



HAL
open science

Évaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative

Anais Mondon, Leslie Pointet

► To cite this version:

Anais Mondon, Leslie Pointet. Évaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03544181

HAL Id: dumas-03544181

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03544181>

Submitted on 26 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.

Année : 2022

**ÉVALUATION DU RESENTI DES INTERNES MASCULINS DE
MÉDECINE GÉNÉRALE SUR LEURS PRATIQUES EN
GYNÉCOLOGIE AU COURS DE LEUR INTERNAT DANS LA
SUBDIVISION DE GRENOBLE : ÉTUDE QUALITATIVE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par : Anaïs MONDON et Leslie POINTET
[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 25/01/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrick IMBERT

Membres :

Mme le Dr Marion CHAUVET

Mme le Dr Nadège LALLÉ (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Héléne	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrien	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDoux Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
 PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
 PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
 MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur IMBERT Patrick,

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Recevez ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Madame la Docteur CHAUVET Marion,

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi nos juges. Veuillez trouver ici le témoignage de nos remerciements sincères.

À notre directrice de thèse,

Madame la Docteur LALLE Nadège,

Merci de nous avoir fait confiance et de nous avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Merci pour ton encadrement, ta patience, tes conseils, tes relectures et ton soutien indéniable lors de ce travail. Merci pour tout !

Aux internes ayant accepté de participer aux entretiens,

Merci de vous être portés volontaires, ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans vous !

Remerciements d'Anaïs

A tous ceux qui ont participé à ma formation médicale : maîtres de stage, équipes paramédicales, co-internes...Et qui ont accru ma passion pour la médecine générale.

A Leslie, sans qui cette thèse n'aurait jamais pu se faire.

A mes parents, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon rêve et à votre soutien indéfectible durant toutes ces années.

A mon petit frère, Aurélien, pour m'avoir encouragée et soutenue avec de bons moments de rires.

A mon copain, Axel, pour m'avoir supportée au quotidien, y compris dans les moments de tension et m'avoir sans cesse encouragée.

A toute ma famille pour votre présence et votre soutien depuis de nombreuses années.

Et à l'ensemble de mes amis.

Remerciements de Leslie

A mes parents, pour votre confiance en moi, vos encouragements permanents, votre soutien sans faille... Je vous remercie infiniment.

A mon frère John, pour ta présence et ta bienveillance, ton aide, et tous ces moments partagés ensemble (et tes compétences en anglais accessoirement).

A ma famille, en particulier mes grands-parents, merci pour votre soutien dans ces études qui n'en finissaient pas et ces nombreuses parties de belotte...

A mon chéri Damien, merci d'être là, de m'avoir soutenue et remotivée quand il le fallait, dans ce parcours comme au quotidien. Merci d'être toi tout simplement !

A ma belle-famille, merci de m'avoir épaulée et encouragée.

A mes amis, pour tous ces bons moments passés ensemble et les autres à venir.

A Anaïs, sans qui cette thèse n'aurait pas été possible, merci d'avoir partagé ce travail avec moi, avec son lot de galères et de joies.

A mes maîtres de stage (équipe médicale du SAU CHUGA, équipe médicale de pédiatrie à Voiron, équipe médicale de médecine polyvalente à La Mure, Dr Fagot, Dr Marty, Dr Lambert...), grâce à vous, ma passion pour la médecine s'est accrue, merci de m'en avoir fait découvrir les aspects pratiques, et pour l'accueil que vous m'avez réservé.

Aux équipes paramédicales (SAU CHUGA, service pédiatrique de Voiron, HAD du CHUGA, service de médecine polyvalente de La Mure...), merci pour votre encadrement, votre bienveillance, et tous ces bons moments. Car nous avons beaucoup à apprendre de vous en tant qu'interne ! Pensée particulière pour Emeline.

Merci à tous mes co-internes d'avoir contribué à ce long apprentissage, et pour m'avoir apporté tant de bons moments durant ces années.

A tous ceux qui ont croisé ma route, et m'ont fait découvrir et aimer la médecine.

GLOSSAIRE

β-HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CV : Curriculum Vitae

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Dispositif Intra-Utérin

D.I.U : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence-Based Medicine

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

HPV : Human PapillomaVirus

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NFS : Numération Formule Sanguine

PH : Praticien Hospitalier

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SDRA : Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë

UPL : Unité Pédagogique Locale

WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	12
2. MATERIEL ET METHODE.....	14
2.1 Conception de l'étude.....	14
2.1.1 Cadre théorique	
2.1.2 Equipe de recherche	
2.1.3 Sélection des participants	
2.1.4 Contexte	
2.1.5 Recueil des données	
2.1.6 Ethique et confidentialité	
2.2 Analyse des résultats.....	18
3. RESULTATS.....	19
3.1 Déroulement des entretiens.....	19
3.1.1 Inclusion des participants	
3.1.2 Durée des entretiens	
3.1.3 Saturation	
3.2 Caractéristiques des participants.....	20
3.3 Analyse des entretiens.....	22
3.3.1 Déroulement des consultations de gynécologie	
3.3.1.1 Lieux des consultations	
3.3.1.2 L'interrogatoire des patientes	
3.3.1.3 Motifs de consultation	
3.3.1.4 Gestes réalisés	
3.3.2 Formations théorique et pratique	
3.3.2.1 Séniorisation et influence du MSU	
3.3.2.2 Formation universitaire	
3.3.3 La relation interne-patiente	
3.3.3.1 Le ressenti des patientes	
3.3.3.2 Motifs d'exclusion des internes de consultation	
3.3.3.3 Communication médecin-patiente	
3.3.4 Le ressenti général des internes	
3.3.4.1 La gynécologie : une mission du médecin généraliste	
3.3.4.2 Ressenti mitigé des internes sur le déroulement des consultations	
3.3.4.3 Intérêt partagé des internes pour la gynécologie	
3.3.4.4 Ressenti mitigé des internes sur leur niveau de formation	
3.3.4.5 La relation interne-patiente du point de vue des internes	
3.3.4.6 Un sentiment de progression	
3.3.5 Les limites de la formation	
3.3.5.1 Les obstacles	
3.3.5.2 L'influence des terrains de stage	
3.3.6 Améliorations possibles et projets post-internat	
3.3.6.1 Pratique future	
3.3.6.2 Amélioration de la formation	

4. DISCUSSION.....	39
4.1 Synthèse des résultats.....	39
4.2 Interprétation des résultats.....	40
4.2.1 Défaut de formation des internes	
4.2.2 Influence des MSU	
4.2.3 Difficultés d'accès aux consultations de gynécologie pour les internes	
4.2.4 Exclusion des internes des consultations gynécologiques	
4.2.5 Mission du médecin généraliste	
4.2.6 Relation centrale médecin-patient	
4.3 Choix de la méthode.....	50
4.4 Forces et limites de l'étude.....	51
4.4.1 Forces de l'étude	
4.4.2 Limites de l'étude	
4.5 Validité externe et généralisation.....	53
4.6 Perspectives d'évolution.....	54
5. CONCLUSION.....	57
6. BIBLIOGRAPHIE.....	58
7. ANNEXES.....	67
Annexe 1 : Email de recrutement des internes.....	67
Annexe 2 : Guide d'entretien.....	68
Annexe 3 : Recueil de consentement des participants avec la fiche d'information aux participants.....	69
Annexe 4 : Corpus des entretiens.....	73
Annexe 5 : Arbres de codage.....	139

1. INTRODUCTION

La World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, WONCA, a défini en 2002, la médecine générale comme une « spécialité clinique orientée vers les soins primaires » [1]. Actuellement, le médecin généraliste est considéré comme le spécialiste des soins de premier recours, en assurant pour les patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé [2]. Il possède donc un champ d'action large et pluridisciplinaire.

En tant que médecin de premier recours, le médecin généraliste tient une place légitime dans le suivi gynécologique des patientes. Les conseils en contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause sont des prises en charge fréquentes des généralistes [3]. Les consultations de médecine générale sont d'ailleurs pour cela davantage accessibles que celles des gynécologues [4]. En effet, la projection de la démographie médicale en 2030 montre que la densité des médecins généralistes atteindrait le point le plus bas en 2022 à -13,5 % et celle des spécialistes à -17,8 % [5]. Cela nous laisse à penser que la place de la gynécologie dans l'exercice du généraliste va devenir de plus en plus importante. Les connaissances en gynécologie des généralistes doivent donc tenir compte de ses évolutions et s'enrichir [3].

De plus, la profession de médecin généraliste se féminise. Ainsi, entre 2010 et 2018, une augmentation de 9 % est constatée [6]. Dans ce contexte, les praticiennes en médecine générale effectuent davantage de consultations de gynécologie [7,8] mais elles sont moins disponibles que leurs confrères masculins [9]. Par conséquent,

la place des médecins généralistes masculins reste primordiale dans le suivi gynécologique des femmes [10]. Malheureusement, les internes masculins de médecine générale semblent moins intéressés et surtout moins à l'aise vis-à-vis de l'examen gynécologique. Leur accès à la formation et aux stages dédiés reste primordial [11]. Dans ce contexte, quel est le devenir de la pratique gynécologique par les médecins généralistes de genre masculin ?

L'objectif de ce travail est d'analyser le ressenti des internes masculins de médecine générale face à leurs réticences et leurs appréhensions à la pratique gynécologique au cours de l'internat afin de mieux cerner les obstacles à leur pratique future.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Conception de l'étude

2.1.1 Cadre théorique

La méthode qualitative est souvent citée en opposition à la méthode quantitative. En réalité, elles sont surtout complémentaires. La recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales. Elle se fonde sur l'écoute et l'observation des personnes interrogées. Elle permet une interprétation objective de données subjectives et donne la possibilité de voir surgir de nouvelles opinions. Elle s'inscrit dans une démarche inductive. Ce type de recherche est très utilisé en sociologie et se développe également en médecine générale [12].

Pour cette étude, une analyse thématique de contenu dans une approche phénoménologique a été réalisée [13, 14]. La méthodologie est conforme à la grille COREQ [15, 16].

2.1.2 Équipe de recherche

L'équipe de recherche se compose de deux investigatrices : un médecin remplaçant non thésé en DES de médecine générale (thésarde) et une interne de 5^{ième} semestre en DES de médecine générale.

Pour ce travail de thèse, les deux investigatrices se sont formées à la recherche qualitative au cours de plusieurs séminaires animés par les enseignants du DMG et en faisant de la bibliographie sur le sujet. Elles déclaraient n'avoir aucun lien avec les participants avant le commencement de l'étude.

2.1.3 Sélection des participants

Ont été inclus les internes de sexe masculin en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre du DES de médecine générale, rattachés à la faculté de Grenoble. Les critères d'exclusion étaient le refus de participation à notre étude, l'indisponibilité du participant, et la non maîtrise de la langue française.

L'échantillonnage dirigé a été choisi afin de sélectionner les personnes permettant une analyse approfondie des questions relatives au but de l'étude [17]. Afin de constituer l'échantillon, un e-mail (Annexe 1) a été envoyé à la gestionnaire des internes de la faculté de médecine de Grenoble en décembre 2020. Cet e-mail a été diffusé avec les coordonnées e-mail et téléphone des investigatrices, aux internes concernés. Des informations complémentaires pouvaient être apportées aux internes à leur demande. Puis, une fois leur participation soumise aux responsables, une date d'entretien était fixée selon leurs disponibilités.

La programmation des entretiens s'est faite au fur et à mesure de l'avancement de l'étude. Un second e-mail de relance a été émis début février 2021. Le recrutement a eu lieu de décembre 2020 à mars 2021 auprès des internes rattachés à la faculté de médecine de Grenoble.

Le nombre d'entretien n'a pas été déterminé à l'avance. En effet, le principe de saturation des données a été appliqué. La saturation d'idées a été obtenue lorsque l'analyse des entretiens ne révélait plus de nouvelle information utile pour la compréhension du sujet. Ce seuil de saturation d'idées a été décidé de façon collégiale.

2.1.4 Contexte

Le lieu de la collecte des données a été choisi par l'interne interrogé. Un lieu confortable et surtout calme était privilégié, afin de ne pas être interrompu lors de l'entretien. Lors de ces entretiens, seulement le participant et le chercheur étaient présents. Aucun non-participant n'était admis.

Les critères caractérisant l'échantillon étaient :

- Âge
- Semestre en cours
- Stage en cours
- Stages effectués pendant l'internat
- Région de formation durant l'externat
- Stage en gynécologie durant l'externat
- Stage en gynécologie durant l'internat
- Si oui, stage de gynécologie ambulatoire ou hospitalière
- Si oui, stage couplé gynéco-pédiatrie ou stage de gynécologie seul

2.1.5 Recueil des données

Dans le cadre de la méthode qualitative, les entretiens individuels semi-dirigés semblaient plus adaptés pour favoriser la libre expression des internes tant sur le plan verbal que sur le plan non-verbal. Les entretiens ont été effectués par l'équipe de recherche, ils n'ont pas été répétés.

Le guide d'entretien (Annexe 2) avait été établi au préalable et longuement retravaillé par l'équipe de recherche. Des questions de relance étaient prévues pour enrichir les réponses et au besoin recentrer l'entretien. Ce guide a été testé sur 3 personnes. Aucune modification n'a été apportée par la suite, les questions étant

compréhensibles et l'entretien suffisamment dynamique. Chaque entretien a été réalisé avec cette trame de questions communes.

Le recueil des données a eu lieu de janvier 2021 à avril 2021. Les entretiens ont été enregistrés vocalement sur dictaphone (smartphones), et retranscrits manuellement dans un second temps sur ordinateur grâce au logiciel Microsoft Word®. De plus, une prise de note a été effectuée lors de chaque entretien à l'aide d'un cahier de terrain. Les données non-verbales (gestes, mimiques, silences...) ont été retranscrites entre parenthèses et en italique au sein des verbatims. Le consentement écrit des participants associé à une lettre d'information (Annexe 3) a été recueilli avant chaque entretien en leur notifiant la pseudonymisation des données [18].

La retranscription de chaque entretien a été faite par l'investigatrice ayant interrogé l'interne. La pseudonymisation a été effectuée au moment de la retranscription en utilisant l'alphabet (interne A, interne B ...). Les retranscriptions pouvaient être retournées aux participants sur demande. Le corpus des entretiens a été inclus en annexe (Annexe 4).

2.1.6 Éthique et confidentialité

Cette étude a fait l'objet au préalable d'une déclaration auprès de la CNIL. Un avis favorable a été obtenu.

2.2 Analyse des résultats

Une analyse qualitative thématique [19] a été réalisée par les deux investigatrices ainsi que la directrice de thèse pour chaque entretien séparément, puis mise en confrontation pour assurer une triangulation analytique des données. Cette approche est justifiée par l'objectif d'exploration de l'expérience et du vécu des internes en ce qui concerne leur formation en gynécologie. Lors d'une première lecture, la totalité des verbatims a bénéficié d'un codage selon une procédure ouverte et inductive; les sous-ensembles ont été repérés dans le texte et correspondaient à des idées de base. Ensuite, ses sous-catégories sont comparées et regroupées en dimensions plus globales, appelées « catégories ». Ceci s'appelle le codage axial formant l'arbre de codage (Annexe 5). La classification catégorielle est homogène, exhaustive, exclusive, objective et pertinente. Les catégories ont ensuite été ordonnées selon leurs relations logiques pour aboutir à la construction d'une théorie donnant un sens au phénomène. Notre unité de codage est l'unité d'analyse sémantique qui choisit de s'intéresser seulement aux passages qui ont une signification des « idées clés ». Le traitement des données qualitatives a été fait de façon sémantique, selon la démarche de l'analyse de contenu. Le codage a été fait manuellement, aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé. Aucun participant n'a exprimé de retour sur les résultats.

3. RESULTATS

3.1 Déroulement des entretiens

3.1.1 Inclusion des participants

La période de réalisation des entretiens s'est déroulée de janvier 2021 à avril 2021. Sur 43 internes contactés, 15 ont répondu positivement, soit un taux de 35 % sans perdu de vue (Figure 1).

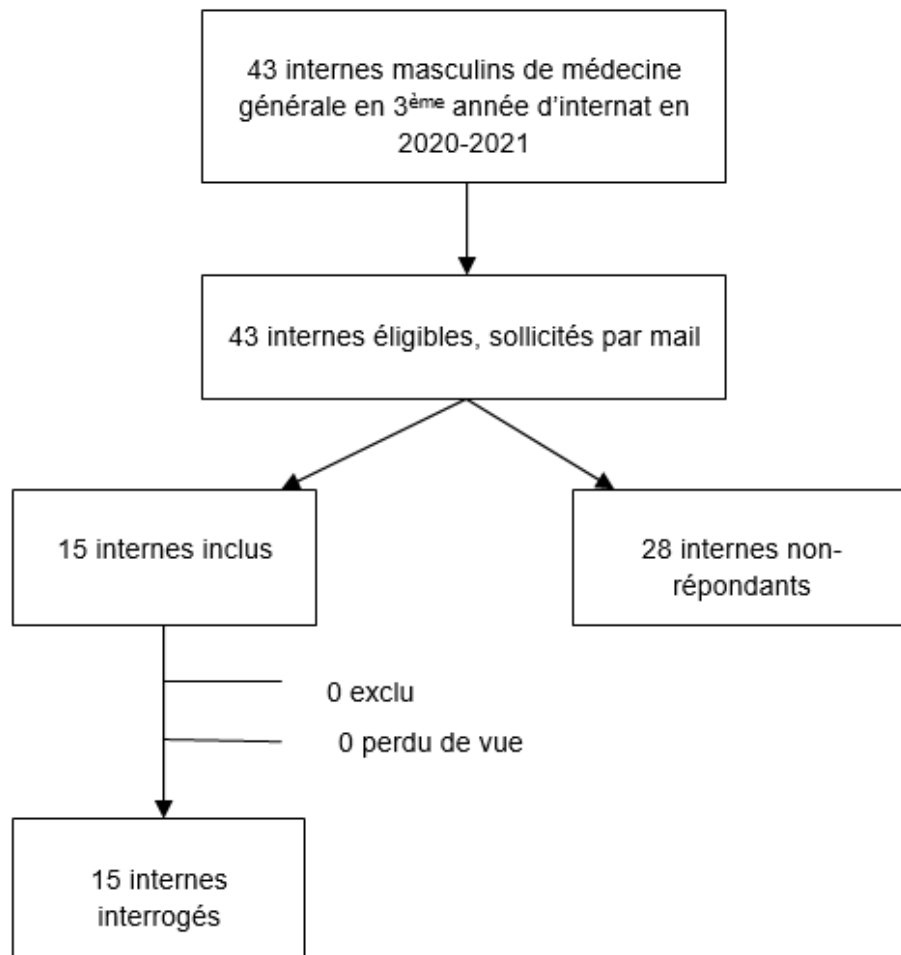


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1.2 Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de 29 minutes (Tableau 1).

3.1.3 Saturation

La saturation des idées a été atteinte à partir de 10 entretiens, et confirmée par 5 entretiens.

3.2 Caractéristiques des participants

La population était relativement homogène en termes d'âge et de niveau d'étude. La plupart des internes avaient effectué un stage en gynécologie durant leur internat (12/15), hospitalier ou mixte (9/15). 3 internes, n'ayant pas effectué de stage de gynécologie pendant leur internat, en ont effectué un pendant l'externat (Tableau 1).

Nom	Âge	Semestre en cours	Stage actuel ¹	Région de la faculté d'origine durant l'externat	Stage en gynécologie durant l'externat	Stage en gynécologie durant l'internat	Si oui, stage hospitalier ou ambulatoire ou mixte ? ²	Si oui, stage couplé ou non ? ³	Durée des entretiens
Interne A	26 ans	5 ^{ème}	Stage libre	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Oui	Hospitalier	Couplé	26 min
Interne B	26 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Non	Oui	Hospitalier	Couplé	25 min
Interne C	28 ans	5 ^{ème}	Mère	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Oui	Mixte	Non couplé	24 min
Interne D	29 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Non	/	/	23 min
Interne E	29 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Oui	Hospitalier	Couplé	29 min
Interne F	26 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	Oui	Mixte	Couplé	27 min
Interne G	26 ans	5 ^{ème}	Mère	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	Oui	Mixte	Couplé	29 min
Interne H	29 ans	6 ^{ème}	SASPAS	Bretagne	Oui	Non	/	/	34 min
Interne I	26 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Auvergne-Rhône-Alpes	Oui	Oui	Ambulatoire	Couplé	28 min
Interne J	27 ans	5 ^{ème}	Stage libre	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Non	Oui	Ambulatoire	Couplé	29 min
Interne K	27 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Hauts-de-France	Oui	Non	/	/	29 min
Interne L	27 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Auvergne-Rhône-Alpes	Non	Oui	Mixte	Couplé	39min
Interne M	27 ans	5 ^{ème}	Stage libre	Bourgogne-Franche-Comté	Non	Oui	Hospitalier	Couplé	33 min
Interne N	26 ans	5 ^{ème}	SASPAS	Hauts-de-France	Oui	Oui	Hospitalier	Couplé	31 min
Interne O	27 ans	5 ^{ème}	Stage libre	Hauts-de-France	Non	Oui	Ambulatoire	Couplé	31 min

Tableau 1 : Caractéristiques des internes interrogés.¹ Stage libre : stage dans un lieu agréé au titre d'une spécialité différente de la spécialité que celle que l'interne poursuit. UPL (Unité Pédagogique Locale) : stage de premier niveau, dans un cabinet de médecine générale de ville. SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) : stage de deuxième niveau, au sein d'un cabinet de médecine générale de ville. Stage mère : stage validant la gynécologie se déroulant en ambulatoire, en hospitalier ou les deux. ² Stage hospitalier : uniquement au sein d'un service hospitalier, stage ambulatoire : uniquement dans des cabinets de ville de médecine générale ou de gynécologie, stage mixte : stage se déroulant en partie en ville et en partie au sein d'une structure hospitalière.

³Stage couplé : stage composé à la fois de gynécologie et de pédiatrie. Stage non couplé : stage composé uniquement de gynécologie sans part de pédiatrie.

3.3 Analyse des entretiens

3.3.1 Déroulement des consultations de gynécologie

3.3.1.1 Lieux des consultations

Tous les internes interrogés ont au moins assisté ou réalisé une consultation de gynécologie au cours de leur internat. 3 internes sur les 15 interrogés, n'ayant pas réalisé de stage de gynécologie, ont participé à une consultation lors de leur externat, ou de leur stage d'UPL ou durant leur SASPAS (Tableau 2).

Nom	Externat	Ambulatoire				Hospitalier		Planning familial
		UPL	SASPAS	Stage gynécologie	Stage libre	Stage libre	Stage gynécologie	
Interne A	/	Oui	/	/	/	Oui	Oui	Oui
Interne B	/	Oui	/	/	/	/	Oui	Oui
Interne C	/	/	/	Oui	/	/	Oui	Oui
Interne D	/	Oui	Oui	/	/	/	/	/
Interne E	Oui	/	/	/	/	/	Oui	/
Interne F	/	/	/	Oui	/	/	Oui	Oui
Interne G	/	/	/	Oui	Oui	/	Oui (orthogénie)	/
Interne H	Oui	Oui	/	/	/	/	/	Oui
Interne I	Oui	/	/	Oui	/	/	/	/
Interne J	/	Oui	/	Oui	/	/	/	/
Interne K	Oui	Oui	/	/	/	/	/	/
Interne L	/	Oui	/	Oui	/	/	Oui	/
Interne M	/	Oui	/	/	/	/	Oui	/
Interne N	/	Oui	/	/	/	/	Oui	/
Interne O	/	Oui	/	Oui	/	/	/	Oui

Tableau 2 : Lieux des consultations de gynécologie durant le cursus des internes

3.3.1.2 L'interrogatoire des patientes

13 internes sur 15 ont commencé leurs consultations de gynécologie par un interrogatoire. Il était axé sur le suivi des antécédents et de la prévention (mammographies et frottis) pour 3 d'entre eux. 4 autres internes réalisaient leur interrogatoire de manière routinière: « assez systématiques » (EA I2), « les mêmes questions » (EF I2) ou encore « codifié » (EF I2) et de façon « classique » (EK I2).

3.3.1.3 Motifs de consultation

13 internes recevaient des patientes pour leur suivi, et abordaient plus précisément la prévention ou encore les dépistages (frottis, palpation mammaire, la prévention des MST). 7 internes ont pratiqué des consultations pour des suivis de grossesse et 3 internes ont même assisté à des consultations spécifiques pour des IVG (EA I5), (EL I1), (EO I4). Tous les internes ont déjà eu à faire à des motifs de consultation autour de la contraception, peu importe le type de contraception. 5 internes ont expliqué avoir été confrontés à des consultations pour des pathologies aiguës que ce soit des douleurs abdominales (EB I2), des métrorragies (EE I2), (EM I2), (EN I1), pour des herpès génitaux (EK I5), et la gestion « d'urgences gynécologiques » a été mentionnée à deux reprises (EB I2), (EM I6). 3 internes ont mené des consultations de violences conjugales ou sexuelles (EF I7), (EL I2), (EH I7) et étaient vraiment vigilants concernant ce sujet (EF I7), (EH I7). 2 internes ont également mené des consultations autour de la « sexualité » (EE I7), voire même de la « transsexualité » (EL I1).

3.3.1.4 Gestes réalisés

La plupart des internes ont eu la possibilité de pratiquer des gestes diagnostiques, préventifs ou thérapeutiques, en particulier des frottis cervico-utérins ou de manipuler des DIU durant leur internat (Tableau 3).

Nom	Examen Clinique		Dépistage		Contraception		Echographie	Biopsie
	Toucher vaginal	Pose de spéculum	Palpation mammaire	Frottis cervico-utérin	Dispositif intra-utérin	Implant		
Interne A	/	/	/	/	Oui	Oui	Oui	/
Interne B	Oui	/	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	/
Interne C	Oui	Oui	/	Oui	Oui	Oui	Oui	/
Interne D	/	/	/	/	/	/	/	/
Interne E	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Interne F	Oui	Oui	/	Oui	Oui	Oui	/	/
Interne G	Oui	/	Oui	Oui	/	/	/	/
Interne H	/	/	Oui	Oui	/	/	/	/
Interne I	/	/	/	Oui	Oui (retrait)	Oui	Oui	/
Interne J	/	Oui	Oui	Oui	Oui	/	/	/
Interne K	/	/	/	Oui	/	/	/	/
Interne L	Oui	Oui	Oui	/	Oui (retrait)	Oui (pose)	Oui	/
Interne M	Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	/
Interne N	/	/	/	Oui	Oui (pose)	Oui	Oui	Oui
Interne O	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui (retrait)	/	/	/

Tableau 3 : Gestes réalisés par les internes durant leur internat

3.3.2 Formations théorique et pratique

3.3.2.1 Séniorisation et influence du MSU

La séniorisation ou le « débriefing » (EA I5) (EE I2), (EO I5) étaient récurrents pour 12 internes, voire « systématique à l'hôpital » (EB I2), et « adaptée » (EE I2). La supervision et la réassurance étaient importantes : « Puisque je savais en théorie comment faire, donc heureusement y avait un de mes praticiens juste à côté. Après j'ai su le faire mais j'avais besoin de quelqu'un pour me tenir la main » (EEJ I5).

