENS SEMI-DIRIGES .....	39
IV. RÉALISATION DES GUIDES D'ENTRETIENS .....	39
1) <i>Guide d'entretien semi-dirigé à destination des patientes</i> .....	39
2) <i>Guide d'entretien semi-dirigé à destination des professionnels de santé</i> .....	40

V.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS .....	41
1)	<i>Entretiens avec les patientes</i> .....	41
2)	<i>Entretiens avec les professionnels de santé</i> .....	42
VI.	TRANSCRIPTION DES ENTRETIENS .....	42
VII.	ANALYSE DES DONNEES .....	42
VIII.	ASPECTS ETHIQUES.....	43
<b>RESULTATS</b> .....		<b>44</b>
I.	DEROULEMENT DE L'ETUDE .....	44
1)	<i>Les entretiens semi-dirigés</i> .....	44
2)	<i>Caractéristiques des échantillons</i> .....	44
A.	Caractéristiques des patientes interrogées .....	44
a)	Description de la population .....	44
b)	Le suivi gynécologique des patientes interrogées .....	45
B.	Caractéristiques des professionnels de santé interrogés .....	45
a)	Description de la population .....	45
II.	ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES .....	45
<b>JUSTIFICATION DU CARNET DE GYNECOLOGIE</b> .....		<b>46</b>
1)	<i>Un suivi gynécologique peu compris par les femmes</i> .....	47
2)	<i>Une communication difficile pour les femmes sur leur santé gynécologique</i> .....	48
3)	<i>La recherche d'informations par les femmes sur la gynécologie</i> .....	49
4)	<i>Certaines difficultés mises en avant dans le déroulement des consultations gynécologiques</i> .....	50
5)	<i>Le rôle primordial des professionnels de santé dans le suivi gynécologique</i> .....	51
6)	<i>Sensibiliser les femmes sur le suivi gynécologique</i> .....	52
<b>CONTENU DU CARNET DE GYNECOLOGIE</b> .....		<b>53</b>
1)	<i>L'anatomie du corps féminin</i> .....	54
A.	Les difficultés actuelles .....	54
B.	Les informations sur l'anatomie de la femme .....	54
2)	<i>Les cycles menstruels</i> .....	55
A.	Les difficultés actuelles .....	55
B.	Les informations sur les cycles menstruels.....	55
3)	<i>L'endométriose</i> .....	56
A.	Les difficultés actuelles .....	56
B.	Les informations sur l'endométriose .....	56
4)	<i>La vaccination contre le papillomavirus</i> .....	57
A.	Sources d'informations des femmes .....	57
B.	Le papillomavirus.....	57
C.	Les difficultés actuelles .....	57

D.	La réalisation de la vaccination contre le papillomavirus .....	58
5)	<i>Les infections sexuellement transmissibles (IST)</i> .....	60
A.	Les difficultés actuelles .....	60
B.	Les informations sur les infections sexuellement transmissibles .....	60
C.	Le dépistage des infections sexuellement transmissibles .....	61
6)	<i>La contraception</i> .....	63
A.	Les difficultés actuelles .....	63
B.	Les différentes méthodes de contraception .....	63
C.	Avantages et inconvénients des contraceptions .....	65
D.	La contraception d'urgence .....	66
E.	Traçabilité des contraceptions .....	67
7)	<i>Le dépistage du cancer du col de l'utérus</i> .....	68
A.	Les difficultés actuelles .....	68
B.	Le déroulement du dépistage .....	68
C.	Suivi des femmes après un frottis cervico-utérin anormal .....	69
D.	Traçabilité du frottis cervico-utérin .....	70
8)	<i>La grossesse</i> .....	72
A.	Sources d'informations des femmes .....	72
B.	Le déroulement d'une grossesse .....	72
C.	La prévention lors d'une grossesse .....	73
9)	<i>L'interruption volontaire de grossesse (IVG)</i> .....	75
A.	Les difficultés actuelles .....	75
B.	Les informations sur l'IVG .....	75
10)	<i>La ménopause</i> .....	77
A.	Les difficultés actuelles .....	77
B.	Le déroulement de la ménopause .....	77
C.	Les symptômes de la ménopause .....	78
D.	Les traitements des symptômes de la ménopause .....	79
11)	<i>Le dépistage du cancer du sein</i> .....	81
A.	Les difficultés actuelles .....	81
B.	Le déroulement du dépistage .....	81
C.	La mammographie .....	82
D.	La palpation mammaire .....	82

**FORMAT ET PERSPECTIVES D'AMELIORATION AVEC LE CARNET DE GYNECOLOGIE ..... 84**

1)	<i>Type de format du carnet de suivi</i> .....	85
A.	Format papier .....	85
B.	Format numérique .....	86
2)	<i>Création du carnet</i> .....	88
A.	Les objectifs d'informations .....	88
B.	Forme du carnet de suivi .....	89

3)	<i>Délivrance du carnet de suivi de gynécologie</i> .....	91
A.	Par qui ? .....	91
B.	Quand ? .....	91
4)	<i>Perspectives d'amélioration avec le carnet</i> .....	92
A.	Inclure les patientes dans leur suivi gynécologique .....	92
B.	Un outil pouvant améliorer l'information des femmes .....	93
C.	Traçabilité du suivi gynécologique.....	94
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>96</b>
I.	LES OBJECTIFS DU TRAVAIL .....	96
II.	DISCUSSION DE LA METHODE .....	96
1)	<i>Forces de l'étude</i> .....	96
2)	<i>Limites de l'étude</i> .....	97
III.	LES PRINCIPAUX RESULTATS .....	98
IV.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS .....	99
1)	<i>Les différentes informations pertinentes à intégrer dans le carnet de gynécologie</i> .....	99
2)	<i>Un carnet de gynécologie sous format papier</i> .....	109
V.	PERSPECTIVES D'AMELIORATION AVEC LE CARNET ET OUVERTURES.....	110
1)	<i>Sensibiliser dès le plus jeune âge au suivi gynécologique</i> .....	110
2)	<i>Traçabilité du suivi gynécologique</i> .....	111
3)	<i>Financement du carnet de gynécologie</i> .....	112
4)	<i>Délivrance du carnet</i> .....	112
5)	<i>Évaluation à distance du carnet de gynécologie</i> .....	113
6)	<i>Numérisation de l'outil</i> .....	113
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>115</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>116</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>123</b>
<b>RESUME</b> .....		<b>130</b>

## ABRÉVIATIONS

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

WONCA : World Organization of Family Doctors

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HPV : Human Papillomavirus

DIU : Dispositif Intra-Utérin

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

HSV : Virus Simplex Herpes

VHB : Virus de l'Hépatite B

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

SA : Semaines d'aménorrhée

THS : Traitement Hormonal Substitutif

ACR : American College of Radiology

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

InCA : Institut National du Cancer

CPP : Comité de Protection des Personnes

DPO : Déléguée à la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicaments et des produits de santé

REVHO : Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie

GEMVI : Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillissement hormonal

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

# INTRODUCTION

## I. Le suivi gynécologique de la femme

### 1) Définition

La gynécologie est définie comme l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital du point de vue morphologique, physiologique et pathologique. La gynécologie inclut aussi l'obstétrique étant une branche de la médecine qui concerne la grossesse et l'accouchement (1). Le suivi gynécologique consiste à prendre en charge la santé et les problèmes gynécologiques tout au long de la vie d'une femme.

En dehors de la grossesse, le suivi gynécologique n'est pas obligatoire. Il est conseillé par la Haute Autorité de Santé dans le cadre des dépistages organisés du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein (2,3).

### 2) Objectifs du suivi gynécologique

Idéalement, les femmes devraient bénéficier d'un suivi préventif à différentes étapes de leur vie (4). En juillet 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) y intègre :

- L'évaluation de la méthode contraceptive (observance, tolérance, risques et satisfaction) ;
- La remise d'une information sur le sevrage tabagique ;
- Des rappels sur les principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles ;
- Un suivi médical avec un interrogatoire, un examen clinique dont la mesure du poids, de la taille, de la tension artérielle, un examen gynécologique et une palpation mammaire ;
- La réalisation d'un frottis cervico-utérin si celui-ci est à réaliser ;
- Des examens biologiques dans le cadre de la surveillance de la contraception si nécessaire.

La HAS préconise une consultation annuelle pour le suivi gynécologique de la femme (5).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a publié un document en 2010 délivrant le contenu d'informations minimum à recueillir lors d'une consultation en gynécologie. Le CNGOF évoque les éléments pertinents à rechercher selon le motif de consultation.

Lors d'une consultation de suivi gynécologique, il est conseillé de rechercher des signes fonctionnels éventuels (troubles menstruels, pertes vaginales, douleurs pelviennes, difficultés sexuelles, symptômes mammaires, troubles mictionnels, autres troubles). La contraception éventuelle doit être rediscutée avec la patiente pour évaluer l'observance et la tolérance. La date des dernières règles doit être notifiée dans le dossier médical. Un examen clinique est réalisé et des examens paracliniques sont prescrits si nécessaire ou en présence d'une symptomatologie gynécologique.

Un examen annuel avec inspection de la vulve, un examen au spéculum du vagin et du col de l'utérus ainsi qu'un toucher vaginal est souvent proposé, même en l'absence de symptomatologie perçue lors de l'entretien avec les patientes (6). Il n'y a pas de preuve scientifique d'un potentiel bénéfique à la réalisation d'un examen par un toucher vaginal. Cet examen n'est pas performant pour la détection des cancers gynécologiques chez des femmes sans risque particulier et sans symptôme gynécologique (7). En dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus, il n'existe pas de donnée démontrant un intérêt de l'examen au spéculum ou d'un toucher vaginal en dehors de tout symptôme gynécologique (6).

Au final, la HAS et le CNGOF n'ont émis aucune recommandation quant à la fréquence du suivi gynécologique pour les femmes. En pratique, en dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus, il n'existe pas de recommandation sur la fréquence du suivi de la femme. La consultation annuelle de suivi gynécologique et son contenu sont appréciés en fonction du professionnel de santé. Parmi les femmes suivies en gynécologie, la plupart déclarent avoir un suivi au moins une fois par an. Cette régularité augmente légèrement chez les femmes suivies par un gynécologue. Les femmes de plus de 50 ans se contentent d'un suivi tous les deux ans (8).

## II. Les acteurs du suivi gynécologique

### 1) Le médecin généraliste

Selon la World Organization of Family Doctors (WONCA), le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée (9).

En 2018, la France comptait plus de 102 000 médecins généralistes (10). La gynécologie est une discipline pratiquée par un grand nombre de médecins généralistes.

Dans l'étude réalisée dans la revue EXERCER, les médecins généralistes interrogés estiment que la prévention dans le domaine de la gynécologie et le suivi des grossesses non pathologiques font partie de leurs compétences. Ils incluent l'examen général, la palpation mammaire, le toucher vaginal et la pratique du frottis cervico-utérin. Les actes de prévention en gynécologie sont réalisés en fonction de l'âge de la patiente, lors d'une demande de contraception, lors d'une grossesse ou encore à la ménopause. Ces actes de prévention permettent de discuter de la sexualité et de réaliser éventuellement la vaccination contre le papillomavirus. Des examens complémentaires sont fréquemment prescrits notamment la mammographie pour le dépistage du cancer du sein en fonction des facteurs de risque (11).

Les médecins généralistes ont une place centrale dans le suivi gynécologique. En effet, ils ont pour tâche de délivrer des informations sur le suivi gynécologique, de surveiller la réalisation des frottis cervico-utérin ou d'en proposer la réalisation. C'est une mission de prévention qui s'intègre dans la prise en charge globale de la femme (11).

## 2) Le gynécologue

En 2019, la France recensait 2 448 gynécologues médicaux et 5 215 gynécologues-obstétriciens (12).

Le gynécologue joue un rôle primordial dans le suivi gynécologique de la femme. Dans l'étude de GAMBIEZ, le gynécologue est apprécié pour sa compétence et sa spécialisation. Les femmes estiment que ce savoir-faire garanti la maîtrise de l'examen gynécologique (4). Les préférences pour un suivi gynécologique avec un gynécologue sont liées à ses compétences et à la confiance qu'il inspire.

Les principaux facteurs évoqués pour expliquer ce choix de professionnel de santé sont :

- Les compétences ;
- La spécialisation ;
- La notion d'habitude notamment « générationnelle » ;
- La réputation ;
- Les équipements adaptés ;
- L'idée d'une meilleure prise en charge (13).

Comparativement aux médecins généralistes, les femmes estiment que le gynécologue est plus compétent en matière de suivi de grossesse, de contraceptions, de dépistages et de traitements des infections sexuellement transmissibles, de cancers gynécologiques, de ménopause et sur la prise en charge de l'infertilité. Selon l'institut BVA en 2008, la grande majorité des femmes interrogées déclare avoir un suivi gynécologique assuré par un spécialiste dans 70% des cas plutôt qu'un médecin généraliste (15%) (8). Il n'y a pas eu de nouvelle étude à ce jour concernant le choix du spécialiste par les femmes.

Certaines femmes se dirigent vers un gynécologue à défaut de connaissance de la pratique du suivi gynécologique par leur médecin généraliste (4).

Cependant, certaines femmes reprochent aux gynécologues une inaccessibilité géographique et/ou temporelle. La majorité des femmes interrogées par l'institut BVA et suivies par un médecin généraliste déclare que c'est un choix personnel mais

aussi pour des raisons pratiques liées au manque de gynécologues en France (8). Le coût de la consultation chez un gynécologue est un frein pour certaines patientes (4). Les femmes considèrent que les gynécologues ne sont pas assez nombreux en France. La difficulté pour obtenir un rendez-vous est exprimée par les femmes. Le manque de gynécologues se fait ressentir dans le contexte d'urgence : une femme sur quatre va consulter son médecin généraliste en cas de problème urgent (8).

Selon la DREES en 2018, il y avait 9,8 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants (7 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants en Normandie) et 17,8 gynécologues-obstétriciens pour 100 000 habitants en France (14,1 gynécologues-obstétriciens en Normandie) (14).

### 3) *La sage-femme*

En 2019, nous comptons 22 941 sages-femmes sur le territoire français (12). Les effectifs de la profession de sage-femme s'accroissent depuis près d'une quinzaine d'années. Comme décrit dans le Code de la Santé Publique, « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (15).

Les sages-femmes participent activement au suivi gynécologique des femmes. Le métier reste principalement exercé en établissement de santé (70,5%) mais l'activité libérale se développe de plus en plus et devrait doubler dans les 6 prochaines années (16).

## III. Les différentes facettes de la gynécologie en médecine générale

### 1) *La vaccination contre le papillomavirus*

Le papillomavirus humain (HPV) est une infection sexuellement transmissible très fréquente (17). Environ 85 à 90% des hommes et des femmes rencontrent au moins une fois l'HPV au cours de leur vie puisqu'il peut être transmis malgré l'usage

de préservatifs (18). Une infection par le papillomavirus peut être responsable de cancer du col de l'utérus, de l'anus, de l'oropharynx, de la vulve, du vagin, du pénis, de la cavité orale ou du larynx (18,19). L'HPV peut aussi provoquer des verrues anogénitales ainsi que de condylomes (19).

Depuis 2007, la France a introduit la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) ciblant les jeunes filles et les hommes ayant des relations avec des hommes. Depuis 2021, tous les jeunes garçons sont ciblés par la vaccination contre le papillomavirus (20). Cette vaccination représente la prévention primaire du cancer du col de l'utérus.

Il existe deux vaccins contre le papillomavirus ayant démontré leur efficacité dans différents essais cliniques en prévention des lésions précancéreuses du col de l'utérus : Le vaccin Cervarix® et le vaccin Gardasil 9. Ces deux vaccins ciblent les principaux génotypes HPV oncogènes ainsi que des génotypes à bas risques (21). Les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans révolus bénéficient d'un schéma en deux injections. Les jeunes filles vaccinées entre 15 ans et jusqu'à 19 ans révolus bénéficient d'un schéma en trois doses (22).

En France, la couverture vaccinale des jeunes filles est faible. En 2020, elle était de 34,9 % pour une dose à 15 ans et de 32,7% pour une vaccination complète à 16 ans (23). L'objectif du Plan Cancer 2014-2019 d'une couverture vaccinale de 60% en France n'a pas été atteint (24). Nous pouvons constater une différence non négligeable entre la France et d'autres pays européens comme le Royaume-Uni, le Portugal, la Suède, la Norvège ou encore l'Islande affichant une couverture vaccinale supérieure à 80% (18). Une couverture vaccinale de 80% en Australie a permis de faire diminuer la prévalence des infections à HPV de 22,7% en 2005 à 1,5% en 2015 (19).

## 2) La contraception

La contraception est l'ensemble des méthodes permettant d'empêcher la survenue d'une grossesse non désirée. La principale contraception utilisée est la

contraception orale (25). L'efficacité d'une contraception se mesure avec l'indice de Pearl défini par le nombre de grossesses chez 1000 femmes sur un an.

Les différentes méthodes contraceptives peuvent être énumérées par catégorie d'action : les méthodes hormonales, les méthodes non hormonales avec le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU), les méthodes barrières, les méthodes naturelles et les méthodes définitives.

Les principaux moyens de contraceptions efficaces et réversibles sont :

- La contraception orale oestroprogestative ou progestative ;
- Le dispositif intra-utérin au cuivre ou au lévonorgestrel ;
- L'implant progestatif ;

Les autres méthodes hormonales sont :

- L'anneau vaginal (oestroprogestatif) (*Ethinylestradiol/ Etonogestrel* NUVARING®) ;
- Le patch transdermique (oestroprogestatif) (*Norelgestromine/Ethinylestradiol* EVRA®) ;
- Les injections intramusculaires (progestatif) (*Médroxyprogesterone* DEPO PROVERA®).

Les méthodes barrières sont :

- Les préservatifs masculins et féminins ;
- Le diaphragme ;
- La cape cervicale ;
- Les spermicides.

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive faible par rapport aux autres contraceptions citées ci-dessus. Le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes (20). Le pourcentage de grossesses non désirées avec les méthodes barrières sont de 16 à 29% dans leur emploi courant (27).

Les méthodes naturelles sont :

- Le retrait ;
- La méthode d'ovulation ;

- La méthode des deux jours ;
- La méthode des jours fixes/méthode du calendrier/méthode Ogino ;
- La courbe de température ;
- La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Ces méthodes ne sont pas recommandées dû fait de leur faible efficacité (28).

Les méthodes définitives permettent une suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions endocrines ou sexuelles. La stérilisation féminine consiste à occlure les trompes utérines par différentes techniques (27).

Il existe deux moyens de contraception d'urgence en cas d'oubli de la contraception orale ou en cas de risque de grossesse lors d'un rapport non protégé. Le lévonorgestrel (NORLEVO®) est un progestatif devant être utilisé dans les 72 heures suivant le rapport sexuel non protégé ou l'oubli de pilule. L'ulipristal d'acétate (ELLAONE ®) doit être utilisé dans les 120 heures. Le DIU au cuivre peut être utilisé comme une contraception d'urgence dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé ou un oubli de pilule. L'efficacité de la méthode hormonale est d'autant plus grande lorsque la prise a été effectuée le plus précocement après le rapport non protégé (29).

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) en France suit une tendance à la hausse depuis les années 1990. En 2019, 232 000 IVG ont été réalisées soit le nombre le plus élevé depuis les années 1990. Les jeunes femmes de 20 à 29 ans sont les plus concernées. Cependant, une hausse du taux d'IVG chez les femmes de 30 à 34 ans est aussi observée (30).

Les grossesses non désirées sont le résultat de rapports sexuels sans moyen de contraception ou associés à un échec de contraception. Deux femmes sur cinq auront recours à une IVG au cours de leur vie féconde.

Les professionnels de santé doivent être vigilants chez les femmes ayant des risques de mésusage de la contraception ainsi qu'aux femmes ayant déjà eu recours à l'IVG. Une mise en place précoce d'une contraception et le choix de la contraception

doivent être fait en rapport avec la vie de la femme pour permettre une diminution du risque de grossesse non désirée (31).

### 3) Les infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont principalement représentées par : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema Pallidum* (Syphilis), *Virus Herpes Simplex* (HSV), et l'*Human Papillomavirus* (HPV), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (32).

Les IST se transmettent lors des rapports sexuels non protégés. Ce sont souvent des pathologies très contagieuses, souvent asymptomatiques et entraînant des complications (33). Chez la femme, les IST peuvent provoquer des infections génitales basses comme des vaginites ou des cervicites ainsi que des infections génitales hautes comme des endométrites ou des salpingites. Les IST peuvent engager le pronostic fonctionnel de l'appareil génital avec une infertilité mais aussi vital comme avec le VIH (32).

Le nombre de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles, en particulier à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*, est en augmentation avec respectivement une augmentation de 29% et de 21% entre 2017 et 2019 (34). Les jeunes filles de 15 à 24 ans sont particulièrement touchées. Chez les femmes de moins de 25 ans, la prévalence élevée des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* est la conséquence d'un nombre de partenaires plus important couplée à une utilisation non systématique du préservatif.

Les personnes ayant un bas niveau socio-économique présentent de moins bonnes connaissances sur les modes de transmission et l'efficacité des moyens de prévention. Les femmes sont plus vulnérables car elles peuvent présenter des difficultés à imposer le préservatif lors des rapports sexuels. Seulement 40% des jeunes de moins de 20 ans utilisent le préservatif de manière systématique lors d'un rapport sexuel occasionnel (35).

Le dépistage est le seul moyen de faire le diagnostic d'une IST. Il peut se faire par un prélèvement sanguin, vaginal, cervical ou sur un prélèvement d'urine selon l'IST (32). Tout diagnostic d'une infection sexuellement transmissible doit conduire à dépister l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (35).

#### 4) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus atteint environ 3000 femmes par an. Environ 1100 décès sont constatés chaque année (17). Le cancer du col de l'utérus est le 4<sup>ème</sup> cancer de la femme dans le monde. En France, il se situe au 12<sup>ème</sup> rang des cancers féminins et c'est la 12<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme. L'âge moyen lors du diagnostic est de 53 ans (19).

Dans la grande majorité des cas, le cancer du col de l'utérus est attribuable à une infection persistante par le papillomavirus. La prévention primaire est représentée par la vaccination et la prévention secondaire est réalisée grâce au frottis cervico-utérin permettant la détection de lésions précancéreuses (17).

Le frottis cervico-utérin est un examen cytologique pouvant être réalisé par étalement sur lame ou en phase liquide.

Depuis juillet 2019, les recommandations sur le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus ont été actualisées. Le dépistage du cancer du col de l'utérus reste fondé sur un examen cytologique en milieu liquide entre 25 et 29 ans. Il consiste en la réalisation de deux examens cytologiques à 1 an d'intervalle puis 3 ans après si les résultats des deux premiers sont normaux. A partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, la HAS recommande la réalisation d'un test HPV. L'intervalle entre deux tests HPV est de 5 ans dès que le résultat du test HPV est négatif. Si le test HPV est positif, l'examen cytologique sera réalisé sur le même prélèvement. L'auto-prélèvement peut être proposé pour les femmes insuffisamment ou non dépistées. Des expérimentations sur les auto-prélèvements en population générale doivent être menées afin d'étudier l'acceptabilité et l'efficacité (2).

La couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France est estimée à environ 60% et connaît de fortes disparités territoriales (4,17). Cela peut être expliqué par l'existence d'une faible démographie de gynécologues ou de médecins généralistes dans certaines régions (22).

L'étude de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus montre que 70% des femmes auraient une absence ou un mauvais dépistage dans l'intervalle recommandé. Cela s'explique par le refus du dépistage par certaines femmes, l'absence de proposition de dépistage lors d'une consultation chez un professionnel de santé ou des femmes n'ayant pas de contact avec le monde médical (17). La proportion de femmes réalisant un frottis cervico-utérin dans l'intervalle recommandé était estimée à seulement 8% de la population (2).

Depuis 2018, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place. Les femmes entre 25 et 65 ans n'ayant pas réalisé le dépistage dans les délais recommandés sont invitées par le Centre Régional de Coordination des Dépistages des cancers (CRCDC) à consulter un professionnel de santé. Une relance est envoyée à 12 mois après l'envoi de la première invitation aux femmes n'ayant pas réalisé le frottis cervico-utérin (17).

## 5) La grossesse

La grossesse d'une femme peut être suivie par différents professionnels de santé : un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme.

La femme est libre de choisir le professionnel de santé qui la suivra pendant sa grossesse. Cependant, elle doit être informée des modalités de suivi et des champs de compétences de chacun des professionnels de santé impliqués (36).

La HAS recommande d'effectuer une première consultation prénatale avant 10 semaines d'aménorrhée (SA). La déclaration de grossesse doit être effectuée avant 15 SA. Elle peut être effectuée par chaque professionnel de santé cités ci-dessus. Il est prévu 6 consultations par la suite (une consultation par mois à compter du 4<sup>ème</sup> mois) et jusqu'à l'accouchement. Lors de ces consultations de suivi de grossesse physiologique, les femmes enceintes bénéficient d'un examen clinique, d'examens

complémentaires comme des examens biologiques, de 3 échographies obstétricales et d'une consultation d'anesthésie au 8<sup>ème</sup> mois de grossesse (36).

Lors d'un projet de grossesse ou d'un suivi de grossesse, la femme doit bénéficier d'informations et de messages de prévention pour éviter d'éventuelles complications obstétricales.

Dans le cadre de la prévention des anomalies de fermeture du tube neural, il est recommandé de supplémenter la femme enceinte en acide folique à la posologie de 400 µg/j jusqu'à la 12<sup>ème</sup> SA. La prise d'acide folique pendant la grossesse a augmenté mais reste limitée. Dans l'enquête nationale de périnatalité en 2016, seulement 23% des femmes bénéficiaient de la prise d'acide folique durant le début de leur grossesse (37).

L'alimentation et l'activité physique doivent être évoquées avec la femme enceinte. Des conseils sur la prévention de la listériose et de la toxoplasmose doivent être délivrés ainsi que la nécessité d'adopter une alimentation variée et équilibrée.

La prévention de l'alcoolisme, du tabac et des autres drogues doit être réalisée lors du suivi de grossesse. En cas de consommation régulière de l'une de ces substances, il est nécessaire de proposer l'aide au sevrage et de s'entourer de professionnels de santé compétents. Il faut préciser que la consommation de tabac n'a pas diminué. Environ 17% des femmes ont consommé au moins 1 cigarette durant le troisième trimestre en 2016 (37).

## 6) La ménopause

La ménopause représente l'arrêt du fonctionnement ovarien de la femme. Elle est confirmée après un an d'aménorrhée. L'âge moyen est de 50 ans.

Les signes présents lors de la pré ménopause ou au moment de la ménopause sont : une spanioménorrhée, des cycles irréguliers, des bouffées de chaleur diurnes et/ou nocturnes, des troubles génito-urinaires (sécheresse vaginale, infections urinaires ou impériosités mictionnelles), des troubles du sommeil, une asthénie, des arthralgies, des troubles de l'humeur, des difficultés d'attention, des troubles de la mémoire ou encore des variations pondérales avec une répartition androïde des graisses. Ces symptômes sont inconstants chez les femmes. Les bouffées de chaleur

seraient présentes chez 50% des femmes, les troubles de l'humeur et les insomnies chez 30% d'entre elles.

L'ostéoporose est l'une des complications tardives de la ménopause chez la femme. L'insuffisance en œstrogènes est responsable d'une perte osseuse avec une augmentation du remodelage osseux.

Les traitements hormonaux substitutifs (THS) sont indiqués chez les femmes présentant des troubles du climatère (bouffées de chaleurs, sueurs nocturnes et sécheresse vaginale) sévères altérant de manière considérable leur qualité de vie.

Le suivi de la femme ménopausée est préconisé de façon annuelle (38).

### 7) Le dépistage du cancer du sein

En 2018, le cancer du sein représentait environ 58 500 nouveaux cas par an et 12 000 décès par an. Le taux de survie à 5 ans est de 88%. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France et représente la première cause de décès par cancer chez la femme. 60% des nouveaux cas de cancer du sein surviennent entre 50 et 74 ans (39).

90% des cancers du sein sont diagnostiqués lors du dépistage organisé par la mammographie et 10% sont dépistés lors d'un examen clinique suite à des signes d'appels.

Devant toute suspicion clinique de cancer du sein, l'examen clinique des seins doit être réalisé par un professionnel de santé. L'objectif est de rechercher un nodule, un changement d'aspect des seins, une rétractation de la peau, un écoulement mamelonnaire ou encore la présence de ganglions. La palpation des seins se fait en position allongée sur le dos avec les mains derrière la tête. La pulpe des trois doigts est utilisée avec trois niveaux de pression pour chaque petit mouvement circulaire dans les quadrants externes, internes, les mamelons, la région sous et rétro-aréolaire des deux seins. Devant toute suspicion clinique, la réalisation d'une mammographie et/ou d'une échographie mammaire est indispensable (40).

Le dépistage organisé du cancer du sein comprend la réalisation d'une mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques, sans

facteur de risque élevé ou très élevé de cancer du sein. Les femmes sont invitées à réaliser une mammographie tous les deux ans. La mammographie bilatérale est l'examen de référence pour diagnostiquer les lésions des seins. Elle comprend au minimum deux incidences (face et profil) par sein et consiste en une compression des seins entre deux plaques. La mammographie bénéficie d'une double lecture si elle est considérée comme non pathologique en première lecture. Chaque mammographie est classée suivant la classification de *l'American College of Radiology* (ACR) pour préciser le degré de suspicion de malignité (de ACR 1 à ACR5). La confirmation du cancer du sein est faite grâce à une ponction cytologique ou une biopsie (40).

La couverture du dépistage du cancer du sein est estimée à 49,3% sur la période de 2018-2019. La participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein est en diminution depuis 2011. Cette baisse de participation se constate chez les femmes entre 55 et 59 ans. Des disparités interrégionales existent notamment en Corse ou en Ile-de-France où la participation est respectivement de 35,2% et 38,4% (41).

#### **IV. Les problématiques actuelles du suivi gynécologique**

##### **1) Données épidémiologiques de la population féminine**

En France au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la population française se composait de 32,5 millions de femmes. Selon L'INSEE, la population de femmes entre 20 et 74 ans est de 23 millions de femmes. C'est dans cette tranche d'âge que se situe principalement le suivi gynécologique des femmes (42). En Seine-Maritime, la population féminine est estimée à 649 189 femmes tous âges confondus. Dans le département de l'Eure, le nombre de femmes est de 305 849 en janvier 2021 tous âges confondus (43).

##### **2) Une couverture inégale du suivi gynécologique**

Les femmes les plus jeunes (15-24 ans) et les plus âgées (65 ans et plus) sont les moins suivies sur le plan gynécologique. Par ailleurs, 15% des femmes interrogées

par l'institut BVA ne sont pas suivies en gynécologie, un chiffre restant non négligeable (8,11).

Des déterminants individuels limitent le suivi gynécologique comme le faible niveau d'études, la classe socio-économique défavorisée, le jeune âge, le célibat, la post-ménopause, les pathologies chroniques et le handicap (4 ; 21).

Un sondage a été réalisé en 2017 par l'Ordre National des sages-femmes sur un échantillon de 1064 femmes âgées de 15 ans et plus. Ce sondage met en évidence qu'1 femme sur 5 n'a pas un suivi gynécologique régulier par un professionnel de santé, ce qui révèle un manque de connaissance des femmes sur son importance. Ce sondage montre que :

- 28% des femmes estiment qu'il n'y a pas d'intérêt à avoir un suivi régulier en l'absence de problème de santé ;
- 11% des femmes interrogées n'ont pas pris le temps de trouver un autre professionnel de santé pour le suivi gynécologique après un déménagement ;
- 14% des femmes estiment que les délais sont importants pour obtenir une consultation ;
- 14% des femmes entre 15 et 17 ans estiment qu'elles n'ont pas l'âge pour être suivies régulièrement sur le plan gynécologique (44).

### 3) *Les moyens actuels de communication*

De multiples moyens de communication axés sur la prévention existent actuellement pour évoquer les différents thèmes de la gynécologie. Des campagnes de prévention sont réalisées avec la création d'affiches, de dépliants pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Des informations sont diffusées dans les médias pour la vaccination contre le papillomavirus, de multiples sources d'informations sont disponibles sur Internet ou encore des campagnes de prévention sont réalisées à la radio ou dans la presse.

Des dépliants notamment sur la vaccination contre le papillomavirus, sur le cancer du col de l'utérus et sur le dépistage du cancer du sein ont été réalisés par l'Institut National du Cancer (InCA) dans le but d'informer les femmes (52,53,54). La

plupart de ces affiches sont exposées en salle d'attente, dans des cabinets médicaux, des pharmacies ou les plannings familiaux. Néanmoins, ces campagnes de prévention ne semblent pas interpeller suffisamment les femmes. Les dépliants réalisés dans le cadre de campagnes de prévention devraient être distribués aux femmes avec une information claire délivrée par le professionnel de santé.

Malgré les mesures déjà mises en œuvre et devant le constat d'un manque de suivi gynécologique des femmes, il semble être indispensable de les sensibiliser sur différents points de la gynécologie. Au cours de mes années d'études, j'ai pu constater le manque de connaissances des femmes sur leur propre suivi gynécologique notamment sur la date de leur dernier frottis ou sur le type de contraception pris à titre d'exemple mais aussi un manque d'informations globales sur la gynécologie.

Dans une thèse de médecine générale publiée en 2016 (45), il a été évoqué l'intérêt de créer un carnet de suivi gynécologique qui serait remis aux jeunes filles. Il était décrit que le carnet pourrait permettre de noter un certain nombre de données sur le suivi gynécologique de la femme. Un carnet de gynécologie pourrait être un moyen différent de communiquer et d'informer les femmes sur l'intérêt d'un suivi gynécologique. Il pourrait être une façon de sensibiliser les femmes notamment sur l'utilité des dépistages et de la prévention en gynécologie.

La question de recherche de cette étude est « Quelles sont les données les plus pertinentes devant figurer dans un carnet de suivi gynécologique de la femme ? »

L'objectif principal de ce travail est l'identification des informations pertinentes devant apparaître dans un carnet de santé de suivi gynécologique. L'objectif secondaire est de formaliser la création de ce carnet sur un support papier ou numérique.

# MATERIEL ET METHODE

## I. Choix de la méthode

Pour répondre aux objectifs de la thèse, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative sous forme d'entretiens semi-dirigés. Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien qualitatif. L'approche qualitative a permis d'étudier les représentations des femmes et des professionnels de santé sur le suivi gynécologique, leurs besoins et leur avis sur un futur carnet de suivi gynécologique.

## II. Populations étudiées

Cette étude a visé deux populations différentes. Ce choix a été fait pour recueillir les opinions et les besoins de deux populations concernées par le suivi gynécologique : les patientes et les professionnels de santé.

### 1) Recrutement des patientes

La première population visée était les patientes avec les critères d'inclusion suivants :

- Avoir plus de 18 ans ;
- Avoir un suivi gynécologique ou non.

Pour recruter un échantillon de patientes, des courriers associés à des fiches de recrutements ont été envoyés dans 37 cabinets de médecine générale en Seine-Maritime et dans l'Eure en octobre 2020. Des fiches de recrutements ont été affichées dans un centre de planification, au planning familial et dans les urgences gynécologiques de l'hôpital de Dieppe.

Les femmes intéressées contactaient directement la chercheuse par téléphone ou par mail. Un effet « boule de neige » a été effectué pour le recrutement des

patientes. Celles ayant participé à l'étude pouvaient proposer à d'autres femmes de leur entourage de participer également.

## 2) Recrutement des professionnels de santé

La deuxième population étudiée était les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge gynécologique des femmes. Pour cela, des médecins généralistes, des médecins généralistes avec diplôme interuniversitaire de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique, des gynécologues-obstétriciens, des gynécologues médicaux et des sages-femmes ont été interrogés. L'objectif était de recueillir les attentes des professionnels de santé sur les informations à délivrer aux femmes et sur la composition du carnet de gynécologie.

Des courriers ont été envoyés dans différents cabinets libéraux et hôpitaux en Seine-Maritime et dans l'Eure. 43 courriers ont été distribués entre novembre 2020 et décembre 2020. Les professionnels de santé pouvaient contacter la chercheuse par téléphone ou par mail s'ils souhaitaient participer au projet.

### III. Entretiens semi-dirigés

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés individuels par téléphone ou en présentiel suivant le souhait des participant(e)s. Les entretiens semi-dirigés ont été faits à partir de deux guides d'entretiens créés au préalable.

### IV. Réalisation des guides d'entretiens

#### 1) Guide d'entretien semi-dirigé à destination des patientes

Un premier guide d'entretien semi-dirigé à destination des patientes a été réalisé au préalable à partir de la question de recherche et des objectifs de l'étude.

La première partie du guide d'entretien comprenait une présentation du projet de thèse.

La deuxième partie du guide d'entretien visait à recueillir les caractéristiques des patientes.

La troisième partie comportait des informations plus spécifiques sur le suivi gynécologique de chaque patiente interrogée. Cette partie avait pour objectifs de connaître les motivations et les connaissances des patientes sur leur santé gynécologique.

La quatrième partie avait pour but de recueillir les opinions des patientes sur les différents thèmes de la gynécologie. Une première question « brise-glace » invitait les patientes à exprimer ce qui leur venait à l'esprit lors de l'évocation du suivi gynécologique des femmes. Ainsi, cela permettait de mettre les patientes à l'aise et de lancer la discussion sur les différents sujets évoqués par ces dernières. L'interrogation à propos du format du carnet était évoquée dans cette partie.

La technique de relance ouverte a été utilisée pour permettre d'aller au bout des réflexions des patientes. Une dernière question ouverte permettait aux femmes d'exprimer des sujets de la gynécologie non évoqués dans le guide d'entretien et semblant pertinents à ajouter dans ce carnet.

La dernière partie était réservée à l'avenir du carnet de suivi gynécologique. Cette partie avait pour objectif de recueillir l'opinion des patientes sur l'utilité à long terme du carnet et sur l'amélioration de l'assiduité des femmes.

La trame du guide d'entretien a évolué en fonction des différents entretiens semi-dirigés.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 1.

## 2) *Guide d'entretien semi-dirigé à destination des professionnels de santé*

Le guide d'entretien semi-dirigé pour les professionnels de santé s'est inspiré du guide d'entretien des patientes. Des questions supplémentaires ont été ajoutées en fonction des entretiens semi-dirigés réalisés avec ces dernières.

La première partie du guide d'entretien était une présentation du sujet de thèse et des objectifs de l'étude.

La deuxième partie du guide d'entretien permettait de recueillir les caractéristiques de chaque professionnel de santé.

La troisième partie était similaire au guide d'entretien des patientes. Cette partie a permis de discuter des différents thèmes de la gynécologie évoqués avec les patientes. L'objectif était de recueillir l'avis des professionnels de santé sur chaque thème de la gynécologie pour en tirer les informations essentielles à donner aux femmes. Une question sur le format du carnet était évoquée dans cette trame d'entretien.

La dernière partie du guide d'entretien permettait de se projeter dans l'avenir avec ce carnet de gynécologie. Le but était de recueillir l'avis des différents professionnels de santé sur l'utilité à long terme de ce carnet par les patientes et les praticiens. L'amélioration de l'assiduité des femmes était aussi en discussion. Une question supplémentaire permettait de discuter du moment optimal pour la délivrance du carnet de suivi gynécologique.

La technique de relance était utilisée pour permettre de recueillir un maximum d'informations.

La trame du guide d'entretien a évolué en fonction des entretiens semi-dirigés réalisés.

Le guide d'entretien est présenté en Annexe 2.

## **V. Déroulement des entretiens**

### *1) Entretiens avec les patientes*

Pour réaliser les entretiens semi-dirigés, nous avons pris contact avec les patientes intéressées et répondant aux critères d'inclusion. Un rendez-vous téléphonique était fixé en fonction de la disponibilité des patientes et après remise d'un formulaire de consentement signé (Annexe 3). Les formulaires de consentement signés étaient réadressés par mail directement par les patientes.

Par la suite, l'entretien semi-dirigé était enregistré dans son intégralité à l'aide d'un dictaphone. Il était rappelé aux patientes l'anonymisation des données recueillies.

## 2) Entretiens avec les professionnels de santé

Les professionnels de santé souhaitant participer à l'étude étaient ensuite contactés par téléphone ou par mail. Une date et un horaire étaient programmés en fonction de la disponibilité de chaque praticien.

Les entretiens avec les professionnels de santé se sont tous réalisés en présentiel. Lors de la rencontre, un formulaire de consentement pour l'enregistrement de l'entretien et l'analyse des données devait être signé par chaque professionnel de santé.

Chaque entretien semi-dirigé a été enregistré dans son intégralité à l'aide d'un dictaphone après accord du professionnel de santé.

## VI. Transcription des entretiens

Les données issues des entretiens semi-dirigés ont été retranscrites manuellement et mot pour mot au format Word.

Tous les entretiens réalisés ont été anonymisés lors de la retranscription. Les patientes étaient appelées « P » suivi d'un nombre en chiffre arabe correspondant à l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les médecins et les autres professionnels de santé interrogés étaient anonymisés avec la lettre M suivi d'un chiffre arabe suivant l'ordre des entretiens (Exemple : P1= 1<sup>ère</sup> patiente interrogée ; M1= 1<sup>er</sup> médecin interrogé).