8 internes ont précisé que leurs consultations de gynécologie pouvaient se dérouler en binôme avec un sénior, « j'ai toujours été avec quelqu'un et jamais tout seul » (EB I3). Cet encadrement était d'ailleurs bienvenu, « ça m'allait bien qu'on fasse les consultations à deux » (EI I4). 7 internes ont pu réaliser des consultations en autonomie partielle ou complète (EH I2), (EG I3), (EJ I3), (EN I1), (EO I3) avec une certaine évolution au cours de leur semestre : « pendant le premier mois de stage, on consultait en doublon, toujours avec un chef. Il nous laissait de plus en plus d'autonomie avec le temps » (EE I2).

Par ailleurs, si certains affirmaient que leurs MSU pouvaient influencer l'accès aux consultations en présentant (EO I5) ou en imposant leur interne (EF I3), (EF I4), (EG I3), (EI I7), (EO I5), d'autres notaient le contraire (EB I3), (EH I1), (EK I1), (EM I2), (EN I1), « ça n'a pas été une activité majoritaire de mes praticiens en UPL » (EM I6). De plus, pour apprendre « il faut en avoir de la gynéco, c'est pas tout le temps » (EM I6). L'apprentissage des gestes était aussi plus facile avec des MSU formés : « j'ai été formé aux implants et stérilets mais je n'ai jamais eu trop l'occasion de le faire en stage après car je n'ai pas eu de praticiens qui avaient pour habitude de le proposer à leurs patientes » (EJ I2).

3.3.2.2 Formation universitaire

L'apprentissage et l'acquisition des connaissances étaient des préoccupations des internes (EB I5), (EC I6), (EM I2), (EO I2), (EO I3), ainsi que les « évolutions » (EJ I2) théorique et pratique. Pour la réalisation de ces objectifs, les formations hospitalière et ambulatoire étaient complémentaires (EI I8), (EB I2). Les stages hospitaliers étaient « hypervariés » (EA I5), permettant l'accès aux suites de couche, au bloc-opératoire, ou aux consultations dédiées aux IVG (EN I1), (EM I1). L'interne de médecine générale, en accord avec sa pratique future, pouvait davantage être présent en consultation que dans le service hospitalier (EE I2), (EN I1). L'interne M a d'ailleurs précisé que l'hôpital permettait de voir des urgences gynécologiques et de consulter avec des gynécologues (EM I6).

Cependant, il arrivait que la formation hospitalière ne soit pas adaptée à la pratique du médecin généraliste, à la différence de celle offerte par le planning familial ou par les médecins généralistes pratiquant la gynécologie (EF I1). L'interne C a réalisé un stage libre en ambulatoire à orientation gynécologique, et « si [il] réalise ce stage, c'est pour bien [se] former à la gynécologie et être à l'aise avec ça » (EC I4).

3.3.3 La relation interne-patiente

3.3.3.1 Le ressenti des patientes

Certaines patientes ont exprimé un ressenti plutôt négatif en rapport avec :

- Le sexe masculin du praticien (EC I5), (ED I5), (EF I6), (EK I1), (EO I2). « Bien sûr il y a les extrêmes. Il y en a chez qui ça posait pas de problème et d'autres qui ne voulaient absolument pas que ce soit un homme » (EM I2)
- Le statut d'étudiant de l'interne (EC I5), (ED I5), (EF I6) bien qu'il ne participait pas « en tant que mec mais en tant qu'étudiant » (EK I5)
- Les consultations en binôme (médecin senior - interne) (EI I4)
- La propre gêne de certains praticiens (EJ I3)
- L'inquiétude que confère le motif de consultation de gynécologie (EM I5)

Les solutions trouvées par les patientes pour faire face à ce malaise étaient de choisir leur médecin et donc le sexe de ce dernier (EG I3), voire de changer de motif de consultation au dernier moment (EF I6). De plus, « y'a plein de patientes en UPL qui ont demandé à ce [que l'interne] ne soit pas là durant la consultation » (ED I5). Mais parfois au contraire, elles étaient « agréablement surprises » de voir que tout se passait bien durant la consultation de gynécologie (EO I2).

3.3.3.2 Motifs d'exclusion des internes de consultation

Tous les internes interrogés avaient été exclus d'une ou plusieurs consultations de gynécologie pour divers motifs (Tableau 4). Le refus des patientes restait bien sûr un de leur droit (EB I4), (EE I6).

Nom	Motifs de refus			
	Jeune âge	Religion/ethnie/milieu défavorisé	Choix du mari	Pratique de l'examen Clinique
Interne A	X			
Interne B	X	X		
Interne C				
Interne D				
Interne E	X	X	X	
Interne F				
Interne G	X			
Interne H		X		X
Interne I		X		
Interne J				
Interne K	X		X	X
Interne L	X	X		X
Interne M				
Interne N				
Interne O				X

Tableau 4 : Motifs d'exclusion de l'interne de consultation gynécologique

3.3.3.3 Communication médecin-patiente

La présentation de l'interne en début de consultation était importante (EC I2), (EF I3), (EH I5), (EI I4), (EO I5). Un autre point était « d'anticiper » (EA I3), en prévenant au préalable les patientes de la présence d'un interne (EC I2), (EI I7), (EO I5) masculin (EE I2), (EL I3) puisqu'elles « ont le droit de ne pas vouloir se faire examiner par un homme » (EE I6). Le respect du choix de la patiente (ED I6), (EH I6), (EL I3) et son consentement (EI I4) étaient indispensables.

La communication, politesse et courtoisie étaient des fondamentaux durant les consultations pour 10 internes. Une écoute empathique (EN I6) et le fait de répondre à la demande des patientes (EA I7), (EG I8), (EM I5) étaient aussi incontournables ; en effet, il fallait que les « patientes se sentent en confiance et écoutées » (EG I8), (EI I4), (EM I6), (EN I4), (EO I3) et rassurées (EC I5), (EM I5). Une autre clé de bonne communication était d'avoir une « attitude pédagogique » (EE I6), de donner des conseils (EF I2) voire même d'inclure la patiente dans les échanges scientifiques entre sénior et interne (EA I8).

De plus, le « charisme » (EG I4) et l'assurance de l'interne au cours des consultations étaient les bienvenus (EK I6), (EL I3). « Quand tu dis je n'en ai jamais fait [...] si tu dis ça aux patientes elles te disent non mais après s'il faut tu bluffes (*rires*) » (E I7) et « après je faisais genre je suis un expert j'ai fait de la gynéco toute ma vie (*rires*) » (EF I4).

Le médecin devait être attentif au bien-être de la patiente (EI I10) en réalisant un examen clinique en douceur et dans le respect de cette dernière (EI I2), (EL I2). Il se devait de répondre aux demandes des patientes durant les consultations (EI I6), (EM I9). Et dans ce contexte, il fallait être vigilant et rechercher de potentiels motifs de consultation cachés (EE I7), et dépister les violences conjugales (EL I2), (EM I7).

Ainsi, l'amélioration de la communication et donc de la relation médecin-patient (EJ I7), (EN I6) était une mission de l'interne.

3.3.4 Le ressenti général des internes

3.3.4.1 La gynécologie : une mission du médecin généraliste

La gynécologie faisait partie des missions du médecin généraliste pour 12 internes. Il s'agissait de prendre en charge globalement les patientes (EE I4), (EN I4). En effet « ce n'est pas parce que c'est un homme ou une femme qu'on ne doit pas le prendre en charge dans sa globalité » (EO I4). La médecine générale a pour mission d'être une médecine de premier recours, y compris pour des pathologies gynécologiques (EE I4), (EH I4), (EO I4). « C'est un élément essentiel de la médecine générale, de proposer un examen gynécologique et un suivi » (EC I4). « Faire l'impasse dessus » (EJ I4) paraissait impossible. L'interne K s'est exprimé en disant : « je veux sortir de l'internat avec une formation de gynéco car pour moi, ça fait partie du trousseau de compétences que doit posséder un médecin généraliste ». La pratique de la gynécologie était une « nécessité » (EM I5) et c'était « une formation de base importante à avoir comme tout en médecine générale » (EM I5). En effet, « de multiples motifs gynécologiques appartiennent à la médecine générale de premiers recours, soit celle du généraliste » (EO I4). Les internes B et E savaient repérer les urgences (EB I7) et les gérer (EE I4) grâce à leur formation. 7 internes ont explicitement précisé que désormais ils avaient connaissance de leurs limites dans la discipline et savaient plus aisément quand il fallait réorienter les patientes.

3.3.4.2 Ressenti mitigé des internes sur le déroulement des consultations

Pour 10 internes, les consultations se déroulaient « très bien » (EA I2), (EC I3) c'est-à-dire en étant « à l'aise » (EL I2), (EM I2), (EN I3) (EO I2), sans appréhension pour l'interrogatoire (EK I2) soit « comme des consultations de médecine générale classiques » (EE I2), (EG I10), (EL I2). Certains par ailleurs ont exprimé une facilité dans la communication avec les patientes et donc un ressenti positif (EC I3), (EO I6). Alors que d'autres ressentiaient parfois « un malaise » (ED I5), (EI I4). La consultation pouvait être « stressante » (EK I2) ou « gênante » (EF I4), en particulier pour la pratique des gestes (EK I2), avec le sentiment de n'être « pas très compétent » (EK I2). Tout cela pouvait aboutir à une réticence de l'interne à pratiquer de la gynécologie (ED I5) et à un découragement (EH I2) : « il faut que je sois concentré, ça me demande un effort » (EH I9), « je pense que je suis moins bien formé que mes collègues féminines qui ont peut-être moins à faire des pieds et des mains pour des consultations gynéco » (EM I2) (Tableau 5).

Par ailleurs, préserver l'intimité de la patiente était un élément central de la consultation de gynécologique, bien identifié par plusieurs internes (EB I2), (EF I4), (EH I5), (EM I2). Il existait pour un interne une forme d'atteinte à l'intimité psychique lors de ce type consultation et même peut-être une forme de « voyeurisme » (EG I4). En effet, les consultations de gynécologie étaient vécues comme des consultations « à part » pour les internes (EI I6).

3.3.4.3 Intérêt partagé des internes pour la gynécologie

Le degré de motivation pour se former en gynécologie était très variable. Certains pouvaient être motivés, intéressés (EA I5), (EE I7), (EF I11), (EH I2), (EH I3),

(EJ I3), (EK I1), (EK I4), (EL I3), (EM I2), (EN I4), (EO I1) et impliqués en stage (EA I5), (EG I6) : « Je m'implique beaucoup parce que je veux être le plus autonome possible plus tard » (EA I5). En effet, la gynécologie paraissait importante en médecine générale (ED I4), (EE I4), (EE I7), (EF I5), (EI I5), (EM I5), (EN I4) mais ceci était propre à chacun (EN I4). D'autres manquaient d'intérêt (EB I2), « je n'aime pas la gynéco » (ED I4) et par conséquent n'étaient pas motivés durant l'internat (EB I2), (ED I5). Le « mauvais vécu » antérieur (EE I3) ou le fait que la gynécologie hospitalière soit différente de la gynécologie de médecine générale (EI I2) étaient des causes évoquées.

La motivation pour apprendre la gynécologie pouvait se modifier durant le cursus, que ce soit en positif (« très bonne surprise ce stage » (EE I3), « il a changé ma vision de la pratique de la gynécologie » (EE I3)) ou en négatif (« quand je dis que les portes se sont fermées, c'est surtout lié au refus des patientes » (EH I2)).

3.3.4.4 Ressenti mitigé des internes sur leur niveau de formation

Les avis des internes divergeaient sur leur niveau de formation acquis durant l'internat en gynécologie (Tableau 5). Des internes se sentaient bien formés (EA I9), (EF I9), (EG I9), (EI I8), (EJ I8), (EN I7) ou pensaient avoir eu une formation qui pouvait « répondre [à leurs] attentes » (EE I3). Alors que d'autres étaient beaucoup moins satisfaits (ED I7), (EK I7), (EL I7) et pensaient d'ailleurs être « moins bien formés que [leurs] collègues féminines » ou formés uniquement pour « la gynécologie de base » (EO I7). Pourtant, pour se former à la gynécologie de médecine générale, seuls 3 mois de stage semblaient suffire (EF I11), (EM I6).

Interne	Ressenti en un seul mot	Ressenti général
Interne A	Courtoisie	Ressenti positif, se sent formé
Interne B	Malaise	Ressenti négatif
Interne C	Confiance	Ressenti positif, se sent bien formé
Interne D	Gênant	Ressenti négatif, ne se sent pas bien formé
Interne E	A l'aise	Ressenti positif, se sent bien formé
Interne F	Complexe	Ressenti négatif,
Interne G	Habituel	Ressenti positif
Interne H	Consultation pas comme les autres	Ressenti négatif
Interne I	Vigilance	Ressenti positif
Interne J	Basique	Ressenti plutôt positif, se sent assez formé
Interne K	Incertitude / Malaise	Ressenti plutôt négatif, ne se sent pas formé pour le moment
Interne L	Bienveillance	Ressenti positif
Interne M	Pragmatisme	Ressenti positif, se sent assez formé
Interne N	Rendre service	Ressenti positif, se sent assez formé
Interne O	Confiance	Ressenti plutôt positif, se sent assez formé

Tableau 5 : Les ressentis des internes

3.3.4.5 La relation interne-patiente du point de vue des internes

La compréhension des patientes était assez fréquente chez les internes (EH I6), (EL I3) ; « après, je comprends je serais une femme je serais pareil » (EF I6) ; « en tant qu'homme, je ne pourrais jamais ressentir les choses comme elles le ressentent » (EG I8). Mais néanmoins, ils exprimaient un certain degré de frustration (EH I6), (EK I3), (EL I3), (EM I6), (EN I5), (EO I5).

Ceux qui malheureusement devaient faire face à de nombreux refus, 10 % (EB I5), (EF I4), 25 % (EI I6), 50 % (EG I3), (EH I5) jusqu'à 70-80 % (EK I5) en ambulatoire (EK I5), (EN I5), éprouvaient à force une incompréhension (EI I6),

(EK 13), ou un agacement : « quand j'étais refusé de consultation, ça me cassait un peu les pieds » (EM I6). Un interne avait même l'impression de « devoir s'imposer » (EM I2).

3.3.4.6 Un sentiment de progression

10 internes avaient l'impression d'avoir progressé en pratique durant leur cursus. Certains pensaient être plus fluides durant leurs consultations (EA I8), (EC I6), (EN I6). En effet, au début de l'internat, ils ne se sentaient pas à l'aise puis cela a changé (EG I4), (EJ I2), (EJ I3), (EL I3). Il y avait donc moins d'appréhension (EA I7) et un gain de confiance en eux (EC I6), (EO I3) par la suite. « J'ai l'impression que [...] ça se passe de mieux en mieux » (EC I6). La progression était aussi visible sur leur vision de la gynécologie : « entre le début et la fin de l'internat, mon rapport au corps a changé » (EH I5).

Toutefois, un sentiment d'involution a été exprimé (ED I6) avec l'impression d'être « à côté de la plaque » (ED I9), de manquer encore d'expérience (EK I5) surtout pour la pratique des gestes (EK I6) et donc d'être un « imposteur » (ED I9).

3.3.5 Les limites de la formation

3.3.5.1 Les obstacles

Les facteurs limitant l'apprentissage de la gynécologie étaient variables, les plus fréquemment cités étant le manque d'opportunité lors des stages ambulatoires et la féminisation de la profession (« les femmes vont spontanément voir des femmes » (EF I5)) (Tableau 7).

Nom	Stage ambulatoire (UPL/SASPAS/gynécologie) = peu de consultation	Absence de stage dédié à la gynécologie	Manque de communication sur sa pratique	Féminisation de la profession	Défaut de formation continue
Interne A	X				
Interne B			X		
Interne C	X				
Interne D	X				
Interne E	X			X	
Interne F	X			X	
Interne G	X				
Interne H	X			X	
Interne I	X			X	
Interne J	X			X	
Interne K		X			X
Interne L	X			X	
Interne M	X			X	X
Interne N	X		X		
Interne O	X				

Tableau 7 : Les différents obstacles à la formation en gynécologie des internes

3.3.5.2 L'influence des terrains de stage

Plusieurs internes n'avaient malheureusement pas pu être acteurs mais seulement observateurs sur leur terrain de stage (EC I2), (ED I2), (EH I2). La formation paraissait hétérogène selon les stages (EK I5). Les internes qui avaient uniquement des médecins généralistes comme MSU n'étaient pas satisfaits (EJ I5). En effet, il pouvait s'agir de MSU pratiquant peu la gynécologie et donc moins à l'aise avec la discipline (EC I4): « actuellement avec les médecins généralistes, j'ai très peu de consultations de gynéco je dirai une ou deux par jour » (EC I3). Certains excluaient même systématiquement l'interne de leurs consultations de gynécologie

(EJ I3). Par ailleurs, s'il y avait une interne en même temps sur le même terrain de stage, celle-ci avait plus facilement accès aux consultations de gynécologie (EE I6). Enfin, certains stages hospitaliers de gynécologie pouvaient avoir de mauvaises réputations et donc être évités par les étudiants (EE I3).

3.3.6 Améliorations possibles et projets post-internat

3.3.6.1 Pratique future

11 internes avaient pour projet de pratiquer de la gynécologie une fois installés. « J'espère pouvoir intégrer de la gynécologie dans ma pratique future pour suivre les femmes de ma patientèle entièrement, sans qu'elles aient besoin d'aller voir ailleurs » (EG I5). L'information donnée aux patientes sur la possibilité de consulter pour des motifs gynécologiques était essentielle (EA I13). D'ailleurs, les médecins généralistes devront se former de plus en plus à la pratique de la gynécologie pour faire face à la pénurie future de spécialistes (EL I4).

3.3.6.2 Amélioration de la formation

La formation continue avait pour but d'actualiser ses connaissances et de devenir plus compétent (ED I4), (EB I7), (EC I7), (EL I4), (EL I7), (EO I4). Les supports cités étaient les « tutos Youtube » (EB I7), des sites d'aide clés (EL I6) ou bien des livres et les dernières recommandations (EO I7). Il était aussi possible d'avoir accès à des consultations avec des gynécologues libéraux en dehors de tout stage (EO I1) ou de se former sur des mannequins (EJ I2). Pour la pratique, il suffisait de s'efforcer à pratiquer (EH I8) en choisissant un stage de gynécologie durant l'internat (EK I4), (EM I6) ou en programmant des consultations de gynécologie durant son stage de

SASPAS (EK 12). Une motivation soulignée était d'être futur médecin de campagne ou de montagne et donc d'avoir des connaissances dans tous les domaines (EI 15).

Pour poursuivre leur formation, des DU étaient envisagés par plusieurs internes comme le DU d'échographie afin de compléter leur activité (EC 17), (EI 19), (EN 17). Seuls 2 internes envisageaient de faire le DU de gynécologie. Le premier a justifié ce choix par la polyvalence de la médecine générale : « la médecine générale c'est quand même bien parce que tu peux faire ce que tu veux. Donc si tu veux te spécialiser dans un truc et ben il faut te donner les moyens » (EA 15). Le deuxième interne a précisé que c'était uniquement s'il n'obtenait pas de stage de gynécologie (EK 17).

4. DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

Le taux de réponse des internes à cette étude qualitative était de 35 %. Les résultats ont été obtenus à la suite d'entretiens semi-dirigés de 29 minutes en moyenne. La population interrogée était homogène.

Tous les internes interrogés de cette étude ont au moins participé à une consultation de gynécologie au cours de leur internat (en ambulatoire ou à l'hôpital) ; mais 3 internes sur 15 n'ont pas effectué de stage de gynécologie à proprement parlé. Les consultations de gynécologie se déroulaient de manière classique avec un interrogatoire, un examen clinique, parfois des gestes plus techniques (échographie, pose de DIU...). Les gestes les plus pratiqués étaient la pose de spéculum et le frottis cervico-vaginal. Les consultations portaient essentiellement sur la contraception, le suivi, les dépistages de la femme et parfois sur les violences sexuelles qu'il ne faut pas négliger.

Par ailleurs, les formations théorique et pratique des internes étaient capitales, puisque la gynécologie constituait une des missions du généraliste, mais la formation pratique paraissait hétérogène selon les terrains de stage. Elle était influencée par le MSU de par sa pratique personnelle et le niveau de séniorisation. D'autre part, les formations hospitalière et ambulatoire s'avéraient complémentaires. Malgré tout, le stage de gynécologie semblait avoir son importance dans le cursus de médecine générale. Il permettait aux futurs praticiens de progresser dans la spécialité.

Les formations continue et personnelle apparaissaient additionnelles tout le long du cursus ; mais peu d'internes souhaitaient prolonger l'apprentissage via un DU de gynécologie.

Le sexe masculin, le statut d'étudiant et l'atteinte à l'intimité rendaient la relation patiente-interne complexe. La patiente refusait parfois même la présence de l'interne à la consultation pour des raisons ethniques ou religieuses. Face à cela, le ressenti des internes sur leur formation en gynécologie semblait mitigé. Ils soulignaient le défaut de pratique des gestes de gynécologie, la difficulté d'accès aux consultations de gynécologie, souvent par manque d'opportunité.

4.2 Interprétation des résultats

Cette étude met en avant un ressenti mitigé des internes masculins appartenant à la subdivision grenobloise sur leur formation en gynécologie au cours de leur internat pour plusieurs raisons.

4.2.1 Défaut de formation des internes

Le manque de formation pratique en gynécologie est cité par les internes puisque leur apprentissage est essentiellement théorique durant l'externat et dépend des stages effectués durant l'internat. Pourtant, la mise en pratique requiert une certaine assurance, notamment avec les risques médico-légaux que celle-ci engendre. Ce risque médico-légal représente d'ailleurs l'un des principaux obstacles

mis en avant par les médecins généralistes pour exercer la gynécologie, lié en partie aux gestes pratiques [7].

Par ailleurs, selon les terrains de stage effectués (hospitalier / ambulatoire / planning familial), les formations semblent très disparates. La complémentarité ville-hôpital est toutefois évoquée. Si l'apprentissage hospitalier peut être trop spécialisé pour un médecin généraliste, il permet de se confronter à de nombreuses pathologies, ou urgences gynécologiques et de créer son réseau d'adressage ou d'avis [11]. Les connaissances et situations rencontrées en milieu hospitalier sont souvent transposables en cabinet de ville ou adaptées. Ainsi, les nouveaux stages couplés « ville-hôpital » apportent une réelle plus-value par rapport aux stages hospitaliers ou ambulatoires simples de par leur complémentarité. Cependant, ces stages ne sont pas encore majoritairement développés. Effectivement, sur un total de 57 stages de gynécologie proposés aux internes grenoblois lors des choix de stage durant leur internat, 17 terrains de stage sont uniquement hospitaliers, 34 sont ambulatoires et 6 sont couplés à la fois ambulatoire et hospitalier [20].

De plus, en 2017, la maquette du DES de médecine générale a subi un remodelage important [21]. Cette évolution permet aux internes d'effectuer un stage de pédiatrie et un stage de gynécologie durant leur internat. Pourtant, des inégalités persistent et certains internes arrivent encore à ne pas effectuer de stage en gynécologie (3 sur 15 dans cette étude).

Enfin, malgré un manque de formation déploré par les internes, ils semblent peu motivés pour suivre une formation complémentaire type DU ou D.I.U. Dans la majorité des cas, ils préfèrent entreprendre une formation personnelle sur le terrain auprès de spécialistes (gynécologues, sages-femmes...) de leur propre initiative de

façon ponctuelle. Ce moyen de formation serait plus approprié pour des médecins ayant des emplois du temps déjà bien chargés [22].

4.2.2 Influence des MSU

La nécessité d'un encadrement adapté en matière de gynécologie est soulignée par les internes.

Les MSU jouent un rôle crucial dans la formation des internes. La transmission de savoir, l'accompagnement, et la supervision sont importants.

Par ailleurs, le recrutement de la patientèle dépend des MSU de par leur habitude ou réputation de travail. Effectivement, un des principaux freins évoqué par les médecins à la pratique de la gynécologie est le manque de demande de la part de la patientèle [9, 23], peut-être en lien avec l'ignorance des patientes quant à leurs compétences dans ce domaine [24].

Ainsi, le rôle central de communication du MSU devient évident. Il communique sur ses propres pratiques et celles de ses étudiants. Il doit présenter et valoriser ses internes comme des médecins compétents, étant donné que le refus des patientes est favorisé par un manque d'informations relatives à la présence et au statut de l'interne et la sensation d'être « mis devant le fait accompli » en début de consultation. Les patients ont l'impression de ne pas avoir pu exprimer leur choix, d'avoir été contraints d'accepter [25].

Cependant, les MSU de genre masculin semblent moins à l'aise pour favoriser l'accès aux consultations de gynécologie des internes que leurs collègues féminines [9, 24]. D'ailleurs, lors de la réforme du DES de médecine générale de 2017, un nouveau type de stage ambulatoire en gynécologie (« santé de la femme ») a

émergé au sein du cursus de médecine générale, encadré par des médecins généralistes. En effet, en analysant ces terrains de stage, ils sont dirigés majoritairement par des praticiennes (environ 60 femmes versus 20 hommes) [20]. Deux facteurs principaux sont liés à ce déséquilibre entre les genres, un intérêt plus important pour la pratique de la gynécologie de la part des praticiennes, ainsi qu'une plus forte demande des patientes envers celles-ci qui s'accroît suite à l'évolution de la démographie médicale [9].

De même, le manque de formation ou de pratique gynécologiques des MSU peut être également une limite au développement de la formation des internes. Pour devenir MSU, une formation pédagogique à l'encadrement des étudiants est à effectuer mais aucune validation de compétence n'est requise sur le plan gynécologique [26]. De plus, un MSU sur deux considère sa propre formation en gynécologie au cours de son cursus comme peu optimale [9]. Nombre d'entre eux ont dû choisir entre un stage de pédiatrie ou de gynécologie, souvent au profit du stage de pédiatrie du fait d'un manque de terrains de stage [27]. De la même façon, pour devenir MSU de stage « santé de la femme », aucune qualification spécifique en gynécologie n'est demandée. Une lettre de motivation ainsi que son RIAP est à fournir pour quantifier la part de gynécologie dans l'activité du médecin généraliste afin de justifier cette demande. Il se pose là encore la question du niveau de formation des MSU, même si ce stage semble très apprécié des internes. En effet, cette pratique de la gynécologie moins spécialisée s'apparente mieux à leur exercice futur [11,28].

Enfin, l'intérêt que les MSU portent à la gynécologie influe directement sur le recrutement des patientes [11, 29, 30].

4.2.3 Difficultés d'accès aux consultations de gynécologie pour les internes

La difficulté d'accès aux consultations de gynécologie par les internes durant leur internat est un réel problème pour leur formation.

Dans un premier temps, une grande majorité du suivi gynécologique des femmes est réalisé par les gynécologues en France (82 %, versus 18 % par le généraliste) [31]. En effet, les patientes trouvent que les gynécologues sont plus compétents que les médecins généralistes du fait d'une meilleure formation [32]. Pourtant, le CNGOF précise que les gynécologues-obstétriciens n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la ménopause [33]. La possibilité de consulter un médecin généraliste en première intention, n'exclut pas pour autant la possibilité de consulter en deuxième intention un gynécologue, capable de résoudre des problèmes complexes et spécialisés [3].

D'autre part, lorsque le suivi est réalisé par le médecin généraliste, les patientes sont souvent réticentes vis-à-vis de la prise en charge par l'interne et préfèrent consulter le sénior. L'intimité de la patiente est un élément central de la consultation et l'interne intervient comme élément perturbateur bouleversant l'équilibre ainsi que la relation de confiance établie entre le patient et son médecin. Selon Balint, « La présence d'une troisième personne, quelles que puissent être son objectivité et sa discrétion, détruit inévitablement l'aisance et l'intimité de l'atmosphère » [34].

Enfin, outre l'influence du MSU citée plus haut, les stages ambulatoires dirigés par les généralistes ont été considérés comme une entrave à la formation par les internes, liés au nombre moindre de consultations gynécologiques. En effet, 57,9 %

des médecins déclarent faire moins de 10 % d'actes de gynécologie-obstétrique sur la globalité de leur activité médicale de cabinet [32]. Il existe donc un manque d'opportunité à se former.

4.2.4 Exclusion des internes des consultations gynécologiques

Tous les internes interrogés ont été refusés d'au moins une consultation de gynécologie durant leur internat.

Si le stagiaire est autorisé à assister aux consultations standards dans 70 % des cas, ce taux baisse aux alentours de 30 à 50 % pour les consultations où sera abordé un sujet intime (consultation de gynécologie par exemple) [35]. D'autres justifications à ces refus ont été apportées par les patientes : difficultés sur le plan émotionnel, motif de consultation grave, par pudeur, problème lié à l'examen clinique et rapport au corps, peur de l'inconnu [36].

Par contre, la présence d'un étudiant actif impliqué dans la prise en charge médicale est préférée puisque les patientes redoutent un étudiant « voyeur » [35].

D'autre part, les internes masculins semblent moins acceptés en ambulatoire qu'à l'hôpital, d'autant plus si le MSU est un homme [11]. Effectivement, la plupart du temps à l'hôpital, les patientes ne possèdent pas le choix du praticien.

Par ailleurs, la médecine générale est en voie de féminisation. Ainsi, les hommes installés en groupe ont remarqué que les patientes se tournent plus facilement vers leurs consœurs pour des problèmes gynécologiques [29]. Même si les compétences des praticiens masculins et leur rôle dans les domaines de la prévention et du dépistage sont largement reconnus, une patiente sur deux exprime une préférence pour les généralistes de genre féminin. 25 % auraient refusé une consultation pour un problème gynécologique aigu si le praticien avait été un

homme [10]. De plus, les praticiennes possèdent une activité gynécologique plus importante que leurs confrères. Les femmes réalisent en moyenne 12,6 % d'actes de gynécologie-obstétrique contre 4,8 % des hommes en Ile-de-France [24]. Et 81 % des médecins femmes de Savoie et Haute-Savoie déclarent réaliser des actes d'examens gynécologiques « régulièrement ou beaucoup » contre 21 % des hommes [9]. Il existe donc un impact du genre du médecin sur la prise en charge gynécologique mais la place du médecin généraliste masculin reste légitime.

4.2.5 Mission du médecin généraliste

Pour la majorité des internes interrogés (12 sur 15), la gynécologie est indispensable en médecine générale puisqu'elle fait partie des missions du médecin généraliste.

Effectivement, les missions du médecin généraliste sont multiples : écouter-rassurer, examiner, soigner, prévenir, éduquer-informer, connaître ses limites et ré-adresser, détecter une urgence [37, 38]. Le domaine de la gynécologie s'inscrit dans toutes ses missions, sans exception. En gynécologie, le médecin généraliste informe et éduque les patientes à propos de leurs contraceptions, effectue le suivi et informe des règles hygiéno-diététiques durant la grossesse par exemple. Il participe également à la prévention et aux dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein avec le rappel des mammographies, la réalisation de frottis cervico-vaginal, la vaccination HPV. L'écoute fait partie de son quotidien et la gynécologie est très fréquemment source d'anxiété pour les patientes, notamment pendant la grossesse où la santé de l'enfant est une focalisation constante de la mère ; donc le médecin a un rôle important de réassurance durant cette période. Enfin, le médecin généraliste

doit savoir reconnaître une urgence gynécologique et ré-adresser à un autre spécialiste si ses compétences sont dépassées.

D'autre part, le médecin généraliste est le spécialiste de premier recours par excellence, ce qui semble important notamment pour les pathologies aiguës qui peuvent survenir en gynécologie. La proximité et la facilité d'accès aux consultations sont des éléments qui rendent essentiel le rôle du médecin généraliste. En effet, lorsque la moitié des rendez-vous sont obtenus en deux jours pour le généraliste, il faut en revanche plus d'un mois afin de consulter son gynécologue [39]. Ainsi, le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la santé des femmes est indiscutable en collaboration avec les gynécologues, pas assez nombreux pour répondre aux besoins de toutes les patientes. Effectivement, selon l'atlas national de la démographie médicale de 2015, le nombre de gynécologues libéraux baisse ; âgés en moyenne de 55 ans, les gynécologues libéraux de 40 ans et moins représentent 2,8 % des effectifs tandis que les gynécologues de 60 ans et plus représentent 59 % des effectifs [40].

De plus, la prévention et le dépistage dans le cadre des violences sexuelles et conjugales faites aux femmes font partie des missions du médecin généraliste. Son importance a souvent été soulignée durant les entretiens. En effet, 80 % des patients pensent que le médecin traitant a un rôle dans la prise en charge des violences interpersonnelles [41, 42] et il devient le premier interlocuteur, après l'entourage proche (famille, amis, conjoint) dans ce contexte. Le ressenti des victimes montre la place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge des violences, de par sa relation de confiance, sa proximité, son obligation de secret médical [42]. Les MSU doivent donc sensibiliser leurs internes à cette problématique et leur apprendre à les dépister de manière adaptée.

Donc, le contexte plaide pour une sollicitation croissante des médecins généralistes à l'avenir. Et celui-ci va devenir quotidiennement exposé au suivi des femmes, qu'il ait choisi de pratiquer la gynécologie-obstétrique ou non [30]. Ainsi, une augmentation de la part de gynécologie dans l'activité globale des médecins généralistes a déjà été constatée selon leur âge. En effet, chez les médecins âgés de moins de 40 ans, la part d'activité de gynécologie se situait à plus de 10 % de leur activité globale pour 63,2 % d'entre eux. Les médecins âgés de plus de 40 ans, en revanche, réalisaient moins de 10 % d'actes de gynécologie dans leur majorité [24]. Cependant, 80 % des généralistes accepteraient de faire davantage de gynécologie au sein de leur cabinet [9].

4.2.6 Relation centrale médecin-patient

Les internes se sont accordés pour dire que la relation médecin-patient occupe une place primordiale lors des consultations de gynécologie. Effectivement, une relation médecin-patient favorable a une influence sur la qualité des soins : une meilleure observance thérapeutique, un meilleur suivi des recommandations médicales, une plus grande continuité des soins et une meilleure prise en charge des pathologies chroniques. Une meilleure considération de sa santé, ainsi qu'une meilleure adhésion aux démarches de prévention sont aussi des éléments qui ressortent [43].

Pour initier une bonne relation médecin-patient en gynécologie, une bonne communication est cruciale. En effet, il est important que l'interne soit présenté ou se présente lui-même au patient qu'il prend en charge [44]. Il peut également compléter par des explications sur son statut puisque le statut de l'interne et son rôle au cours des consultations sont souvent méconnus et peuvent constituer un frein à cette

relation [36]. De la même façon, il faut informer le patient du débriefing à postériori entre le médecin sénior et l'interne pour conforter son sentiment de sécurité sur la prise en charge de l'interne [44]. Il faut être d'autant plus prévenant en gynécologie puisque fréquemment, les problèmes rencontrés sont très anxiogènes pour les patientes.

Cependant la relation médecin-patient n'est abordée qu'au cours des stages pratiques, et l'enseignement théorique à ce sujet est souvent négligé. Les MSU possèdent donc un rôle essentiel de formation sur le relationnel, d'autant plus en gynécologie qui porte atteinte à l'intimité de la femme. C'est pourquoi les MSU accordent une part importante au côté relationnel de la consultation au cours des débriefings avec l'interne [45]. Par ailleurs, la présence de l'interne crée une nouvelle relation à trois, où chacun doit trouver sa place. Dans la majorité des cas, les MSU adoptent une position de retrait vis-à-vis de l'interne dans le bureau pour s'effacer au maximum, afin de laisser le binôme interne-patient s'établir [45]. En effet, l'autonomie progressive de l'interne lors des consultations lui permet de gagner de la confiance en lui et donc du charisme ce qui permet d'être plus sûr dans ses décisions.

Si les compétences médicales des internes sont globalement satisfaisantes pour les patientes, l'interne doit adopter un comportement impartial et une écoute neutre, bienveillante. Il faut s'intéresser à la vie personnelle des patientes et créer une relation personnalisée [44]. Dans l'ensemble, les patients sont satisfaits de la prise en charge de l'interne puisqu'elle est semblable à celle de leur médecin traitant dans la plupart des cas [44]. Cependant, des freins ont été évoqués à la relation interne-patient comme le manque d'investissement, le manque de charisme ressenti par le patient avec un interne effacé, timide, le manque d'aisance et le manque d'humanité.

4.3 Choix de la méthode

L'objectif de l'étude étant d'explorer le ressenti des internes, la méthode qualitative est adaptée à ce travail. Ici, il ne s'agissait pas de mesurer ou de quantifier, mais de laisser libre cours aux internes interrogés à propos de thèmes proposés. Des entretiens individuels ont été préférés plutôt que des entretiens collectifs, ou focus groups. Les entretiens individuels semi-directifs semblaient plus propices pour étudier le ressenti des internes permettant une réflexion personnelle plus approfondie. Le temps de parole donné à chaque interne était beaucoup plus conséquent mais optimal pour obtenir des réponses aux thèmes choisis. Cela assurait une grande richesse de réponses et donc d'analyses.

Les internes en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre du DES de médecine générale ont été sélectionnés puisqu'ils étaient concernés par la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017. Cette réforme a engendré des modifications importantes de la maquette du DES de médecine générale, notamment en intégrant de manière systématique à la fois un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie sous la forme soit d'un semestre de pédiatrie associé à un semestre de gynécologie, soit d'un stage couplé gynéco-pédiatrie, soit d'un stage de gynécologie ambulatoire. De plus, pour cette étude, il était plus enrichissant d'interroger des internes ayant effectué presque l'intégralité de leur cursus afin de récolter le maximum d'informations.

4.4 Forces et limites de l'étude

4.4.1 Forces de l'étude

Ce travail aborde un sujet précis et original, non étudié jusqu'alors dans la littérature. Il se positionne du côté des internes. Cela lui confère un caractère exploratoire et novateur.

L'intégrité des interviewés a été assurée au cours de cette étude puisque des entretiens individuels et une retranscription anonyme ont été réalisés.

Le biais de mémorisation a été limité suite au choix de recrutement d'internes en fin de cursus car leurs différents stages étaient suffisamment proches dans le temps pour fournir le maximum de données utiles à analyser.

Les entretiens semi-directifs ont limité le biais de recueil des données (biais de l'intervieweur) car ils suivaient une structure déterminée à l'avance par le guide d'entretien, par rapport aux focus group. De plus, les enquêtrices se sont entraînées à plusieurs reprises pour mener des entretiens fluides ; celles-ci ont appris à respecter les silences, en faisant des pauses pour laisser le temps à l'interviewé de réfléchir. Elles ont fait attention à parler doucement, avec une voix plus posée, pour donner l'impression d'avoir le temps et ne pas stresser l'interviewé.

Les enregistrements audio des entretiens associés au cahier de terrain ont permis une retranscription fidèle et complète du verbatim et du langage non-verbal afin d'éviter une perte d'informations.

Une triangulation de l'analyse a été assurée par le codage des deux investigatrices ainsi que la directrice de thèse. Ceci augmentait la validité interne de l'étude en limitant le biais de subjectivité.

4.4.2 Limites de l'étude

La population était limitée aux internes rattachés à la faculté de Grenoble par souci de proximité pour les enquêtrices créant un biais de sélection. Il existe également un biais de volontariat puisque les internes ayant répondu favorablement étaient probablement les internes les plus inspirés par le sujet (positivement ou négativement).

Le manque d'expérience des enquêtrices a dû avoir un impact sur le déroulement des entretiens. Il se peut que leurs interventions lors des entretiens ou la gestion du temps ne furent pas toujours adaptées. Il est indiscutable que le fait de mener des entretiens semi-dirigés de qualité constitue un travail complexe et relève d'une expérience à part entière.

Par ailleurs, le biais de déclaration correspond au phénomène par lequel un individu peut mentir ou déformer la réalité lorsqu'il est interrogé dans le cadre d'une étude. Cette enquête est déclarative, elle ne peut attester de la conformité des propos des internes interviewés.

Enfin, de façon générale, les études qualitatives ont un niveau de preuve plus faible que les études quantitatives. Les résultats des études qualitatives n'ont normalement pas vocation à être généralisés à l'ensemble de la population étudiée et ne reposent pas sur un échantillon statistique.

4.5 Validité externe et généralisation

Aucune étude sur le ressenti des internes masculins sur leur formation en gynécologie au cours de l'internat n'a été retrouvée dans la littérature. Cependant, des recherches bibliographiques ont conforté les résultats et sont en adéquation avec cette étude.

Ainsi, le défaut de formation en gynécologie est cité dans plusieurs études [11, 28, 30, 46]. La formation classique comprenant un stage de gynécologie hospitalière ne serait pas adaptée à la formation du généraliste [11, 28]. Cependant, certains stages sont effectivement reconnus plus intéressants pour approfondir les connaissances comme les stages couplés gynécologie-pédiatrie ou les stages couplés ville-hôpital [11, 28, 46]. L'intérêt du stage ambulatoire n'est plus à démontrer, de nombreuses études sont concordantes pour établir son utilité : apport de compétences nécessaires pour un médecin généraliste avec motifs de consultations non vus à l'hôpital [11, 47], en adéquation avec le quotidien d'un médecin généraliste (pathologies aiguës, dépistage, prévention), meilleure valorisation et autonomisation de l'interne [47].

Si l'apprentissage en gynécologie des internes est conditionné par le type de stage réalisé, il dépend aussi fortement de l'encadrement [9, 25, 30, 36]. Effectivement, les MSU influent sur le recrutement de la patientèle et renforcent la communication interne-patiente [9, 23, 36].

Enfin, l'exclusion des internes de consultation est fréquemment rencontrée ce qui nuit à leur formation. Le fait d'aborder l'intimité des patientes renforce cette

exclusion [35, 36]. De plus, certains facteurs favorisant cette exclusion ont été identifiés à plusieurs reprises, comme dans cette étude, tel que le genre masculin du MSU, les stages ambulatoires, la féminisation de la profession [11, 29].

4.6 Perspectives d'évolution

Ce travail exploratoire a favorisé l'émergence d'axes inattendus et a permis de mettre en lumière quelques axes d'amélioration :

- Améliorer la formation pratique de la gynécologie
 - o Favoriser la pratique gynécologique durant l'externat avec des ateliers de gestes pratiques systématiques par exemple
 - o Obligation du stage de gynécologie pour tous les internes
 - o Développer majoritairement des terrains de stage gynécologiques couplés « ville-hôpital »
 - o Intégration de gynécologues de ville dans les terrains de stage ambulatoires afin d'accroître le nombre de consultations
 - o Réaliser une liste des objectifs et compétences à acquérir en gynécologie durant l'internat afin de pouvoir cibler et vérifier régulièrement leur acquisition

- Faciliter l'accès aux internes aux formations type DU / D.I.U durant l'internat

- Améliorer l'encadrement des internes

- Instaurer une formation gynécologique validante aux MSU de gynécologie, voire à tous les MSU
- Impliquer l'interne dans les prises en charge des patientes dès que possible, éviter la passivité de celui-ci

- Améliorer la communication

- Développement de campagnes de communication nationales destinées aux patientes sur les compétences et le rôle des médecins généralistes en pratique gynécologique
- Améliorer la communication des médecins généralistes envers leurs patientes sur leurs pratiques gynécologiques au sein de leur cabinet via des affiches, flyers...
- Informer les patientes de la présence de l'interne en amont de la consultation et rechercher son consentement pour chaque consultation et pour chaque acte sans le généraliser et s'assurer que la patiente a conscience qu'elle peut exprimer son refus à tout moment
- Présenter l'interne systématiquement, et de façon valorisante (médecin compétent)
- Communiquer sur le statut et le rôle des internes au grand public

o Education de la patientèle sur le fait que le genre du médecin impacte peu sur ses compétences

o Renforcer la formation théorique facultaire sur la compétence communication avec la mise en place de critères de qualité en communication à acquérir et à évaluer au même titre que les connaissances scientifiques médicales

5. CONCLUSION

Cette étude qualitative rapporte un ressenti mitigé des internes masculins de médecine générale concernant leur apprentissage et leur pratique de la gynécologie durant l'internat.

En effet, la pratique de la gynécologie faisant partie des missions du médecin généraliste, le manque de formation, essentiellement pratique, était déploré. Le défaut d'accès aux consultations de gynécologie était souligné, principalement pour les stages ambulatoires. Il était directement lié aux pratiques et aux connaissances propres du MSU, à l'acceptation des patientes et à la féminisation de la profession. Les stages couplés « ville-hôpital » semblaient être une solution pour améliorer la formation mais leur disponibilité restait trop faible. De même, l'intégration de stage au sein de cabinet de gynécologie libéral pourrait être développée. La présentation de l'interne comme un médecin compétent permettait également de rassurer les patientes et de renforcer la relation « interne-patiente ». Enfin, la formation à la gynécologie des MSU pourrait être étayée et encadrée.

Si les résultats de cette étude soulignent la nécessité de consolider la formation à la gynécologie et l'encadrement des internes masculins, le point de vue des patientes, elles-mêmes, est à relever afin de développer d'autres pistes d'amélioration.

6. BIBLIOGRAPHIE

[1]. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J et al. La définition européenne de la médecine générale médecine de famille. [Internet]. 2002. [consulté le 12/11/2020].

Disponible sur :

<http://dmg.medecine.univparis7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>

[2]. Légifrance. Article L4130-1 - Code de la santé publique. [Internet]. [consulté le 16/11/2020]. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

[3]. Le Goaziou M-F. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Revue du Praticien - Médecine générale. 1999;(13):1645-6.

[4]. Millien C, Chaput H, Cavillon M (K. Stat Consulting). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Études et Résultats, DREES, n°1085. 2018 Oct.

[5]. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. 2009 Jui;22(4-5):245-53.

[6]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2018 [Internet]. [consulté le 10/11/20]. Disponible sur :

www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medical_e_2018.pdf.

[7]. Lagneau A. Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques [thèse de médecine générale]. Nice ; 2016.

[8]. Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil [thèse de médecine générale]. Paris Est Créteil ; 2013.

[9]. Bonhomme I, Moretti C. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative [thèse de médecine générale]. Grenoble ; 2016.

[10]. Lanne O. La gynécologie en médecine générale : le genre masculin du praticien représente-t-il un obstacle pour les patientes ? [thèse de médecine générale]. Rouen. 2009.

[11]. Daillencourt F. Quelles sont les attentes des internes du DES de médecine générale vis-à-vis des stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie [thèse de médecine générale]. Rennes ; 2018

[12]. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;(84):142-5.

[13]. Meyor C, Lamarre A-M, Thiboutot C. L'approche phénoménologique en sciences humaines et sociales – Questions d'amplitude. *Recherches qualitatives*. 2005;Vol25(1):1-8.

[14]. Mucchielli A. Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. 2007;27.

[15]. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Revue*. 2015 jan 1;15(157):50-4.

[16]. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J QualHealth Care*. 2007 déc 1;19(6):349-57.

[17]. Savoie-Zajc L. Comment construire un échantillonnage scientifiquement valide ? *Recherches Qualitatives*. 2007;(hors série 5):99-111.

[18]. CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Avis 05/2014 du groupe de travail « article 29 » du 10 avril 2014 sur les Techniques d'anonymisation. [Internet]. [consulté le 10/04/2021]. Disponible sur : https://ec.europa.eu/justice/article29/documentation/opinionrecommendation/files/2014/wp216_fr.pdf.

[19]. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches Qualitatives. 2007;(hors série 3):243-271.

[20]. Portail d'accompagnement des professionnels de santé. Auvergne Rhône-Alpes. [Internet]. [consulté le 10/06/2021]. Disponible sur :<https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/choix-des-stages>

[21]. ISNAR-IMG. La réforme du troisième cycle des études médicales en 3 minutes [Internet]. 2017 sept 27 [consulté le 13/04/2020]. Disponible sur: <https://www.isnarimg.com/wp-content/uploads/La-reforme-du-troisieme-cycle-en-3-mn-27-09-2017.pdf>

[22]. Legroux C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux [thèse de médecine générale]. Bordeaux ; 2016.

[23]. Guyomard H. Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale. Revue de littérature [thèse de médecine générale]. Angers ; 2018.

[24]. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes d'Île-de-France [thèse de médecine générale]. Paris 7 ; 2010.

[25]. Sass M. La consultation patient, médecin, interne en stage niveau 1 de Médecine Générale: Étude qualitative comparative des représentations et attentes des patients et des internes – Intégration de l'interne dans la relation médecin-patient [thèse de médecine générale]. Paris Sud ; 2013.

[26]. Université Grenoble Alpes. Faculté de médecine. [internet]. [consulté le 20/10/2021]. Disponible sur : <https://medecine.univ-grenoble-alpes.fr/departements/medecine-generale/devenir-maitre-de-stage-des-universites-890977.kjsp?RH=1618411661824>

[27]. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. MENS0402086A (22 septembre 2004). [internet]. [consulté le 20/09/2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>

[28]. Angot O, Poutrain J-C. Le DES de médecine générale vu par les internes 3 ans après sa création : enquête réalisée fin 2007 à partir d'un questionnaire national envoyé aux internes de médecine générale de 24 facultés de médecine françaises [thèse de médecine générale]. Toulouse 3 ; 2009.

[29]. Ben Abdallah L. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes? [thèse de médecine générale]. Lyon 1 ; 2013.

[30]. Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins installés en Picardie [thèse de médecine générale]. Amiens ; 2016.

[31]. David M, Perigois E. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études de marchés et d'opinions BVA ; Paris. [Internet]. Mai 2008. [consulté le 12/04/2021]. Disponible sur : http://www.fncgm.com/images/Enquêtes/enquête_bva.pdf le 07/07/2013.

[32]. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [thèse de médecine générale]. Poitiers ; 2013.

[33]. Lansac J, Daraï E, Luton D. OUI la santé des femmes EST et SERA assurée. Communiqué de presse du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. [Internet]. Oct 2008. [consulté le 11/04/2021]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_66.HTM.

[34]. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. 2e éd. Bibliothèque scientifique Payot. Paris : Payot & Rivages, 1996. 418.

[35]. Ciabrini N. Comment la présence du résident est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien? [thèse de médecine générale]. Paris 6 ; 2002.

[36]. Verdon M, Roux D. Etude du ressenti des patientes sur la présence d'un interne en consultation de gynécologie en médecine générale en Midi-Pyrénées [thèse de médecine générale]. Toulouse 3 ; 2015.

[37]. Conseil National des Généralistes Enseignants. Présentation du DES. [Internet] Novembre 2012. [consulté le 20/09/2021]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/

[38]. Attali C, Bail P, Magnier A, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Prat Med Gen. 2006;20(730/731):525.

[39]. Agence Régionale de Santé. Prise de rendez-vous médicaux : délais d'attente moyens de 2 à 52 jours. Etude et Rapport. [Internet]. Octobre 2018. [consulté le 20/09/2021]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delaiss-dattente-moyens-de-2-52-jours#:~:text=La%20moiti%C3%A9%20des%20rendez%2Dvous,ils%20sont%20les%20plus%20importants.>

[40]. Le Breton-Lerouillois G. Ordre national des médecins. Atlas national de la démographie médicale [Internet]. 2015. [consulté le 20/06/2021]. Disponible sur: https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

[41]. Bonneau R. Acceptabilité d'un dépistage systématique des violences interpersonnelles en médecine générale [Internet]. 2020. [consulté le 21/10/2021]. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03394707/document>

[42]. Palisse M. Repérage par le médecin généraliste des violences sexuelles faites aux femmes : le point de vue des patientes [Internet]. 2015. [consulté le 21/12/2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01131510/document>

[43]. Colin A. Impact de la tenue vestimentaire du médecin généraliste sur la confiance du patient [thèse de médecine générale]. Nice ; 2017.

[44]. Vallée E. Ressenti des patients ayant consulté un interne en SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire supervisé) au cabinet de leur médecin généraliste dans la région Rennaise en 2016 : étude qualitative [thèse de médecine générale]. Rennes ; 2016.

[45]. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage ? [thèse de médecine générale]. Tours ; 2017.

[46]. Jules-Clément M. La formation gynécologique au cours du DES de médecine générale [these de médecine générale]. Paris 7 ; 2011.

[47]. Piveteau A. Evaluation du premier semestre expérimental d'un stage ambulatoire en gynécologie et pédiatrie couplé au SASPAS, à la faculté d'Angers [thèse de médecine générale]. Angers ; 2012.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Email de recrutement des internes

Bonjour à tous,

Nous sommes deux internes de médecine générale, MONDON Anaïs et POINTET Leslie, respectivement en 5^{ème} semestre et médecin remplaçant non thésé.

Nous réalisons une thèse qualitative qui a pour objectif d'étudier le ressenti des internes masculins, en dernière année d'internat (soit 5^{ème} ou 6^{ème} semestre) uniquement, sur leurs pratiques de la gynécologie au cours de leur internat, ainsi que sur leur vécu lors des consultations de gynécologie.

Si vous correspondez à ces critères, nous vous invitons à nous accorder un peu de votre temps pour répondre à notre questionnaire lors d'un entretien individuel semi-dirigé. Celui-ci est anonyme et restera confidentiel. La durée de l'entretien est estimée entre 30 à 45 minutes maximum. Nous nous déplaçons à votre convenance pour les entretiens individuels. Vous n'avez pas à vous déplacer.

Vous serez amenés à donner certaines informations personnelles non sensibles qui sont essentielles à notre analyse statistique telles que votre tranche d'âge, votre lieu d'exercice, etc.

Vous pouvez à tout moment vous retirer de l'étude.

Les résultats de la thèse vous seront communiqués si vous le souhaitez bien sûr.

Nous avons vraiment besoin de vous, s'il vous plait. On compte sur vous !

Nous attendons vos réponses avec impatience soit par téléphone au 06 ** ** ** **
soit par mail anais.mondon@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Vous pouvez également nous contacter par e-mail ou téléphone si vous avez des questions avant de vous lancer dans notre projet.

Merci d'avance

MONDON Anaïs et POINTET Leslie

Annexe 2 : Guide d'entretien

Préambule :

« Bonjour, je te remercie de participer à cet entretien. Je m'appelle POINTET Leslie / MONDON Anaïs et nous menons un travail sur le ressenti des internes masculins sur leur formation en gynécologie pendant l'internat. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, je m'intéresse à ton expérience, ton vécu. Je suis ici pour écouter et comprendre. Tu peux exprimer tout ce que tu souhaites.

J'insiste sur le respect de l'anonymat. L'entretien est confidentiel et anonyme. Nous ne garderons pas tes coordonnées. »

Guide d'entretien :

- 1) Présentation de l'interne avec son parcours de stage constituant son internat
- 2) Peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?
- 3) Quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?
- 4) Que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?
- 5) Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?
- 6) Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?
- 7) Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?
- 8) Pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

Questions de relance :

- As-tu des exemples ?
- Peux-tu m'en dire un peu plus ?
- As-tu d'autres choses à ajouter ?
- Comment cela se passe en pratique ?