## VII. Analyse des données

L'analyse et le codage des données ont été réalisés à l'aide du logiciel Nvivo.

Dans un premier temps, les entretiens ont été analysés à l'aide d'un codage ouvert. Chaque verbatim a été classé dans une catégorie ou nœud représentant l'idée qui en ressortait.

A la fin du codage ouvert, les catégories ou nœuds ont été regroupés en thèmes pour obtenir un arbre de concept représentant les résultats du travail de thèse.

Les entretiens avec les patientes et les professionnels de santé ont été analysés de la même manière.

Une triangulation des données a été réalisée.

## **VIII. Aspects éthiques**

La loi Jardé encadre les recherches sur l'être humain en vue du développement des connaissances biologiques et médicales (46). L'étude entre dans le cadre d'une recherche « observationnelle » c'est-à-dire « non interventionnelle ».

L'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requis pour cette étude.

L'étude a été inscrite au registre de traitement des données personnelles auprès de l'Université de Rouen. L'inscription au registre a été réalisée après une demande auprès de la Déléguée à la Protection des données (DPO). Un accord préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a pas été nécessaire.

# RESULTATS

## I. Déroulement de l'étude

### 1) Les entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés avec les patientes se sont déroulés de novembre 2020 à mars 2021.

La durée moyenne était de 31 minutes.

Les entretiens semi-dirigés avec les professionnels de santé se sont déroulés entre février 2021 et avril 2021.

La durée moyenne des entretiens était de 36 minutes.

Le recueil des données s'est fait jusqu'à saturation des données dans les deux populations.

### 2) Caractéristiques des échantillons

#### A. Caractéristiques des patientes interrogées

##### a) Description de la population

15 entretiens semi-dirigés avec des patientes ont été réalisés. Les patientes interrogées avaient entre 19 et 54 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans.

Tableau d'échantillonnage des patientes

<u>Patientes</u>	<u>Age (ans)</u>	<u>Lieu d'habitation</u>	<u>Profession</u>	<u>Suivi gynécologique</u>	<u>Professionnel de santé pour le suivi</u>	<u>Age du début de suivi</u>
P1	52	Rural	Ouvrière d'usine	Oui	Gynécologue	12 ans
P2	19	Rural	Etudiante	Oui	Sage-femme	15 ans
P3	31	Urbain	Assistante d'éducation	Oui	Gynécologue	15 ans
P4	23	Urbain	Educatrice spécialisée	Oui	Médecin généraliste	20 ans
P5	54	Rural	Assistante maternelle	Oui	Gynécologue	15 ans
P6	54	Urbain	Secrétaire médicale	Oui	Gynécologue	25 ans
P7	33	Rural	Conseillère en location	Oui	Gynécologue	14 ans
P8	46	Rural	Agent des services hospitaliers	Oui	Gynécologue ou sage-femme	20 ans
P9	40	Rural	Agent des services hospitaliers	Oui	Gynécologue	16 ans
P10	45	Urbain	Gérante d'une entreprise	Oui	Médecin traitant/Gynécologue	18 ans
P11	42	Urbain	Educatrice spécialisée	Oui	Gynécologue	15 ans
P12	35	Rural	Agent des services hospitaliers	Oui	Gynécologue	18 ans
P13	31	Rural	Agent des services hospitaliers	Oui	Gynécologue	15 ans
P14	35	Urbain	Fonctionnaire fonction publique	Oui	Gynécologue	16 ans
P15	23	Urbain	En formation	Oui	Gynécologue	14 ans

## b) Le suivi gynécologique des patientes interrogées

Toutes les patientes déclaraient avoir un suivi gynécologique régulier. La moyenne d'âge du début du suivi gynécologique était de 16 ans. La plupart des patientes interrogées étaient suivies par un gynécologue en ville ou en hôpital.

## B. Caractéristiques des professionnels de santé interrogés

### a) Description de la population

Au total, 12 entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des professionnels de santé. Les professionnels de santé avaient entre 29 et 62 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans.

Tableau d'échantillonnage des professionnels de santé

<b>Médecins</b>	<b>Genre</b>	<b>Age (ans)</b>	<b>Spécialité médicale</b>	<b>Lieu d'exercice</b>
M1	Femme	32	Gynécologie Médicale	Urbain
M2	Femme	36	Sage-femme	Semi-urbain
M3	Femme	34	Gynécologie-Obstétrique	Semi-urbain
M4	Femme	33	Médecine Générale avec DIU de gynécologie-obstétrique	Semi-urbain
M5	Femme	29	Gynécologie Médicale	Urbain
M6	Femme	31	Médecine Générale	Urbain
M7	Homme	50	Médecine Générale avec DIU de gynécologie-obstétrique	Urbain
M8	Femme	32	Sage-femme	Semi-urbain
M9	Homme	62	Médecine Générale	Urbain
M10	Femme	36	Gynécologie-Obstétrique	Semi-urbain
M11	Homme	31	Médecine Générale	Urbain
M12	Femme	35	Médecine Générale	Rural

## II. Analyse des données qualitatives

Pour rappel, les patientes interrogées pour l'étude sont nommées par un « P » suivi d'un chiffre de 1 à 15 suivant l'entretien réalisé. Les professionnels de santé sont appelés « M » suivi d'un chiffre de 1 à 12.

Le carnet de gynécologie a été réalisé à l'aide des résultats obtenus de l'étude. L'ensemble du carnet a été créé sur le site internet « Canva ». Canva est une plateforme de modèle multi-supports permettant de réaliser des conceptions graphiques.

## **Justification du carnet de gynécologie**

## 1) Un suivi gynécologique peu compris par les femmes

### Sujet tabou de la gynécologie

P15 : « Quand on voit maintenant la génération qui suit, plus ça va plus ça devient un sujet tabou. »

### Réticence à la consultation gynécologique

P6 : « Elles ne voient pas forcément leur médecin et elles oublient car ce n'est pas forcément la pratique la plus agréable. »

P9 : « Je connais des personnes qui ont presque 50 ans et qui ont vu deux fois un gynécologue ou un médecin traitant pour voir ce qu'il se passe quoi. Il y en a que ça ne dérange pas et d'autres que ça dérange de se faire consulter. »

### Passivité des femmes dans leur suivi

M8 : « Elles suivent parce qu'elles n'ont pas le choix, elles ont besoin d'une contraception [...]. Elles n'ont pas tellement leur mot à dire finalement, elles font ce qu'on leur dit de faire. Elles font leur suivi parce qu'il faut le faire mais pas du tout pour elles. »

### Manque d'informations données sur l'intérêt du suivi gynécologique

P15 : « C'est vrai qu'en soit on n'a pas spécialement d'information [...]. Je trouve, personnellement, qu'ils ne disent rien, il n'y a pas de suivi ou ils ne conseillent pas de les voir régulièrement. Ils n'expliquent pas non plus les raisons en soit pourquoi on devrait y aller régulièrement. »

### Manque de connaissances des femmes sur la fréquence du suivi gynécologique

P15 : « Après c'est pareil, les rendez-vous gynécologiques normalement il faut en faire tous les combien ou combien de fois par an ? Je ne sais même pas. »

M12 : « Il y a plein de femmes qui ne savent pas que le suivi gynécologique c'est tous les ans. »

Manque de connaissances des femmes sur leur dernier dépistage gynécologique de prévention

P15 : « Je n'en sais rien du tout, je vous avoue. Et je ne sais même pas comment on fait pour savoir donc... »

M1 : « D'autant plus que la plupart du temps, elles ne savent pas répondre. »

Manque de traçabilité du suivi

P14 : « Je ne me souviens plus quand j'ai fait mes frottis sur les 5 ou 10 dernières années quoi. »

M1 : « Après même pour nous gynécologues, quand une personne vient nous voir pour une première consultation, on a rarement de dossier et il y a plein d'informations qui se perdent. »

2) Une communication difficile pour les femmes sur leur santé gynécologique

Difficulté d'aborder la santé gynécologique de manière globale

P7 : « Après c'est sur l'intimité et c'est le genre de choses que les gens ne veulent pas aborder. »

P10 : « En fait, j'ai une fille qui à 18 ans, je l'ai fait vacciner contre le papillomavirus et je vois bien que ce n'est pas dans les mœurs de parler de son suivi gynécologique. »

Difficulté des parents envers leur enfant

P9 : « En fait, c'était ma mère qui ne voulait pas trop répondre à mes questions du coup elle m'a envoyée voir un gynécologue. »

Difficulté suivant la famille

P9 : « Alors il y en a qui arrive à parler, j'ai le cas avec mes deux filles. J'en ai une qui est ouverte, qui parle bien et qui veut avoir des renseignements et l'autre qui est moins à l'aise. »

### Difficulté suivant le genre du professionnel de santé

P5 : « C'est vrai, qu'avant j'avais un homme comme médecin généraliste, je parlais un petit peu moins de mes problèmes gynécologiques avec lui, il est parti en retraite et je suis tombée sur une femme. Peut-être que le sujet s'abordera plus facilement. »

### 3) La recherche d'informations par les femmes sur la gynécologie

#### Peu de recherches d'informations spontanées

P4 : « Si j'avais eu des informations un peu plus claires, enfin j'aurais peut-être pu aller les voir de moi-même. »

#### Diminution de l'information délivrée à la jeune génération

P10 : « Je trouve que l'information est moins existante que l'information qu'on pouvait avoir il y a 20 ans. »

#### Internet

P6 : « Il y a beaucoup d'informations, mais est-ce qu'elles sont fiables ? Je ne suis pas sûre. »

M6 : « Elles vont beaucoup sur internet et elles ont toutes leurs informations sur internet. »

#### Les salles d'attentes

P14 : « Alors j'ai entendu parler de la vaccination contre le papillomavirus et j'ai vu des affiches dans la salle d'attente. »

#### L'entourage

P2 : « Moi je suis plus informée par le biais de ma mère que par un professionnel de santé. »

P14 : « On peut demander aux copines pour savoir si tel ou tel événement est normal ou pas. »

#### 4) Certaines difficultés mises en avant dans le déroulement des consultations gynécologiques

##### Préférence du suivi par un gynécologue

P12 : « J'ai choisi un gynécologue parce que je pense que c'est primordial pour la femme d'avoir l'avis d'un gynécologue plutôt qu'un médecin traitant. »

##### Impact du manque de gynécologues

P5 : « Je préfère un gynécologue mais dans l'urgence, mon nouveau médecin généraliste pourrait répondre à certaines questions mais pas forcément précisément. »

##### Quelques réticences à consulter un médecin généraliste pour le suivi

P6 : « Qu'en cabinet de généraliste, le matériel n'est pas le même. La table d'examen ce n'est pas très agréable. »

##### Manque de temps en consultation pour les professionnels

M9 : « N'oublions pas que dans une consultation de médecine générale, en 15 ou 20 minutes on ne peut pas tout aborder. ».

##### Oubli des informations données en consultation aux patientes

M5 : « Parce que, c'est pareil en consultation on aborde toujours plein de choses, et elles en oublient la moitié forcément. »

##### Recueil des informations chronophages pour les professionnels

M1 : « Quand on reçoit une patiente pour la première fois, ça prend du temps de recueillir les antécédents, les différentes contraceptions prises, le frottis etc... »

M10 : « On perd du temps et des fois on fait des gestions avec un manque d'informations. »

##### Manque de prévention par le médecin généraliste

P7 : « Non après faut poser des questions, faut être ouvert sur le sujet. On ne vient pas forcément vers la personne. Même chez un médecin généraliste, on ne vous en

*parle pas. Le généraliste il ne nous en parle pas du tout [...]. Les médecins ils n'ont pas forcément le temps d'expliquer. »*

#### 5) Le rôle primordial des professionnels de santé dans le suivi gynécologique

##### Premier recours au médecin généraliste pour l'information

*P11 : « Enfin moi après, je pense que je m'adresserai d'abord à mon médecin généraliste pour qu'il m'oriente quoi. »*

*P15 : « Je sais que si j'ai une question, je peux demander à mon médecin traitant qui pourra me répondre parfaitement. »*

##### Évolution dans la délivrance d'informations auprès des médecins généralistes

*P1 : « Mon médecin généraliste à l'époque ne parlait pas de tout ça comme la contraception et tout mais maintenant ils nous parlent de plein de choses. »*

##### Facilité d'accès au suivi par le médecin généraliste

*P6 : « Mon médecin traitant, c'était pratique car elle faisait les frottis et puis elle me suivait depuis des années. »*

##### Confiance dans le médecin pour la date des prochains examens à réaliser

*P6 : « Après quand on est suivi par le même médecin, lui va nous dire quand il faut refaire le frottis. »*

*M8 : « Elles nous font confiance pour les examens, elles viennent et elles savent quand on doit refaire les examens. »*

##### Intérêt d'informer sur le rôle des sages-femmes

*P12 : « J'ai une amie qui m'a expliqué qu'on pouvait prendre rendez-vous avec une sage-femme pour être suivie par la suite. »*

*P14 : « Mais j'ai appris récemment que, effectivement, si on n'a pas de problème gynécologique, on peut aussi consulter une sage-femme. C'est une chose que j'ignorais. »*

## 6) Sensibiliser les femmes sur le suivi gynécologique

### Informer dès le plus jeune âge sur le suivi gynécologique

P13 : « Je trouve qu'à partir d'un certain âge pour les jeunes filles, ça devrait être dedans et savoir à partir de quel âge elles doivent aller voir un gynécologue juste pour une prise de contact ou ce genre de choses. »

M1 : « Pourquoi on leur demande de faire un suivi après tout ça sur plein d'années quoi. »

### Informer les femmes sur l'intérêt d'un suivi régulier

P4 : « C'est pour ça que je me suis reconnue quand vous avez dit « le besoin de sensibiliser les femmes » parce que je me suis dit que moi, je suis un peu dans la panade à ce niveau-là c'est à dire que j'ai dû avoir deux consultations gynécologiques dans ma vie. »

M6 : « Je mettrais ça, c'est important de se faire dépister, d'avoir un examen gynécologique une fois par an de dépistage de manière générale. »

### Informer sur les professionnels pouvant réaliser le suivi

P6 : « Il faut peut-être aussi parler de toutes ces professions-là qui peuvent faire le suivi. »

M10 : « Il faut dire qu'il y a des médecins traitants qui font du suivi gynécologique et que si le médecin traitant n'en fait pas, qu'il y a de plus en plus de sages-femmes qui s'installent partout et qu'elles peuvent le faire. »

### Désir des femmes d'avoir un carnet de suivi gynécologique

P5 : « Quand mon médecin m'en a parlé, j'ai trouvé l'idée super géniale. C'est vrai qu'il existe des carnets de santé pour les vaccins mais pas pour ce qui est du suivi gynécologique. »

P10 : « Je me suis dit qu'on avait un carnet de santé avec nos vaccins et je me suis dit « Pourquoi on n'a pas un carnet pour notre suivi gynécologique ? ». »

## **Contenu du carnet de gynécologie**

## 1) L'anatomie du corps féminin

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque de connaissances des femmes sur leur anatomie

M2 : « On se rend compte qu'elles ne sont pas très au courant de leur anatomie, beaucoup, même les femmes plus âgées [...] on voit que ça reste très flou pour certaines. »

### B. Les informations sur l'anatomie de la femme

#### Informations sur le corps féminin par les enseignants

M4 : « Après elles sont censées l'avoir vu en cours. »

#### Informations sur le corps féminin par les professionnels de santé

M9 : « On peut avoir des schémas sur l'ordinateur qu'on peut faire voir aux femmes. »

#### Apporter des rappels anatomiques

M11 : « Un petit schéma mais de manière générale même au début, l'appareil reproducteur c'est quoi ? C'est quoi un clitoris ? Ça je trouve que c'est très important pour la sexualité des jeunes filles. »

## 2) Les cycles menstruels

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque de connaissances des femmes sur la physiologie du corps féminin

P1 : « La plupart des jeunes filles ne savent pas comment leur corps fonctionne. Je pense que ce serait bien et il y a plein de femmes qui ne se connaissent pas. »

M5 : « J'ai quand même des jeunes filles qui viennent me voir pour me demander comment se passent les règles. »

### B. Les informations sur les cycles menstruels

#### Le fonctionnement des cycles menstruels de la femme

P4 : « Si on avait un petit schéma ou quelque chose pour savoir comment ça marche ce ne serait pas plus mal. »

M5 : « Il faudrait juste dire que les règles voilà J1, l'ovulation et puis la deuxième phase du cycle, oui ça pourrait être intéressant. »

#### Les règles

P9 : « Ce qui serait pas mal, ce serait plus pour les jeunes filles au niveau des règles, leur expliquer. »

M9 : « Il faut leur expliquer ce que sont les règles, que ce n'est pas que du sang. »

#### L'ovulation

P15 : « Ça pourrait être avantageux oui de, par exemple, pour la période d'ovulation ou autre pour les personnes qui essayent de créer la vie. »

M2 : « Il faut quand même préciser que c'est à titre indicatif et que c'est variable selon les femmes. »

#### Intérêt pour comprendre les contraceptions

M7 : « Il faut aussi préciser qu'elles n'ont plus de cycle « normal » mais c'est que c'est un cycle « induit » par le corps médical et que ça ne correspond pas à leur cycle. »

### 3) L'endométriose

#### A. Les difficultés actuelles

##### Nombreuses informations sur l'endométriose

M4 : « Les femmes elles en entendent beaucoup parler [...] Aujourd'hui c'est quand même une maladie dont on entend de plus en plus parler qu'avant. »

M8 : « Moi j'en ai plein qui viennent me voir en me disant « je pense que j'ai de l'endométriose », elles sont déjà tellement toutes là-dessus. »

##### Difficultés de prise en charge de l'endométriose pour les professionnels

M2 : « Parce que ce n'est pas connu depuis très longtemps et les conduites à tenir varient en fonction d'un médecin à l'autre. »

#### B. Les informations sur l'endométriose

##### Prévention des symptômes de l'endométriose

P4 : « Des fois, on peut se dire que les règles ça fait mal et que c'est normal alors qu'en fait ce n'est pas forcément normal de souffrir tous les mois. »

M1 : « On peut dire qu'en cas de règles vraiment très douloureuses de façon chronique et ça ne suffit pas. Il faut quand même dire qu'il y a des diarrhées potentiellement, des signes urinaires cycliques, des signes digestifs, des signes pendant les rapports que ça peut être des signes devant faire consulter un gynécologue ou peut-être un médecin. »

##### Pas de nécessité d'évoquer en détail l'endométriose

M2 : « Après rentrer dans le détail de ce qu'est l'endométriose, je ne pense pas. »

##### Diagnostic doit être discuté avec un professionnel de santé

M8 : « Je pense, pour le coup, que c'est plutôt aux professionnels de l'expliquer à la patiente si c'est diagnostiqué et expliquer ce qu'on fait et dans quelles mesures. »

#### 4) La vaccination contre le papillomavirus

##### A. Sources d'informations des femmes

###### Par les professionnels de santé

P12 : « J'ai eu une discussion avec ma pharmacienne qui m'a dit qu'elle le ferait sans hésitation si elle avait une fille. »

M2 : « Après le reste, il faut en discuter avec le médecin et puis avec la jeune fille, il faut en discuter. »

###### Par les médias

P7 : « Oui avec les campagnes de télé ça me dit quelque chose. »

P10 : « Non, mais moi je les ai eus via la télévision. »

##### B. Le papillomavirus

###### Méconnaissance des femmes

P3 : « Du coup, c'est quoi le papillomavirus ? c'est ce qu'on cherche sur le frottis ? »

M1 : « Moi, quand je dis que le préservatif ne marche pas contre le papillomavirus, elles ne savent pas. »

###### Désir d'informations sur le papillomavirus

P14 : « Je pense qu'il faut vraiment faire de la prévention sur le papillomavirus aussi je pense. »

M4 : « Je pense par contre que ça pourrait être intéressant qu'il y ait un petit mot sur ce qu'est le papillomavirus, pourquoi on le recherche et qu'elles sachent exactement qu'il y a un lien direct entre le papillomavirus et le cancer du col de l'utérus. »

##### C. Les difficultés actuelles

###### Manque de connaissances des femmes sur la vaccination contre le papillomavirus

P2 : « Moi je ne connais pas ce vaccin, je ne l'ai jamais eu. Ma mère n'a pas voulu me faire vacciner, elle n'était pas pour. »

P15 : « J'en ai entendu parler mais je ne sais plus du tout ce que c'est quoi... Je ne sais même pas quand on peut le faire et jusqu'à quel âge. »

#### Méfiance de la vaccination

P12 : « Alors moi, je suis un peu sceptique honnêtement par rapport à ce vaccin. Il est tout récent quand même, il n'est pas là depuis X années. »