Annexe 3 : Recueil de consentement des participants avec la fiche d'information aux participants

Fiche d'information aux participants

Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude dans le cadre de la recherche en médecine générale.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations afin de réfléchir à votre participation, et pour demander aux responsables de l'étude de vous expliquer ce que vous n'aurez pas compris.

Intitulé de l'étude : Évaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative

Etude sous la direction : Docteur LALLE Nadège

Responsables: POINTET Leslie (médecin remplaçant non thésé) et MONDON Anaïs (interne en médecine générale)

Investigateurs principaux : POINTET Leslie et MONDON Anaïs

But de l'étude : Auto-évaluation de la formation en gynécologie des internes de sexe masculins en dernière année d'internat

Engagement du participant :

Il s'engage à participer à un entretien semi directif autour du thème de notre étude, mené à l'aide d'un guide d'entretien.

La durée de cet entretien est d'en moyenne 30 minutes mais la durée est modulable selon les disponibilités du participant.

Les entretiens seront enregistrés intégralement par un smartphone. Ces enregistrements donneront lieu à une retranscription intégrale sur un document Word. Les retranscriptions seront pseudonymisées c'est-à-dire codées, désidentifiées et apparaîtront en annexe de la thèse.

Il déclare sur l'honneur être majeur et ne pas faire l'objet de mesure de protection.

Engagement des investigateurs principaux :

Ils s'engagent à mener l'entretien en date, heure et lieu choisis par le participant dans une limite des départements de l'Isère et de la Savoie/Haute-Savoie.

En tant qu'investigateurs principaux, ils s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Conformément à l'article L 1122-1 du Code de la Santé Publique (loi de Mars 2002 relative aux droits des malades), les résultats globaux de l'étude pourront lui être communiqués s'il le souhaite.

Liberté du participant :

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant :

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès des investigateurs principaux, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Frais :

La collaboration du participant à cette étude n'entraînera pas de participation financière de sa part. Conformément à la loi, tous les frais liés à l'étude seront pris en charge par les responsables de l'étude.

Confidentialité des informations :

Dans le cadre de cette étude à laquelle, MONDON Anaïs et POINTET Leslie, les responsables de l'étude, et le Département de Médecine Générale de Grenoble vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre.

Vos données seront utilisées uniquement pour répondre aux objectifs de la thèse.

Le traitement de vos données sera réalisé par les responsables de l'étude, soit MONDON Anaïs et POINTET Leslie.

Vos données directement identifiantes (nom, prénom, e-mail, téléphone) sont recueillies par e-mail et peuvent être transmises :

- aux responsables de l'étude
- à la directrice de thèse, uniquement dans le cas où vous entreriez volontairement en contact avec elle

A la suite des entretiens, les enregistrements audio seront retranscrits sur Word dans un délai court. Aucune donnée personnelle ne sera retranscrite. Une pseudonymisation sera alors effectuée afin que le traitement de données personnelles réalisé ne puisse plus être attribué à une personne physique sans information supplémentaire.

En pratique, la pseudonymisation consiste à remplacer les données directement identifiantes (nom, prénom, etc.) d'un jeu de données par des données indirectement identifiantes (alias, numéro séquentiel, etc.).

La pseudonymisation permet ainsi de traiter les données d'individus sans pouvoir identifier ceux-ci de façon directe.

La pseudonymisation constitue une des mesures recommandées par le RGPD pour limiter les risques liés au traitement de données personnelles.

En tout état de cause, toutes les parties impliquées dans cette recherche sont tenues de respecter la confidentialité de vos données personnelles.

Les responsables de l'étude et la directrice de thèse conserveront vos données jusqu'à la soutenance de thèse.

Législation :

Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) du 14 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 :

- vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ainsi que du droit de demander la limitation du traitement
- vous disposez aussi d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées
- vous disposez d'un droit à l'effacement des données et à l'oubli

Néanmoins, conformément aux articles 17.3.c et 17.3.d du RGPD, ce droit ne s'applique pas dans la mesure où le traitement des données est nécessaire à des fins statistiques et pouvant rendre impossible ou compromettre gravement la réalisation des objectifs du dit traitement. Le cas échéant, pour ne pas mettre en péril les résultats de l'étude, nous conserverons donc vos données.

- vous disposez d'un droit de réclamation auprès d'une autorité de contrôle (en France : la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés)

Pour exercer ces droits, veuillez contacter les responsables de l'étude MONDON Anaïs et POINTET Leslie par e-mail aux adresses suivantes : Anais.Mondon@etu.univ-grenoble-alpes.fr ou Leslie.Pointet@etu.univ-grenoble-alpes.fr.

Le délégué à la protection des données (DPO) de l'Université Grenoble Alpes a été sollicité pour la mise en conformité de l'étude selon la norme CNIL MR-004.

Dans le cas où vous souhaiteriez retirer votre consentement, conformément à l'article L.1122-1-1 du code de la santé publique, les données recueillies préalablement au retrait de votre consentement pourront ne pas être effacées et pourront continuer à être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Nous vous remercions par avance pour votre participation, et nous sommes joignables par mail pour répondre à vos éventuelles questions.

Formulaire de consentement :

Titre de la recherche : Évaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative

Je soussigné (nom et prénom du participant), accepte de participer à l'étude :

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par (nom et prénom de l'investigateur).

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

J'accepte que les données pseudonymisées recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement automatisé par les organisateurs de la recherche. Je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification auprès d'un des deux investigateurs.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complété et signé.

Fait à,

Annexe 4 : Corpus des entretiens

Entretien interne A

(Responsable) : Pour commencer, peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Alors du coup j'ai 26 ans, je suis en dernière année d'internat. Je ne sais pas encore où j'ai envie de m'installer plus tard. Après je réfléchis quand même sur un projet d'activités mixtes à la fois libérale et hospitalière, enfin hospitalière ou du moins en centre de santé. Puis voilà, le coin me plaît pas mal mais après je ne sais pas... J'ai choisi Grenoble en tout cas pour l'internat parce que la maquette était mieux à Grenoble, les stages étaient mieux. Et pour mes stages, j'ai effectué mon stage en UPL, un autre stage aux urgences évidemment en hospitalier, un stage couplé de pédiatrie et gynécologie en hospitalier, le stage de médecine polyvalente en hospitalier et actuellement mon stage libre de gynécologie à l'hôpital avec des seniors de sexe mixte.

(R) : Ok, merci beaucoup. Alors question suivante : peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de sexe masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Alors comment ça se déroule ? Ben déjà en autonomie totale et plutôt bien. Dans le sens où je pense que quand on garde certaines valeurs comme la politesse ou la courtoisie déjà dès le premier contact avec les patientes ça se passe plutôt bien. Après, je ne peux pas te le cacher, y a quand même certaines tranches de la population, on sait directement, ne serait-ce qu'au bonjour, surtout si t'es avec un senior que t'es à la porte quoi.

(R) : Est-ce que tu as des exemples ?

(I3) : Enfin les jeunes quoi, parce que c'est plus souvent avec les jeunes que ça arrive et avec les patientes de confessions musulmanes aussi. Mais globalement, enfin en tout cas en hospitalier y'a pas de refus d'internes monstre. En UPL, on faisait pas mal de gynéco aussi avec une de mes praticiennes et là pour le coup vu que c'était en cabinet privé ben si la patiente ne veut pas ben elle ne veut pas donc du coup j'allais prendre le café. En cabinet, t'as moins ton mot à dire alors que déjà à l'hôpital si ton PH dit : « c'est l'hôpital public donc si y a l'interne et ben y a l'interne c'est comme ça ». Mais maintenant dans mon stage ça, c'est un peu biaisé parce que vu que j'ai mes propres consultations, ben les secrétaires préviennent les patientes à l'avance que c'est un interne. Mais franchement, je ne sais pas par contre si les secrétaires préviennent que je suis un homme. Mais du coup tu vois cet après-midi, j'ai eu mon planning de consultations et ça s'est très bien passé. Après je leur dis aux patientes quand j'ai un doute; je leur dis « ben voilà on a votre numéro

de téléphone etc ». Après elles sentent un peu qu'il y a des choses auxquelles je ne sais pas répondre. Et du coup, ben je leur dis que j'en réfère à un de mes seniors. Je leur explique que moi je pense qu'il faut faire ça, ça et ça, et que si ce n'est pas la bonne conduite à tenir ben je les rappellerai.

(R) : Et pour l'exemple concret, en pratique comment cela se passe ?

(14) : Ben je fais du suivi, des gestes, un peu d'échographie. En gros je vois tout ce qui est suivi et tout ce qui n'a pas besoin d'être référé chirurgicalement. Après je n'ai pas non plus des consultations que pour des échographies notamment obstétricales et morpho-fœtale mais par exemple si j'ai un contrôle de stérilet à faire je mets bien un coup d'échographie, je m'en sers plus comme une aide pour ma consultation. Après s'il y a des symptômes comme des métrorragies souvent, là aussi je mets un coup d'échographie.

(R) : Alors pour la troisième question : quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(15) : Pour moi c'est plutôt positif, après j'essaye de varier un peu vu que j'ai un stage qui est libre. Globalement, je ne m'occupe pas d'un service en particulier, je ne suis pas compté comme interne vraiment dans le service donc du coup je fais un peu de bloc, des IVG chirurgicales, donc tu vois c'est vraiment hyper varié. Je fais aussi des consultations d'obstétrique, même si dans ce cas c'est encore à deux, en semi-autonomie avec un senior mais j'ai quand même beaucoup la main. Dans ces consultations ça m'arrive régulièrement de commencer tout seul, de faire l'examen tout seul. Et à côté de ça, je peux aller aussi au planning familial pendant une semaine pour voir autre chose, enfin une autre approche quoi. Donc en résumé c'est positif. Après, je m'implique beaucoup parce que je veux être le plus autonome possible plus tard. La médecine générale c'est quand même bien parce que tu peux faire ce que tu veux. Donc si tu veux te spécialiser dans un truc et ben il faut te donner les moyens mais c'est possible.

(R) : Pour rebondir avec la question suivante, que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(16) : Oui carrément ! Carrément... En plus ça permet de recruter une patientèle jeune. Quand tu t'installes à 27 ou 28 ans, t'as des patients qui ont à peu près cette tranche d'âge. Si les femmes savent que tu fais de la gynéco, quand elles tombent enceintes tu les suis puis tu suis les gosses c'est super intéressant. Et puis dans la gynécologie j'aimerais faire de tout, comme je fais dans mon stage actuel. De toute façon comme je t'ai déjà dit y a que quand c'est à référer avec de la chirurgie où tu peux juste un peu expliquer à la patiente en quoi ça va consister si t'avais déjà vu durant ton externat ou durant tes stages en pratique ou soit si tu connais toutes les recommandations par cœur (*rires*), mais sinon on peut tout faire quoi. Mais du coup, oui je compte bien en faire une activité.

(R) : Alors autre question: quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(17) : Alors... ça c'était moins cette année car y a moins d'appréhension mais l'année dernière sur le stage couplé, quand on s'occupait des urgences gynéco en plus, qui sont quand même une grosse partie du stage, c'est qu'au début j'avais du mal à assimiler les symptômes des patientes. Enfin pour assimiler leurs plaintes vraiment par rapport au degré d'urgence. Ce que nous jugeons ne pas être urgent, ça peut être le centre de tout pour elles. Et du coup, on n'apporte pas forcément des réponses adaptées. Je ne dirai pas que je me suis senti débile mais... tu sais que tu n'aides pas la patiente quoi. Si elle vient pour te dire qu'elle a mal au bide, ce n'est pas une réponse de lui prescrire une NFS et béta-HCG. Même si tu peux penser que tu as bien fait mais au fond de toi tu as l'impression de ne pas satisfaire la patiente. Alors après comme autres difficultés... il peut y avoir tout ce qui est pratico-pratique. Exemple: quand on ne te montre pas comment on pose un spéculum, comment on fait une échographie endo-vaginale. Après pour moi personnellement on m'a montré les gestes pendant mon externat, pendant mon stage en UPL, sauf l'échographie. Après faut demander et à force de pratiquer on s'améliore mais au début ça reste bien difficile. En fait c'est toujours pareil, quand tu dis « je n'en ai jamais fait » mais qu'il faut aller vite c'est compliqué, après si tu dis ça aux patientes elles te disent non mais après s'il faut tu bluffes (*rires*), tu dis je l'ai déjà fait à la patiente et puis tu vois comment ça se passe après (*rires*).

(R) : Alors pour la sixième question: quel progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations durant l'internat ?

(18) : Ben c'est beaucoup plus fluide. Et puis quand tu arrives à bien différencier les différents motifs ou plaintes c'est beaucoup plus facile. Et puis je vois aussi mes seniors faire et puis je vois qu'eux aussi peuvent éluder certains points. Parfois, je trouve qu'il ne pose pas forcément les questions donc c'est vrai que maintenant... enfin j'essaye d'être assez systématique. Et c'est sûr ça que je trouve que j'ai pas mal progressé. Par exemple tu vois, même si c'est un suivi de base, je pose toujours la question sur la contraception ou sur la ménopause enfin en fonction de l'âge bien sûr. Donc je suis devenu systématique et plus fluide. Et puis à force d'entendre parler de certains sujets on s'y intéresse forcément. Par exemple, les différents traitements contre la ménopause. Ah oui et aussi avec les consultations en semi-autonomie, tu peux discuter avec le praticien en même temps qu'il explique à la patiente et ça permet d'acquérir des connaissances et de l'expérience aussi pour ta pratique future. Et puis j'ai l'impression que les patientes ont l'air d'apprécier les échanges entre nous devant elles parce qu'elles ont des explications en même temps du coup. Mais j'aime bien être tout seul aussi parfois pour faire vraiment comme je veux (*rires*).

(R) : Merci. Avant-dernière question, même si tu as déjà commencé à y répondre depuis le début de l'entretien. Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ?

(I9) : Ouais, je me sens bien formé mais après en tant que ressenti personnel, je pense que tu peux toujours faire mieux. Après pour la base c'est bon. Quand je vais en remplacement je dis à la secrétaire qu'elle peut mettre des consultations de gynéco sans soucis.

(R) : Est-ce que tu pourrais m'en dire un peu plus ?

(I10) : Tous les gestes de contraception, je ne savais pas les faire en début d'internat (pose et retrait de stérilet, pose d'implant et leur ablation). Tout ça, je n'avais vraiment pas fait avant. Et c'est vrai que tu deviens tout de suite plus à l'aise quand tu en fais régulièrement, ça je ne peux pas te le cacher. Les premiers stérilets que j'ai posés c'est clair que ça m'a troublé un peu quand même alors qu'après ça devient mécanique durant les différents stages de l'internat.

(R) : Pour répondre à la deuxième partie de la septième question, envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I11) : Oui ! En fait pour la petite histoire, si ça t'intéresse, j'étais de garde mercredi dernier et une fois que j'avais fini de tout faire j'ai vu sur l'ordinateur « DU de gynécologie et contraception en ligne, université de médecine la Sorbonne » avec vraiment tous les cours en ligne et examen en présentiel fin avril donc j'ai envoyé dans la nuit en 2h lettre de motivation et CV au secrétariat. Et en fait je n'avais pas vu mais le secrétariat m'a répondu que c'était juste pour les médecins déjà thésés donc je suis vraiment trop dégoûté. Mais du coup pour te répondre oui clairement j'envisage de faire un DU.

(R) : Et sur quels arguments ?

(I12) : La vraie raison ?

(R) : Oui, pourquoi voudrais-tu faire un DU ?

(I13) : Alors la vraie raison c'est juste pour le mettre sur ma plaque et que la patientèle sache dans quelle activité je suis bien formé. Mais très sincèrement, je ne suis pas sûr qu'un DU de gynéco m'apporte plus, à part peut-être sur les trucs un peu plus « exotiques ». Et encore il existe déjà des DU un peu plus « exotiques » comme le DU de sexologie, d'allaitement ou de suivi du post-partum comme font les sages-femmes. Parce que sur ça je ne pense pas qu'on soit bien formé en stage. Mais je pense vraiment qu'écrire DU sur ta plaque ça change la donne. Mais ce n'est pas parce que je ne me sens pas à l'aise durant mes consultations.

(R) : Et bien merci beaucoup pour ton honnêteté. On arrive à la dernière question. Si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I14) : En un mot... Ouf... C'est dur ça... Le ressenti qu'on a face aux patientes... Je ne sais pas... Je dirai quand même : courtoisie pour résumer tout ça. Parce que je trouve que c'est ça qui pose le cadre de la consultation gynécologique. Ça se passe toujours mal quand on n'est pas bien et qu'on le laisse transparaître. J'ai déjà vu des exemples avec des chefs qui s'énervent sur des patientes qui peuvent arriver en retard et la consultation ne ressemble plus à rien après. Si tu es courtois, c'est un savoir-être, les patientes comprennent et sont contentes.

(R) : Et bien merci beaucoup pour ta participation !

Entretien interne B

(Responsable) : Alors pour commencer, peux-tu te présenter personnellement avec ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Alors j'ai 26 ans. J'ai choisi médecine générale parce que c'est ce qui me plaît depuis le départ. Je suis originaire d'une autre région et je suis venu ensuite à Grenoble parce que j'ai comme projet de faire de la médecine de montagne. Faire de la traumatologie, c'est vraiment ce qui me plaît le plus et c'est au final vers ça que je vais m'orienter. J'aimerais aussi faire des urgences. Donc Grenoble pour les stages en station. Et puis c'est vrai que j'avais aussi envie de changer de région. Après ben j'en suis au 5^{ème} semestre, ils ont été un peu tous orientés traumatologie ou urgences. Et puis je pense que pour la gynécologie vraiment, on y viendra plus tard.

(R) : Alors la deuxième question: peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Ben en gynéco, moi ce que je fais quasi seulement, c'est m'occuper de la contraception. Puisque je fais des prescriptions de pilules. Après c'est vrai que parfois pour des femmes qui consultent pour des douleurs abdominales, ben il faut quand même que je m'intéresse au plan gynécologique. Je parle avec les patientes lors de mes consultations de leurs antécédents gynécologiques, je vérifie qu'elles aient bien un suivi etc. Après lors d'une consultation, je peux quand même faire du suivi sur le plan mammaire. Je demande s'il y a bien un suivi radiographique qui est fait par exemple. Il m'arrive aussi effectivement lors de certaines consultations de faire une palpation des seins, surtout quand ça fait longtemps que ça n'a pas été fait. Donc ça aussi c'est vrai que je le fais. Quand je fais des consultations pour la pilule, je demande bien si elle fume, quel âge elle a, si elle a des antécédents ou non. Alors

souvent les patientes que je vois elles viennent déjà avec une pilule prescrite auparavant donc c'est du renouvellement. C'est vrai que je fais très peu d'initiation de pilules même si le Vidal me sert pas mal. D'ailleurs, il me semble qu'il y a une thèse qui va être en cours par un interne de notre promo sur « comment prescrire une pilule en médecine générale ? » donc ça fera un bon mémo. Mais en clair hormis l'examen des seins que je fais rarement, je ne fais jamais d'examen clinique de gynéco. Au cabinet où je suis, il y a une salle de gynéco mais c'est uniquement ma co-interne qui s'en occupe quoi. J'en ai fait uniquement durant mon stage à l'hôpital mais c'était de l'urgence gynéco. Et le plus souvent c'était de l'obstétrique. Après ça m'est arrivé que ce soit un herpès ou un autre truc comme ça. Donc moi je faisais la consultation, je mettais le spéculum, je regardais le col mais ensuite c'était le sénior qui venait. Parce qu'en général, fallait faire une échographie derrière donc autant je fais l'échographie sus-pubienne mais l'échographie endo-vaginale je n'ai jamais été à l'aise et je ne voyais rien donc on appelait le sénior systématiquement. Parce qu'aller dans l'intimité d'une femme alors que l'examen va être refait une deuxième fois... Et quand le ou la gynéco venait, je me mettais souvent à l'écart pour pas non plus être trop insistant, à regarder comme ça... Et puis quand t'es rejeté, ça participe au fait de ne pas avoir envie de continuer après. Ça crée une sorte de malaise donc je n'ai pas envie d'insister, pas envie d'aller plus loin si c'est pour te faire rejeter. Et puis je pense que les gens le remarquent aussi que t'as pas forcément envie. Je me suis fait surtout rejeter plusieurs fois quand j'étais en UPL et puis c'est quand même souvent question d'ethnie, dans certaines religions quoi tu sens qu'il y a un malaise, elles te disent oui puis après non. Donc moi je m'en vais quoi, je ne cherchais même pas à insister. Surtout que ce n'est pas un truc qui m'intéresse quoi.

(R) : Merci à toi. Pour la troisième question, quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Alors en gynécologie, j'ai toujours été avec quelqu'un et jamais tout seul. Enfin j'ai jamais demandé à être tout seul, tu vois ce n'est pas comme quand tu es en SASPAS et que tu veux être autonome. En gros, dans un premier temps j'étais tout seul et après le gynéco venait. Donc je me limitais à mettre le spéculum, à voir s'il y avait un truc anormal du moins qui me semblait anormal et après j'appelais le chef. Alors à part les seins, je n'ai pas envie quoi. Là où j'ai fait mon stage il y avait de la gynéco bien sûr mais ce n'était pas orienté que sur ça donc je trouve que j'ai eu de la chance. Et puis en UPL, j'avais dû en faire un peu mais ça a dû se limiter à 3 frottis quoi. Et puis je n'ai jamais voulu aller plus loin et je ne me suis jamais intéressé à la matière en plus. Pour t'expliquer, je ne me suis jamais senti à l'aise et étant donné que je n'approfondis absolument pas le sujet, ben je n'ai pas d'outils de communication par exemple. Je n'ai vraiment pas envie d'en faire après même si je sais bien qu'il faut quand même maîtriser un peu la matière. Après je maîtrise 2-3 trucs du genre une pose de spéculum, regarder le col ou faire un frottis. Mais là par exemple je suis avec une interne adjointe et qui elle a fait une capacité de gynéco et du coup dans le cabinet c'est elle qui fait toute la gynéco. En plus, mes praticiens ce

sont trois hommes entre 65 et 70 ans et qui n'en font quasiment jamais eux non plus. Quand ils en font même des fois ils viennent carrément me demander à moi tu vois. Et puis j'avoue que ça m'arrange bien au final qu'ils n'en fassent pas. Surtout que comme ça moi je peux prendre plus tout ce qui est orienté cardiologie etc.

(R) : Super, merci. Donc quatrième question : que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Alors il faut savoir aussi que dans mon entourage, j'ai quelqu'un qui est dans le domaine aussi donc je connaissais déjà un petit peu avant donc voilà. Et ça ne m'a jamais vraiment intéressé et comme je te l'ai dit je préfère vraiment ce qui est traumatologie, cardiologie et urgences. Mais pourtant c'est vrai qu'il y a aussi des urgences en gynéco surtout si t'es en station et que t'as une dame qui saigne ben c'est vrai qu'il faudra que j'aille voir etc. Mais je ne suis vraiment pas à l'aise, je pense vraiment qu'il me manque des techniques de communication dans ce domaine-là. Après je reste quand même un médecin donc s'il faut je ferai dans les limites de ce que je sais faire. Après je trouve aussi que c'est en fonction de l'âge de la patiente. Parce que si tu te retrouves avec une jeune de ton âge ça reste plus difficile qu'avec une dame qui a soixante ans pour moi. S'il y a un malaise dans une consultation moi ça me bloque un peu, c'est pour ça que je n'en fais pas. Et je ne compte pas l'exercer dans ma pratique plus tard. Mais si je dois m'installer en cabinet, je le ferai avec quelqu'un qui lui fait de la gynéco. Je dirai du coup que moi je ferai le minimum plutôt que pas du tout. Avec lors de mes consultations, du dépistage des MST et de la contraception. Les examens cliniques ça sera peut-être si on aborde le sujet d'une grosse infection mais voilà. Après j'hésite peut-être à ne pas m'installer et être en hospitalier donc à voir aussi.

(R) : Très bien, merci. Alors question suivante : quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Alors déjà je me suis jamais retrouvé bloquer seul de toute façon; si un jour ça m'était arrivé de ne pas avoir de sénior avec moi pour m'aider, j'aurais vraiment totalement arrêté surtout que ce n'est pas un truc que je maîtrise vraiment quoi... Et puis ce n'est pas mon genre de me lancer dans des trucs si je ne sais vraiment pas faire. Après y'a des refus mais je ne considère pas ça vraiment comme une difficulté, pour moi ça fait partie d'une consultation; et la patiente a tout à fait le droit de refuser. Après en général les femmes comprennent bien que tu es étudiant et que tu es là pour apprendre. Donc la plupart du temps je trouve que ça se passe bien quand même durant l'internat. A 90 % même si t'es un homme, on t'accepte. Après les difficultés supplémentaires dans ma pratique euh... Ben je dirai pour les gestes. Par exemple, pour le toucher vaginal parce qu'il faut qu'on t'explique en même temps pour savoir ce que tu cherches. Donc apprendre le toucher vaginal je trouve que ce n'est vraiment pas un truc qui est simple quoi. Que le chef dise d'abord je le fais moi puis après c'est toi, pour la patiente qui le subit ben waouh quoi; avec toujours cette

sorte de malaise que ça crée, moi je n'aime pas du tout. Après si ton praticien fait de la gynéco et que la patiente est d'accord ça change tout, donc ça dépend vraiment du praticien avec qui tu es aussi. Mais un autre obstacle, c'est mon manque d'intérêt donc je ne vais pas faire des recherches non plus après pour me former etc. Ah oui, une autre difficulté à nouveau dans la technique, c'est la pose de stérilet. J'en ai posé une fois au planning familial et la jeune fille avait fait un malaise d'ailleurs comme ça arrive souvent et du coup si ça t'arrive aussi en consultation en cabinet et ben c'est dur. Le temps de poser déjà le stérilet si tu dois en plus garder la patiente qui a fait son malaise et ben je trouve ça compliqué. Je trouve que le geste n'est pas si simple que ça non plus et puis c'est un geste que je ne ferai pas après de toute façon. Des implants j'en ai posé quelques-uns aussi mais bon je n'irai pas plus loin non plus je pense.

(R) : As-tu autre chose à ajouter sur ton ressenti ?

(16) : C'est surtout ça qui ressort, par exemple avec la jeune fille qui a fait le malaise, faut savoir qu'on était quatre dans la pièce : sa mère, la jeune fille, mon chef, qui est un médecin généraliste qui a une capacité de gynécologie et qui vient au planning, et moi. Donc vraiment cette consultation, je l'ai trouvée « malaisante » quoi (*rires*). Donc certes intéressant à voir mais c'est bon j'ai vu et c'est bon j'ai plus besoin quoi (*rires*). Mais je reste conscient que pour certaines urgences, il faut quand même un niveau minimum pour ma pratique future derrière voilà tout.

(R) : Et bien on passe à la question suivante qui est : quel progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?

(17) : Et ben, c'est surtout sur la gestion des urgences. Après dans mon stage combiné, j'ai appris pas mal sur l'obstétrique aussi. Sur la gestion des saignements et des douleurs abdominales chez la femme enceinte aussi du coup. L'interrogatoire des femmes enceintes aux urgences avec le nombre de semaines d'aménorrhée etc. J'ai appris quand est-ce qu'il faut s'inquiéter aussi. Et au final assez rapidement pour tout (*rires*). Je trouve que la gynéco c'est assez stressant, parfois il faut agir rapidement. En obstétrique il peut y avoir des actes avec des conséquences gravissimes aussi. Par exemple je vais te raconter un truc qui m'est arrivé : j'ai vu une dame enceinte à 30 semaines d'aménorrhée avec de la fièvre. C'était en janvier dernier donc avant le COVID, donc forte suspicion de grippe avec une petite dyspnée. J'avais fait un bilan biologique qui ne montrait pas grand-chose, une auscultation aussi qui ne montrait pas grand-chose hormis une petite tachycardie, des bruits du cœur fœtaux avec la sage-femme qui étaient bien et j'ai prescrit du doliprane, et elle est rentrée à la maison. Elle est revenue le lendemain sous 9 litres d'oxygène avec le SAMU et ça n'allait pas du tout, elle est passée par les urgences classiques puis elle est montée en maternité; enfin bref j'ai fait radiographie, avis infectieux etc et finalement c'était un SDRA et elle est partie en réanimation au CHU derrière. Donc le truc hyper violent : partir en réanimation intubée, césarisée à 30 semaines d'aménorrhée, avec bébé intubé aussi du coup. Donc ils ont failli mourir

tous les deux, j'avais appelé les réanimateurs qui m'avaient dit qu'ils avaient seulement 50 % de chance de survivre. Bon, grande chance finalement ils s'en sont sortis tous les deux. Mais ça m'a un peu traumatisé cette histoire-là... Donc maintenant femme enceinte et fièvre même si c'est peut-être qu'une grippe, j'aurais vite tendance à envoyer aux urgences plutôt qu'à m'en occuper moi-même en cabinet parce qu'on se rend compte qu'en obstétrique ça peut se dégrader rapidement. Et à l'hôpital ces patientes seront au moins vu par un gynéco. C'est vrai que j'ai pu voir pas mal d'urgences gynécologiques au moins parce qu'on avait le bip même si des fois ce n'était pas de vraies urgences comme un bouton ou des démangeaisons depuis plus de deux semaines mais bon... Et en passant aux urgences maternité j'ai aussi pu voir des menaces d'accouchement prématuré donc même si ce n'est pas un truc que tu gères en cabinet au moins je sais ce que c'est et les premiers signes donc ça au moins ça a été utile.

Après sur les gestes de gynéco purs, j'ai appris au moins à mettre un implant donc j'ai appris c'est sûr mais après est-ce que je saurais le refaire dans cinq ans par exemple, si je n'en fais pas entre temps ? Ben ça c'est la question... Parce que je pense qu'il faut pratiquer ou sinon tout s'oublie au final. Donc je pense que je finirai par oublier même si je me souviendrai à peu près où il faut le mettre et qu'il existe toujours des tutos sur Youtube (*rires*). Mon objectif en tout cas en passant dans ce stage, c'est de ne pas passer à côté d'une urgence plus tard. Ce que je veux retenir de mon stage : qu'est-ce que j'envoie aux urgences ? Qu'est-ce qui est grave ? Donc voilà j'ai compris. Après c'est vrai que j'aurais toujours pu faire plus, on avait la liberté de faire plus de consultations, d'aller poser plus de stérilets, mettre des implants etc mais je ne l'ai pas fait parce que ça ne m'intéressait pas vraiment et que je n'avais pas envie de le faire. Donc oui j'ai progressé mais je pense que j'oublierai dans les 5 ans.

(R) : Très bien. Donc avant-dernière question : te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I8) : Alors oui je me sens assez formé pour faire des consultations de gynéco en médecine générale, parce que ça reste assez basique : contraception, frottis, dépistage des cancers et puis c'est tout. Donc oui je me sens assez formé parce que si ça devait arriver je le ferai y'a pas de soucis. J'ai les clés en main pour faire des consultations de médecine générale en gynécologie en tout cas. Et la capacité, non. Comme je l'ai déjà dit ça ne m'intéresse pas. Donc pas du tout envie d'en faire.

(R) : Et ben on passe à la dernière question : si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I9) : Malaise. Comme je l'ai dit depuis le début.

(R) : Merci beaucoup pour ta participation !

Entretien interne C

(Responsable) : Alors pour commencer avec la première question : peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Pour commencer, j'ai 26 ans. J'ai fait mon internat à Grenoble, j'ai fait un stage aux urgences durant mon parcours. Durant ce stage, je me suis bien formé aux urgences, c'était vraiment un bon stage et ça m'a paru vraiment très important comme formation. J'ai vraiment appris plein de choses. J'ai fait un stage chez des médecins généralistes. Là-bas, j'ai travaillé avec plusieurs médecins généralistes différents qui avaient tous des façons de travailler différentes aussi. C'était en maison de santé pluri-professionnelles avec certaines chefs donc c'était hyper intéressant aussi de voir comment ça marchait avec les programmes de prévention par exemple, les choses subventionnées des MSP. C'était vraiment intéressant de travailler comme ça surtout que mes praticiens étaient très EBM. Et puis les deux autres chefs qui n'étaient pas en MSP, travaillaient à mi-temps; c'était très intéressant de voir ce que c'était de travailler comme ça. Et puis c'était avec une population assez âgée donc pas mal de gériatrie finalement. J'ai fait un semestre en pédiatrie avec une première en service d'hospitalisation conventionnelle qui était réservé à ce qu'ils appellent les grands enfants, soit entre trois et dix-huit ans. Donc là j'ai appris à travailler en service. Ce n'était pas forcément le plus intéressant parce qu'on ne nous laissait pas faire grand-chose mais ça m'a permis de me familiariser avec le fonctionnement d'un hôpital. Et la deuxième partie du stage, je l'ai fait aux urgences pédiatriques donc complémentaire avec mon premier semestre et ça m'a paru vraiment essentiel pour connaître les premiers soins chez les enfants. Un autre semestre, je l'ai fait dans un service de médecine adulte, uniquement en hospitalier mais très intéressant aussi. J'ai pu quand même travaillé en plus un petit peu en maison de retraite puisqu'elles étaient reliées à l'hôpital administrativement. Et ce fut un travail beaucoup plus sur l'éthique et le soin, sur la communication avec la famille qui est très importante. Et là actuellement, je suis en stage en ambulatoire orienté énormément sur la gynécologie mais aussi avec de la médecine générale. Voilà tout.

(R) : Ok très bien, merci pour ta réponse bien complète. Alors pour la deuxième question, peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret ?

(I2) : En général ça dépend un peu des praticiens avec qui je suis. Parce que je trouve que ça dépend vraiment du praticien. Mais étant donné que je réalise mes consultations de gynécologie en général avec les gynécologues de la clinique ou de l'hôpital; en pratique le médecin appelle la patiente et du coup il nous présente tous les deux et on fait la consultation ensemble. Donc soit je reste passif et c'est le médecin qui fait tout, soit je fais quelques gestes pratiques si c'est dans mes compétences comme l'examen clinique de base et généralement c'est le médecin

qui finit la consultation mais je n'ai pas forcément d'exemple précis. Et pour le moment je n'ai pas fait de consultation seul. Enfin, y'a qu'un seul praticien avec qui j'ai été vraiment tout seul mais uniquement en début de consultation et puis j'ai été rejoint par le gynécologue pour faire le point et revoir avec la patiente s'il y avait d'autres choses. Après, avec une des gynécologues, je reste passif et je regarde et avec l'autre, je peux faire éventuellement tout l'examen et soit il veut revoir quelque chose soit il ne revoit pas forcément, ça dépend. Voilà.

(R) : Alors pour continuer, quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Ben ça se passe bien. Je n'ai pas forcément de difficulté pour communiquer déjà. Et pour détailler mon expérience personnelle et ben je réalise l'interrogatoire pour commencer. En pratique aussi, je fais beaucoup de frottis. Je fais également des examens gynécologiques donc pose de spéculums, des touchers vaginaux... Et je fais un tout petit peu d'échographie au planning familial que ce soit sus-pubiennes ou endo-vaginales. Qu'est-ce que je fais d'autres ? Euh... Contraception, information et prévention sur les infections sexuellement transmissibles. Par contre, tous les examens de « testing » je ne suis pas trop habitué à en faire. Les échographies obstétricales je ne les fais pas non plus. J'ai oublié de te dire que je pose les implants et les stérilets, je les retire éventuellement. Quoi que, je n'ai pas encore retiré d'implant. Et je peux rajouter qu'actuellement avec les médecins généralistes j'ai très peu de consultations de gynécologie, je dirai une ou deux par jour. Par contre avec les gynécologues, on ne fait que ça donc entre vingt-cinq et trente par jour.

(R) : Super merci. On va passer à la question suivante qui est : que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Alors c'est entre autre pour ça que je réalise ce stage; c'est pour bien me former à la gynécologie et être à l'aise et avoir confiance en moi dans mes examens. Alors qu'est-ce que ça représente pour moi ? Ben je pense que c'est un élément essentiel de la médecine générale, de proposer un examen gynécologique, un suivi. Et ça me paraît vraiment essentiel pour un médecin de savoir faire ça. Et l'autre élément, je ne sais pas comment le formuler...Je pense qu'il y a pas mal de médecins qui ne font pas de gynécologie parce qu'ils ne sont pas à l'aise et donc de l'avoir dans notre formation ça nous permet d'être à l'aise et donc d'avoir confiance en nous. C'est donc un gain à la fois pour les patientes mais aussi pour nous. Donc je compte bien en faire plus tard, surtout avec un projet d'installation en libéral, et de proposer aux patientes un suivi, un suivi de la femme enceinte, de la contraception et d'autres choses comme ça.

(R) : Très bien. Cinquième question : quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Oh ben c'est arrivé que je sois dans le couloir parce que la patiente refusait qu'il y ait un homme qui participe à la consultation, surtout lorsque c'était une femme gynécologue. Donc je pense que la patiente s'attendait à parler avec une femme et n'était pas à l'aise avec le fait que je sois là pendant la consultation. Les difficultés que j'ai eues je ne sais pas si elles sont dues au fait que je sois un homme ou au fait que je sois interne également. Je pense par exemple à certaines femmes surtout au planning familial, c'est parfois la première fois qu'elles se font examiner au plan gynécologique et ça, ce n'est pas forcément évident pour elles. Donc on essaye de leur expliquer qu'on va faire doucement et que ça se passe bien dans la majorité des cas, mais certaines m'ont expliqué qu'elles n'étaient pas à l'aise avec le fait qu'on soit deux pendant la consultation, soit que ce soit « un jeune médecin » qui la fasse. Ce n'est par exemple par forcément évident pour certains gestes, je pense par exemple à la pose de stérilet. Parce qu'on n'a pas beaucoup de formations spécialement là-dessus. La contraception, je n'étais pas forcément à l'aise non plus. Parce qu'il y a beaucoup de contraceptions différentes, et en fonction des plaintes des patientes ce n'est pas forcément évident de trouver la solution adaptée. Je pense par exemple à la pilule en fonction des difficultés qu'elles peuvent avoir d'hyper-oestrogénisme etc. Comme je l'ai dit, je ne pense pas avoir de difficulté en communication. Et j'ai oublié pour les touchers vaginaux aussi, je trouve que c'est compliqué et que je n'ai pas eu forcément de formation là-dessus et j'ai l'impression d'avoir plus de retard là-dessus. Voilà tout.

(R) : Très bien, on va passer à la question suivante pour aller dans la continuité de tes propos. Alors, quel progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations durant l'internat ?

(I6) : Alors, l'interrogatoire est beaucoup plus facile maintenant je trouve. Et au niveau pratique, la pose de stérilets c'est beaucoup plus facile qu'avant. La description et l'interprétation des symptômes, les conduites à tenir ben c'est plus facile, je me sens beaucoup plus à l'aise. La pose de spéculum aussi, parce que c'était plus difficile avant de bien trouver le col et de bien réaliser le frottis donc je me sens plus à l'aise aussi. Pour le toucher vaginal, je pense quand même que c'est plus facile de toucher le col. Je pense aussi que le gain de confiance ça joue pour ce genre d'examen, parce que ça se voit et que du coup les patientes sont plus à l'aise aussi. Parce que je pense que c'est plus facile d'avoir confiance en un médecin qui est sûr de ces gestes qu'avec un qui ne l'est pas. Parce que j'ai l'impression que les consultations sont de plus en plus fluides et que ça se passe de mieux en mieux avec les patientes. Donc globalement j'ai fait des progrès ouais.

(R) : Merci pour ta réponse. On passe à la question suivante : Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : Bonne question. J'envisage éventuellement, mais ce n'est pas sûr encore, de me former en échographie. Mais je ne sais pas encore si j'ai envie d'avoir un échographe dans mon cabinet. Donc grosse question là-dessus; je pense que le stage va m'aider parce que ça fait que deux mois et qu'il en reste encore quatre. Mais oui, potentiellement je pourrais être amené à faire une formation complémentaire, pas forcément sur le plan gynécologique mais plus échographie pour pouvoir faire des échographies pour les interruptions volontaires de grossesse, pas forcément pour le suivi de la femme enceinte. Mais plutôt les échographies de débrouillages on va dire, les grossesses extra-utérines ou dans les suites de la pose de dispositifs intra-utérins. Après pour la gynécologie, j'ai l'intention d'actualiser mes connaissances mais je ne pense pas avoir besoin de formation complémentaire.

(R) : Ok merci à toi. Et ben, pour finir si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : En un seul mot, j'ai envie de dire : confiance. Parce qu'il faut apprendre à se faire confiance et en gagnant de la confiance en soi, on acquière la confiance de la patiente et après tout se passe bien.

(R) : Merci beaucoup pour ta participation.

Entretien interne D

(Responsable) : Alors on débute avec la première question : peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Du coup moi j'ai choisi mon internat sur Grenoble pour rester près de ma famille et de mes amis, et aussi parce que l'environnement est beau avec les montagnes. J'ai commencé mon internat par les urgences. C'était intense, on était un peu en sous-effectif mais finalement c'est passé. Après, je suis allé en UPL. J'étais avec trois médecins généralistes qui bossaient dans un cabinet en collaboration; donc j'étais chaque jour avec un et je tournais. J'étais avec deux médecins femmes qui faisaient un peu de gynécologie et un médecin homme qui n'en faisait pas du tout. Ils avaient une patientèle variée. C'était très intéressant. Donc là j'ai fait un peu de gynécologie. A savoir d'ailleurs en rapport avec ton sujet, que durant mon externat, j'ai été aussi avec des sages-femmes, et c'était bien sympa puisque je pouvais assister à leurs consultations. Pour en revenir à l'internat, après l'UPL je suis passé en médecine polyvalente avec des médecins bien sympas et ça s'est très bien passé, un très bon vécu de ce stage. Puis je suis passé en pédiatrie et là aussi ça s'est très bien passé. Et puis là je suis en SASPAS avec quatre médecins différents.

(R) : Merci à toi. On va donc passer à la deuxième question : peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret ?

(I2) : Durant mon UPL, c'était avec les médecins et j'ai assisté à des consultations. Mais moi j'étais vraiment en tant qu'observateur. Et là en SASPAS, il y a parfois des patientes qui viennent pour des motifs gynécologiques; en général c'est l'interrogatoire que je fais. Et au niveau de l'examen, et ben je ne fais quasi jamais d'examen gynécologique. Et quant à la prise en charge, je demande facilement un avis à mon chef qui lui en fait un peu mais pas beaucoup et qui lui n'a pas de problème pour ça. Il a des patientes qui viennent le voir pour ça. Et généralement c'est comme ça que ça se passe, j'ai pas beaucoup de consultations de gynécologie. Après j'en ai discuté avec mes praticiens et je leur ai dit que je n'avais pas beaucoup d'expérience là-dedans. Donc quand c'est de la gynécologie, je ne m'aventure pas vu que je ne connais pas et que je ne veux pas que ça serve à rien ben je demande systématiquement. Je n'ai pas trop de formation là-dessus donc oui je fais l'interrogatoire mais c'est tout.

(R) : Très bien. On va passer à la troisième question dans ce cas pour compléter ta réponse qui est : quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Et ben en fait, observateur en UPL et en SASPAS, l'interrogatoire et rien de plus. Donc pas tellement d'expérience personnelle en fait.

(R) : D'accord. Dans ce cas, on passe directement à la question suivante : que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Je pense que c'est important et qu'il faut le maîtriser, mais moi vu comme je suis parti je ne pense pas... Enfin, faudrait que je fasse une formation complémentaire pour être compétent là-dedans... Donc je ne pense pas que j'en ferai. J'étais ravi de voir que le premier médecin chez qui je suis tombé en UPL ne faisait pas de gynécologie. Donc je me dis que ça doit être faisable en soit donc en gros j'étais content parce que ce n'est pas une matière que j'apprécie avec mon expérience durant mon externat en grossesses à hauts risques où c'était très compliqué. Ce n'est pas la spécialité que j'affectionne le plus quoi. Et là ce semestre, mes praticiens m'ont dit : fais comme tu le sens. Donc si vraiment j'ai envie il n'y a pas de problème non plus quoi. Après, par exemple là en gynécologie j'ai dû avoir une consultation en l'espace de plus de deux mois et demi de stage quoi. Donc voilà, ce n'est pas le gros de leur activité non plus.

(R) : Ah d'accord. Cinquième question : quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Ben déjà, c'était l'ambiance quand on était à trois avec la patiente, c'est-à-dire avec moi et le médecin qui essayait de m'apprendre durant mon UPL. Avec la tension palpable de la patiente, c'était plutôt mal-aisant en fait. Donc je n'ai jamais fait de geste moi. Même pas la pose de spéculum. C'est vrai qu'avec un peu plus de motivation, j'aurais pu apprendre avec l'une des praticiennes lors de mon UPL mais ça ne me plait pas plus que ça. Mais en fait c'est surtout parce qu'au niveau relationnel déjà être un garçon qui fait plutôt jeune en plus et ben avec les patientes, de la petite expérience que j'ai eue, ben ça bloquait toujours un peu... Y'a plein de patientes en UPL qui ont demandé à ce que je ne sois pas là durant la consultation. Donc tout ça à renforcer ma réticence à en faire d'avantage quoi. Et comme obstacle à ma formation aussi, c'est peut-être que durant ma formation initiale d'externe ça me plaisait déjà pas plus que ça et je n'en ai pas beaucoup fait non plus. Et du fait de ne pas avoir trop pratiqué non plus ben ça peut être un obstacle pour avoir envie d'en faire après.

Après ce qui posait problème, je ne sais pas trop si c'est le fait que je sois un homme ou que je sois interne, bien que je pense que c'est surtout le fait que je sois un homme. Après, le fait que moi aussi je sois mal à l'aise et ben ça devait être palpable par la patiente donc c'est vrai que c'est un peu difficile à dire quoi. Et en plus c'était dès le début de la consultation en fait qu'elles me demandaient de sortir. Ma praticienne demandait si ça dérangeait la patiente que je sois présent en consultation donc dès fois elles disaient oui des fois elles disaient non. Donc j'ai surtout vu la réalisation de frottis. Je n'ai pas vu de pose de stérilet par exemple.

(R) : Et ben on passe à la question suivante : quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations durant l'internat ?

(I6) : *(Rires)*. Je dirai peut-être plutôt quelle involution ? Pour la contraception, j'en discute souvent avec mes praticiens. Après je sais qu'il faut laisser le choix à la patiente et qu'il y a différentes manières de faire. Oui donc c'est vrai que de ce côté-là, plus on en parle, plus on en sait. Mais dans la patientèle que je vois, il n'y a pas beaucoup de demandes de consultation pour ce motif-là quoi. J'en ai vu qu'une seule pour le moment.

(R) : Ok très bien. Et ben, on passe à l'avant-dernière question : te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : Et ben non, je ne me sens pas suffisamment formé et non je ne pense pas que je ferai un DU. A moins que ça change d'ici là et que dans ma pratique je sois vraiment confronté à pas mal de femmes. Et si je me rends compte que ce n'est pas ma présence en tant qu'homme qui dérange et ben dans un second temps, il y a potentiellement moyen que je me forme. Si je sens qu'il y a une vraie demande une fois installé en libéral et que l'atmosphère soit propice à ce que je le fasse moi-même, dans ce cas oui je me donnerai les moyens de faire une formation. Et en

plus, je peux t'avouer que pour le dernier semestre je ne compte pas passer en gynécologie mais plutôt travailler les domaines qui me plaisent plus quoi.

(R) : Et ben, on termine par la dernière question : si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : Gênant.

(R) : Peux-tu m'en dire un peu plus ?

(I9) : Pour moi ça serait comme si je me faisais passer pour un imposteur, c'est comme si j'essayais de traiter de la gynécologie sachant que moi je n'ai pas ces organes et donc je ne saurais pas vraiment au fond de quoi je parle. J'ai l'impression de ne pas tout saisir le ressenti féminin et d'être à côté de la plaque justement parce que je suis un garçon et donc de ne pas saisir la profondeur des choses.

(R) : Et ben merci beaucoup pour ta participation et ton honnêteté.

Entretien interne E

(Responsable) : Pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Alors, je suis interne de médecine générale à Grenoble. J'ai choisi la ville de Grenoble pour l'environnement, la proximité avec ma famille essentiellement. J'ai 29 ans. Je suis actuellement en 5e semestre, en SASPAS. Je suis passé en stage de gynécologie durant l'externat. J'ai aussi effectué un stage de gynécologie pendant l'internat en hospitalier et c'était un stage qui était partagé pédiatrie-gynécologie. Mes autres stages de l'internat, UPL en station, urgences, stage de médecine polyvalente et gynéco-pédiatrie puis là, le SASPAS.

(R) : Très bien, merci pour ta présentation. Du coup, deuxième question: peux-tu me décrire comment se déroulent les consultations de gynécologie en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me citer un exemple concret ?

(I2) : Bah, je dirai que c'est un peu comme une consultation classique de médecine générale. Je n'ai pas fait beaucoup de gynécologie dans mon stage d'UPL ni actuellement dans mon SASPAS. J'en ai essentiellement fait pendant mon stage hospitalier. Mon stage de gynéco était hospitalier mais on faisait que des consultations. On avait nos plages de consultations à nous. On a eu de la supervision au début puis après, on faisait nos consultations seul. Il y avait toujours un chef disponible si besoin. Du coup, stage très adapté à la pratique de la médecine

générale. Du coup, stage à l'hôpital mais on faisait que des consultations et pas du tout du service. Donc trop bien !

Alors comment se déroule une consultation ? Et ben, je dirai comme une consultation classique. La patiente vient avec son motif de consultation concernant la gynéco. Ah, j'ai oublié de vous dire, les patientes étaient prévenues par les secrétaires qu'elles consultaient sur des créneaux assurés par les internes. Y'avait des créneaux gynécologues seniors et des créneaux internes. Et les secrétaires demandaient aux patientes si ça les dérangeait que ce soit un homme qui les examine. Bon des fois, il y avait des petits couacs mais dans l'ensemble, ça allait. Quand elles venaient en tout cas, elles étaient au courant, consentantes. Elles savaient à quoi s'attendre normalement. Après, quoi d'autre ? Ben consultation classique. Interrogatoire, examen clinique si nécessaire. Si c'est pour un renouvellement de pilule par exemple, je ne faisais pas d'examen. Ou pareil pour une pose de stérilet qui nécessite en général deux consultations; Ben tu l'examines qu'une fois sur les deux. Au niveau de l'examen, assez systématique : palpation des seins, pose de spéculum, toucher vaginal... On faisait beaucoup de consultations de suivi malgré tout, qui sont du coup très adaptées à la médecine générale. Les consultations de suivi de grossesse, on en faisait moins car beaucoup assurées par les sages-femmes. J'ai fait un peu de suivi de tout début de grossesse et métrorragies du premier trimestre. On faisait des consultations à la chaîne, environ une quinzaine de consultations dans la journée. Et on faisait tout de A à Z lors des consultations. On avait toujours un chef de disponible si on avait besoin pour, par exemple, un contrôle échographique, un avis. Et dans tous les cas, on faisait des débriefings, soit en fin de demi-journée ou fin de journée. On en profitait pour voir les dossiers nous posant problème et pour poser nos questions si on en avait.

Pendant le premier mois de stage, on consultait en doublon, toujours avec un chef. Il nous laissait de plus en plus d'autonomie avec le temps. Initialement, on faisait les interrogatoires puis l'examen, puis les échographies. Pendant le premier mois, ils nous avaient aussi formé aux échographies de débrouillage.

(R) : Très bien. Quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie pendant ton internat?

(I3) : Alors moi je n'ai pas trop fait de gynécologie en stage de médecine générale en ambulatoire. En ambulatoire, on voit que les patientes se tournent quand même plus vers des praticiennes. Et surtout, les patientes veulent voir le médecin qui assure leur suivi habituellement. On est un peu exclu du truc. Après, je ne suis pas du tout contre en faire. J'en ai fait un tout petit peu, plutôt chez les dames plus âgées.

Globalement ma formation, je l'ai trouvée bonne. Dans le sens où je ne voulais pas forcément faire de stage gynéco. J'avais un mauvais vécu de la gynéco par rapport à mon stage d'externe. Je trouvais que ça servait à rien et j'avais des mauvais retours des stages de gynéco pendant l'internat par des internes. Je voulais pas faire un stage de gynéco hospitalier, qui finalement ne t'apporte rien dans ta pratique de la médecine générale de tous les jours. Sachant qu'en plus, en étant des hommes,

nous allons en faire très peu dans le futur. Mais franchement, mon stage a été une très bonne surprise. J'ai apprécié faire que des consultations qui m'ont appris la gynécologie dans la pratique de la médecine générale: prescrire une contraception, poser un stérilet, enlever un stérilet, faire un examen gynécologique... J'ai appris la base de la consultation gynécologique en médecine générale sans forcément faire des consultations complexes. Ça répondait à mes attentes sans rentrer dans l'hyperspécialisation qui est plus là pour enrichir ta culture personnelle au final. Ce stage a changé ma vision de la pratique de la gynécologie car j'avais vraiment une vision du stage de gynécologie dédié aux futurs gynécologues et non aux médecins généralistes, concernant des choses très spécialisées et qui m'apporterait rien pour ma pratique future. Après, c'était fun de voir des césariennes et tout. Mais ne faire que ça ne nous apporte pas grand-chose.

(R) : Que représente la pratique de la gynécologie pour toi? Et penses-tu l'exercer dans ta pratique future?

(I4) : Oui, la gynéco en médecine générale, c'est important. Parce que ça fait partie pour moi d'une prise en charge globale. En plus, ça fait partie d'une prise en charge de premier recours. Et c'est quand même des motifs de consultation qui peuvent arriver en urgence ou dans le suivi en cabinet. On peut être amené à en faire à tout moment. Après l'exercer dans ma pratique, je ne suis pas contre du tout. Mais je pense qu'on en fera tellement peu en tant que mec. Il y a une tendance au regroupement des professionnels. Et on voit de plus en plus de cabinet mixte. Et donc les femmes en général font la gynéco du cabinet. Et les médecins homme redirigent vers les médecins femme. On la confie à une consœur car nous en tant qu'homme, on en fait de moins en moins. Comme on pratique pas, on va devenir « moins bon ». Et donc au final, tu t'en détaches un petit peu. Après je ne refuserai pas une consultation, bien au contraire s'il y a besoin; et puis au moins garder la main pour tout ce qu'il y a d'urgent. Mais je pense sincèrement que les patientes sont plus demandeuses de praticiennes. Après c'est peut-être parce que je suis interne maintenant mais pas que... Il y a les deux, je pense. Tu as la double casquette interne et homme (*rires*). Non mais voilà après tu le sais.

(R) : As-tu autre chose à ajouter?