### D. La réalisation de la vaccination contre le papillomavirus

#### Intérêt de la vaccination

P13 : « Après oui, il faudrait quand même des rappels et l'utilité [...] Mais ça peut aider des gens à se dire qu'il y a des informations dessus et à décider des gens à le faire ou pas. »

M3 : « Peut-être rajouter que le vaccin protège du papillomavirus et un petit chiffre, je ne sais plus exactement mais qu'il protège de 80% du risque de cancer. »

#### L'âge de la vaccination

M1 : « Qu'il faut le faire entre 11 et 14 ans et jusqu'à 19 ans s'il n'y a pas eu de rapports. »

#### Le déroulement de la vaccination

M2 : « Il faut préciser que la vaccination n'est pas obligatoire, que ça se fait en deux ou trois injections et puis voilà. »

#### Importance du dépistage du cancer du col de l'utérus malgré la vaccination

M2 : « Ça n'empêchera pas de commencer le dépistage à partir de 25 ans [...] C'est pour ça qu'il faut bien préciser qu'il faut faire le dépistage pour le cancer du col de l'utérus. »

M5 : « Ça n'empêche pas de faire sa surveillance par frottis évidemment. »

### Vaccination disponible pour les jeunes garçons

M4 : « Il faut dire qu'on vaccine les garçons maintenant et qu'il n'y a pas que les jeunes filles [...] Parfois les jeunes filles entre 11 et 14 ans elles ont des grands-frères donc il faut informer. »

### Inscrire la réalisation de la vaccination HPV

P3 : « Mais je pense qu'il est important de noter si on a été vaccinée ou pas. »

M4 : « Il faut noter la vaccination dessus car il y a des femmes parfois elles n'ont plus leur carnet de santé, donc il faut que ce soit marqué dessus oui. »

### Rassurer les femmes sur les effets secondaires

M10 : « Que c'est une vaccination qui a été testée à grande échelle maintenant dans certains pays et qu'il n'y a pas de soucis particuliers. »

M11 : « Il faut expliquer les idées préconçues, les effets secondaires des vaccins et être factuel sur les effets secondaires. »

## 5) Les infections sexuellement transmissibles (IST)

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque d'informations sur les IST

P11 : « On n'est pas assez informées en dehors du VIH c'est tout, et les hépatites mais sinon... »

M10 : « Je pense que les gens sont vraiment sur le problème de la maladie du VIH mais je ne pense pas qu'elles soient assez sensibilisées sur le reste. »

#### Manque de connaissances dans la jeune génération

P14 : « Moi j'entends beaucoup de proches ou de moins proches m'indiquer qu'ils ont des rapports non protégés avec des personnes qu'ils ne connaissent pas. »

### B. Les informations sur les infections sexuellement transmissibles

#### Les différentes IST

P6 : « Il faudrait savoir tout ce qu'il y a de transmissible y compris le sida, toutes les maladies transmissibles à l'acte sexuel. »

M4 : « Il faut donner des explications sur les grandes infections sexuellement transmissibles qu'on trouve que ce soit l'infection à HPV, le Gonocoque ou le Chlamydiae. Et puis bien sûr, le VIH et les hépatites, je pense qu'il faut mettre un petit rappel dessus. »

#### Le mode de transmission

P15 : « Il faut vraiment expliquer comment on peut les attraper. »

M9 : « Il faut leur dire que tout acte sexuel non protégé peut-être contaminant [...] Dans les infections sexuellement transmissibles, elles ne sont pas que vaginales, en fonction des pratiques sexuelles [...] Il faut expliquer qu'une relation buccale est une relation contaminante. »

### Les conséquences

P12 : « De parler des risques de ces maladies et s'il n'y a pas de contraception, savoir les risques encourus par eux derrière quoi. »

M10 : « Qui peuvent entraîner des infections et des risques de stérilité [...] Je pense que les femmes doivent comprendre que si on est jeune et qu'on a un Chlamydiae, derrière on peut se retrouver avec une infertilité. »

### La protection

P12 : « Il faut rappeler qu'il faut bien se protéger contre ce genre de maladies. »

M6 : « Il faut vraiment faire de la prévention avec le préservatif comme quoi c'est le seul moyen qui protège. »

### Formes asymptomatiques

M2 : « Comme il y a une recrudescence du Chlamydiae, je pense que c'est important de bien leur préciser que c'est asymptomatique. »

### Les autres contraceptions ne protègent pas des IST

M8 : « Il faut dire que la contraception, si ce n'est pas par préservatif, les contraceptions ne protègent pas des IST. »

## C. [Le dépistage des infections sexuellement transmissibles](#)

### Importance du dépistage

M5 : « Qu'elles peuvent demander à leur gynécologue ou leur médecin traitant à chaque consultation, un bilan des IST. Il faut préciser que c'est des choses qui sont très fréquentes, c'est clair. »

M8 : « Il faut dire que le dépistage est bon, qu'il faut le faire régulièrement et qu'il faut le répéter s'il y a besoin. »

### Les situations devant amener au dépistage

M5 : « Que le dépistage reste d'actualité à chaque fois qu'elles changent de partenaire ou à chaque fois qu'elles ont un doute. »

M9 : « Il faut en parler, il faut leur dire d'être précautionneuse et qu'à chaque changement de partenaire il faut prendre ses précautions et se faire dépister. »

#### Les lieux de dépistage

M3 : « Il faut dire qu'il y a des plannings, il faudrait peut-être donner des points d'accès, des filières par lesquelles elles peuvent faire, sans ordonnance, les bilans. »

#### Sensibiliser les partenaires

M10 : « Elles ont le droit même très jeune d'imposer à leur conjoint que si elles ont le moindre doute qu'il ne faut pas hésiter à faire dépister son conjoint. »

#### Inscrire les dépistages des IST réalisés

M9 : « Il faudrait mettre tous les dépistages d'IST c'est intéressant de pouvoir marquer dedans s'il y a eu des dépistages, à quelles dates ils ont été faits. »

## 6) La contraception

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque de connaissances des femmes sur les différentes contraceptions

P3 : « Oui, parce que je sais qu'il y a plusieurs contraceptions comme la pilule, le stérilet ou l'implant mais je n'ai aucune notion. »

M5 : « Parce qu'en fait on se rend compte qu'elles ne savent pas, à part la pilule et le stérilet, elles n'ont pas vraiment notion des autres moyens comme le patch ou l'anneau. »

#### Défaut d'explications par les professionnels de santé

P15 : « Mais je trouve qu'on n'a pas d'explications. »

#### Contraception dépendante du professionnel de santé

P4 : « Je pense que des fois on est un peu dépendante de ce que le médecin qu'on rencontre nous propose [...] Il suffit qu'on rencontre un professionnel qui ne soit pas pour mettre un stérilet à quelqu'un qui est assez jeune pour qu'on n'aille pas vers ce choix-là alors qu'on aurait envie de le faire. »

P6 : « On se cantonne à celle que l'on a de prescrite et on ne cherche pas ailleurs. »

#### Difficulté pour les jeunes filles d'évoquer leur choix de contraception

P4 : « Des fois, quand on est jeune, je pense que c'est difficile d'imposer notre choix même si c'est notre corps, c'est difficile face à un médecin. »

### B. Les différentes méthodes de contraception

#### Informé sur les différents moyens de contraception

P6 : « Oui, toutes les méthodes c'est indispensable. On n'est pas forcément au courant de tout ce qui se fait. »

M2 : « Il faudrait peut-être mettre un petit rappel sur les différentes contraceptions qui existent [...] Le fait de l'avoir écrit, ça leur permet d'avoir l'information et de faire des

recherches, se renseigner car quand elles nous posent des questions, au moins elles savent où aller. »

#### Évoquer les méthodes de contraception définitive

P11 : « Alors à quel âge je peux faire une ligature des trompes. »

M4 : « Pourquoi pas, un petit mot sur la stérilisation définitive pour les femmes qui se posent la question [...] Je trouve qu'il y a beaucoup de femmes qui se posent la question à partir d'un certain âge. »

#### Informier sur l'efficacité des contraceptions

P11 : « Leur pourcentage de réussite quoi. »

M7 : « Est-ce qu'on pourrait peut-être, à un moment ou à un autre, leur montrer les indices de Pearl en mettant l'efficacité. »

#### Apporter des illustrations pour les contraceptions

M3 : « A la limite avoir un endroit pour chaque moyen de contraception avec le stérilet où il est placé, l'anneau où il est placé, je pense qu'il y a des schémas je pense. »

#### Sensibiliser sur les risques cardiovasculaires et la contraception oestroprogestative

P6 : « Tous les problèmes hormonaux qui sont liés avec le tabac, et faire de la vraie prévention. Il faut savoir les effets avec le tabac et la pilule [...] Il faudrait peut-être bien expliquer dans le carnet, les maladies qui peuvent être encourues avec le cholestérol, le tabac et la contraception. »

#### Informier pour un choix libre

P4 : « Je pense que ça pourrait nous aider car quand on a les informations on peut choisir plus librement les choses. »

M11 : « Il faut vraiment de l'information et dire « il y a ça et après c'est à vous de choisir ». »

### Suivi régulier avec une contraception

P7 : « C'est important mais quand on a la pilule, vous avez votre ordonnance donc vous êtes obligée d'y aller, vous n'avez pas le choix puisqu'au bout d'un moment vous ne l'avez plus. »

M5 : « Il faudrait aussi dire que c'est des choses qui sont à renouveler tous les ans par un médecin car il faut réévaluer les choses avec la patiente tout le temps. »

### Informé les jeunes filles

P13 : « Je pense surtout aux jeunes filles maintenant parce qu'avec le temps, on se renseigne par nous-même mais justement je trouve que pour les jeunes, ce serait bien d'avoir tout dedans pour qu'elles n'aient pas à chercher forcément. »

## C. Avantages et inconvénients des contraceptions

### Intérêt d'évoquer les avantages et les inconvénients des contraceptions

P3 : « Oui, qu'on puisse choisir en voyant les critères, les avantages et les inconvénients. »

M2 : « Après faut que ce soit résumé mais avec les points positifs et les points négatifs parce qu'on sait qu'une contraception est mieux acceptée si on connaît les effets indésirables. »

### Des précisions à discuter avec un professionnel de santé

P14 : « Ça mérite plutôt de l'évoquer avec son gynécologue ou sage-femme. Enfin c'est mon avis. »

M5 : « Alors, je pense que ça reste de la précision du professionnel de santé parce qu'on adapte vachement notre discours en fonction de la patiente qu'on a en face de nous en fonction de ses symptômes, de ses règles etc... [...] Le reste il faut que ce soit leur démarche de venir nous voir pour avoir plus d'informations. »

### Impact différent des avantages et des inconvénients suivant les femmes

P10 : « Parce que si vous mettez que cette pilule-là, le risque c'est une prise de poids [...] à 20 ans, on va se dire qu'on ne veut pas prendre de poids et à 30 ans, on va se dire que si je prends deux kilos ce n'est pas grave à côté du fait de devenir stérile. »

M12 : « Si on note la prise de poids ou quelque chose comme ça, des trucs qui sont moins fréquents, là ça risque de freiner un peu les patientes je pense. »

#### D. La contraception d'urgence

##### Expliquer la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception

M4 : « Il pourrait y avoir une petite page sur « que faire en cas d'oubli ? ». »

M7 : « Également, il faudrait faire un rappel en tant que maladies parce que les patientes de temps en temps, elles ont vomi, eu des diarrhées ou elles ont eu de la fièvre et puis elles ont soit oublié leur pilule et elles se disent « J'ai vomi une demi-heure après avoir pris ma pilule, est-ce que j'en reprends une ou est-ce que je n'en reprends pas ». Je pense que ce sont des choses qui peuvent être utiles. »

##### Informé sur la contraception d'urgence

M2 : « Il faudrait des conseils en cas d'oubli et les contraceptions d'urgence. Il faut parler des préservatifs et quand la pilule redevient efficace [...] Dans la contraception d'urgence, il faudrait préciser que ce n'est pas la « pilule du lendemain », que c'est une contraception d'urgence et qu'on peut la prendre jusqu'à 5 jours comme pour Ellaone. »

##### Sensibiliser à la contraception d'urgence

P6 : « Comme la pilule du lendemain c'est bien mais ce n'est pas quelque chose qu'il faut utiliser tout le temps. C'est occasionnel, comme ça, mais maintenant c'est utilisé comme un moyen de contraception unique des fois. »

##### Informé sur les contraceptions sans risque d'oubli ou d'erreur

M1 : « Par exemple, faire une classe pour les implants et les stérilets, comme quoi il n'y a pas de prise tous les jours et donc pas d'oubli. »

## E. Traçabilité des contraceptions

### Méconnaissance des contraceptions prises

P9 : « Parce que à chaque fois quand je vais chez le médecin, je ne me souviens jamais du nom de ma pilule. »

M3 : « Les grandes informations qui nous manquent le plus souvent, ce serait les antécédents de pilules. »

M8 : « Moi je suis toujours étonnée des femmes qui viennent faire changer leur stérilet et qu'elles ne savent pas ce qu'elles ont »

### Les dates des différentes contraceptions

P8 : « Moi, j'ai un stérilet et savoir quand est-ce qu'on doit le retirer. Parce que ça, vous pouvez me donner une date mais 5 ans après je ne vais pas forcément m'en souvenir. »

M10 : « Puis sur l'implant et le stérilet d'avoir une date de pose et une date de retrait. »

### Les effets indésirables des contraceptions prises

P8 : « On peut se dire « Ah bah oui celle-là j'ai eu une intolérance, ça s'est mal passé et on ne va pas recommencer » enfin voilà quoi [...] Moi, j'ai eu une intolérance à une pilule mais je ne me souviens pas du nom. »

M10 : « Quand on leur demande « et là cette pilule pourquoi vous l'avez arrêté ? » enfin pourquoi à un moment on a dû changer parce que ce n'est pas la même chose de se dire « parce que j'avais trop de poils » que « vraiment je ne la supportais pas » dans le sens où si c'est un effet secondaire mineur. »

## 7) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

### A. Les difficultés actuelles

#### Méconnaissance de l'intérêt du frottis cervico-utérin

P4 : « Le frottis ça me dit quelque chose mais savoir à quel âge on doit le faire et pourquoi on doit le faire, je ne sais pas trop en réalité. »

M5 : « Parce que des fois elles ne savent pas. Clairement, à chaque fois que je leur demande pourquoi je leur fais un frottis, elles me répondent « non ». »

#### Manque de connaissances sur l'intervalle de dépistage

P5 : « Après quand on commence, je ne sais pas, je pense que c'est quand on commence à consulter un gynécologue peut-être. Quand on arrête, je ne sais pas non plus. »

M3 : « En plus, en ce moment, ça change les recommandations de dépistage donc elles sont perdues. »

#### Confusion entre le prélèvement vaginal et le frottis cervico-utérin

M10 : « Du coup, ça pose préjudice car des fois elles font des prélèvements vaginaux et elles disent « Non non c'est bon j'ai fait mon frottis » et elles confondent. »

### B. Le déroulement du dépistage

#### Expliquer l'intérêt du frottis cervico-utérin

P15 : « Il faudrait rappeler à quoi sert le frottis en règle générale avec tous les détails, à quoi ça sert, en quoi ça peut aider. »

M1 : « Après, il faut surtout dire que ça détecte le papillomavirus [...] Il faut insister sur le fait que ça donne le cancer du col de l'utérus d'où le dépistage. »

#### Informé sur l'âge du début du dépistage

P4 : « Oui pour savoir à quel âge il faut le faire parce que moi je ne sais même pas si à 23 ans faut que je le fasse ou si c'est plus tard. »

M4 : « Alors je pense qu'il faut qu'elles connaissent les grandes lignes c'est-à-dire qu'on commence à l'âge de 25 ans. »

#### Informier sur la fréquence de réalisation du frottis cervico-utérin

P9 : « Dire quand on doit le faire. »

M1 : « Après, on peut mettre les nouvelles recommandations, que le deuxième il est à un an et que le troisième il est à 3 ans jusqu'à 30 ans. Il faut rappeler qu'après c'est tous les 5 ans. »

#### Intérêt d'expliquer la méthode de réalisation d'un frottis cervico-utérin

P9 : « Peut-être qu'il faudrait détailler comment ça se passe un examen de frottis pour dédramatiser. »

M2 : « Comment on le fait [...] Oui, même si on le réexpliquera, je pense que c'est déjà bien de savoir comment ça se passe déjà. Il faut démystifier le truc quoi. »

M6 : « Il faut dire que c'est un examen qui ne fait pas mal, qui est facile voilà [...]. »

#### Inscrire les professionnels de santé réalisant le dépistage

M6 : « Qui est fait au cours d'un examen gynécologique, soit par un médecin généraliste, le gynécologue ou une sage-femme. »

### C. [Suivi des femmes après un frottis cervico-utérin anormal](#)

#### Inquiétude des femmes lors d'un frottis anormal

M1 : « Parce que souvent elles sont effrayées. »

#### Apporter des informations sur la prise en charge ultérieure

M1 : « Notamment ce qui va être fait après s'il y a un frottis anormal [...] Ça pourrait expliquer que lorsqu'on a un frottis anormal, maintenant en fonction de l'âge, on recherche le type de papillomavirus et qu'on fait une colposcopie. »

M5 : « Après, du coup, il faut préciser que la surveillance change s'il y a eu des anomalies au frottis. »

### Rassurer les patientes

M12 : « Leur dire que le papillomavirus, si on en trouve ce n'est pas dramatique et qu'on n'est pas au stade de cancer. »

### Inquiétude des femmes lors d'une colposcopie

M5 : « Elles arrivent très stressées en consultation de colposcopie parce qu'elles ne savent pas du tout ce que c'est [...] Juste expliquer que la colposcopie c'est regarder le col à la loupe et voilà. »

## D. Traçabilité du frottis cervico-utérin

### Manque de connaissances des femmes sur le dernier frottis réalisé

M4 : « On a quand même pas mal de femmes en consultation, quand on leur demande la date de leur ancien frottis, elles disent que ça fait un an alors que ça fait trois ans. »

### Manque de traçabilité pour les patientes

P14 : « Elle (la gynécologue) nous appelle s'il y a un problème mais effectivement, on ne sait pas forcément de quoi il en retourne. »

M4 : « Mais elles n'ont pas le double de leur frottis donc elles n'ont aucun moyen de savoir de quand il date sauf si elles se rappellent de la date de la consultation. »

### Réalisation de frottis en excès par manque de traçabilité

M11 : « Pour éviter de refaire le frottis [...] Je ne me rends pas compte du taux de prescription de frottis inutiles, probablement il y en a. »

### La date du prochain frottis à réaliser

P6 : « La date du prochain frottis oui, obligatoire parce que ça passe vite. »

M6 : « Un peu comme le carnet de vaccination au final. Au moins, elles verront quand est-ce qu'il faut le faire quoi. »

### Les résultats des différents dépistages

P14 : « Il faudrait peut-être mettre une petite synthèse de nos frottis à chaque fois pour qu'on garde une trace. »

M3 : « *Il faudrait mettre les résultats du frottis, ce serait l'idéal.* »

## 8) La grossesse

### A. Sources d'informations des femmes

#### Par le professionnel de santé

P4 : « On pourrait déjà en parler avec notre médecin. Quand on a un désir de grossesse, on doit s'adresser à un professionnel de santé pour avoir ces informations-là. »

M2 : « Après pour la grossesse en elle-même, si elles viennent faire leur entretien prénatal, leur entretien précoce et leur consultation, normalement on donne toutes les informations. »

#### Par l'Assurance Maladie

P8 : « Avant on avait un livret donné par la Sécurité Sociale donc je ne sais pas si ce serait utile dans votre carnet. »

M2 : « Après normalement pour le déroulement de la grossesse, elles reçoivent toutes les informations par l'Assurance Maladie avec un calendrier pour les consultations. »

#### Par Internet

P3 : « J'ai cherché beaucoup de choses quand j'étais enceinte. »

M8 : « Je trouve qu'il y a déjà beaucoup d'informations qui sont déjà très accessibles par internet et qu'elles ont déjà. »

### B. Le déroulement d'une grossesse

#### Assiduité des femmes

M3 : « En plus, la grossesse c'est le moment où elles consultent quoi donc elles peuvent en parler [...] On dit d'ailleurs qu'il faut en profiter pour faire le frottis tout ça, parce qu'on sait que là, on n'aura pas de perdue de vue quoi. »

#### Informations sur les démarches lors d'un début de grossesse

P6 : « Il ne faut pas attendre car on sait qu'une déclaration de grossesse c'est dans le premier trimestre. Il y a des dates à respecter au niveau administratif. »

P14 : « Les premiers rendez-vous à prendre quand on apprend qu'on est enceinte. »

#### Manque d'intérêt d'expliquer le déroulement d'une grossesse

P9 : « La grossesse en elle-même non. »