(I5) : Non, je crois pas.

(R) : Alors on passe à la question suivante. Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter? Et quel a été ton ressenti face à ces difficultés?

(I6) : Alors, au niveau des gestes, j'ai pas eu vraiment de difficultés. On a bien été formé avant. J'ai fait des frottis, biopsies de col, poses de stérilet, poses d'implant, retraits de stérilet, retraits d'implant, échographies endo-vaginale. Oui j'ai eu

quelques difficultés, surtout sur l'échographie, plus que sur les gestes en eux-mêmes car ils nous avaient bien formé avant.

Après, j'ai eu des refus de dames qui ne voulaient pas venir en consultation avec un interne gars. Mais au moment où elles étaient en consultation, jamais eu de refus. Par contre, on a eu des remarques de dames surprises que ce soit un homme. Mais bon dans mon stage de gynécologie, il y avait deux gynécos homme. Du coup, les patientes savaient qu'elles pouvaient tomber sur un homme. Après j'essayais de leur exposer le fait qu'on est des professionnels de santé, donc qu'on soit un homme ou une femme, c'est pareil. Et souvent elles finissaient par accepter sans soucis. Il y a eu un ou deux soucis de refus sur le nombre de consultation. Après ces refus, je trouvais ça un peu légitime. Enfin c'est pas normal mais c'est un choix. Elles ont le droit de ne pas vouloir se faire examiner par un homme.

Après il y a des refus, c'était plus les maris. Moi j'ai eu des refus parce que j'étais un homme et le mari, dans des familles un peu à l'ancienne ou dans certaines religions, où en gros le mari prenait rendez-vous pour sa femme et quand il voyait que c'était un homme, il refusait. Et face à ça, ben tu leur expliques que d'un point de vue médical, si elle a besoin d'un examen il faut effectuer la consultation; et s'il ne veut vraiment pas, il y a toujours possibilité de la faire examiner par une femme mais un autre jour. J'essayais de rester pédagogue (*rires*). En fait, c'était pas compliqué vis-à-vis de moi médecin mais c'était plus pour la patiente. Ça ne me m'était pas mal à l'aise. Mais vis-à-vis de la patiente, avoir une telle emprise masculine. Ça m'a fait revoir mes positions. Être plus féministe peut-être ? J'ai réalisé encore plus cet aspect que « oui il y a des femmes pas complètement libres encore ». Au même titre, j'avais eu une consultation où c'était le choix de la contraception fait par le mari. Et je lui avais dit « non ça marche pas comme ça », « C'est à elle aussi de choisir son moyen de contraception ». Après ça, que j'aurais été un homme ou une femme, ça aurait été pareil.

Après pour en revenir au libéral, en UPL, j'esquivais un peu le truc. Et en plus, j'avais une co-interne fille qui était en SASPAS. Donc quand on avait des consultations de gynéco, on permutait avec ma co-interne car j'étais vraiment rebuté par la gynéco à l'époque. Et là dans mon SASPAS, j'ai pas de refus mais quand elles ont le choix, elles se tournent vers le praticien qui les suit.

(R) : Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique en gynécologie durant l'internat?

(I7) : Ben je suis parti de zéro donc euh... (rires). Non pas zéro mais euh... Non mais déjà j'aime mieux ça. C'est important. Mon stage m'a réconcilié avec la gynéco. Il m'a permis de voir qu'il y a un intérêt à faire de la gynéco en ambulatoire. Ne serait-ce que pour la contraception et puis pour en parler aussi je pense. Je suis beaucoup plus à l'aise, je connais un peu de quoi je parle en fait. Ce n'est pas que les dires des bouquins. J'ai appris et pratiqué plein de gestes. Savoir de quoi tu parles pour des problèmes bêtes de médecine générale (mycose, prurit...), des problèmes de

premier recours en gynéco au final. Ça m'a appris à être plus vigilant aussi. Des fois, des consultations au motif gynécologique au premier abord et en fait il y a quelque chose qui se cache derrière. Il faut creuser et ça, ça permet aussi d'aborder les consultations classiques de médecine générale d'une façon différente vis-à-vis des femmes. Je me suis mis des drapeaux rouges dans la tête sur des choses qui peuvent me paraître bizarre.

Et puis l'abord de la sexualité chez les femmes. Finalement même quand tout va bien, ça permet d'aborder la sexualité de la femme plus facilement. Je suis beaucoup plus à l'aise avec ça. Autant chez les hommes, aborder la sexualité en consultation ne me posait pas de problème (« Comment ça va ? » « Est-ce que vous avez des érections ? »). Avec les femmes, j'avais l'impression que c'était un sujet tabou. Et du coup, je l'aborde beaucoup plus facilement maintenant. Et en fait il peut en ressortir beaucoup de choses en consultation classique de médecine générale.

(R) : D'accord, merci. Est-ce que tu te trouves suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I8) : Ouais, pour ma pratique future, ouais. Je pense pouvoir gérer les choses de base. Complètement. Choses de base: écho, contraception, stérilet, implant. Je me répète mais... Je ne sais pas si je suis assez formé à chaque fois parce que par exemple les IVG j'en ai moins fait et je ne suis pas à l'aise. Mais pour tout ce qui est du suivi classique ou pour répondre à une première demande, oui je me sens formé. Après pour la suite, je sais pas. Après s'il y avait une IVG à proposer, je la proposerai mais je redirigerai derrière.

Je n'envisage pas de faire un DU de gynéco. On en revient toujours au frein des dames à venir te consulter en gynécologie. Le DU c'est bien mais ça t'oriente trop vers ce genre de pratique et je ne suis pas sûr qu'on ait une patientèle suffisante pour faire que ça et qui justifie de faire un DU dans ce sens-là.

(R) : Pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I9) : Oula... Bonne question (*rires*). Euh... maintenant? A l'aise, je dirai. Complètement démystifiée la gynécologie (*fou rire*). Non mais beaucoup plus à l'aise et maintenant, je connais mes limites d'un point de vue médical. Ce n'est plus « la gynéco ça me dégoute, ce n'est pas pour moi ».

(R) : As-tu des choses à ajouter?

(I10) : Non. C'est ok pour moi.

(R) : Et bien merci beaucoup pour ta participation !

Entretien interne F

(Responsable) : Pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Je suis interne de médecine générale à Grenoble en 5^e semestre. J'ai 26 ans. Je suis actuellement en SASPAS en station. Je ne suis pas passé en stage de gynécologie pendant mon externat. Mon parcours de stage de l'internat: urgences, UPL en semi-rural, stage de médecine polyvalente, et stage mère-enfant.

J'ai fait le stage mère-enfant pendant l'internat qui se décompose au niveau de la gynécologie en activité mixte: consultations à l'hôpital, journées au planning familial, et consultations de gynécologie avec des médecins généralistes en ambulatoire. Mais ça penchait plus sur de la pratique ambulatoire car à l'hôpital, j'assurais que des consultations de gynécologie tout venant.

(R) : Peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale? Peux-tu me donner un exemple concret?

(I2) : Du coup, par rapport à la médecine générale, je trouve que c'est vachement codifié; il y a beaucoup de questions qui reviennent. Ça commence toujours par l'interrogatoire forcément. Si c'est pour une contraception, il y a toujours un peu les mêmes questions « est-ce que vous fumez ? », « est-ce que vous avez des migraines ? » et machin. Ensuite, il y a l'examen clinique. Mais pas forcément, si c'est une prescription de contraception chez une jeune, on fait pas forcément d'examen gynécologique. Soit c'est plus du suivi genre frottis et là on fait un examen gynéco; qui au final est toujours pareil aussi : spéculum, frottis, toucher vaginal... Puis à la fin, prescription de médicaments si besoin et conseils à la patiente.

Il faut savoir que la plupart du temps, j'étais doublé sauf chez une praticienne, on commençait à deux. Mais je faisais souvent l'examen tout seul. Mais ma chef était juste dans la pièce d'à côté si j'avais un souci. Donc en gros, j'étais tout le temps doublé.

(R) : Des choses à ajouter?

(I3) : Oui, en fait, concernant les consultations de gynécologie, je trouvais que tout se jouait sur la présentation (*rires*). Beaucoup, beaucoup de choses se jouent. Du coup, j'avais une praticienne qui disait « voilà, on est deux aujourd'hui » et qui laissait pas le choix. Donc il y a quasi aucune femme qui osait refuser. Elle ne refusait pas mais elle faisait un peu la tête en consultation la plupart; on sentait que c'était un peu chaud. Après, j'en avais une qui présentait mal, qui disait « alors oui bonjour, je suis avec un étudiant. Est-ce que ça vous dérange s'il est là ? Et si ça vous dérange, il peut attendre dehors ». Donc là, il y avait une femme sur deux qui refusait. Et ensuite, à la fin ce qui marchait le mieux, c'était que je me présente moi directement

sans passer par les praticiens, et je disais que j'étais un médecin en formation en gynécologie. Je leur disais « voilà je suis médecin et je me forme en gynécologie ». Et en général, il y en a peu qui refusait et ça passait déjà mieux.

(R) : Très bien, merci. Question suivante: quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie pendant ton internat ?

(I4) : Alors avant mon stage en gynécologie, j'étais avec beaucoup d'hommes. Très très peu de gynécologie en UPL. J'avais un médecin en UPL qui était une femme. Mais je crois que j'ai fait zéro consultation de gynéco ou peut-être une. Sur dix opportunités avec ma praticienne, j'ai dû faire une consultation. Toutes les autres, j'étais refusé. Mais il n'y avait pas des tonnes de consultation non plus. S'il y en a eu une dizaine sur le semestre, c'est le grand max. Ensuite, j'en n'ai pas fait du tout jusqu'au stage gynéco; où là par contre, j'en ai fait beaucoup et j'étais moins refusé. Je pense parce que les patientes avaient plus l'habitude d'avoir des internes dans ce stage-là.

Pendant mon stage de gynéco, les refus ça dépendait. Mais globalement, pas trop de refus. Si on veut donner des chiffres, je dirai une consultation sur dix où j'étais refusé à peu près.

Avec la praticienne qui forçait la main, c'est arrivé très rarement. Et ensuite, chez l'autre praticienne qui me présentait comme un étudiant, là j'étais refusé une fois sur trois. Mais c'était au début du stage surtout. Il y a aussi le fait que ce ne soit pas l'hôpital et en cabinet de ville, ça change.

Au planning, je n'avais pas trop de refus mais en même temps, on gère beaucoup de contraception; du coup, pas trop d'examen gynéco ça joue. On sent clairement le malaise par rapport à l'examen gynéco.

Après chez ma praticienne qui m'imposait en quelque sorte, certes je pouvais assister à la consultation mais ça restait assez gênant pour moi (*rires*). Concrètement ce qui se passait : elle disait en début de la consultation « on est deux ». Donc la dame, elle faisait un peu la tête mais elle ne disait rien. On commençait l'interrogatoire. Et ensuite elle me disait bon ben tu vas l'examiner. Du coup j'allais avec la femme à la table d'examen et je me retrouvais tout seul. Et la praticienne restait sur son ordi. Et je me disais « bon ben allez go » (*rires*). Après je faisais genre « je suis un expert, j'ai fait de la gynéco toute ma vie » (*fou rire*). Alors qu'en vrai, c'était la cinquième fois que je faisais un frottis. Mais j'essayais de ne pas le faire ressentir à la patiente. Forcément ça doit se ressentir un peu parce qu'à la fin des 2 mois et demi de stage, je sentais que c'était plus fluide et tout. Et que ça se passait mieux. J'essayais de discuter un peu d'autres choses avec les patientes. Alors qu'au début, on est focalisé sur ce qu'on fait. Donc on rend les patientes moins à l'aise. Et à la fin j'allais plus vite et on discutait d'autres choses.

(R) : D'accord, merci. Pour toi, que représente la pratique de la gynécologie? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future?

(I5) : Alors la gynécologie ça représente quoi... Ça représente pas mal de consultations. Puis pour les femmes c'est important qu'elle se fasse suivre. Après pour moi qui suis un homme, je pense que je n'en ferai vraiment pas beaucoup même si je le propose. Je trouve que les femmes vont spontanément voir des femmes. Surtout les plus jeunes; encore les plus âgées je pense qu'elles ont plus eu l'habitude que les médecins soient des hommes et que du coup les hommes fassent de la gynéco. Mais les femmes qui sont jeunes, elles, elles ont toujours eu l'habitude d'avoir eu à faire à des femmes sachant qu'il y a plus de femmes que d'hommes maintenant qui pratiquent la médecine générale. Et du coup ça va être de plus en plus les femmes qui feront la gynéco. Les hommes, on en fera pas quoi. Et donc je pense que moi j'en ferai pas beaucoup même si, au final je pourrais en faire. Maintenant, je sais faire des frottis, poser des stérilets. Je ne suis pas hyper à l'aise mais je le fais. Je sais le faire mais je ne pense pas que j'en ferai. Et vu que j'en ferai pas, et ben je serai moins à l'aise pour en refaire. Ça m'étonnerait que je sois dans un endroit où il n'y ait aucun médecin femme qui fasse de la gynéco. Je pense qu'il y aura toujours au moins un médecin femme à la maison médicale ou dans le coin; et les femmes iront directement vers elle.

(R) : Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés?

(I6) : Ben... Les obstacles c'est le fait d'être un homme, le fait d'être étudiant aussi. Les multiples refus des patientes. Du coup après c'est toujours un peu un cercle vicieux. On n'est pas hyper à l'aise quand on en fait car on n'en fait pas souvent. Du coup je ne proposerai pas spontanément, enfin un peu plus maintenant après avoir fait le stage gynéco. Mais avant j'aurais jamais proposé à quelqu'un de lui faire son frottis car c'était quelque chose que je ne savais pas faire. Mais vu qu'on est moins à l'aise, on en fait moins, et du coup on propose moins.

Déjà les femmes quand on est étudiant, enfin internes, elles ne veulent pas trop. Alors interne homme...

Et mon ressenti (*silence*)... Ben moi j'aimerais bien qu'il y ait aucune gêne, qu'on s'en foute et tout ça. Après, je comprends complètement; je serais une femme, je serais pareil. Je ne voudrais pas qu'il y ait un jeune mec qui vienne m'examiner (*rires*). Donc je comprends complètement leurs positions aux femmes. Et puis, avant j'étais un petit peu gêné mais maintenant, en tout cas à la fin du stage de gynéco, j'étais moins gêné.

Et y'a autre chose que j'ai remarqué pour en avoir discuté avec mes co-internes qui étaient des filles. Quand elles étaient chez les différents praticiens, elles me disaient faire environ 5-6 consultations de gynéco par jour, alors que moi des fois j'en avais pas au final. Donc je me suis demandé si les patientes en voyant que c'était un homme, ne changeaient pas leur motif de consultation au dernier moment. Je me suis posé la question quand même.

(R) : Ensuite, quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation?

(17) : Ben du coup sur la contraception, j'en avais fait un petit peu en UPL. Donc ça, j'avais progressé un petit peu. Et là en 2 mois et demi de gynéco, il y a eu une grosse progression. Vraiment grosse progression sur la contraception. J'ai progressé aussi sur l'examen gynéco et le frottis cervico-vaginal avec toutes les consultations que j'ai faites. Les poses d'implant aussi, je suis assez à l'aise. Et en plus je le proposerai peut-être plus tard car ça dérange rarement les femmes. Pose de stérilet, j'ai fait aussi. J'arrive quand c'est facile mais des fois c'est compliqué. Quand il faut utiliser la pince, ça dépasse un peu mes compétences. J'ai fait aussi retrait d'implant, retrait de stérilet. Des frottis j'en ai fait à la pelle. Non franchement, j'ai tout fait mais il y a des choses où je suis plus à l'aise que d'autres.

J'ai progressé aussi sur l'interrogatoire. Interrogatoire de gynéco, c'est un peu toujours pareil, c'est assez systématisé. Presque toujours les mêmes questions qui reviennent. Quasiment dans le même ordre presque à chaque fois.

Bon en gros je suis parti un peu de rien et maintenant je sais mener une consultation de gynéco. Pas forcément la pose de stérilet mais la contraception ou répondre à des attentes de patientes, ça peut le faire.

Et les consultations de gynéco m'ont sensibilisé aux histoires de violences conjugales, violences sexuelles auxquelles je ne pensais pas toujours auparavant. Et depuis je pose ce genre de questions beaucoup plus facilement. Sur les violences, le fait d'avoir fait de la gynéco ça m'a sensibilisé clairement là-dessus.

(R) : D'autres choses à dire peut-être?

(18) : Oui, c'est vrai qu'à l'hôpital j'étais plus accepté, au planning aussi. Mais comme je l'ai déjà dit, au planning il y a beaucoup de contraception et donc pas examen gynéco. Et en ambulatoire, il n'y a pas beaucoup de consultation gynéco en fait sur le nombre. Alors qu'à l'hôpital c'était que des consultations de gynéco. On en faisait vingt dans la journée et les vingt venaient pour un motif gynécologique. Alors qu'en ambulatoire ce sont des médecins qui font beaucoup de gynéco mais sur la journée, il y a quoi, une ou deux consultations de gynéco. Donc on progresse beaucoup moins vite à faire deux consultations de gynéco dans la journée contre vingt à l'hôpital.

(R) : Te trouves-tu suffisamment formé en gynécologie? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à un DU par exemple? Sur quels arguments et pourquoi?

(19) : Moi pour ce que j'envisage de faire plus tard, oui. Car je pense que j'en ferai pas beaucoup plus tard. Je veux faire de la contraception, des poses d'implants éventuellement. Mais pour les examens gynéco, il y aura toujours une femme et les patientes se tourneront vers elle. Donc pour ce que moi je ferai plus tard, je pense

que je suis assez formé. Après si vraiment c'était moi qui devait faire beaucoup de suivi gynéco; si j'étais le seul médecin rural par exemple dans un coin perdu, et que j'aurais plein de femmes qui viennent pour leur suivi gynéco, il faudrait plus.

Je n'envisage pas d'approfondir ma formation. Et toujours pour la même chose parce que je pense que j'en ferai pas beaucoup plus tard.

(R) : Pour conclure, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I10) : Euh... mon ressenti face aux patientes... (*silence*). En un mot, euh... Je ne me sens pas hyper à l'aise. Ce n'est pas simple. Euh... Complexe! Je me sens formé mais ça reste compliqué pour moi.

(R) : Est-ce-que tu as des choses à ajouter?

(I11) : Attends, je réfléchis. Non moi je pense que c'est pas mal de passer en gynécologie, même les mecs. Faire six mois, ça aurait été long mais je suis content d'avoir fait deux mois et demi. Comme ça s'il y a des femmes qui viennent pour des frottis, pour de la contraception, et ben je pourrai répondre à sa demande alors qu'auparavant c'était très compliqué pour moi. Ça reste une des missions du médecin généraliste. Mais je suis vraiment content d'être passé en gynéco parce que, sans ce stage, je n'aurais pas fait l'effort de me concentrer sur la gynéco. Du coup je serai complètement passé à côté durant mon internat.

(R) : Eh bien, merci beaucoup pour ta participation !

Entretien interne G

(Responsable) : Alors pour commencer avec la première question : peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : J'ai 26 ans, je suis actuellement en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale à l'université de Grenoble; actuellement en stage de santé de la femme en ambulatoire dans trois cabinets médicaux différents avec trois praticiennes différentes, qui sont des médecins généralistes qui ont la réputation de faire beaucoup de gynécologie et qui ont donc eu l'agrément pour le stage. Et pour le reste de mon parcours, je suis passé précédemment par les urgences, un stage en UPL puis un stage hospitalier pour mon stage de médecine polyvalente. Et j'ai également fait un stage mère-enfant combiné en ambulatoire.

(R) : Très bien. Et bien si tu n'as rien à rajouter pour cette question, on peut passer à la deuxième question.

(I2) : Et ben allons-y.

(R) : Alors, peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret à donner ?

(I3) : Alors il y a deux cadres différents pour mes consultations de gynécologie. Le cadre où je vois les patientes seul et où elles sont inscrites à mon planning de consultations. La plupart du temps la secrétaire les a prévenues que c'était un interne homme qui allait les examiner. Donc dans ce cas, elles sont au courant et donc ça ne les dérange pas, la consultation se passe comme une consultation habituelle. Elles me disent pourquoi elles viennent et moi je les examine s'il y a besoin, je leur fais le frottis s'il y a besoin etc. Donc un déroulé de consultation tout à fait normal je pense. Et le deuxième cadre, c'est quand on fait des consultations à deux avec mes praticiens; donc là souvent elles ne sont pas au courant qu'il y a un interne et elles sont encore moins au courant que c'est un interne homme... Donc après c'est extrêmement variable selon les terrains de stage. Soit elles me demandent de me mettre de côté pour la consultation et parfois de sortir pour l'examen, soit elles refusent catégoriquement que j'assiste à la consultation et dans ce cas-là, je ne reste pas du tout. Et je dirai qu'on ne doit pas être très loin des 50-50 entre les fois où je suis refusé et où je suis accepté en consultations quand les patientes ne sont pas prévenues. Et je peux ajouter que ça peut arriver, peu importe l'âge de la patiente. Après les refus c'est extrêmement variable en fonction des lieux de stage. J'ai un terrain de stage où les patientes disent oui systématiquement et j'ai un terrain de stage où je n'ai vu personne en gynéco parce qu'elles disent toutes non et donc dans ce cas, je fais des consultations de médecine générale. Et la raison pouvant être évoquée est que je dois être l'un des tout premiers interne homme qui est sur ce terrain de stage. Donc je pense que ça doit jouer en bonne partie. Et puis j'ai que des praticiennes, donc les patientes ont l'habitude de voir une femme habituellement. Et pour détailler un peu plus mes consultations, je peux te détailler un peu la partie examen et gestes. Donc, les poses de stérilets seul, je ne suis pas du tout à l'aise donc je ne le fais pas seul. Et puis il y a deux des praticiennes sur les trois qui n'en font pas du tout donc ça limite aussi beaucoup les choses. Je n'ai jamais eu l'occasion de poser des implants malheureusement, ça fait partie des choses que je voudrais absolument apprendre durant ce stage. Pour l'instant ce n'est pas le cas mais je ne désespère pas. Et à part ça en terme de gestes c'est surtout les frottis que je réalise seul. L'examen mammaire et les touchers vaginaux, je fais seul au besoin. Après je peux aussi assurer tout seul le suivi de grossesses si les patientes sont d'accord. Mais en général, elles préfèrent voir toujours la même personne et donc on en voit moins en tant qu'interne. Et c'est la première fois que je fais autant de gestes d'ailleurs. En UPL, j'avais vu un frottis mais jamais fait d'examen gynéco ni posé de spéculum ni rien du tout. J'ai commencé à en faire

durant mon stage couplé mère-enfant et là ça continue. Pour préciser durant ce stage, j'étais également chez trois médecins généralistes et sur les trois, il y en a deux qui faisaient de la gynéco et une praticienne qui en faisait même vraiment beaucoup. Et durant ce même stage, j'ai fait aussi de l'orthogénie en hospitalier.

(R) : Eh bien, on va passer à la question suivante qui est : quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I4) : Alors au début je n'étais pas à l'aise parce que ce ne sont pas des consultations dont on a forcément l'habitude et qu'elles concernent des patientes du sexe opposé, et les patientes ne sont pas non plus forcément à l'aise. Et ça, ça me rendait encore moins à l'aise aussi et donc il existait un malaise général. Et avec le temps j'ai pris confiance en moi et dans ce que je savais faire. Donc maintenant les patientes voient que je suis à l'aise et que j'ai confiance en moi. Et donc au final au niveau du ressenti, je me sens bien actuellement et j'espère que les patientes le ressentent comme ça elles aussi. Après c'est dans le contexte des gestes que je maîtrise ce dont on a déjà parlé : frottis, palpation des seins, touchers vaginaux, suivi de grossesses. Et après sur les gestes comme les stérilets, pas à l'aise et pas suffisamment d'expérience pour le faire tout seul et implants encore moins. Et un élément que je peux rajouter également sur le thème de la sexualité des femmes ça reste encore en tant qu'homme un sujet source de malaise en consultations car je trouve que la frontière est parfois difficile entre le besoin d'avoir des informations médicales pour une prise en charge globale et l'appréhension de passer parfois pour un voyeuriste... Voilà ce que je voulais rajouter.

(R) : Très bien, c'est vraiment très intéressant à notifier comme information. On passe à la quatrième question : que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I5) : Et ben ça représente une nécessité en médecine générale, c'est hyper important pour suivre les patientes dans leur globalité. Pour moi c'est d'autant plus important que j'aimerais m'installer plutôt avec une activité solitaire et pas en cabinet de groupe ni en maison de santé, et donc je n'aurai pas de médecins femmes à côté pour faire de la gynécologie. Et j'espère pouvoir intégrer la gynécologie dans ma pratique future pour suivre les femmes de ma patientèle entièrement, sans qu'elles aient besoin d'aller voir ailleurs (*rires*). En gros, on peut dire que je suis un loup solitaire et que ça m'irait bien d'être tout seul dans la campagne et en faisant tout par moi-même, je trouve aussi que ça me permettra d'avoir une activité variée. Voilà.

(R) : D'accord. Ensuite, quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I6) : Et ben les principales difficultés, c'est que les femmes soient d'accord pour être vues uniquement ou en présence d'un interne. Et c'est un obstacle qui a pu bloquer ma formation et m'empêcher de voir des choses, profiter des consultations pour en

voir plus. Pour revenir à ta demande de dévoiler mon expérience personnelle, dans ce cas-ci, j'ai ressenti de la compréhension. Parce que déjà se faire examiner par une personne c'est compliqué, alors par deux personnes c'est encore pire. Ça peut être également gênant d'avoir ne serait-ce qu'un interne qui est là à regarder. Et puis, je trouve ça aussi gênant pour l'interne de regarder et de ne rien pouvoir faire, de ne pas être vraiment actif. Après quand c'est comme ça, j'essaie de m'impliquer en préparant les instruments, en les apportant, en aidant le plus possible le médecin lorsqu'il réalise les gestes. Du coup, moi je me sens moins inutile et moins mal à l'aise; et du coup la patiente se sent peut-être plus à l'aise aussi comme ça. Donc à la fois je peux comprendre que les femmes ne veulent pas se faire examiner par un interne et en plus un interne homme, mais de l'autre côté il y a quand même de la frustration. Parce qu'être tout seul dans le couloir à attendre que la consultation soit terminée... Voilà quoi.

(R) : Et as-tu d'autres difficultés à rapporter ?

(I7) : Non, j'ai toujours bien été encadré durant mes stages et j'ai toujours été accompagné quand j'avais besoin. Par exemple, quand j'étais en train d'apprendre les gestes. Je me souviens d'une consultation pour un stérilet que je n'ai pas réussi à poser et ben j'ai appelé mon praticien dans le bureau d'à côté et il a pris le temps de m'aider. Et vu qu'il avait également pas mal galéré ça m'a rassuré aussi (*rires*). Donc j'ai eu la chance d'être tombé sur des terrains de stage où j'ai bien été accompagné.

(R) : On passe à la question suivante qui est : quel progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations durant l'internat ?