M7 : « Alors, peut-être en effet, pas détailler tout en mode « quand est-ce que vous devez faire tel examen » »

### C. La prévention lors d'une grossesse

#### Des informations essentielles

P5 : « Il faudrait les bases de la grossesse mais sans forcément rentrer dans les détails. »

P15 : « Par exemple, après je ne sais pas si ça correspond mais ça pourrait être intéressant de savoir ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire quand on est enceinte. »

#### Les signes de grossesse

M9 : « Je pense qu'il faut peut-être des informations sur les signes évocateurs d'une grossesse, ça me paraît judicieux, peut-être de le marquer. »

#### L'alimentation

P3 : « J'étais souvent sur internet à chercher si je pouvais manger du jambon par exemple. On est un peu perdue, comme quand on doit faire la toxoplasmose tous les mois même les fromages je ne savais pas ce que je pouvais manger alors je n'en mangeais pas. Ce serait mieux de les lire dans le carnet que sur des pages internet. »

M5 : « Les règles alimentaires c'est intéressant parce que nous on leur donne souvent une liste déjà toute faite mais du coup, si elle est déjà toute faite dans le carnet, ça pourrait être intéressant oui. »

#### L'acide folique

M5 : « Il faudrait peut-être mettre un petit paragraphe sur l'acide folique en pré-conceptionnel parce que ça pour le coup, on ne les voit pas forcément en pré-conceptionnel. »

M11 : « *Je pense à l'acide folique, on l'oublie complètement en passant [...] Je pense que je ne suis pas le seul et puis souvent on arrive après donc la prévention de l'acide folique voilà.* »

#### Les addictions

P14 : « *Il faudrait vraiment les premiers réflexes à avoir même indiquer « attention alcool et cigarette à ralentir voire arrêter ».* »

M6 : « *Enfin il faut dire qu'il faut en parler avec le médecin pour discuter des facteurs de risques avec le tabac et l'alcool.* »

#### Les vaccinations

M5 : « *On pourrait mettre aussi le vaccin contre la grippe qui est autorisé pendant la grossesse, parce que nous on y pense mais elles ne veulent pas trop le faire.* »

## 9) L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque de connaissances sur les démarches lors d'une IVG

P15 : « C'est vrai, que par exemple, moi je suis tombée enceinte sous pilule et sous préservatif et je sais que j'étais jeune j'allais avoir 17 ans. A ce moment-là, j'étais toute seule et je n'en savais rien. »

### B. Les informations sur l'IVG

#### Souhait d'informations

P11 : « Par exemple, si on ne veut pas donner suite à la grossesse, savoir ce qu'on doit faire. »

M5 : « L'IVG c'est carrément une bonne idée parce que ça fait aussi partie de la vie des femmes et c'est encore tabou, donc c'est important. »

#### Les délais

P11 : « Faut savoir les délais tout ça. »

M4 : « Surtout ce qui est important c'est de mettre le délai légal en France pour ne pas qu'il y ait de surprise. »

#### Le déroulement

M6 : « Je le mettrais c'est clair mais en mettant bien que c'est encadré sur le plan médico-légal. Il faut dire qu'il y a des règles à respecter, qu'il y a des délais à respecter, que c'est quelque chose qui nécessite un consentement etc. »

#### Les traitements

M5 : « Par contre au niveau technique tout ça, je pense qu'on peut mettre juste qu'il y a deux techniques, que ça dépend du terme, que les deux techniques sont très efficaces et qu'il faut voir ça avec le médecin. »

### Orienter les femmes

P11 : « Mais quand c'est la boulette et l'accident, avoir ça dans le carnet, ça peut être la première démarche à faire, qui contacter ou un numéro utile. »

M3 : « Les points d'accès et indiquer l'hôpital le plus proche avec le planning familial pour donner deux grandes adresses. »

### Un droit de la femme

M11 : « Il faut dire que c'est légal et que c'est leur droit, il faut l'affirmer. Il faut leur dire « C'est un droit, c'est légal, vous y avez le droit » point. »

## 10) La ménopause

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque d'informations délivrées par les professionnels de santé

P10 : « Finalement on nous le dit à aucun moment quoi. »

#### Sujet tabou de la ménopause

M2 : « Il y a beaucoup de femmes qui ont des symptômes de fuites urinaires et qui n'en parlent pas car cela reste très tabou. »

#### Manque de connaissances des femmes sur la ménopause

P14 : « Voilà, ce que j'en sais, pas grand-chose à part qu'on a des sautes d'humeur et des bouffées de chaleur. »

### B. Le déroulement de la ménopause

#### Les grandes étapes

P2 : « Ça peut être bien d'informer sur tous ces sujets-là, car on n'est pas assez renseignées là-dessus. »

P4 : « Les grandes étapes clés, ce qu'il se passe et ce qu'est la ménopause, enfin savoir ce qu'il se passe dans notre corps. Savoir les conséquences ou juste les grandes lignes sur ce qu'il va se passer mais sans dramatiser. »

#### La définition

M7 : « On peut avoir un rappel physiologique de ce qu'est la ménopause. »

M10 : « Il faudrait donner deux ou trois informations sur le fait que la définition de la ménopause c'est qu'il n'y a plus de règles pendant un an. »

#### Pas de nécessité d'un dosage biologique

M7 : « Parce que souvent les femmes viennent nous voir en nous disant « Docteur, j'ai plus mes règles, j'ai des bouffées de chaleur, je suis ménopausée, est-ce que je peux faire une prise de sang ? ». »

M10 : « *Qu'il n'y a pas forcément besoin de dosage. »*

### L'âge

P9 : « *Il faudrait savoir à quel âge ça peut arriver enfin la tranche d'âge. »*

M12 : « *Il faut donner un âge aussi approximatif en disant que c'est normal. »*

### Les conséquences

M5 : « *Moi, vraiment ce que je mettrais en avant, c'est la qualité de vie cardiovasculaire à la ménopause avec le risque d'ostéoporose. »*

### Nécessité de consulter un professionnel de santé

P9 : « *Mais il faut dire qu'il faut toujours consulter son médecin traitant ou son gynécologue, enfin plutôt le gynécologue quand même. »*

M5 : « *Pareil, écrire que la ménopause c'est physiologique mais qu'elles doivent consulter un gynécologue [...] C'est un moment charnière de la vie d'une femme, il faut qu'elles consultent. »*

## C. Les symptômes de la ménopause

### Connaissances grâce à l'entourage

P10 : « *A part finalement, l'expérience de ma mère ou des souvenirs que j'en ai où elle se plaignait de bouffées de chaleur et elle me disait que c'était la ménopause. »*

### Décrire les symptômes

P8 : « *Si on pouvait savoir quand on a la ménopause et savoir ce que l'on peut ressentir, ou les prémices de la ménopause. Il faudrait avoir les symptômes de la ménopause et qui sont différents chez tout le monde je pense. »*

M6 : « *Après du coup, il faudrait peut-être énumérer des symptômes comme des bouffées de chaleur, trouble de l'humeur, prise de poids, allongement des durées du cycle, qu'il faut en parler. »*

### Impact des symptômes de la ménopause

P14 : « Peut-être qu'on peut être inquiète de dire au revoir à une partie de sa vie de femme finalement donc peut-être que psychologiquement ça peut être déstabilisant. »

M9 : « Qu'il y a des modifications hormonales qui vont avoir un impact sur leur propre vie surtout de l'ordre psychologique aussi. »

### Orienter vers un professionnel de santé suivant les symptômes

P6 : « Quand il y a une fin de règles et d'un coup un retour de règles ce qu'il faut faire et s'il faut consulter [...] Ce genre de conseils ou s'il y a des métrorragies trop importantes il faut peut-être s'inquiéter. »

M2 : « Après les symptômes qui doivent faire consulter ce serait bien de les mettre comme les fuites urinaires. »

M10 : « Et qu'elles doivent consulter leur médecin si elles le vivent mal. »

## D. Les traitements des symptômes de la ménopause

### Informar sur l'existence de traitements pouvant soulager les symptômes climatériques

M8 : « S'il peut y avoir une ligne pour dire qu'il y a des symptômes pendant la ménopause et que ça peut être amélioré par des traitements naturels ou des traitements hormonaux substitutifs. »

### Évoquer l'existence des traitements hormonaux substitutifs

M12 : « Je pense qu'on peut les évoquer, encore une fois, je ne pense pas que ce soit utile d'en faire un pavé [...] Je pense qu'on peut quand même mettre un mot dessus en disant « si vraiment au niveau bénéfice/risques, votre vie est vraiment gâchée par les effets indésirables de la ménopause, ça peut exister ». »

### Manque de consensus

M8 : « J'ai l'impression que c'est assez controversé les traitements hormonaux substitutifs [...] L'avis des professionnels est déjà très différent d'un professionnel à l'autre de manière générale. »

Réticence des professionnels sur les traitements hormonaux substitutifs

M1 : « Aujourd'hui il est mal vu [...] Je suis plutôt pour quand il est indiqué, je ne vais pas le mettre d'office. »

Réticence des femmes sur les traitements hormonaux substitutifs

M7 : « Elles préfèrent avoir les inconvénients de la ménopause que les inconvénients éventuels d'un tel traitement substitutif, toujours. »

M8 : « Il y en a très peu qui sont pour finalement. Je pense que je n'en ai jamais vraiment eu qui m'ont dit « Je veux un traitement hormonal substitutif » [...] C'est vrai que le traitement personne le réclame. »

Délivrance détaillée des traitements hormonaux substitutifs par un professionnel

M4 : « Et là encore, je pense que c'est une discussion qui doit vraiment avoir lieu avec le professionnel. »

Notification de la prise d'un traitement hormonal substitutif

M1 : « Éventuellement, si elles ont eu les traitements pour la ménopause pour les femmes ménopausées. »

## 11) Le dépistage du cancer du sein

### A. Les difficultés actuelles

#### Manque de connaissances des femmes sur le dépistage

P6 : « On ne sait pas, on sait que c'est du dépistage et qu'il faut le faire. »

P13 : « Non non, il me palpe à chaque fois les seins, parce que du coup il est spécialiste mais sinon je n'en sais pas plus non plus. »

#### Manque de connaissance sur l'auto-palpation

P13 : « J'ai essayé de regarder avec des informations toute seule mais moi, je n'y arrive pas non plus [...] Après les dessins comme pour se palper, moi j'ai beau essayer, je n'y comprends rien. »

### B. Le déroulement du dépistage

#### Importance du dépistage

M9 : « Des choses dans ce genre-là donc ça fait partie, en effet, de leur rappeler que les mammographies doivent être faites. »

#### Expliquer le déroulement

M1 : « Il faut noter le déroulement. »

M9 : « Il faut leur expliquer pourquoi on les fait de telle date à telle date. »

#### L'âge

M4 : « Mais il faut qu'il soit expliqué le dépistage organisé en France, c'est à dire de tel âge à tel âge. »

M12 : « Il faut leur dire que le dépistage collectif c'est à partir de 50 ans. »

#### La fréquence

M4 : « Le rythme tous les deux ans. »

M10 : « Il faut leur donner la fréquence. »

### C. La mammographie

#### Source d'inquiétude pour les femmes

P14 : « La manière dont ça se passe globalement, parce que je pense que ça inquiète les femmes [...] Moi, j'ai une toute petite poitrine donc je suis un peu inquiète de la manière dont ça va se passer quand ça se passera. »

#### Intérêt de la mammographie

P6 : « Il faudrait expliquer à quoi sert cet examen. Il faut expliquer le pourquoi de la mammographie et qu'est-ce qu'on y découvre. »

M7 : « Mais je pense qu'un temps d'explication succinct pourrait être utile pour que les femmes appréhendent moins cet examen qui n'est pas forcément très agréable. »

#### Réalisation en fonction des antécédents familiaux

P5 : « Oui parce que j'ai ma mère et deux tantes du côté de mon père qui ont eu un cancer du sein. J'ai commencé à passer mes premières mammographies j'avais 26 ans. »

#### Inscrire les mammographies réalisées

P5 : « Même pour les mammographies, il faudrait le noter. »

M6 : « Il faudrait la date de la dernière mammographie et si elle était normale ou pas. »

### D. La palpation mammaire

#### La palpation mammaire par un professionnel de santé

M10 : « Et qu'elles doivent être examinées par quelqu'un une fois par an [...] Enfin tous les professionnels de la femme pour que quelqu'un leur examine les seins une fois par an. »

#### La réalisation de l'auto-palpation

P8 : « Il faudrait faire le truc de l'auto-palpation, ça pourrait être sympa si c'était indiqué. »

M10 : « Mais aussi rappeler aux patientes qu'elles doivent faire une auto-palpation des seins [...] Qu'il y a quand même des cancers d'intervalles, il faut dire qu'il y a un examen régulier avec l'auto-palpation. »

Décrire les signes d'alerte d'un cancer du sein

P4 : « Voir un petit peu les signes avant-coureurs si on sent quelque chose. Ce serait bien de savoir ce qui doit nous alerter ou de ce qui est normal ou pas normal à ce niveau-là, ça pourrait être pertinent aussi. »

M5 : « Voilà, il faut dire qu'on peut être amené à faire une mammographie plus tôt si elles ont des symptômes. Il faudrait rajouter les symptômes tel que les écoulements des seins, douleur aux seins, rétraction cutanée, rougeur et surtout qu'il faut consulter quoi, comme d'habitude. »

**Format et perspectives d'amélioration avec le  
carnet de gynécologie**

## 1) Type de format du carnet de suivi

### Préférence pour un format papier

P14 : « Je pense que moi je préférerais le papier parce que je pense que ce serait plus simple »

M3 : « Je pense que pour l'instant ce serait du papier. »

### Choix d'un format papier ou numérique dépendant de l'âge

P10 : « J'imagine que chaque génération à son avis. »

M10 : « Je pense qu'il faut le format papier pour certaines personnes et une application pour d'autres. »

### Proposition d'un carnet de suivi en annexe du carnet de santé de l'enfant

P4 : « Je ne sais pas si, par exemple, quand on donne un carnet de santé à la naissance aux filles même si elle va s'en servir quand elle aura 12 ans, ça pourrait être une annexe du carnet de santé qu'on met dans la pochette. »

M4 : « Ça pourrait être quelque chose qui reste jusqu'à la majorité de la jeune fille dans le carnet de santé et puis après elle le garde comme ça. »

## A. Format papier

### Accessible à toutes

P15 : « Le papier, tout le monde peut se fournir ça quoi. C'est plus dans les moyens de tout le monde quoi. »

### Adapté pour le suivi gynécologique à long terme

M4 : « Je pense que le format papier serait plus pratique pour le suivi. »

### Adapté pour la lecture d'informations

M4 : « En plus, si elles veulent lire les informations qu'il y a dedans, il y a plus de chances qu'elles le lisent sur du format papier que sur le format numérique. »

### Adapté pour une meilleure traçabilité interprofessionnelle

M1 : « Parce que si elles changent de gynécologue ou de ville, si le gynécologue part à la retraite ou autre, ça sera plus simple le papier comme un carnet de santé. »

### Risque d'oubli

P9 : « Le carnet on peut l'oublier vite. »

### Risque de perte

P7 : « Le carnet de santé, vous voyez, y a des gens qui ne l'ont plus. »

## B. Format numérique

### Accès par un lien internet

P3 : « D'avoir toutes mes données si on a des codes d'accès avec des onglets comme un site quoi. »

M10 : « Où il y a un code d'accès professionnel et on se connecte et là on a accès aux trucs des patientes, ce serait bien. »

### Accès par une application

P9 : « Ça pourrait quasiment être comme une application qu'on installe sur son téléphone. »

M7 : « Il est probable que dans les années qui viennent on pourra envisager un autre système où on pourra encoder, je ne sais pas... Sur un smartphone, une tablette, ce serait idéal. »

### Adapté à la jeune génération

P12 : « Je pense que les jeunes se servent plus d'internet maintenant. »

### Disponibilité

P7 : « C'est facile d'utilisation et vous avez l'information tout de suite. »

### Avenir

P3 : « Je pense qu'il faudrait passer au numérique car on passe beaucoup de temps sur les ordinateurs. »

### Difficultés actuelles du numérique

M3 : « Mais bon, on a déjà des problèmes de dossiers partagés alors je ne vois pas trop comment on peut faire pour se sortir du papier pour l'instant. »

### Réticence sur l'utilisation

P13 : « J'ai toujours peur au niveau d'internet comme au moment où je veux y aller, ça ne fonctionne pas. »

M3 : « Alors le numérique ce serait un truc en ligne ? [...] Mais est-ce qu'on va réussir à le remplir facilement ? »

### Réticence sur la protection des données

P4 : « Je pense que ça pourrait marcher mais je sais que moi je ne serai pas à l'aise de me dire que mes données seraient sur un format numérique. »

M11 : « Qui héberge les données ? [...] Mais après c'est l'hébergement des données de santé, c'est ça le problème. »

### Réticence sur l'accessibilité

M5 : « Ça dépend trop de la population quoi. Pour l'instant, il y a trop d'inégalités pour faire ça numériquement. »

### Manque d'utilisation du numérique par les professionnels de santé

M5 : « On n'est pas, nous, assez numérisé pour numériser les patientes. »

### Moins adapté pour le suivi gynécologique à long terme

P6 : « Je pense que le numérique c'est bien pour aller chercher des informations mais ce n'est pas fait pour un carnet de suivi et toutes ces informations-là. »

### Moins adapté pour la lecture d'informations

P6 : « Je ne me vois pas lire ça sur un format numérique. »

### Non adapté à toutes les générations

M4 : « Il faut penser qu'aujourd'hui on fait quand même des mammographies jusqu'à 74 ans et que cette patiente ne va pas aller lire son dossier sur du numérique quoi. »

## 2) Création du carnet

### A. Les objectifs d'informations

#### Apporter les informations essentielles aux patientes

P8 : « Il faut vraiment les informations de bases. »

M2 : « Il faut être synthétique par contre et cibler ce qui va être le plus important. Il faut rester simple. »

#### Inconvénients d'avoir de nombreuses informations

P4 : « Sur le format, je pense qu'il ne faut pas un truc qui soit trop lourd car si on me donne un livre typiquement je n'aurai pas envie de lire. »

M8 : « Je me dis que s'il y a trop d'informations, elles vont se perdre dans la masse d'informations. »

#### Les différents examens réalisés et à réaliser

P10 : « Il faudrait savoir quels sont les examens à faire et à quel rythme. »

M11 : « Le principal c'est les examens je pense. »

#### Les bilans biologiques

P14 : « La date des prélèvements sanguin quand il y en a. »

M9 : « On va avoir les suivis biologiques sur tout ce qui va être les profils glucido-lipidiques, les suivis évidemment par rapport à la prise de la pilule. »

#### Les antécédents

P13 : « Je pense que déjà j'aimerais bien avoir marqué dedans tous mes antécédents. »

M1 : « Après ça peut être important, notamment pour les grossesses, de bien préciser le groupe sanguin à un moment donné dans ce carnet par rapport aux Rhophylac. »

M3 : « Il faudrait mettre le tabac. »

M9 : « Alors les antécédents personnels déjà de la patiente, ça veut dire les antécédents médicaux bien évidemment, les antécédents chirurgicaux, les allergies s'il y en a. »

#### Des liens internet fiables

P14 : « En tout cas il pourrait y avoir un petit renvoi vers un site internet qui permettrait de trouver de l'actualité plus à jour éventuellement. »

M10 : « Ce qui pourrait être bien ce serait de trouver des sites sur internet pour trouver des liens avec des trucs fiables. »

#### Focalisé sur la prévention en gynécologie

M11 : « Le but n'est pas de parler de maladies, on est là pour parler de la prévention et du dépistage. »

### B. [Forme du carnet de suivi](#)

#### A l'image d'un carnet de santé

P7 : « En fait, le même procédé qu'avec le carnet de santé et les vaccins sauf que c'est sous forme gynécologique. »

M3 : « Éventuellement, il faudrait faire un peu comme un carnet de santé. »

#### Compréhensible par toutes

P4 : « Mais en même temps, il faudrait que ce soit un outil qui soit adapté à toutes, il faut que ce soit simple, clair, qu'on nous dise les choses clairement. Je me dis que même une personne, enfin on n'a pas toutes les mêmes capacités donc il faut qu'il soit accessible à tout le monde. »

M9 : « L'autre point c'est qu'il faut que ce soit aussi quelque chose de compréhensible. J'aborde là la notion de « littératie » donc comprendre et accessible à tous. »

### Fiable

P13 : « Je trouve ça bien justement d'avoir tout d'écrit et on sait que ça vient d'un endroit où les gens savent de quoi ils parlent et sont professionnels. »

M5 : « Le but du jeu est de faire un carnet dans lequel elles ont confiance. »

### Attractif

P9 : « Il faudrait plein de couleurs avec un truc attrayant [...] Un truc qu'on a envie de lire. »

M1 : « Distrayant pour qu'elles aient envie de le regarder. »

### Ludique

P14 : « Il faudrait quelque chose de ludique. »

M9 : « Il faut qu'il soit ludique. »

### Petite taille

P13 : « Pas quelque chose de trop grand non plus. »

M12 : « Moi j'aurai tendance à dire vraiment un petit format. »

### Solide

P11 : « Après il faut que ce soit quelque chose de résistant. »

M7 : « Qui ne se s'abime pas de trop. On voit bien que les carnets de santé, certains ont vécu et ont subi des catastrophes. »

### Simple

M4 : « Si on veut que tout le monde le remplisse, il faut que ce soit simple. »

M6 : « Je pense qu'il faut vraiment qu'il soit simple et concis quoi. »

### Facile à transporter

M8 : « Mais du coup, quelque chose qui est vraiment facile à transporter et qui ne prend pas de place. »

M12 : « Il faut que ça rentre dans un sac à main clairement donc même un petit sac à main. »

### 3) Délivrance du carnet de suivi de gynécologie

#### A. Par qui ?

##### Le médecin généraliste

P11 : « Enfin avoir ce carnet là et que le médecin traitant le donne »

M2 : « Après le médecin traitant peut en parler. »

##### Le milieu scolaire

M1 : « Soit on profite des choses de groupes quand ils sont adolescents et jeunes. »

M3 : « Dans les interventions dans les écoles. »

##### Les pharmacies

P6 : « Les pharmaciens ont aussi un rôle à jouer chez des jeunes qui se déplacent plusieurs fois pour des pilules du lendemain ça pourrait être bien de leur donner le carnet pour leur expliquer que c'est médical et qu'il faut voir un médecin. »

M3 : « Avoir un accès à la pharmacie je pense que ce serait bien. »

#### B. Quand ?

##### Dès le plus jeune âge

M3 : « Il faudrait que ce soit dès le plus jeune âge enfin à l'adolescence pour qu'elles aient l'information. »

##### Lors des premières règles

M7 : « Idéalement, ce serait de commencer au moment de leur premières règles. Je pense que ce serait le meilleur moment. »

##### Lors de la vaccination contre le papillomavirus

M5 : « Si on leur donne à la première vaccination en leur disant qu'on colle l'étiquette du vaccin et que c'est super important de garder le carnet, qu'on va s'en servir tout le long de sa vie de femme, peut être que ce serait plus pertinent. »

Lors de la première consultation de gynécologie

P11 : « A la première consultation de gynécologie. »

M10 : « Je pense qu'il faut que ce soit à la première consultation de gynécologie. »

Lors de la première consultation de contraception

M8 : « Ou alors, à la première demande de contraception, moi c'est à ce moment que je leur explique tout ça. »

4) Perspectives d'amélioration avec le carnet

A. Inclure les patientes dans leur suivi gynécologique

Améliorer l'assiduité des femmes

P4 : « Je sais que moi je le serais plus. Quand j'ai vu votre annonce dans le cabinet, je me suis dit que c'était peut-être le truc qui me manquait. »

M2 : « Mieux elles sont informées, mieux elles vont gérer leur suivi. »

Amélioration du suivi des femmes dépend des personnalités de chacune

P10 : « C'est vraiment une question d'implication de soi-même vis-à-vis de soi-même. »

M8 : « Je pense que ça va dépendre des femmes. Je pense qu'il y a des femmes qui vont réussir à l'emmener partout et du coup, on aura du suivi avec. Il y a d'autres femmes non. »

Rendre les femmes actrices de leur suivi

P15 : « Ça permet d'avoir un vrai suivi, de ne pas se tromper ou de ne pas oublier. »

M9 : « Mais ça peut rendre les femmes actives dans leur prise en charge. »

## B. Un outil pouvant améliorer l'information des femmes

### Pour les parents

P6 : « Ça pourrait être un très bon guide pour les parents. Ça peut aider certains parents qui n'osent pas parler de certaines choses. »

M7 : « Comme ça la patiente pourrait éventuellement, si elle n'a pas envie de parler de sujet délicat, de montrer à sa fille le carnet de gynécologie. »

### Pour la relation médecin-patient

P10 : « Mais aussi pour aller voir les différents professionnels et discuter avec lui [...] Qu'il reste une porte ouverte à la discussion avec les professionnels. »

M3 : « C'est censé être un point d'informations et de discussion entre le patient et le professionnel quoi. »

### Outil d'informations complémentaires aux professionnels

P6 : « Que si le médecin nous tend un petit livret en nous disant ce qu'il y a dedans, les informations importantes qu'on doit lire qu'il ne peut pas nous donner en 15 minutes et en reparler à la prochaine consultation ça pourrait être bien. »

M4 : « Alors après, ce qui est bien c'est qu'elles l'aient pour savoir si elles ont besoin d'une information, qu'elles peuvent aller la chercher dedans. »

### Apporter des informations pour amener les femmes à consulter

M6 : « Donc juste pour les orienter, des conseils très simples pour expliquer dans quels cas il faut voir son médecin, sa gynécologue ou sa sage-femme. »

### Cibler la jeune génération

P5 : « Je trouve que pour les jeunes c'est bien, ça évite d'oublier et ça va expliquer les choses. »

M3 : « C'est là qu'on aurait le plus d'impact sur les informations de prévention qu'on va donner. »

### C. Traçabilité du suivi gynécologique

#### Traçabilité interprofessionnelle

P4 : « Parce que je me dis, que si on est amenée à changer de gynécologue, il serait bien que la personne qui nous reçoit ait un suivi et des traces médicales et pas seulement les dires d'une personne qui aurait pu oublier. »

M5 : « C'est pour que nous, on les reçoit en consultation alors que leur gynécologue est parti à la retraite ou qu'elles ont déménagé tout ça, et avec leur dernier frottis, leurs mammographies, la contraception qu'elles avaient avant etc... »

#### Traçabilité pour les patientes

P13 : « D'avoir un carnet comme ça, ça nous permettrait de voir quand est ce qu'on y est allée et de se dire qu'il faudrait y aller pour voir si tout va bien. »

M1 : « Elles oublient donc là elles auront vraiment leur suivi et leurs données sous la main. »

#### Traçabilité des rendez-vous à réaliser

P13 : « Mais le fait, justement, d'avoir ça et que ce soit noté « Attention, rendez-vous vers telle période ». »

M1 : « Ça peut leur faire des rappels sur le prochain frottis et à quelle date. »

#### Gain de temps pour les professionnels de santé

M1 : « Si on les retrouve dans le carnet, ça peut être un gain de temps [...] Ça nous ferait gagner du temps d'avoir ce carnet. »

M5 : « Et pour nous, ce serait trop pratique. Quand une nouvelle patiente arrive et qu'elle a déjà tous ses antécédents, ses derniers examens et tout... »

#### Amélioration de la prise en charge du suivi gynécologique

P14 : « Je pense que ça pourrait vraiment être utile. »

M2 : « Mais aussi dans le suivi pour une meilleure prise en charge. »

#### Utilité du carnet dans le suivi à long terme des femmes

P1 : « Je pense que oui, et c'est comme les femmes qui ont un enfant avec le carnet de santé. Les femmes font attention à ça donc je pense que les femmes feraient

*attention à leur carnet de suivi gynécologique. La gynécologie ça nous suit toute la vie. »*

*M5 : « De toute façon, le but du carnet, si elles peuvent l'avoir dès leurs 10 ans jusqu'à la fin, ce serait hyper pratique. »*

# DISCUSSION

## I. Les objectifs du travail

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les informations pertinentes à intégrer dans un carnet de suivi de gynécologie. L'objectif secondaire était de formaliser la création de ce carnet sur un support papier ou numérique. Cette étude a permis de faire ressortir des notions importantes devant être améliorées dans le suivi gynécologique pour les femmes et les professionnels de santé.

## II. Discussion de la méthode

### 1) Forces de l'étude

Le choix de la méthode qualitative appréhendait au mieux l'objectif du travail de recherche. Avec cette méthode, nous avons pu explorer les avis et les attentes des deux populations cibles. L'étude qualitative a permis de recueillir les sentiments des patientes et des professionnels de santé, leurs comportements et leurs expériences personnelles. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet un abord plus large de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (47).

Concernant les populations étudiées, le recrutement des patientes avait des critères d'inclusion large (avoir plus de 18 ans et avoir un suivi gynécologique ou non). Cela a permis d'inclure des femmes d'âges différents, de différents niveaux socio-économiques et de lieux d'habitations variés. Les professionnels de santé étaient uniquement recrutés en fonction de leur spécialité médicale. L'étude a permis de recruter différents professionnels de santé étant acteurs dans la prise en charge gynécologique des femmes avec une diversité sur leur genre, leur âge, leur spécialité et leur lieu d'exercice.

La réalisation des entretiens semi-dirigés a été adaptée pour explorer les connaissances des femmes mais aussi leurs besoins dans cette partie de leur santé qu'elles considèrent comme intime. Les professionnels de santé ont pu exprimer librement leur pratique de la gynécologie et déclarer leur opinion sur l'apport d'informations concernant les différentes facettes de la gynécologie.

Des focus groupes n'ont pas été réalisés à cause de la crise sanitaire et de l'impossibilité de réunir plusieurs personnes dans un même lieu.

La validité interne de cette étude est acceptable en ayant réalisé 15 entretiens semi-dirigés avec des patientes et 12 entretiens semi-dirigés avec des professionnels de santé pour permettre une suffisance des données. La suffisance des données représente la fin du recueil lorsque les entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles. La validité interne de cette étude a été renforcée en réalisant une triangulation des données avec une analyse des verbatims par un autre chercheur à l'étude.

## 2) Limites de l'étude

Le mode de recrutement ne nous a pas permis de recruter des femmes éloignées du système de soins et des dépistages. Les femmes interrogées avaient un suivi gynécologique mais présentaient malgré tout un désir d'information sur la gynécologie par prise de conscience d'un manque de connaissance global sur l'utilité de leur suivi.

Un biais de volontariat était présent dans cette étude. Les patientes intéressées par l'étude répondaient positivement à la fiche de recrutement. Les caractéristiques des patientes interrogées pouvant être différentes des patientes n'ayant pas souhaité participer à cette étude. Concernant les professionnels de santé, seuls les professionnels volontaires constituaient l'échantillon.

Un biais de sélection a été entraîné par un recrutement des patientes qui était parfois en effet « boule de neige ». Les femmes ayant transmis des contacts de

personnes faisaient partie de la même catégorie professionnelle et du même niveau social.

Un biais sur la méthode d'investigation peut être relevé dans cette étude. La réalisation d'un entretien semi-dirigé étant complexe, il convient de respecter les silences et la non-interruption de la parole. Certaines idées n'ont pas pu être exprimées par les patientes car certaines répondaient simplement par « oui » ou par « non ». Les questions de relance des guides d'entretiens ont pu influencer le discours de la personne interrogée.

La suffisance des données pour les professionnels de santé reste une limite devant la pluridisciplinarité des participants. Elle peut être controversée devant une population non homogène sur le plan de la spécialité médicale.

### **III. Les principaux résultats**

Dans cette étude, différents résultats ont permis d'identifier les problématiques actuelles du suivi gynécologique, les besoins des femmes et des professionnels de santé ainsi que l'intérêt d'apporter des informations aux femmes sur la gynécologie.

Les principaux résultats montrent :

- Un intérêt à apporter des informations de prévention sur les différents thèmes de la gynécologie devant le manque de connaissances global des femmes.
- Avoir une traçabilité du suivi gynécologique pour les femmes et les professionnels de santé.
- La création d'un carnet de suivi gynécologique sous un format papier.

## IV. Discussion des principaux résultats

### 1) Les différentes informations pertinentes à intégrer dans le carnet de gynécologie

Le carnet de suivi gynécologique a été créé en fonction des souhaits et des besoins exprimés par les femmes et les professionnels de santé. Pour chaque thème de la gynécologie souhaité par les participant(e)s, une ou plusieurs pages sont consacrées à de l'information pour les femmes. A la suite, une ou plusieurs pages sont destinées aux professionnels de santé pour permettre une traçabilité des examens et des prescriptions réalisées.

La page n°4 est destinée à apporter des informations sur l'intérêt du suivi gynécologique.

Notre étude a montré des lacunes chez les patientes sur l'intérêt d'avoir un suivi gynécologique régulier. Les femmes exprimaient un manque d'informations par les professionnels de santé mais aussi un manque de communication global avec leur famille ou par le milieu scolaire.

La page « Le suivi gynécologique » rappelle l'intervalle de consultation pour un suivi gynécologique régulier ainsi que les professionnels de santé pouvant le réaliser. Cette page permet d'avoir des informations globales sur les objectifs du suivi gynécologique. Il est aussi rappelé que le carnet de gynécologie est un outil permettant aux professionnels de santé d'inscrire les différentes informations essentielles sur le suivi gynécologique de chaque patiente pour une meilleure traçabilité. Il est important de souligner que le carnet de gynécologie ne dispense pas d'un avis d'un professionnel de santé.

Les pages n°5 à 8 évoquent des rappels anatomiques et physiologiques du corps féminin à destination des femmes.

Le besoin d'informations sur l'anatomie de la femme et la physiologie du corps féminin a été mentionné à plusieurs reprises dans notre étude par les patientes et les professionnels de santé. Des schémas étaient souhaités par les patientes et les professionnels de santé interrogés. L'étude de CORRE LABAT (48) réalisée sur 106 femmes en 2012 retrouvait une méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie de la femme. Seulement 10% des femmes étaient capables d'identifier les organes féminins et 40% d'entre elles ne connaissaient pas le déroulement du cycle menstruel.

Dans le carnet de gynécologique, des schémas anatomiques du corps féminin sont inclus. Les pages 5 et 6 sont construites en fonction des organes génitaux externes et internes avec une description de chaque élément pour une meilleure compréhension des femmes.

La page n°7 apporte des informations sur le fonctionnement du cycle menstruel. Dans notre étude, les patientes et les professionnels de santé ont exprimé le besoin d'avoir des rappels sur le cycle menstruel, son fonctionnement, l'ovulation et la signification des règles. Par soucis de clarté, il a été décidé d'apporter des informations essentielles et simplifiées pour une compréhension facilitée des femmes.

Certaines patientes ont mentionné le désir d'avoir des informations sur l'endométriose. Depuis une dizaine d'années, la prise en charge de l'endométriose a évolué. Cette pathologie fait preuve d'une médiatisation importante. L'endométriose est une pathologie retrouvée chez 10% des femmes soit une femme sur 10. Les principaux symptômes de l'endométriose sont représentés par : des dysménorrhées intenses, des dyspareunies profondes, des signes fonctionnels urinaires, des douleurs à la défécation surtout en période cataméniale, et une infertilité (49).

Les professionnels de santé n'émettaient pas de souhait de développer l'endométriose dans sa globalité mais plutôt d'informer les femmes sur les symptômes évocateurs de cette pathologie.

C'est pourquoi dans le carnet de gynécologie, un message de prévention sur l'endométriose est intégré en bas de la page n°7.

Les pages n°9 et n°10 expliquent la vaccination contre le papillomavirus. Notre étude a montré des connaissances faibles sur la vaccination contre le papillomavirus.

Dans une étude menée par LARDANCHET (50) en 2019 sur 532 femmes, il a été montré un manque de connaissances sur la vaccination contre le papillomavirus avec seulement 52,2% de réponses correctes sur l'intérêt de ce vaccin et sa réalisation.

Dans notre étude, les patientes et les professionnels de santé souhaitaient intégrer des informations sur le papillomavirus et sur l'intérêt de la vaccination. Dans le carnet de gynécologie, la première partie de la page n°9 est consacrée à délivrer ces informations.

Le schéma de vaccination est expliqué dans le carnet avec la possibilité pour le professionnel de santé d'inscrire la réalisation de la vaccination sur la page n°10 pour une meilleure traçabilité.

Par la suite, la page n°9 souligne l'importance de la réalisation du frottis cervico-utérin malgré la vaccination. Effectivement, les professionnels de santé interrogés dans notre étude souhaitaient voir apparaître une information spécifiant la nécessité de réaliser un frottis cervico-utérin malgré la réalisation de la vaccination contre le papillomavirus. Contrairement aux résultats de notre étude, la thèse de LE GUENNEC (51) réalisée en 2017 soulignait que les femmes semblaient bien informées sur le lien entre le papillomavirus et le frottis cervico-utérin. 89% des femmes interrogées pensaient que le frottis pouvait dépister des cellules modifiées par le papillomavirus.

Notre étude a mis en évidence une méfiance des patientes face à la vaccination contre le papillomavirus devant la crainte d'effets secondaires. Dans un des sondages réalisés par le Baromètre de Santé Publique France en 2016, les connaissances sur la vaccination contre le papillomavirus chez 960 jeunes femmes de 15 à 25 ans et sur 1 491 parents de jeunes filles âgées de 11 ans à 19 ans ont été évaluées. Parmi la population ayant entendu parler de la vaccination contre le papillomavirus, 76% des jeunes filles et 69% des parents estimaient que le vaccin était efficace contre le cancer du col de l'utérus. Dans ce même groupe, 54% des jeunes femmes et des parents jugeaient que le vaccin pouvait avoir des effets secondaires graves (52). L'efficacité du vaccin HPV a été démontré dans de nombreuses études internationales. Une étude

réalisée en Suède entre 2006 et 2017 sur plus d'1 million de jeunes filles entre 10 et 30 ans a montré que la vaccination contre le papillomavirus par le vaccin quadrivalent est associée à une réduction majeure du risque de cancer invasif du col de l'utérus. Cette réduction était notable notamment chez les jeunes filles vaccinées dès le plus jeune âge (53). Les résultats d'une étude réalisée par l'ANSM et l'Assurance Maladie en 2015 sur 2,2 millions de jeunes filles entre 13 et 16 ans a montré que la vaccination contre le papillomavirus n'entraînait pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes (54).

C'est ainsi que dans la page n°9, il est précisé l'efficacité de la vaccination ainsi que la réalisation d'une étude de grande ampleur sur la sécurité du vaccin contre le papillomavirus pour pouvoir rassurer les femmes.

Les pages n°11 et n°12 du carnet de gynécologie apportent des informations sur les infections sexuellement transmissibles.

Un manque de connaissances sur les infections sexuellement transmissibles a été révélé dans notre étude. Dans la thèse de TISON (55), réalisée en 2020, où des adolescents ont été interrogés sur leurs connaissances des IST, seulement 13% de la population étudiée connaissaient l'ensemble des IST. Le VIH était l'IST la plus connue et la plus citée dans notre étude. Dans l'étude de TISON, il est relevé que le Chlamydiae, la syphilis et le papillomavirus restaient bien connus des jeunes dans la majorité des cas. L'hépatite B, l'herpès et le gonocoque étaient cités par seulement 25% des jeunes. Malgré des interventions dans le milieu scolaire, la jeune génération semble peu informée sur les IST.

Au début de la page n°11, il est rappelé les principales infections sexuellement transmissibles.

Les patientes et les professionnels de santé ont émis le besoin d'inscrire le mode de transmission des IST dans le carnet. Le mode de transmission des IST semblait peu connu par les adolescents dans la thèse de TISON (55) car seulement 18,5% d'entre eux connaissaient l'ensemble des modes de transmission des IST.

Dans la première partie de la page n°10 sont évoqués les différents rapports sexuels pouvant être contaminants.

Dans l'article d'EXERCER en 2017 (35), il était souligné que 21% des femmes interrogées en cabinet de médecine générale pensaient à tort qu'il existait d'autres moyens de contraception efficaces contre les IST (coït interrompu, contraception orale ou par dispositif intra-utérin). 35% des jeunes pensaient que la pilule était considérée comme un moyen de protection efficace des IST (55). Notre étude a montré que les professionnels de santé souhaitaient insister sur le fait que le seul moyen de protection efficace contre les IST était le préservatif et que les autres moyens de contraception ne protégeaient pas contre la transmission. Dans le carnet, cette notion est intégrée.

Le portage asymptomatique des IST était connu par 1 femmes sur 4 (35). Notre étude a fait le même constat sur le manque de connaissances du portage asymptomatique des IST. Il apparaît dans la page n°10 une phrase permettant d'insister sur la notion d'une possibilité d'absence de symptômes dans certaines IST.

A la fin de la page n°10, il est rappelé les situations devant mener au dépistage ainsi que les lieux de dépistage possibles. Ces notions étaient souhaitées par les femmes et les professionnels de notre étude.

La page n°11 permet aux professionnels de santé d'inscrire les différents dépistages des IST réalisés avec leurs résultats.

Un lien internet est disponible dans cette rubrique : « Infos-IST.fr ». Ce site a été créé et est géré par Santé Publique France. Santé Publique France est un établissement public sous la tutelle du Ministère des Solidarité et de la Santé. Ce lien internet a été choisi pour sa fiabilité d'informations ainsi que la facilité de compréhension des informations délivrées.