(I8) : Les progrès sont juste énormes parce que je suis parti de zéro, je ne savais rien faire du tout. Donc l'internat ça peut être que du positif, y compris sur le plan des connaissances. Parce qu'on a beau dire qu'on apprend dans les livres et lors de la formation qu'on a en tant qu'externe, au final en gynécologie la formation est assez catastrophique je trouve. Et le fait de la pratiquer durant l'internat sur le terrain et ben c'est hyper important et enrichissant sur le plan professionnel. Et tout ça m'a permis de gagner de la confiance en moi pour ce type de consultation, de pouvoir faire ce qu'il y a à faire et de savoir que je le fais à peu près bien quoi. Et tout ça permet aussi que les patientes se sentent en confiance et écoutées. Même si c'est vrai qu'en tant qu'homme je ne pourrai jamais ressentir les choses comme elles le ressentent. Après, je ne sais pas si c'est un frein mais concrètement quand une patiente vient avec comme motif « j'ai mal pendant mes règles », je ne peux pas lui dire que je comprends ce qu'elle ressent (*fou-rire*). C'est plutôt dans ce sens-là. Je ne connaîtrai jamais le corps d'une femme aussi bien qu'une femme connaît son corps. Mais quand on aborde une consultation en ayant conscience de cela et en étant bien dans l'échange avec la patiente et ben ça se passe bien. Donc maintenant j'ai plus confiance et j'ai plus de sérénité là-dessus.

(R) : Très bien. On passe à l'avant-dernière question. Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir

ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I9) : Euh... Pour faire tout ce qui est suivi gynéco et suivi de la femme qui va bien, je pense que oui. C'est-à-dire faire du dépistage, de la prescription de contraception et faire des choses comme ça, je pense être à l'aise et donc capable de les faire. Là où je ne me sens pas à l'aise et où j'espère que les quelques mois de stage restants pourront m'aider et me permettre de le devenir, c'est la pose d'implants et de stérilets. Parce que ça fait partie intégrante de la gynécologie, de la contraception et que je n'ai pas envie que mes futures patientes se sentent bloquées et soient limitées en terme de recours à la contraception parce que je ne pratique pas ces gestes-là. Parce que ça serait frustrant pour moi, comme pour elles. Concernant le DU de gynécologie, ça ne fait pas partie de mes projets immédiats. Comme je le disais, je pense que j'aurais une activité très large et si je dois faire des DU, ce ne sera pas celui-là en priorité mais d'autres domaines que je pratiquerai peut-être plus. Après à voir si je me retrouve avec beaucoup de gynécologie et que j'en ressens le besoin mais pour le moment, ça ne fait pas partie de mes projets.

(R) : Ok merci à toi. Et pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I10) : *(Rires)* Ce n'est pas évident... Euh... Non, mais c'est une bonne question parce que ça force à s'interroger sur soi-même. Et ben je dirai : habituel. Dans le sens où ce sont des consultations comme les autres. Je n'ai pas d'appréhension ni rien. Ça reste une patiente et ça reste du médical.

(R) : As-tu autre chose à ajouter ?

(I11) : Je recommande à tous les internes en médecine général et notamment ceux qui veulent faire de la gynécologie de lire les livres de Martin Winckler qui sont assez critiques et qui peuvent aider à comprendre comment bien prendre en charge les femmes.

(R) : Et ben merci beaucoup à toi pour ta participation !

Entretien interne H

(Responsable) : Alors, pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Alors, euh... Je suis interne de médecine générale en 6ième semestre. J'ai 29 ans. Je suis actuellement en SASPAS. J'ai débuté l'internat par les urgences, puis le niveau 1 de médecine générale, en stage plutôt rural. J'ai eu beaucoup d'autonomie dans ce stage, je me suis éclaté. J'avais un des praticiens qui faisait pas mal de gynécologie. Troisième stage en médecine polyvalente. Le quatrième stage

en pédiatrie uniquement, gros rythme bien que ce soit en été. Et ensuite voilà, j'ai fait mon stage libre. Et là, SASPAS plutôt urbain, dans une zone assez populaire. Mais j'aime beaucoup. On dit souvent que lorsque tu fais de la médecine de campagne, tu peux tout faire; mais là, je pense que si tu fais de la médecine populaire, tu peux faire pas mal de choses aussi. C'est pas toujours évident, faut s'accrocher. Visions de la santé très différentes selon les cultures, il faut être très compréhensif. Je suis passé en gynéco pendant l'externat; mais je n'ai pas fait de stage de gynéco pendant l'internat. Pour en revenir à la gynécologie, lors de mon UPL, deux de mes trois praticiens ne faisaient pas de gynéco hormis pour dépanner, surtout contraception. Et l'autre praticien faisait de la gynéco, avec qui j'aurais pu apprendre beaucoup, mais les patientes n'ont pas forcément accepté ma présence.

(R) : Merci pour ta présentation. Allez, je te pose la deuxième question: peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Bon... voilà (*fou rire*). Euh... Sincèrement, mise à part la contraception, mise à part la palpation des seins, je n'ai jamais réalisé un examen gynéco seul. Soit accompagné d'un praticien soit en tant qu'observateur. Je n'ai jamais fait un frottis seul. Voilà donc c'est vite vu. Je n'ai jamais appréhendé une patiente pour l'examen gynécologique seul, en dessous de la ceinture. J'ai voulu apprendre mais souvent refusé lors des consultations. Et ensuite, je n'avais plus la patience de me former au fur et à mesure de l'avancement de mes études; donc c'est devenu malgré moi un choix mais ça ne l'était pas initialement.

Je n'ai jamais fait une consultation de gynécologie seul. Mais après non, c'est toujours pareil, ce n'est pas la faute d'une personne. C'est peut-être moi qui me suis pas assez affirmé à vouloir faire de la gynéco. Et euh voilà, parce que si tu as vraiment ce souhait en projet de carrière; forcément, tu mets tout en œuvre pour réaliser de la gynéco. Donc c'est vrai, lorsque les premières portes se sont fermées, je n'ai pas cherché à lutter. Quand je dis que les portes se sont fermées, c'est surtout lié aux refus des patientes. Mais je pense qu'en début de formation, je n'étais pas du tout à l'aise sur le fait d'examiner une femme. Donc je ne me suis pas imposé.

De plus, globalement quand on regarde la démographie, il y a 60 pourcents de femmes qui sont médecin, et je pense m'installer en cabinet de groupe donc il y aura toujours une femme qui sera ma roue de secours (*rires*).

(R) : Comment cela se passe en pratique ?

(I3) : Là actuellement ça se passe, je suis toujours en doublon. Les frottis, ça se passe globalement bien. C'est assez simple. Les frottis, ça ne me pose pas de problème. D'ailleurs ça serait un souhait d'en faire après. Par contre, c'est vrai que la pose de DIU, il faut pratiquer un peu sinon ça peut être douloureux. Donc je suis

beaucoup moins à l'aise, d'autant plus qu'avec les quelques expériences que j'ai eues, je pense que les patientes s'en souviennent encore.

Après tout ce qui est contraception, je suis beaucoup plus à l'aise. On va dire d'autant plus si ce sont des jeunes femmes, je propose assez facilement des consultations dédiées à ce sujet; et donc là j'essaie vraiment de leur montrer qu'il existe plein de moyens autre que la pilule, et si elles souhaitent une pose de DIU par exemple, je délèguerai à un collègue. Pour débiter une pilule et ect je réalise.

Après sur mon vécu, difficile à dire, je dirai hétérogène. Je dirai que c'est parce que j'ai eu un intérêt pour la gynéco que je me suis formé. Mais au début de l'internat, mon expérience vis-à-vis de la gynéco était proche de zéro. Et puis avec le temps et beaucoup de formation personnelle... Quand je dis formation personnelle, j'ai essayé de me détacher un peu de temps pour aller au planning familial, en consultation avec des sages-femmes. Mais cela c'était de mon propre chef.

(R) : D'accord, merci. La question suivante : que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Tout dépend de ce qu'on entend par gynécologie. Parce que si tu parles de dépistage du cancer du sein, de la contraception. Tout ce qui est dépistage, j'essaie d'y passer du temps en consultation. Et puis toutes les personnes âgées de plus de 75 ans où il n'y a plus de suivi, c'est là que ça devient important. Donc oui et ça j'en pratique au cabinet.

Euh, ensuite l'obstétrique, je pense qu'en tout cas pour le moment, je n'en vois quasiment pas. Une grossesse qui débute tout juste, les patientes veulent souvent des conseils ou renseignements mais globalement, je les oriente très vite vers des sages-femmes; pas forcément vers les gynécos car les disponibilités ne sont pas les mêmes. Donc de l'obstétrique malheureusement, j'en suis quasiment plus. Et après contraception, on en a déjà plus ou moins parlé. Voilà je pense que tout ce qui est grossesse et gestes techniques, je n'ai pas eu l'occasion de le faire mais ça m'a pas paru difficile. C'est plutôt par manque d'opportunité. Mais en tout cas, tout ce qui est DIU, si dans mon exercice futur, je ne peux pas le pratiquer, ce n'est pas bien grave. Après pour ce que représente la pratique de la gynéco pour un médecin généraliste, je pense que ça reste du soin de premier recours et j'assurerai des consultations de gynécologie pour les patientes qui en ont besoin.

(R) : Très bien. Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Je pense que c'est vraiment le rapport au corps et la pudeur dans un premier temps qui ont été difficile pour moi. Déjà, je vois que personnellement entre le début de l'internat et la fin de l'internat, mon rapport au corps a changé. J'ai beaucoup moins de pudeur et j'assume s'il faut que j'y aille. Déjà ça, ça change énormément. Et ensuite, ça dépend du patient que tu as en face. Et notamment dans les cabinets

où je suis, culturellement on a quand même une grosse patientèle de famille maghrébine et ben voilà il y a des choses, c'est culturel quoi.

Après le deuxième obstacle majeur, c'est le refus des patientes pour moi. Mais la présentation de l'interne en début de consultation joue beaucoup selon moi. Ouais, vraiment. Et d'ailleurs je sors un peu du champ mais quand je suis passé en gynécologie durant mon externat, les gynécologues m'imposaient sur les consultations. Par exemple, "Bonjour madame, je suis accompagné par un docteur, est-ce que vous acceptez qu'il participe à la consultation ?", 50 % de non au moins, si ce n'est plus. Autre exemple plus efficace, "Bonjour Madame, je suis avec un autre docteur, il va participer à la consultation, allez-y rentrez". Et là c'est les femmes vraiment avec du caractère qui vont s'y opposer. Souvent l'interrogatoire ne pose pas de problème, c'est l'examen clinique qui les rend mal à l'aise. Durant mon UPL, je faisais souvent les interrogatoires et je sortais pour l'examen clinique. C'est souvent ça. Si je devais donner un pourcentage de refus en consultation gynécologique durant l'internat, je dirai refus à une consultation sur deux pour ma part, ce qui n'est pas négligeable. C'est vraiment hyper important la présentation initiale.

(R) : Et quel a été ton ressenti face à ces refus ?

(I6) : Ben je me dis que c'est dommage. Mais après je comprends. Enfin, mes toutes premières consultations, j'étais un peu frustré. Mais ça c'était vraiment au début. Au début de ta carrière, tu penses que tu peux tout faire et que tu es un surhomme (rires). Mais maintenant c'est leur choix et je le respecte.

(R) : Ça marche. Ensuite, quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?

(I7) : La contraception. Ah ouais ouais ouais. Déjà je « pipais » rien en pilule et compagnie. Et puis au fur à mesure, tu découvres qu'il existe d'autres moyens. Qu'est-ce que je peux dire d'autres ? J'ai progressé aussi sur la palpation des seins et l'éducation thérapeutique transmise aux patientes sur l'autopalpation. Je suis aussi plus vigilant par rapport au contexte de violences conjugales et agression sexuelle. Ça fait un an que je me force à poser ce genre de questions de façon assez systématique. Au départ ça fait bizarre mais au fur à mesure, j'ai essayé de l'inclure dans un truc plus global et donc ça passe mieux. C'est une nouveauté sur laquelle la pratique de la gynécologie m'a fait ouvrir les yeux.

(R) : Avant-dernière question: te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I8) : Bon tu connais la réponse (rires)... Est-ce que je suis suffisamment formé ? La réponse est non. On peut toujours mieux se former sur une thématique. Il faut

vraiment être spécialiste pour ne plus avoir besoin de se former. Après pour une réponse sur une consultation de gynécologie de premier recours oui, ça peut aller. On va dire que je peux me sentir à l'aise pour répondre à 70 % des motifs de consultations. Même s'il existe encore beaucoup de zones d'ombre; mais dans l'ensemble, je sais soit répondre à la demande soit rediriger la patiente vers le professionnel de santé compétent. Après pour effectuer des gestes tel qu'un DIU, implant, je ne m'en sens pas capable.

Pour répondre à l'autre partie de la question, j'ai déjà fait un DU, et franchement il faut savoir ce qu'on veut. Le DU, ça reste très scolaire. Après ça dépend peut-être des DU, je ne les connais pas tous. Mais après quand on veut faire un DU, il faut penser à ce qu'on recherche derrière cela. Est-ce que c'est juste pour avoir un diplôme en plus ? Je me demande si en gynéco, il n'y a pas moyen de se former plus rapidement en allant directement faire des journées en planning familial ou chez des sages-femmes en assistant à des consultations. Donc je pense que si je ressens le besoin de plus me former en gynécologie, je choisirai plutôt la voie pratique (terrain) que la voie académique/facultaire.

Pour le moment, je ne me dirige pas vers un exercice qui nécessite une grande formation en gynécologie. Mais je vais probablement dans un futur plus ou moins proche m'installer en tant que médecin généraliste et j'aviserais à ce moment-là. Donc je n'envisage pas de faire de DU de gynécologie pour le moment.

(R) : Pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I9) : (rires) Hum... (rires). Bah en fait, il y a tellement de cas de figure que... En tout cas, ce n'est pas une consultation comme les autres (Fou rire). Il faut que je sois concentré, ça me demande un effort. Clairement oui.

(R) : As-tu d'autres choses à ajouter ?

(I10) : Non, je vois pas.

(R) : Très bien, je te remercie pour ta participation !

Entretien interne I

(Responsable) : Tout d'abord, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Pour commencer, j'ai 26 ans. Je suis interne de médecine générale en 5e semestre. Je suis actuellement en SASPAS. Durant mon externat, je suis passé en gynécologie. Durant l'internat, j'ai réalisé un stage de gynéco-pédiatrie en

ambulatoire. Mon parcours de stage: en première année comme tout le monde, les urgences et un UPL en territoire rural. En deuxième année, j'ai fait un stage de médecine polyvalente et donc un stage de gynéco couplé pédiatrie en ambulatoire exclusivement. Le stage de gynéco-pédiatrie se déroulant exclusivement en ambulatoire, ça ressemblait quand même à un SASPAS.

(R) : Très bien, merci. Peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Comment elles se déroulent en pratique. Euh... Comme on m'a appris à les faire pendant mon stage de gynécologie. C'est-à-dire avec une partie interrogatoire, souvent assez longue et avec une explication de tous les gestes et de comment va se dérouler l'examen clinique lorsqu'il y a lieu d'en faire un. Evidemment, il faut beaucoup reformuler, poser des questions aux patientes pour voir ce qu'elles ont compris, notamment sur la partie contraception. Et la pratique d'un examen clinique qu'on m'a appris à faire, toujours très en douceur, dans le respect de la non-violence vis-à-vis des patientes.

Il faut quand même savoir que ma vision de la gynéco avant mon stage de gynécologie d'internat était de la gynéco hospitalière (maternité, urgences gynécologiques et service de grossesses pathologiques) durant mon externat. Et je n'ai pas eu l'occasion de refaire de gynéco au cours de mon internat avant mon stage en gynécologie. Mais la gynéco hospitalière ne colle pas beaucoup à la pratique de la gynéco en tant que médecin généraliste.

(R) : As-tu des choses à ajouter?

(I3) : Je peux décrire un peu mon terrain de stage si ça t'intéresse. J'avais un médecin qui était médecin généraliste et qui a choisi de faire plus que de la santé de la femme. Elle a un DU d'échographie gynécologique et elle est en train de passer un DU de coloscopie. Elle ne fait plus du tout de médecine générale. Et j'avais un autre praticien qui est médecin généraliste avec une grosse activité gynéco-pédiatrie. C'était deux femmes.

(R) : Ok. Ensuite, quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I4) : De manière générale, j'ai eu la chance d'apprendre ça en ville et je pense que c'est chouette parce qu'à l'hôpital, on apprend pas les mêmes choses et on apprend des choses qui sont parfois moins pertinentes pour notre pratique de tous les jours. Euh... J'ai eu la chance d'avoir un médecin qui était très attentive. En plus, j'étais son premier interne, donc elle était très vigilante à ce que les patientes se sentent bien et à ce que l'interne soit à l'aise aussi.

Mon ressenti, il est fluctuant; notamment sur les consultations de gynéco à l'hôpital où c'est une population qui est plus défavorisée et très souvent, les patientes ne voulaient pas que je reste pour l'examen clinique, voire même pas du tout pour la consultation, y compris l'interrogatoire. Et en ville, c'était souvent des consultations qui se déroulaient bien. Y'a toujours un malaise qui se crée vis-à-vis de la patiente car le médecin avait pris l'habitude de demander à la patiente si je pouvais participer à la consultation. Et j'ai toujours senti, enfin je n'ai jamais senti qu'il y avait un « oui j'accepte » sans réserves. Il y a toujours des réserves, mais les patientes se disent que « oui pour sa formation c'est important ». Mais c'est toujours un oui mais. Et en général je pense et mon médecin me l'a dit que j'arrivais suffisamment à inspirer confiance aux patientes pour que la fois d'après elles acceptent que je sois là. Mais il y a toujours un point de basculement au début de la consultation où elles s'attendaient à voir le médecin généraliste femme et elles se rendent compte que finalement, on est deux. Donc elles sont moins à l'aise.

Après, je n'ai jamais été tout seul en consultation. J'avais une des deux praticiennes qui débutait sa pratique et donc elle avait beaucoup de nouvelles patientes qu'elle souhaitait rencontrer la première fois. Et moi personnellement, il y a un certain nombre de consultations que j'aurais pu faire tout seul. Mais il y en a beaucoup où j'aurais été en difficulté si j'avais été tout seul. Donc ça m'allait bien qu'on fasse les consultations à deux.

(R) : Que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I5) : Alors euh... C'est une bonne question. Je pense que la pratique de la gynéco en médecine générale est un peu indissociable de la pratique de la médecine générale. De l'adolescence, avec les grossesses, à la ménopause, il y a beaucoup de choses qui recoupent avec les champs de la médecine générale; donc c'est important qu'on y soit formé. Moi, c'est un champ de la médecine qui spontanément ne m'a pas intéressé dès le début. Mais comme mon projet à terme, c'est de m'installer dans un endroit reculé comme à la campagne ou à la montagne, je pense que je ne peux pas ne pas être formé à la base de la gynéco. Dans le sens où ça serait une vraie perte de chance pour les patientes.

(R) : Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I6) : Euh... Les difficultés et obstacles... Le premier qui me vient en tête, c'est que les patientes préfèrent un professionnel de santé féminin en face d'elle. C'est aussi pour ça je pense qu'en ville, il y a beaucoup de sages-femmes qui font de la gynécologie. Et que pour les gestes qu'on est amené à faire couramment en médecine générale, notamment le frottis cervico-vaginal, la palpation mammaire, il y a je pense un malaise. En fait, c'est assez intéressant; les patientes peuvent venir

nous voir en consultation pour plein de choses comme la thyroïde, le diabète, la tension, plein de maladies; et on a vraiment l'impression qu'il y a une frontière qui se crée avec la gynéco; à tel point que parfois, ça nous sort de la tête de nous dire « est-ce que la patiente que j'ai en face de moi a un suivi gynécologique en dehors du cabinet ? », « est-ce qu'elle est à jour de ses dépistages ? », « est-ce qu'elle voudrait qu'on en parle ? ». Mais on a vraiment l'impression que ça reste très compartimenté. Et ça je pense que c'est un des obstacles dans une consultation banale de renouvellement d'ordonnance. Je pense très rarement à demander à la patiente s'il y a des choses qui tournent pas ronds et dont elle aimerait qu'on discute.

Après les difficultés et obstacles, c'est parfois d'ordre technique. Je trouve que c'est pas toujours très évident d'être à l'aise sur tout, notamment la contraception; entre les différentes méthodes qui existent, les différents types de pilule, je trouve que c'est un obstacle. Même après 6 mois à faire que ça, j'ai encore un peu de mal à me retrouver avec les effets indésirables de chacune des méthodes par exemple.

Je trouve que c'est pas évident de bien orienter la patiente vers la contraception qui lui sera adaptée. Et qu'on a aussi beaucoup à faire pour lutter contre les idées reçues. Notamment sur les méthodes de contraception comme le stérilet où il y a encore beaucoup de femmes qui pense que ça ne peut pas être prescrit comme première contraception, que ça peut rendre stérile. Voilà, il y a beaucoup de choses à déconstruire. Et pour nous médecin, c'est difficile d'amener les choses; comme par exemple, une jeune fille qui en a déjà discuté avec ses copines et qui arrive en consultation avec des idées un peu erronées sur la contraception.

Et pour le reste de la gynéco de manière plus générale, je trouve que la période ménopausique est un peu difficile parce qu'on est toujours un peu démuni sur le plan médicamenteux pour les petits maux de la ménopause. On aimerait bien pouvoir soulager nos patientes, mais d'un point de vue médical, c'est soit assez lourd, j'entends par là, traitement hormonal substitutif, soit les autres petits trucs qu'on propose sont rarement miraculeux. Donc c'est un champ de la médecine dans lequel on est moins à l'aise parce qu'on sait que notre action ne va pas être perçue de façon très positive par les patientes, puisqu'on améliore pas les symptômes dont elles se plaignent parfois.

En tant que médecin homme, moi personnellement, ça ne me dérange pas du tout de répondre à la demande d'une femme qui souhaite une prise en charge sur le plan gynécologique. J'ai pas de gêne particulière par rapport à ça. Je n'ai pas de malaise non plus si ce n'est la limite de compétences. Mais je pense que cette limite de compétences peut être la même pour un médecin femme qui ne s'intéresse pas du tout à la gynéco. Mais moi en tant que médecin homme, ça ne me pose pas de problème particulier.

Pour finir, j'ai essayé un certain nombre de refus. Au début, c'était difficile car je comprenais pas, je me pensais assez légitime. Et en fait, mon médecin m'a un peu ouvert les yeux sur le fait que ça pouvait correspondre à des problèmes qu'il y avait eu auparavant; soit avec d'autres médecins gynécologues qui avaient pu être violents, soit dans leur histoire personnelle des histoires de violences ou de choses

comme ça. Et elle m'a donné 2-3 exemples de patientes qu'elle suivait qui, pour cette raison, ne souhaitaient pas que j'assiste à l'examen. Et à partir de ce moment-là, je me suis dit « qui est-ce que je suis pour juger leur choix ». Elles arriveront toujours à trouver quelqu'un pour s'occuper d'elle et c'est bien ça le plus important. Pour quantifier les refus, ça m'est quand même arrivé de passer des après-midis entiers dans la salle d'attente (*rires*). En ambulatoire, c'est vraiment fréquent. Du coup je prévoyais toujours un bouquin. Ça m'est arrivé d'avoir des journées où on devait voir entre 15 et 20 patientes, et d'avoir dans la journée parfois au maximum peut-être 10 refus. Donc une sur deux quoi. Mais lissé sur tout le stage, je dirai entre 1 sur 4 à 1 sur 5, je ne pense pas que ça ait eu un impact négatif sur ma formation. J'ai quand même réussi à avoir un grand panel de consultations.

(R) : Très bien. As-tu des choses à ajouter ?

(I7) : J'ai fait les examens gynéco assez rapidement. Jamais posé de stérilet pour une raison toute bête, c'est que nous n'avons jamais eu le cas de figure. Mais j'ai fait des frottis, des échographies endo-vaginales, pose d'implant, le retrait d'implant, le retrait de stérilet. C'est tout ce que j'ai pu faire.

Ah oui, j'ai oublié de te dire que mes patientes étaient toujours prévenues. Pour le médecin qui faisait que de la gynéco, elle avait affiché un papier dans sa salle d'attente, donc ça prévenait tout le monde. Et au début du stage, elle prenait même le temps d'envoyer un message la veille des consultations à toutes les patientes pour les informer de la présence de l'interne. Et l'autre médecin qui était généraliste, elle a gardé peut-être le côté un peu hospitalier des choses; il faut bien que quelqu'un le fasse donc c'est mon interne qui va s'en occuper. Et là forcément, il y a eu beaucoup moins de refus parce que les patientes étaient dirigées. Ça par contre, ça peut mettre mal à l'aise, y compris l'interne, de se dire que je suis en train de faire quelque chose dans lequel je ne suis déjà pas très à l'aise et en plus la patiente n'a pas très envie. Donc elle faisait un peu la sourde oreille oui, « c'est pour sa formation c'est important ». Mais j'imagine que pour la patiente, c'était pas tout le temps évident.

Après certes, j'étais en ambulatoire et on peut dire que ça ressemble à un SASPAS, mais avec mes praticiennes, on avait pour ligne directrice d'aborder la partie gynéco en consultation. Et c'est vrai que si on l'amène frontalement dès le début, les patientes se rétractent assez facilement. Moi la technique qu'on avait mise au point avec mon médecin, c'était pendant l'examen clinique, quand on ausculte la poitrine par exemple, on en profite pour parler du dépistage du cancer du sein, ect.

Après moi, dans les consultations de gynéco que j'ai faites avec mes praticiennes, il y a des sujets qui n'ont pas été abordés parce que j'étais là c'est sûr, comme les infections sexuellement transmissibles, des relations extra-conjugales car elles sont moins à l'aise avec ça. Ce sont des choses qui passent à l'as car il y a un truc entre le médecin et le patient. Et l'interne est un peu dérangeant dans ce contexte-là. On a

beau leur expliquer le secret médical, elles restent fermées et ça peut très bien se concevoir.

(R) : Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?

(I8) : Et ben, il y a eu un progrès incroyable car je parlais de très loin. A titre d'anecdote, quand j'étais en UPL, une fois avec l'un de mes médecins on a dû faire face à une consultation gynécologique un vendredi soir à 18h; on s'est regardé et on a conclu qu'on ne savait pas quoi faire et qu'il fallait l'orienter vers quelqu'un de plus adapté que nous (*rires*).

Je suis arrivé en stage de gynéco avec beaucoup d'attentes car mon niveau était extrêmement bas; et de fait, j'en suis très content car je pense que je n'aurais pas eu autant de progression si j'avais fait un stage hospitalier. Parce qu'en ville, on apprend à gérer peut-être plus de choses du quotidien, donc je considère que j'ai appris ce qu'il me fallait pour être un médecin généraliste compétent. J'ai appris jusqu'où je pouvais aller, à quel moment il fallait que je sache passer la main et pour moi, c'était vraiment mon objectif de stage.

(R) : D'accord. Prochaine question : te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I9) : Alors pour la première partie de la question, je considère que je peux faire des consultations gynécologiques et répondre aux attentes des patientes. Je ne pourrai pas tout faire, notamment pour la partie des gestes. Je sais que je pense que j'aurais pas le temps de me perfectionner pour les poses de stérilet; donc si je peux éviter d'en faire je préfère éviter. Je sais faire mais je le ferai pas très bien donc je préfère que ce soit fait dans de bonnes conditions. Tous les gestes de dépistage ne me posent plus du tout de problème. La partie contraception passe bien aussi.