Les pages n°13 à n°20 sont destinées à la contraception. Un besoin d'informations sur les contraceptions a été évoqué par les patientes. Elles exprimaient le manque de connaissances acquises mais aussi l'intérêt d'avoir ces informations

pour être libres de leur choix de contraception. Les trois moyens de contraceptions les plus connus des femmes sont la pilule, le dispositif intra-utérin et l'implant. Les autres moyens de contraceptions sont peu connus des femmes. Dans le mémoire de maïeutique de QUELIN (56) réalisé en 2014 sur 230 femmes en consultation d'IVG, seules 6 femmes sur 10 connaissent le patch transdermique et l'anneau vaginal. Il était supposé que ces moyens étaient peu connus devant le critère de prix et le caractère non remboursé de ces contraceptions. Le diaphragme, les spermicides, la cape cervicale et les injections hormonales sont des moyens de contraceptions insuffisamment des femmes. Les pages n°13 à n°16 sont consacrées à la description des différents moyens de contraceptions existants avec leur durée d'utilisation et leur efficacité. Dans le carnet, des illustrations des différentes contraceptions sont intégrées. Cela était souhaité par les patientes et les professionnels de santé interrogés.

La page n°17 rappelle la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception ou de risque de grossesse après un rapport sexuel non protégé. Une information est délivrée sur l'existence de la contraception d'urgence, les situations devant mener à se procurer un de ces moyens de contraceptions urgents ainsi que les lieux de délivrance des contraceptions d'urgence.

Dans l'article de JAMIN et LACHOWSKY (57) en 2015, il a été mis en évidence une sous-utilisation de la contraception d'urgence par méconnaissance des situations à risque de grossesse. Les femmes avaient une connaissance approximative de la contraception d'urgence et de son utilisation. 68% des femmes reconnaissent manquer d'informations sur la contraception d'urgence. Les professionnels de santé interrogés dans notre étude exprimaient le souhait d'avoir un endroit dédié dans le carnet à la contraception d'urgence pour informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et l'existence de la contraception d'urgence.

Les pages n°18 à n°20 sont destinées à la traçabilité des contraceptions. Notre étude montrait un souhait d'avoir quelques pages consacrées à l'inscription des différentes contraceptions prises avec leurs dates et les effets indésirables ayant mené à arrêter une des contraceptions.

Un site internet lié à la contraception et à la sexualité est inscrit dans ce carnet. Le site « [questionsexualite.fr](http://questionsexualite.fr) » est un lien internet géré par Santé Publique France. La Direction Générale de la Santé, la Haute Autorité de Santé, l'Agence Nationale de sécurité sanitaire et des produits de santé ont contribué à la rédaction du contenu de ce site internet. Ce site s'adresse au grand public pour permettre d'accéder à des informations sur la contraception. Il a été choisi pour son sérieux et son accessibilité.

Les pages n°21 à 26 sont consacrées au frottis cervico-utérin. Le constat d'un manque de connaissance et d'une nécessité d'informer sur le frottis cervico-utérin a été mis en évidence dans notre étude. Ces résultats concordaient avec l'étude de LARDANCHET (50) où 7 femmes sur 10 estimaient que le frottis cervico-utérin devait être réalisé dès le début des premiers rapports sexuels. De plus, 1 femme sur 2 déclarait que la fréquence recommandée de réalisation d'un frottis cervico-utérin était d'une fois par an. Le manque d'informations des femmes sur le cancer du col de l'utérus était souligné dans la thèse de GARSON en 2014 (58). Une grande majorité des femmes avait une méconnaissance de l'utilité et des objectifs du frottis cervico-utérin mais aussi des professionnels de santé pouvant réaliser le dépistage.

La page n°21 apporte des informations sur l'intérêt du frottis cervico-utérin, la fréquence de dépistage en accord avec les recommandations et la méthode de réalisation.

Dans l'étude de LARDANCHET (50), les femmes avaient bien conscience que les médecins généralistes et les gynécologues étaient aptes à réaliser un frottis. Seulement 3 femmes sur 10 citaient les sages-femmes.

La page n°22 évoque les professionnels de santé pouvant réaliser le frottis cervico-utérin.

40% des femmes interrogées dans la thèse de médecine générale de LE GUENNEC (51) étaient convaincues qu'elles présentaient une maladie au stade de cancer lors de l'annonce d'un résultat anormal du frottis. Dans notre étude, les professionnels de santé estimaient qu'il y avait un intérêt à informer les femmes sur la signification d'un frottis anormal. Les gynécologues ressentaient cette inquiétude et

cette incompréhension des femmes lors de l'annonce d'un frottis anormal. La page n°22 explique de façon simplifiée la prise en charge en cas de frottis cervico-utérin anormal. Les gynécologues ayant participé à de notre étude souhaitaient voir apparaître une explication de la colposcopie pour rassurer les femmes.

Les pages n°23 à n°26 permettent aux professionnels de santé d'inscrire les différents frottis cervico-utérin réalisés pour chaque femme. Cela permet une traçabilité du dépistage pour permettre aux femmes de connaître la date de leur dernier frottis et la date du prochain frottis. Chaque professionnel de santé inscrit dans le parcours de soins de la femme pourra avoir connaissance du dernier dépistage réalisé pour le cancer du col de l'utérus.

Les pages n°27 à n°28 du carnet de gynécologie évoquent le thème de la grossesse. Dans notre étude, les patientes semblaient être assez informées sur le déroulement d'une grossesse. Les patientes semblaient être assidues lors d'une grossesse avec de multiples informations délivrées par les professionnels de santé ou encore par l'Assurance Maladie. Dès la déclaration de grossesse, l'Assurance Maladie envoie aux femmes enceintes le guide « Ma maternité – je prépare l'arrivée de mon enfant » (59). Ce guide explore les différents rendez-vous à réaliser, les démarches lors d'une grossesse, les professionnels de santé effectuant le suivi et les mesures hygiéno-diététiques.

Malgré cela, les patientes et les professionnels de santé estimaient qu'il serait nécessaire d'apporter des informations sur les signes de grossesse. Des informations de prévention sur l'alimentation, l'acide folique et les addictions semblaient nécessaire dans le carnet de suivi de gynécologie. La page n°27 est consacrée à la prévention lors d'une grossesse pour permettre aux femmes d'avoir des informations en pré-conceptionnel. Le déroulement et le détail de chaque grossesse ne semblaient pas être pertinents à inscrire dans le carnet, focalisé sur la prévention gynécologique.

La page n°28 permet aux professionnels d'inscrire les antécédents obstétricaux de la patiente avec les complications éventuelles pendant les grossesses. Ces

informations étaient soulignées par les professionnels de santé comme étant importantes à inscrire dans le carnet.

Les pages n°29 à n°30 apportent des informations sur l'interruption volontaire de grossesse. Dans notre étude, les patientes ont exprimé le désir d'avoir des informations sur l'interruption volontaire de grossesse. Cela n'avait pas été exprimé initialement dans notre guide d'entretien et a été évoqué spontanément par les patientes. Les patientes interrogées et ayant déjà eu recours à l'IVG avaient exprimé cette sensation d'être perdues, de ne pas savoir à qui s'adresser mais aussi jusqu'à quel terme l'IVG pouvait être réalisée.

Comme nous l'avons décrit plus haut, le taux d'IVG en France est en hausse depuis une trentaine d'années avec un taux de recours au plus haut en 2019. L'âge moyen des femmes lors de la première IVG est de 26,6 ans. Les femmes ayant les revenus les plus faibles sont les plus concernées par l'IVG. Ces femmes, dont le niveau de vie est bas, ont une probabilité de plus de 40% d'avoir recours à l'IVG dans l'année comparativement aux femmes ayant un niveau de vie moyen (30).

Il y a aussi eu le constat d'une augmentation du recours répété à l'IVG. Cela est observé dans toutes les catégories de population. Le recours répété à l'IVG représente 35% des IVG en France. Le recours multiple à l'IVG peut être en partie en lien entre l'allongement de la durée entre le premier rapport sexuel et l'entrée dans la parentalité. Les femmes ont des parcours contraceptifs multiples avec l'utilisation de préservatifs au début de l'activité sexuelle puis elles se dirigent vers la pilule lorsqu'une relation affective se stabilise dans la plupart des cas. Néanmoins, au vu de l'augmentation du taux d'IVG, il convient de s'interroger sur la contraception orale et sur l'adéquation de la méthode utilisée entre les attentes des patientes et leurs modes de vie. L'oubli de pilule, le non remboursement de certaines méthodes contraceptives et l'accès à la contraception sont des facteurs en lien avec l'augmentation du taux d'IVG (60). Ces chiffres montrent qu'il y a un réel besoin de sensibiliser les femmes sur l'IVG et de trouver des moyens pour faire diminuer le taux d'IVG en France.

Les femmes interrogées dans notre étude souhaitent avoir des informations relatives aux délais de l'IVG, aux traitements possibles et à l'orientation en cas de grossesse non désirée.

Deux sites internet sont cités dans le carnet de gynécologie : « [ivglesinfos.org](http://ivglesinfos.org) » et « [ivglesadresses.org](http://ivglesadresses.org) ». Ces sites ont été créés par REVHO (Réseau Entre la ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie). Les membres de ce réseau sont soit des responsables de centres d'IVG ou des médecins libéraux. L'Agence Régionale de Santé est une institution publique de soutien à l'organisme REVHO. Ces deux sites internet apportent de nombreuses informations fiables sur l'IVG avec des adresses utiles pour toutes les femmes souhaitant réaliser une IVG.

Les pages n°31 à n°32 informent les femmes sur la ménopause. Notre étude révélait que les patientes manquaient de connaissances sur la ménopause. Un souhait d'informations sur les symptômes, les conséquences et les traitements possibles était mentionné par les femmes interrogées dans notre étude. Les professionnels de santé ont insisté sur le besoin de rappeler la définition de la ménopause aux femmes. Ces informations sont intégrées dans le carnet de gynécologie.

Le site internet « [gemvi.org](http://gemvi.org) » est mentionné en lien utile dans le carnet. Le Groupe d'Étude de la Ménopause et du Vieillessement hormonal (GEMVI) est un groupe pluridisciplinaire composé de 25 membres issus de 9 spécialités médicales ou chirurgicales. La création du GEMVI a bénéficié du soutien du CNGOF et de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM). Ce site internet est destiné à délivrer de l'information pour les professionnels de santé mais aussi pour le grand public. Ce site internet comprend des informations utiles pour les femmes.

Les pages n°33 à 34 délivrent des informations sur le dépistage du cancer du sein chez la femme. Dans l'étude de LARDANCHET (50), il était révélé des similarités avec notre étude sur le manque de connaissances des femmes sur le dépistage du cancer du sein. Les femmes manquaient de connaissances sur la fréquence du dépistage du cancer du sein mais aussi sur la fréquence de réalisation de l'examen des seins par un professionnel de santé. Il était retrouvé que 4 femmes sur 10 ne connaissaient pas la fréquence de l'examen des seins par un professionnel de santé. La fréquence de 2 ans pour la réalisation de la mammographie et l'âge de 50 ans pour le début du dépistage du cancer du sein étaient connus par seulement 4 femmes sur 10. Ces résultats concordaient avec les souhaits des patientes et des professionnels de santé de notre étude.

La première partie de la page n°33 montre l'incidence du cancer du sein en France et l'importance de la réalisation du dépistage organisé du cancer du sein. Par la suite, le dépistage organisé est expliqué avec l'âge de début et de fin ainsi que les modalités de réalisation du dépistage par la mammographie.

L'auto-palpation mammaire est décrite dans cette partie du carnet. Dans notre étude, les patientes manquaient de connaissances sur l'auto-palpation. Les femmes et les professionnels de santé souhaitaient voir apparaître des notions sur l'auto-palpation mammaire dans le carnet. Dans l'étude de CHANZY (61) réalisée en 2017, 69% des femmes ne réalisant pas l'auto-palpation mammaire exprimaient le fait de ne pas y penser et 49% des femmes estimaient ne pas l'avoir appris. Les signes d'alerte d'un cancer du sein sont inscrits avec une orientation vers un professionnel de santé.

La page n°34 est destinée aux professionnels de santé pour inscrire la réalisation des mammographies ainsi que leurs résultats pour permettre d'avoir une traçabilité des examens réalisés.

## [2\) Un carnet de gynécologie sous format papier](#)

Dans notre étude, nous avons recherché les préférences des patientes et des professionnels de santé concernant le format du carnet de gynécologie. Notre étude montrait qu'un carnet de gynécologie en format papier était préféré par les participant(e)s.

Les femmes et les professionnels de santé s'accordaient sur le fait que le format papier serait plus adapté pour le suivi gynécologique, qu'il serait accessible par toutes les femmes et qu'il faciliterait la lecture d'informations dans le carnet.

Le format numérique a été exploré dans notre étude. Il a été soulevé plusieurs inconvénients au format numérique : réticence face à l'accessibilité et l'utilisation de l'outil numérique, une incertitude face à la protection des données personnelles de santé, un outil moins adapté pour le suivi gynécologique de la femme et l'hypothèse d'une diminution de l'impact des informations données. Il a été souligné que le format numérique n'est pas adapté à tous les âges.

Les patientes et les professionnels de santé ont émis le fait que l'outil numérique n'était pas encore d'actualité dans le suivi des patientes. Certes, de nombreux professionnels de santé sont munis d'un logiciel de santé dans leur pratique médicale. Néanmoins, un outil partagé entre le professionnel de santé et les patientes semblait compliqué à mettre en œuvre à l'heure actuelle pour un suivi gynécologique optimal.

## **V. Perspectives d'amélioration avec le carnet et ouvertures**

### **1) Sensibiliser dès le plus jeune âge au suivi gynécologique**

Le carnet de gynécologie a pour but d'informer les femmes et de renforcer les informations de prévention en gynécologie.

Dans notre étude, les patientes et les professionnels de santé estimaient que le carnet pourrait inclure les femmes dans leur santé gynécologique. Les informations délivrées dans le carnet ont pour objectifs de sensibiliser les femmes et de les rendre plus actrices dans leur suivi gynécologique dès le plus jeune âge. Il est important de faire passer des messages clés aux femmes : avoir un suivi régulier, réaliser ses examens de dépistage, consulter régulièrement son médecin généraliste, son gynécologue ou sa sage-femme lors de la prise d'une contraception, apporter des informations sur les signes d'alerte d'une pathologie gynécologique pour consulter un professionnel de santé etc...

Lors des entretiens, les femmes semblaient perdues dans leur suivi. Elles estimaient que le professionnel de santé guidait la prise en charge et leur suivi gynécologique. Les informations apportées dans le carnet de gynécologie pourraient permettre aux femmes d'avoir les clés pour suivre et comprendre le déroulement de leur suivi gynécologique.

## 2) Traçabilité du suivi gynécologique

L'intérêt de tracer le suivi gynécologique de chaque femme a été mentionné à de multiples reprises dans les entretiens. Les femmes estimaient qu'elles n'avaient aucun moyen de savoir si elles étaient à jour de leurs examens de dépistage. La traçabilité du suivi gynécologique pour les patientes pourrait permettre aux femmes d'avoir des repères fiables dans la réalisation de leurs examens ou dans leur rendez-vous à réaliser.

La traçabilité interprofessionnelle semblait importante pour les patientes et les professionnels de santé. Avoir les différents frottis avec leurs dates et leurs résultats, les mammographies et les différentes contraceptions prises permettraient d'avoir une transmission des données gynécologiques de la patiente à chaque médecin faisant partie du parcours de soins. Une réduction des examens réalisés par excès par manque de traçabilité comme le frottis cervico-utérin pourrait être effective avec le carnet de gynécologie. La traçabilité du carnet de gynécologie est un gain de temps et de sûreté pour les professionnels de santé interférents dans le suivi de la femme.

La traçabilité des contraceptions semblait très importante pour les professionnels de santé. Ils expliquaient leurs difficultés chez des patientes ayant eu plusieurs contraceptions différentes. Les professionnels de santé insistaient sur le fait que la plupart des femmes ne se souvenaient pas des différentes contraceptions prises par le passé. La traçabilité des contraceptions pourrait permettre aux professionnels de santé de se baser sur les autres contraceptions prises antérieurement pour adapter la nouvelle contraception. Cela pourrait permettre d'éviter de prescrire une contraception déjà essayée auparavant.

### 3) Financement du carnet de gynécologie

Au terme de ce travail de recherche, un financement du carnet de gynécologie serait nécessaire pour qu'il soit utilisé au maximum par les femmes et les professionnels de santé. Un financement au niveau régional puis national serait l'idéal pour couvrir les frais d'impression et de distribution du carnet. Un accès en libre-service et gratuit pour les professionnels de santé serait nécessaire à la diffusion et l'utilisation du carnet. Nous pourrions le mettre à disposition sur commande pour les professionnels de santé comme actuellement avec les imprimés fournis par l'Assurance Maladie.

### 4) Délivrance du carnet

Dans notre étude, les professionnels de santé suggéraient une délivrance du carnet à travers plusieurs interlocuteurs. Les médecins généralistes, les pharmacies et le milieu scolaire étaient les interlocuteurs les plus cités par les professionnels de santé. En effet, ces interlocuteurs sont privilégiés dans la vie d'une femme. Le médecin généraliste est primordial dans la santé de la femme avec une action ciblée dans la prévention. Lors des actions de prévention délivrées en milieu scolaire, la délivrance du carnet de gynécologie aux jeunes filles pourrait permettre d'avoir des informations écrites et accessibles dès le plus jeune âge. Les adolescentes et les jeunes adultes ont souvent recours aux pharmacies notamment pour leur contraception ou la contraception d'urgence entre autres. Un accès par un organisme de santé avec une délivrance gratuite du carnet de gynécologie à travers les interlocuteurs cités pourrait être envisagé pour permettre une distribution élargie du carnet.

Les professionnels de santé n'étaient pas unanimes sur le moment idéal pour délivrer le carnet de gynécologie. Certains professionnels de santé suggéraient de délivrer le carnet dès le plus jeune âge par le médecin généraliste. D'autres émettaient l'hypothèse de profiter de la vaccination contre le papillomavirus pour donner le carnet. Distribuer le carnet lors de la première consultation pour la contraception ou lors de la première consultation de gynécologie était aussi cité lors des entretiens avec les professionnels de santé. Il n'est pas simple de décider de l'occasion optimale pour la

délivrance du carnet de gynécologie : délivrer le carnet dès le plus jeune âge pourrait impliquer une perte ou un oubli du carnet et distribuer le carnet dès la première consultation pour la contraception serait potentiellement tardif pour sensibiliser les jeunes filles sur la prévention notamment sur les infections sexuellement transmissibles.

Lors des entretiens avec les femmes et les professionnels de santé, il a été mentionné qu'il serait intéressant d'intégrer le carnet de suivi de gynécologie en annexe du carnet de santé de l'enfant. Ainsi, le carnet de gynécologie serait distribué aux filles dès la naissance. En élargissant cette suggestion, le carnet de gynécologie pourrait être directement intégré au carnet de santé de l'enfant pour avoir un carnet de santé adapté aux femmes tout au long de leur vie.

#### 5) *Évaluation à distance du carnet de gynécologie*

A distance de la délivrance du carnet de gynécologie en population générale, il serait intéressant d'évaluer dans une étude l'impact et l'utilisation par les femmes et les professionnels de santé de ce nouvel outil. Néanmoins, il faudrait un recul de plusieurs années pour pouvoir étudier le développement du carnet de gynécologie. Des améliorations dans les informations délivrées et une adaptation du carnet à la pratique pourrait émerger de cette étude.

#### 6) *Numérisation de l'outil*

Dans notre étude, l'outil numérique a été évoqué pour évaluer les préférences des femmes et des professionnels de santé sur le format optimal du carnet. Malgré une préférence pour le format papier, le format numérique pourrait être créé sous différentes formes. Les femmes et les professionnels de santé ont évoqué l'hypothèse de créer un site internet avec des codes d'accès à son dossier médical ou encore un carnet de gynécologie sous forme d'une application.

Un dossier médical existe déjà sous format numérique : c'est le Dossier Médical Partagé. Il a été conçu pour permettre à chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie d'avoir accès à un carnet de santé électronique accessible sur internet. Le carnet de

santé électronique conserve les données médicales du patient relatives à l'historique des soins, aux résultats d'examens, aux antécédents médicaux ou encore aux comptes- rendus d'hospitalisations. Le Dossier Médical Partagé a de nombreuses fonctionnalités et peut être ouvert par un professionnel de santé, dans une pharmacie ou encore par un conseiller de l'organisme d'Assurance Maladie d'affiliation (62).

Le Dossier Médical Personnel a été instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie et à l'instauration du parcours de soins. En 2010, une première version du Dossier Médical Personnel a été déployé au niveau national. En 2017, le Dossier Médical Personnel devient le Dossier Médical Partagé. Le Dossier Médical Partagé actuel ne comprend pas de rubriques destinées au suivi gynécologique de la femme (62). Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2021, il n'est plus possible de créer de Dossier Médical Partagé. En cause, la mise en place de « mon espace santé » devant voir le jour début 2022. « Mon Espace Santé » sera une version améliorée du Dossier Médical Partagé permettant de stocker les données médicales des patients. Il y aura possibilité d'inscrire, comme pour le Dossier Médical Partagé, les antécédents médicaux, les ordonnances, les résultats d'examens médicaux, les comptes rendus d'hospitalisations, les vaccinations etc... Une messagerie sécurisée de santé et un agenda de santé seront disponibles pour les patients (63).

Cette évolution du numérique pourrait certainement améliorer le suivi médical des patientes. L'ouverture d'une rubrique sur la santé gynécologique pourrait être intéressante dans cette nouvelle version du Dossier Médical Partagé avec des informations de prévention délivrées aux femmes ainsi qu'une traçabilité des examens gynécologiques. La création du carnet de suivi gynécologique sur un format numérique comme le Dossier Médical Partagé ou sous forme d'une application utilisable par les patientes et les professionnels de santé serait intéressante dans l'avenir.

## CONCLUSION

Ce travail de thèse a permis d'explorer les informations désirées par des femmes et des professionnels de santé sur le suivi gynécologique. L'ensemble des besoins des participants a été analysé pour pouvoir élaborer un carnet de suivi de gynécologie. Le carnet de suivi gynécologique émane des nombreuses failles actuelles dans le suivi de la femme.

Lors de l'étude, un manque d'informations et de connaissances globales des femmes sur le suivi gynécologique a été relevé. Un besoin d'informations sur la prévention semblait nécessaire pour tenter d'améliorer l'implication des femmes dans leur santé gynécologique.

Le carnet de gynécologie a été créé sous format papier. Les différents thèmes de la gynécologie y sont évoqués avec les informations jugées essentielles pour les femmes. Ces informations sont destinées à expliquer aux femmes l'intérêt du suivi gynécologique et ses particularités. Pour chaque thème évoqué, le professionnel de santé pourra y inscrire les différentes informations pertinentes à savoir sur le suivi de chaque femme.

Après la création du carnet vient la distribution du carnet à la population générale. L'objectif après ce travail sera de délivrer le carnet à un maximum de femmes au niveau régional puis national. Une évaluation à distance et à grande échelle pourra permettre d'évaluer l'outil et son utilisation.

L'avenir du numérique est indéniable : l'extension du carnet de suivi gynécologique en format numérique serait une avancée importante pour la santé de la femme.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Garnier M, Delamare J, Delamare F, Gélis-Malville É, Delamare L. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Maloine. Paris : Maloine; 2012. 1054 p.
2. HAS. Evaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immunomarquage p16/Ki67 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese\\_et\\_recommandations\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese_et_recommandations_hpv.pdf)
3. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein - Actualisation du référentiel et pratiques de l'examen périodique de santé. [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
4. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. 2011;7.
5. HAS. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraception\\_prescription-conseil-femmes-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf)
6. Revue Prescrire. Examen gynécologique et pelvien, pas de toucher vaginal en l'absence de symptômes. 2017;37(405):528-9.
7. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 7 mars 2017;317(9):947.
8. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique - Synthèse des résultats. [Internet]. 2008. Disponible sur : [http://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva\\_synthese.pdf](http://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva_synthese.pdf)
9. Dr Allen J, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille. 2002;52.
10. INSEE. Tableaux de l'économie française - Personnels et équipements de santé. [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2019.

- Disponible sur :
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676711?sommaire=3696937#consulter>
11. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. 2013;24(107):114-20.
  12. INSEE. Personnels et équipements de santé – Tableaux de l'économie française [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291>
  13. Guyomard H. État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature. [Thèse]. 2018.
  14. DREES. Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. [Internet]. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795>
  15. Code de la Santé Publique. Les compétences générales des sages-femmes - Partie législative. 2015;
  16. ONDPS. Les sages-femmes : une profession en mutation. 2016;
  17. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2019. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
  18. InCA. Papillomavirus et cancer - État des lieux des connaissances. 2018;
  19. InCA. Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Institut National du Cancer. 2020. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise>
  20. HAS. La HAS recommande de vacciner aussi les garçons contre les papillomavirus [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3135747/fr/la-has-recommande-de-vacciner-aussi-les-garcons-contre-les-papillomavirus)
  21. InCA. Vaccination contre les HPV et cancers - Infections [Internet]. Institut National du Cancer. 2020. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Infections/Vaccination-contre-les-HPV-et-cancers>

22. HCSP. Vaccination contre les infections à Papillomavirus humains [Internet]. Haut Conseil de la Santé Publique. 2014. Disponible sur : [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20140710\\_vachpvdo nneesactualisees.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20140710_vachpvdo nneesactualisees.pdf)
23. Santé Publique France. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge [Internet]. 2021. Disponible sur: [/determinants-de-sante/vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-papillomavirus-humains-hpv-par-groupe-d-age](#)
24. InCA. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. Institut National du Cancer. 2014. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03\\_Plan\\_cancer-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf)
25. CNGOF. La contraception [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2007. Disponible sur : <http://www.fascicules.fr/data/consulter/gynecologie-polycopie-contraception.pdf>
26. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer. Fiche mémo HAS juillet 2019 [Internet]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf) (erreur de logiciel : impossibilité de supprimer la citation)
27. HAS. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
28. HAS. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer. [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e\\_maj\\_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionfadulte-procreer-060215.pdf)
29. CNGOF. Contraception - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2018. Disponible sur : [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF\\_RPC\\_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002)
30. DREES. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans. [Internet]. Direction de la

Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un>

31. CNGOF. L'interruption volontaire de grossesse - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>

32. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN.Pilly. Alinéa Plus. Vol. 27. Paris; 2019. 320 p.

33. Santé Publique France. Infections sexuellement transmissibles (IST) : Préservatifs et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/infections-sexuellement-transmissibles-ist-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>

34. Santé Publique France. Surveillance du VIH et des IST bactériennes [Internet]. 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2020>

35. Revue Exercer. Évaluation des connaissances des patients sur les infections sexuellement transmissibles en médecine générale. 2017;130:60-7.

36. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2007. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)

37. INSERM. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 [Internet]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2016. Disponible sur : [http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)

38. CNGOF. La ménopause et après [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2020. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/menopause>

39. Santé Publique France. Cancer du sein [Internet]. 2020. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>

40. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein - Actualisation du référentiel et pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
41. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005 [Internet]. 2020. Disponible sur : </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>
42. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2021. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
43. INSEE. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2021 [Internet]. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. 2021. Disponible sur : [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD\\_021\\_tab1\\_departements](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements)
44. Ordre des Sages-Femmes. Journée mondiale de la contraception [Internet]. 2017. Disponible sur : [https://ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier\\_contraception.pdf](https://ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf)
45. Bouteille D. La prévention du cancer du col de l'utérus vue par les médecins généralistes : motivations et freins vis-à-vis de la vaccination anti-papillomavirus et du dépistage par frottis cervico-utérin, perspectives d'amélioration [Thèse]. 2016.
46. ANRS. Typologie impliquant la personne humaine [Internet]. Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales. 2017. Disponible sur : [https://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie\\_recherche.pdf](https://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie_recherche.pdf)
47. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19:4.
48. Corre Labat M. Connaissances et méconnaissances du corps des femmes par les femmes [Mémoire de maïeutique]. 2012.
49. INSERM. Endométriose : une maladie gynécologique fréquente mais encore mal connue [Internet]. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2018. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/endometriose/>
50. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA [Mémoire de maïeutique]. 2019.

51. Le Guennec M. Évaluation des connaissances des patientes de consultation de gynécologie au CHRU de Brest concernant le frottis cervico-utérin et le papillomavirus par auto-questionnaire [Thèse]. 2017.
52. Verrier F, Gautier A, Quelet S, Bonmarin I, et le groupe Baromètre de Santé Publique France 2016. Infections à papillomavirus humain : influence des perceptions de la maladie et du vaccin sur le statut vaccinal. 2019;Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(22-23):450-6.
53. Lei J, Ploner A, Elfström KM, Wang J, Roth A. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. 2020.
54. ANSM. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. 2021. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/actualites/vaccination-contre-les-infections-a-hpv-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-cnamts-ansm-rassurante-1>
55. Tison M. État des connaissances des adolescentes à propos des infections sexuellement transmissibles : transmission, symptomatologie, diagnostic, traitement et prévention [Thèse]. 2020.
56. Quélin M. Évaluation des connaissances en contraception de femmes en processus d'Interruption Volontaire de Grossesse [Mémoire de maïeutique]. 2014.
57. Jamin C, Lachowsky M. Place des troubles de la persistance contraceptive dans les situations à risque de grossesse, utilisation subséquente de la contraception d'urgence. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2015;
58. Garson S. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus [Thèse]. 2014.
59. Ameli. Ma maternité - Je prépare l'arrivée de mon enfant [Internet]. 2019. Disponible sur : [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide\\_ma\\_maternite\\_-\\_2019\\_-\\_cnam\\_1.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam_1.pdf)
60. Bajos N, Moreau C, Prioux F. Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age. 2013;
61. Chanzy C. Évaluation de la pratique de l'autopalpation des seins auprès des femmes du bassin annécien [Mémoire de maïeutique]. 2017.
62. Vie Publique. Dossier médical partagé : une mise en œuvre sur deux décennies

[Internet]. Vie publique.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18471-dossier-medical-partage-dmp-une-mise-en-oeuvre-sur-deux-decennies>

63. Ministère des Solidarités et de la Santé. Mon Espace Santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/mon-espace-sante/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé à destination des patientes

### ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ A DESTINATION DES PATIENTES

1. Signer le formulaire de consentement
2. Age
3. Lieu d'habitation
4. Profession/niveau d'étude

#### Présentation de la thèse :

Il s'agit d'une thèse d'exercice de médecine générale. L'objectif de ce travail de recherche est l'élaboration d'un carnet de suivi de gynécologie. Je vais mener une étude auprès de patientes et de médecins pour m'aider dans la conception de cet outil. Des entretiens individuels semi-dirigés se dérouleront dans le but de recueillir les différentes attentes des patientes pour créer un carnet adapté aux femmes. Je vous poserai différentes questions où votre avis sera nécessaire pour chacune d'entre elles.

Ces entretiens se dérouleront dans l'anonymat et en toute confidentialité. Les entretiens seront enregistrés avec un dictaphone. Lors de la retranscription, les noms et les prénoms seront remplacés par des lettres.

#### Généralités

1. Avez- vous un suivi gynécologique ?
  - Si oui, par quel professionnel de santé ?
    - Pourquoi avoir choisi tel professionnel de santé ?
  - Si non, quelles sont les raisons de votre absence de suivi gynécologique ?
2. A quel âge avez-vous débuté votre suivi gynécologique ?
3. Pour quelle raison avez-vous débuté votre suivi gynécologique à cet âge ?
4. Quel est l'intervalle de temps entre deux consultations pour votre suivi gynécologique ?
5. Êtes-vous à jour de vos examens de dépistages gynécologiques ?
6. Quelles sont vos connaissances sur le frottis cervico-utérin ?
7. Quelles sont vos connaissances sur le dépistage du cancer du sein par la mammographie ?

8. Pensez-vous être informée de l'utilité du suivi gynécologique ?
9. Quelles sont les raisons de votre motivation à participer à ce travail de recherche ?

### **Carnet de suivi gynécologique**

1. Si un carnet de suivi gynécologique existait, quelles informations souhaiteriez-vous voir apparaître ?
2. Quelles sont les informations pertinentes à intégrer dans le carnet sur la contraception ?
  - Que pensez-vous de l'idée d'avoir des rappels sur les différentes formes de contraceptions existantes ?
  - Que pensez-vous de l'idée d'avoir les avantages et les inconvénients de chaque contraception ?
3. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur le frottis cervico-utérin ?
  - Que pensez-vous de l'idée de réaliser des rappels sur le frottis cervico-utérin dans ce carnet ?
  - Que pensez-vous de l'idée de noter dans ce carnet la date de votre dernier frottis et la date à laquelle il doit être renouvelé ?
4. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur les infections sexuellement transmissibles ?
  - Avez-vous eu des informations sur les infections sexuellement transmissibles ?
5. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur le cycle menstruel ?
  - Que pensez-vous de l'idée d'apporter des rappels anatomiques ou des rappels sur la physiologie du cycle menstruel dans ce carnet ?
  - Pensez-vous que ces rappels pourraient être utiles aux jeunes filles ?
6. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur le déroulement de la grossesse ?
7. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur la ménopause ?
8. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur le dépistage du cancer du sein par la mammographie ?
9. Quelles sont les informations à intégrer dans le carnet sur la vaccination contre le papillomavirus ?
  - Que pensez-vous de l'idée que cette vaccination apparaisse dans ce carnet ?
10. Existe-il d'autres thèmes de la gynécologie pour vous voudriez aborder dans ce carnet et semblant pertinents ?

11. Sous quel format souhaiteriez-vous votre carnet ?

Format papier ?

- Quels intérêts trouvez-vous au format papier d'un carnet de suivi ?
- Quels inconvénients trouvez-vous au format papier d'un carnet de suivi ?

Format numérique ?

- Pensez-vous que le format numérique aura plus d'impact chez les femmes ?
- Pensez-vous que le format numérique serait plus efficace pour le suivi à long terme ?

#### **Intérêts et inconvénients du carnet**

1. Pensez-vous que ce carnet aura une utilité pour votre suivi gynécologique ?
2. Si vous disposez de ce carnet, allez-vous l'utiliser et le présenter lors de vos consultations de suivi gynécologique ?

#### **Avenir du carnet de suivi**

1. Pensez-vous que ce carnet de suivi gynécologique pourrait-être utile sur du long terme pour les femmes ?
2. Pensez-vous que le carnet de gynécologie pourra améliorer l'assiduité du suivi des femmes ?
3. Avez-vous d'autres conseils pour l'élaboration du carnet de suivi ?

## **Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé à destination des professionnels de santé**

### **ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ A DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

5. Signer le formulaire de consentement
6. Age
7. Spécialité médicale
8. Lieu d'exercice

#### **Présentation de la thèse :**

Il s'agit d'une thèse d'exercice de médecine générale. L'objectif de ce travail de recherche est l'élaboration d'un carnet de suivi de gynécologie permettant l'optimisation de la prise en charge des femmes en médecine générale. Je vais mener une étude auprès de patientes et de médecins pour m'aider dans la conception de cet outil. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés dans le but de recueillir les différentes attentes des patientes vis-à-vis de carnet. Des entretiens semi-dirigés avec des médecins orientés vers la gynécologie me paraît indispensable pour réaliser un carnet de gynécologie pratique et adapté à la prise en charge des femmes.

#### **Carnet de suivi gynécologique :**

1. Si un carnet de suivi gynécologique existait, quelles informations voudriez-vous voir apparaître ?
2. Quelles sont les informations que nous devons délivrer sur la contraception ?
  - Que pensez-vous de l'idée d'avoir des rappels sur les différentes formes de contraceptions existantes ?
  - Que pensez-vous de l'idée d'informer les femmes sur les avantages et les inconvénients de chaque contraception ?
3. Quelles sont les informations importantes à délivrer sur le frottis cervico-utérin pour les patientes ?
  - Que pensez-vous de l'idée de réaliser des rappels sur le frottis cervico-utérin dans ce carnet ?
  - Devons-nous détailler la méthode de réalisation d'un frottis cervico-utérin ?
  - Que pensez-vous de l'idée de noter dans ce carnet la date du dernier frottis pour chaque femme et la date à laquelle il doit être renouvelé ?

4. Quelles sont les informations à apporter aux femmes sur les infections sexuellement transmissibles ?
5. Serait-il utile de délivrer des informations sur le cycle menstruel ?  
Si oui :
  - Pensez-vous que ces rappels pourraient être utiles aux jeunes femmes ?
6. Devrions-nous apporter des rappels anatomiques dans ce carnet ?
7. Des informations sur la grossesse seraient utiles dans le carnet ?
8. Quelles sont les informations que nous devons délivrer aux femmes sur la ménopause ?
  - Que pensez-vous de l'idée de mettre des informations sur les symptômes de la ménopause et les symptômes devant faire consulter ?
  - Devons-nous délivrer des informations sur les traitements hormonaux substitutifs dans ce carnet ?
9. Quelles sont les rappels essentiels que nous devons délivrer sur le dépistage du cancer du sein dans ce carnet ?
  - Devons-nous détailler la réalisation d'une mammographie ?
10. La vaccination contre le papillomavirus doit-elle apparaître dans ce carnet de suivi gynécologique ?
  - Quelles sont les informations indispensables à délivrer sur le sujet ?
11. Des informations sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) seraient utiles pour les femmes ?  
Si oui :
  - Quelles sont les informations indispensables à transmettre aux patientes ?
12. Des informations sur l'endométriose doivent-elles apparaître dans le carnet ?  
Si oui :
  - Quelles sont les informations à délivrer aux femmes ?
  - Doit-on parler des traitements possibles de l'endométriose ?
13. Existont-ils d'autres thèmes de la gynécologie pour vous voudriez aborder dans ce carnet et semblant pertinents ?
14. Quel format serait adapté pour ce carnet ?
  - Format papier ?
    - Quels intérêts trouvez-vous au format papier d'un carnet de suivi ?
    - Quels inconvénients trouvez-vous au format papier d'un carnet de suivi ?
  - Format numérique ?
    - Pensez-vous que le format numérique aura plus d'impact chez les femmes ?
    - Pensez-vous que le format numérique serait plus efficace pour le suivi à long terme ?

### **Avenir du carnet de suivi**

15. Pensez-vous que ce carnet de suivi gynécologique pourrait-être utile sur du long terme pour les femmes ?
16. Pensez-vous que le carnet de gynécologie pourra améliorer l'assiduité du suivi des femmes ?
17. Comment et quand doit-on délivrer ce carnet aux femmes ?
18. Avez-vous d'autres conseils pour l'élaboration du carnet de gynécologie ?

## Annexe 3 : Fiche de consentement patientes/professionnels de santé



Déléguée à la protection  
des données

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### **Consentement au traitement de données personnelles**

Je, soussigné(e) ..... consens au traitement de mes données à caractère personnel par Alice LE BELLER, pour la réalisation d'une étude portant sur l'élaboration d'un carnet de suivi de gynécologie et entrant dans le cadre de sa formation en DES de Médecine Générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

### **Consentement à l'enregistrement audio et/ou vidéo**

J'autorise Alice LE BELLER à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

**Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse**

**Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien**

Fait à :

Le :

Signature :

[www.univ-rouen.fr](http://www.univ-rouen.fr)

Université de Rouen Normandie – 1 rue Thomas Becket – 76821 MONT SAINT AIGNAN Cedex

# RESUME

**Introduction :** Le suivi gynécologique de la femme comprend plusieurs problématiques actuelles notamment une couverture inégale du suivi de prévention malgré des moyens de communication mis en œuvre. L'objectif principal de ce travail est l'identification des informations pertinentes devant apparaître dans un carnet de santé de suivi gynécologique. L'objectif secondaire est de formaliser la création de ce carnet sur un support papier ou numérique.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de patientes et de professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes) en Seine-Maritime et dans l'Eure.

**Résultats :** Quinze entretiens semi-dirigés avec des patientes et douze entretiens semi-dirigés avec des professionnels de santé ont été réalisés de novembre 2020 à avril 2021. Le suivi gynécologique semble peu compris par les femmes avec un manque d'information global sur les différents thèmes de la gynécologie intégrés au suivi. La communication sur la santé gynécologique semble être un tabou et être difficile pour les femmes. Il convient de sensibiliser les femmes sur leur suivi gynécologique avec l'apport d'informations de prévention sur les différents thèmes de la gynécologie (vaccination contre le papillomavirus, les infections sexuellement transmissibles, l'anatomie et le cycle menstruel, la contraception, le dépistage du cancer du col de l'utérus, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, le dépistage du cancer du sein et la ménopause). Le carnet a été élaboré à partir des résultats de l'étude avec le choix d'un format papier.

**Conclusion :** Le carnet de suivi de gynécologie est l'aboutissement de cette thèse. C'est un outil développé sous format papier émanant des différents besoins en gynécologie des patientes et des professionnels de santé interrogés lors de cette étude.

**Mots clés :** gynécologie, soins primaires, médecine préventive, dossiers médicaux, acceptation des soins par les patients.

**Keys words :** gynecology, primary health care, preventive medicine, medical records, patient acceptance of health care.