Je ne ferai probablement pas de DU de gynécologie. Par contre, là où ce n'est pas incompatible c'est que je pense que je ferai un DU d'échographie et qu'à ce moment-là, je peux aussi m'en servir pour faire des échographies pelviennes. Et donc améliorer un peu la prise en charge de mes patientes par rapport au dépistage du cancer de l'endomètre, aux kystes ovariens...

(R) : Pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I10) : Pas évident. Je dirai... Le concept que je cherche à définir, c'est d'être très attentif à la façon dont la personne se comporte pour ne pas la brusquer. Et je tourne autour, soit de la prudence ou de l'observation. En un seul mot... C'est pas facile. Vigilance, ouais c'est pas un mauvais terme. Vigilance, ça me va ! Vigilance aussi

parce qu'il y a aussi ce côté, je ne sais pas quelle est l'histoire de la patiente qui est en face de moi. C'est vrai, beaucoup de femmes pour qui les relations avec les gynécologues, un peu de l'ancienne école, avaient été compliquées. Et toujours d'avoir ça en tête, de se dire que je suis un professionnel de santé en plus dans l'histoire de cette patiente-là, je ne sais pas ce qui s'est passé avant donc attention où est-ce que je mets les pieds.

(R) : Les questions du guide d'entretien sont terminées. As-tu des choses à dire en plus?

(I11) : Oui, pour finir je peux dire que mon stage en gynécologie a complètement modifié ma façon d'aborder les consultations en général. Ça a changé beaucoup de choses parce que c'était un domaine qui m'était très inconnu et j'avais pas mal de stéréotypes qu'on m'avait mis en tête lors de mon stage en CHU en tant qu'externe. Sur la façon dont les jeunes patientes exagèrent toujours leurs douleurs de règles, les patientes exagèrent toujours les symptômes de la ménopause, les symptômes de la grossesse aussi. Je pense que j'ai été formé par beaucoup de gynécologues homme à ce moment-là et un peu de la vieille école. Et du coup je suis arrivé avec ce bagage là pour mon stage de gynéco. En plus, mon vécu des IVG au CHU avec une morale très culpabilisante envers les patientes. Et tout ça, ça a été très patiemment et très doucement déconstruit par les médecins qui m'ont encadré. Et je suis très content de cela car ça reste un sujet très sensible pour les femmes. On ne peut pas se permettre d'arriver avec nos gros sabots, il faut prendre le temps, ce qui est l'une des clés de la médecine générale de manière un peu plus globale. Il faut toujours prendre le temps sur une consultation de gynéco, ce n'est pas une consultation anodine. Et je pense que je n'en avais pas conscience jusque-là.

(R) : Eh bien, encore merci pour ta participation.

Entretien interne J

(Responsable) : Alors pour commencer avec la première question : peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Du coup, moi je suis interne en 5^{ème} semestre. Pour mon parcours, je suis passé un peu dans tous les stages que je souhaitais. Par rapport à votre thèse, je n'ai jamais trop voulu m'investir dans la gynécologie. Je m'étais dit qu'à l'internat j'allais en faire et ça allait me suffire. Pour revenir à mon internat, j'ai choisi Grenoble déjà pour des choix personnels et parce que la formation en médecine générale était bien notée; je n'ai pas pris cette ville pour les sports d'hiver tu vois. Et donc je suis passé aux urgences avec un stage qui était bien prenant, mais très intéressant et

avec des co-internes bien sympas. L'UPL ça s'est pas mal passé mais ce n'était pas forcément adapté au type d'exercice qui me conviendrait. J'entends par là qu'il allait peut-être un peu vite en consultation et que niveau communication mes praticiens n'étaient pas forcément au top. Mais moi j'ai toujours voulu être médecin généraliste donc je n'ai pas du tout mal vécu les consultations où ils m'ont laissé seul durant ce stage. Et d'ailleurs, j'ai fait des consultations de gynéco durant ce stage. Mon stage de médecine polyvalente, je l'ai trouvé assez spécialisé quand même mais du coup très intéressant et les gardes ont été très enrichissantes. Après mon stage de gynéco-pédiatrie était en ambulatoire et j'ai surtout fait de la médecine générale même si mes praticiens m'ont laissé en priorité ce genre de consultation. Mais bon niveau pédiatrie, je ne suis pas sûr d'avoir vu ce qu'on peut voir aux urgences par exemple. Et des patientes pour de la gynéco j'en ai pas vu tant que ça je pense. Et mon stage libre c'était à la fois en hospitaliser et en ambulatoire avec des lieux divers et variés. Voilà tout.

(R) : D'accord. Alors on peut passer à la deuxième question : peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'internaire de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret à donner ?

(I2) : Alors je peux même te faire un peu l'évolution. Alors en UPL, au début, c'était très compliqué; et vu comme mes praticiens communiquaient, je t'avoue que si j'avais été une dame j'aurais dit non tu vois (*rires*). Je trouvais que le sujet était amené un peu lourdement quoi. Alors que maintenant je me trouve assez à l'aise y compris sur les dépistages, les examens etc. Et pour te détailler mes consultations de gynéco à ce stade de mon internat, ben je fais l'interrogatoire où je reviens un peu sur les suivis comme les frottis et les mammographies. Ensuite, je fais l'examen gynécologique. Je vais te prendre l'examen de la dernière consultation que j'ai faite même si c'était plus du dépistage. En gros, il fallait refaire un frottis à la patiente et contrôler la position du stérilet qu'on ne voyait pas; du coup, j'ai prescrit une échographie. Après ce que je ne fais pas trop mais que j'essaie au moins quand je peux c'est la palpation mammaire, qu'une fois une gynéco m'avait montré, mais j'ai quand même l'impression qu'il faut en faire pas mal pour être sûr de soi. Et donc ça je ne le fais pas systématiquement. Après, je fais que des frottis. J'ai été formé aux implants et stérilets mais je n'ai jamais trop eu l'occasion de le faire en stage car je n'ai pas eu de praticiens qui avaient pour habitude de les proposer à leurs patientes. Donc je peux dire que j'ai déjà fait pose de stérilet, mais jamais pose d'implants moi-même; enfin j'ai été formé mais sur mannequin (*rires*). Et j'ai oublié de te préciser aussi que je fais tout ce qui est prescription de contraception aussi. Voilà.

(R) : Et ben super merci, on va pouvoir passer à la troisième question qui est : quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Ben du coup, au début c'est vrai que je n'étais pas à l'aise vu que je parlais de zéro et qu'on ne me mettait pas forcément à l'aise non plus. Mais petit à petit durant mon internat, dès qu'il y avait une occasion et que j'avais envie d'apprendre ben j'en profitais. Du coup ben ça va de mieux en mieux. Là en dépistage, je suis en autonomie complète et ça à l'air de mon point de vue de se passer plutôt bien. Et puis des consultations où il y a du dépistage on en fait pas mal même si on ne fait pas forcément d'examen gynécologique. Je me trouve à l'aise sur plein de sujets et je suis plus enclin à faire des suivis gynécologiques, après complets et systématiques je ne sais pas... Mais ça va quand même beaucoup mieux. Après je pense que pour ta thèse ça t'intéresse de savoir que j'ai eu aussi des refus mais ça ne me dérange pas du tout quand les femmes ne me veulent pas. Et ça reste plutôt rare quand même. Donc au niveau de mon ressenti, ce qui m'embêtait le plus c'est vraiment quand les maitres de stage étaient eux-mêmes mal à l'aise parce que du coup tout le monde était mal à l'aise aussi. Et un de mes praticiens en UPL me demandait de partir même avant la consultation si c'était de la gynéco. Mais sinon globalement je me sens à l'aise maintenant.

(R) : Ça marche, merci pour ta réponse. Ensuite, que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future?

(I4) : Alors ce que ça représente pour moi... c'est que ça fait partie de la médecine générale et pour moi ce n'est pas possible de faire l'impasse dessus; même si moi j'aimerais en faire sans me spécialiser et sans énormément en faire; après je sais qu'il y en a qui aime ça et qui veulent faire quasi que ça. Je dirais que je pourrais faire toute la gynéco quand même dans ma pratique future. Mais comme pour l'instant je n'ai jamais posé de stérilet, je préférerais revoir ça et me faire mon avis pour savoir si j'en ferais ou non. Surtout qu'à terme, j'envisage de m'installer en libéral, et solo je ne sais pas ça me paraît difficile donc pour le moment je dirai en groupe.

(R) : Très bien merci. Alors la question suivante est : quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Alors les obstacles, alors déjà être un homme c'est un obstacle parce qu'on se fait refuser plus souvent. Après autre obstacle, parce que je l'ai quand même voulu je n'ai pas eu de vrai stage avec des gynécologues. Après c'est moi qui ait choisi mon stage et je savais à quoi m'attendre avec ce stage en ambulatoire. Et du coup, je me suis déjà retrouvé en difficulté pour des gestes en consultations avec typiquement : le retrait de stérilet. Puisque je savais en théorie comment faire, donc heureusement y avait un de mes praticiens juste à côté. Après j'ai su le faire mais j'avais besoin de quelqu'un pour me tenir la main (*rires*). Donc bon des fois je ne suis pas sûr de moi mais ce n'est pas forcément toujours un obstacle puisque ça peut bien se passer. Et puis je ne me suis jamais retrouvé vraiment tout seul donc bon ça va. Et si je ne maîtrise vraiment pas, j'envoie soit à la sage-femme soit à un autre médecin qui fait

de la gynéco. Après y'a les refus aussi comme difficulté, mais qui ont changé au cours de mon internat. Au début c'était genre 30 à 50 % de refus en UPL où on consultait à deux et puis maintenant ça fait très longtemps que je n'ai pas eu de refus.

(R) : As-tu des choses à ajouter ?

(I6) : Non c'est bon.

(R) : Et ben question suivante : quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique en gynécologie lors de tes consultations durant l'internat ?

(I7) : Ben c'est surtout se sentir plus à l'aise, parce que niveau théorie j'étais plus fort à l'ECN que maintenant. Donc c'est surtout dans la relation et c'est vraiment ce qu'il y a de plus important. Et au niveau des gestes je suis parti de zéro donc j'ai fait que progresser, sur certains gestes plus que d'autres (*rires*). Et donc à la fin de mon internat, j'espère progresser encore sur les stérilets notamment mais sinon ça va.

(R) : Réponse très efficace (rires). Du coup on passe directement à la septième question : te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I8) : C'est toujours difficile de se dire qu'on se trouve assez formé parce qu'on peut toujours se former plus. Mais oui, je me sens assez formé pour faire des consultations de gynéco. Peut-être pas très poussées (*rires*) mais au moins avoir de quoi écrire une lettre décente au gynéco pour adresser la patiente quand je n'y arriverai plus. Et comme je ne veux pas faire que ça entre guillemets, je ne veux pas faire de DU. Je préfère passer la main si besoin. Je pense que je sais faire la base quoi et si y'a vraiment besoin j'adresserai. Voilà.

(R) : Ok merci pour ta réponse. Et ben, pour finir si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I9) : Euh... définir mon ressenti à moi vis-à-vis des patientes... c'est chaud en un mot... (*Rires*)... Je dirai basique. Dans le sens, où en gros je pense pouvoir répondre à la base des demandes qu'ont les femmes quand elles demandent un suivi gynécologique. Je n'ai pas dit à l'aise parce que ce n'est pas forcément ce qui me définit le plus. Donc oui, basique. Je ne suis pas ignorant sur le sujet, je peux apporter quelques réponses sur le sujet mais je ne suis pas spécialiste.

(R) : Ben merci beaucoup, et merci pour ta participation !

Entretien interne K

(Responsable) : Pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Alors, j'ai 27 ans. Je suis en 5^{ème} semestre d'internat de médecine générale. Je suis actuellement en SASPAS. J'ai fait un stage de gynécologie pendant l'externat. Et je ne suis pas passé encore en gynécologie pendant l'internat. Mon parcours de stage d'internat : UPL en milieu urbain, et les urgences en première année comme tout le monde; en deuxième année, le stage de pédiatrie uniquement et le stage de médecine polyvalente.

Du coup, je n'ai pas été confronté à beaucoup de gynécologie durant mon internat pour le moment. En UPL, j'avais un de mes praticiens qui était plus orienté gynéco. Mais je suis souvent passé à travers car les patientes étaient souvent réticentes à ma présence lors de ces consultations. Je pense que sur mon semestre, j'ai dû voir 2 ou 3 frottis. Je n'ai jamais vu de pose de stérilet mais j'aurais bien voulu. Implant, je n'ai pas vu non plus. Quelques consultations de contraception, mais pas des masses. Voilà. J'ai un autre praticien avec qui j'ai fait un frottis. Et actuellement en SASPAS, je n'ai quasiment pas de gynéco. J'ai un praticien qui en fait beaucoup, donc je vais essayer de me greffer à ses consultations.

(R) : Très bien, merci. Peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Ben, je vais prendre l'exemple concret du frottis. La consultation, c'était en autonomie supervisée; donc ma praticienne était encore à côté. L'entretien, plutôt classique comme d'habitude. Pas trop d'appréhension, ça allait encore. Je travaillais la façon d'aborder les choses « Oui, on va vous faire un frottis », « Est-ce que ça vous dérange si c'est moi ». Pour le coup, au début, la patiente n'était pas tout à fait partante, mais ma praticienne est intervenue en disant « Oui vous savez c'est un docteur, il faut quand même qu'il apprenne » et du coup, la patiente a fini par accepter sans problème. Et pour la réalisation du geste, je n'étais pas ultra à l'aise. Même si j'avais réalisé quelques examens gynéco avec spéculum pendant l'externat. Et pour le coup-là, je n'ai jamais trouvé le col, donc j'ai appelé mon sénior à la rescousse pour qu'elle vienne m'aider. Entre guillemets, on a fait ça à quatre mains et finalement ça ne s'est pas trop mal passé. Mais ça reste assez stressant car ça reste une source d'incertitude et je me sens pas très compétent pour le moment. Après, je n'ai pas réalisé de consultation gynéco seul. Je vais essayer de profiter de mon SASPAS pour pratiquer des examens gynéco ; et ainsi pouvoir proposer aux patientes des frottis, une fois que je serai à l'aise avec l'examen gynécologique.

(R) : D'accord. Quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Expérience personnelle... J'ai été confronté à quand même pas mal de refus. C'est devenu une habitude de dire « Ah, vous inquiétez pas, c'est pas grave ». Même si on est un peu dégoûté au fond parce que ça fait partie de ce que j'ai envie de faire après. Je ne veux pas faire que ça mais ça me dérangerait pas d'en faire un petit peu. Et du coup c'est vrai que c'est un peu frustrant.

Sur les consultations de contraception sans geste technique, je ne suis pas forcément ultra à l'aise non plus car je pense que je ne maîtrise pas bien le sujet.

Lors de mon stage UPL, c'était souvent ma chef qui prenait les rennes de la consultation lors des sujets gynécologiques car j'avais vraiment l'impression de nager et du coup je me mettais en retrait.

(R) : Que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Euh, qu'est-ce que ça représente ? Un champ de compétences qui n'est pas négligeable. Et surtout je ne compte pas m'installer forcément en pleine ville, donc c'est quand même une compétence que l'on doit avoir en tant que médecin généraliste ; et on doit savoir faire au moins quelques trucs de gynéco pour déjà pallier le manque de gynécologues qu'il existe en ville. Et puis parce que c'est un truc intéressant aussi.

Et oui, je compte en faire dans ma pratique future. Pour ça, je pense faire un stage mère pour mon prochain stage afin de combler l'énorme lacune que j'ai en gynéco.

(R) : Très bien. On passe à la suite : Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Ben, du coup le refus des patientes qui a été pour moi l'obstacle majeur. Lors de mes stages en ambulatoire oui, j'ai eu plusieurs opportunités pour assister à des consultations de gynécologie ; mais très souvent, pour ne pas dire la plupart du temps, les patientes refusaient ma présence. Pour te donner un ordre d'idée, je dirai entre 70 à 80 % de refus. Après je suis peut-être pas tombé sur les meilleurs terrains de stage pour cela. Dans la plupart des cas, je participais à l'interrogatoire et je sortais dès qu'il fallait se déshabiller. Il y a dû avoir 10 % des consultations où j'ai été mis dehors dès le début. Il y a une consultation dont je me souviens très bien qui concernait un herpès génital ; et la dame avait la trentaine, et elle m'a foutu dehors tout de suite. C'est bien d'avoir pu participer aux interrogatoires mais ça reste assez frustrant. C'est surtout l'envie d'apprendre, donc ça fait chier. Ça fait partie de la formation.

Mais déjà de participer à des entretiens de gynéco, ça a changé ma façon d'aborder certains sujets délicats, de savoir amener des questions un peu sensibles. C'est vrai qu'en gynéco, ce sont des interrogatoires plus doucement menés on va dire. Après,

j'en ai pas fait des tonnes non plus, donc je n'ai pas une expérience exceptionnelle là-dessus.

J'ai été aussi confronté au refus d'un mari d'une patiente. Sur une consultation où justement la patiente avait accepté que je reste et en fait, j'ai dû sortir du fait du mari ; c'était une famille maghrébine et il ne fallait pas qu'il y ait quelqu'un d'autre dans la pièce. J'avais eu déjà ce genre de problèmes pendant mon stage de gynéco lors de mon externat. Cette réaction m'a surpris et j'ai dû me rabaisser. Je ne suis pas dans la pièce en tant que mec mais en tant qu'étudiant. Je n'allais pas mater sa femme. Ça m'a énervé sur le coup. J'étais un peu démoralisé après cette consultation.

(R) : Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique en gynécologie en consultation durant l'internat ?

(I6) : Et ben pour l'instant, pas grand-chose (*rires*). Déjà, j'arrive mieux à cibler les questions pour l'interrogatoire et j'arrive mieux à hiérarchiser les hypothèses diagnostiques. Voilà. Après sur les gestes techniques, pas grand-chose. Par rapport à ma sortie d'externat, c'est vrai que je sais faire un tout petit peu mieux les frottis. Mais encore, ça fait tellement longtemps que j'en ai pas fait que je ne suis plus sûr que ce soit encore vrai à l'heure actuelle. Donc pour l'instant, pas grand-chose.

Pour en revenir aux difficultés pendant que j'y pense, il y a des femmes qui prenaient rendez-vous pour un motif gynécologique et qui ne savaient pas que c'était moi qui assurait les consultations ; et qui au départ, ne se sentaient pas très à l'aise. Mais après un interrogatoire bien mené, cela se dissipait.

J'ai déjà eu une femme qui pour une cystite a failli ne pas prendre rendez-vous car elle a su que j'étais un mec. Je lui ai expliqué au téléphone avant de la voir que cela m'engendrait pas d'examen gynécologique. Mais pour elle, ça touchait à cette sphère là et il fallait pas que ce soit un homme en face d'elle. C'est fou quand même.

(R) : Très bien, merci. Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : Pour l'instant, je me sens pas du tout suffisamment formé. Oui j'aimerais bien faire un stage mère au prochain semestre. Dans le cas où je n'ai pas de stage mère, pourquoi pas effectuer un DU de gynéco. Je ne suis pas du tout fermé à cela. Je veux sortir de l'internat avec une formation en gynéco car pour moi, ça fait partie du trousseau de compétences que doit posséder un médecin généraliste. Et en plus c'est une compétence qui m'intéresse. Dans les DU que j'envisage, le DU de gynéco en fait partie.

(R) : Pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : Ah... alors, malaise, incertitude. C'est ce genre d'idées là que je veux trouver. Ce n'est pas insurmontable mais ça va dans le champ des choses qui me demande des efforts. Incertitude, c'est bien !

(R) : *As-tu des choses à ajouter?*

(I9) : Euh... Non. J'espère vraiment pouvoir faire un stage mère au prochain semestre.

(R) : *Très bien. Merci pour ta participation !*

Entretien interne L

(Responsable) : Alors on va débiter l'entretien; et pour commencer la première question : peux-tu te présenter personnellement ainsi que ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Je suis interne en 5^{ème} semestre. J'ai commencé mon internat de médecine générale en 2018. Durant mon cursus, j'ai fait un stage aux urgences, un stage d'UPL avec différents praticiens qui étaient des hommes et femmes et j'ai pu faire de la gynéco ; et c'est en partie pour ça que j'avais choisi ce stage même si en réalité je n'en ai pas vu tant que ça car j'ai été quasi systématiquement mis à la porte avec des praticiens qui me présentaient pas forcément de la bonne manière. Ensuite pour continuer, j'ai fait également un stage couplé de gynéco-pédiatrie séparé en 3 mois et 3 mois, qui était en gros mon premier stage où je faisais vraiment de la gynécologie. En gynéco, en ambulatoire, on faisait des consultations tout-venant et des consultations pré et post-IVG. Ces consultations-là étaient la plupart du temps en passif ou semi-actif. Mais j'ai pu faire quelques consultations en actif. J'ai pu faire des examens gynéco à ces moments-là. Et puis je suis allé aussi quelques fois en centre hospitalier également durant ce stage et j'ai fait plus d'actif cette fois-ci. Et on faisait également des consultations un peu plus spécifiques notamment sur la transsexualité, etc. J'ai également fait un stage de médecine polyvalente avec un stage hospitalier pur. Et je fais actuellement un SASPAS dans différents cabinets où je fais de la pédiatrie et toutes sorte de consultations avec des praticiens de sexe mixte. Et je suis actif toute la journée pour mes consultations.

(R) : Merci pour ta réponse. Alors on va passer à la question suivante : peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret à me donner ?

(I2) : Alors déjà ça dépend du motif. Par exemple, une consultation de gynéco pour une suspicion de pathologie n'est pas la même qu'une consultation pour un renouvellement de contraception. J'entends surtout par là le rapport à l'examen clinique. Après, ce sont des consultations qui sont en générale dans l'organisation assez classiques, avec en première partie l'entretien. Puis ensuite si nécessaire, il y a une deuxième partie qui comporte l'examen clinique gynéco, où là j'ai été très « briefé » pour faire les choses d'une manière la plus respectueuse possible, ce qui est normal en même temps. Et ensuite, troisième phase prescription et puis voilà. Après pour détailler un peu plus la partie examen : concernant l'examen clinique de base, j'ai appris à peu près à faire l'ensemble de l'examen gynéco que ce soit la pose de spéculum, que ce soit chez des nullipares ou chez des patientes plus âgées qui ont déjà eu des enfants, le toucher vaginal pareil. Donc je n'ai pas trop de soucis avec ça. Et la palpation mammaire, pas de soucis non plus. Après l'examen gynéco, ça englobe l'examen d'une femme dans son ensemble ; donc il y a l'examen classique cardio-vasculaire, dermato et tout ça quoi. Après pour les gestes, les poses d'implants j'en ai déjà fait quelques-unes tout seul ; après ça fait un petit moment que je n'en ai pas fait par contre. Les poses de stérilets par contre, je n'ai pas eu la possibilité d'en faire. J'en ai vu quelques-unes, même pas mal d'ailleurs mais pas la possibilité de faire moi-même le geste. Je trouve que c'est une carence parce que ça reste un geste classique à savoir faire et ça aide bien les patientes en général. Et je trouve ça décevant de pas pouvoir le faire de manière aisée quoi. Tout ce qui est prescription de contraception, j'en ai fait pas mal et je pense être assez à l'aise là-dessus, que ce soit pilule ou autres moyens de contraception, que ce soit première prescription ou renouvellement de prescriptions. D'où ce que je disais que c'était dommage pour le stérilet car je fais jusqu'à la partie prescription mais après je ne le pose pas quoi. Par contre côté prescription, je suis moins à l'aise sur tout ce qui est gestion de la ménopause. Parce que je trouve que les traitements ne sont pas forcément évidents à appréhender. Et puis après y'a tout ce qui est gestion des problématiques de gynécologie pure, que je sais un peu faire mais je pense qu'il y a toujours à apprendre. Je peux aussi rajouter que j'ai été pas mal sensibilisé sur le plan pratique et dépistage au niveau des IST mais aussi au niveau des violences conjugales et violences faites aux femmes. Et ça c'est quelque chose que j'ai beaucoup introduit dans mon entretien de manière un peu plus général quoi, essayer de rechercher soit des signes indirects, soit de poser directement la question de manière un peu systématique quoi.

(R) : Et ben super, merci ta réponse est vraiment bien complète. Ensuite, quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Et ben du coup, question très intéressante. J'ai pas mal de choses à dire là-dessus. Je suis arrivé en gynéco vraiment pas à l'aise parce que je n'en avais pas vraiment fait auparavant. Mon stage d'UPL m'a foutu une sacrée claque là-dessus parce que le fait d'être mis à la porte régulièrement, ce n'est pas quelque chose

d'agréable ; surtout que moi j'étais plutôt volontaire pour me former et même si je n'étais pas forcément le premier interne masculin. Ce n'est vraiment pas une partie de la médecine qui me dérange, même au contraire. Je trouve que c'est une chose qui est assez négligée et je voulais apprendre. Donc pendant mon UPL, ça m'a bien brassé. Et du coup, je suis arrivé en gynéco un peu sur la pointe des pieds en me demandant comment ça allait se passer et à quelle sauce j'allais être mangé. Alors déjà, j'ai été très bien accueilli par l'ensemble du personnel. Mais du coup, au début du stage en ambulatoire, le premier mois ou premières semaines ça avait quand même un peu pris la suite de ce qui se passait en UPL, c'est-à-dire que beaucoup de patientes demandaient au moins pour l'examen clinique à ce que je ne sois pas présent dans la pièce. D'une part, ça semble logique que pour une patiente un homme ne soit pas présent pour ce genre de geste mais en même temps, pour ma formation et le reste, c'était difficile à accepter. Je pense qu'il y a une question d'égaux mais aussi d'incompréhension dans le sens où il n'y a aucune part de voyeurisme etc. Mais en même temps, une certaine compréhension et accepter le choix de la patiente de ne pas vouloir que je rentre dans son intimité. Donc au départ il y avait un peu cette ambivalence-là qui était difficile à gérer. Et puis, j'en ai rapidement parlé avec mes praticiens, surtout que c'était aussi difficile pour eux d'imposer ma présence même si en même temps le stage devait servir à ce que j'ai une formation la plus complète possible dans un temps imparti et en plus je n'étais pas le premier interne garçon non plus. Puis au fil du temps, les consultations se sont de mieux en mieux passées. Notamment avec les consultations de pré et post-IVG en hospitalier, où j'ai pu vraiment commencer à pratiquer tout seul, surtout qu'on suivait une feuille de route qui était assez simple d'utilisation. Et donc j'ai pu travailler la gestion de la consultation plutôt que les données médicales pures. J'ai commencé à faire des examens gynéco tout seul parce que certaines femmes acceptaient que je le fasse moi. De fil en aiguille, j'ai peut-être paru plus sûr de moi, je ne sais pas. Est-ce qu'auparavant je ne paraissais vraiment pas à l'aise et que les femmes le ressentaient ? Je ne sais pas. J'ai pu être de plus en plus présent lors des examens avec des femmes qui acceptaient et même que je fasse moi-même les examens. Donc à ce moment-là, ça a été plutôt chouette. Et j'ai toujours été vigilant sur le fait d'être toujours le plus doux... Je ne trouve pas vraiment le terme... Attentionné et d'être le moins agressif par rapport à l'intimité et au respect des femmes en général. C'est quelque chose qui se travaille et c'est des choses qui sont vraiment importantes à avoir de base. Et puis voilà sur la fin, des consultations qui se sont très bien passées. J'ai eu des remerciements sur le fait d'avoir bien géré l'examen clinique. J'ai d'ailleurs le souvenir d'une jeune patiente qui venait pour une demande de retrait de stérilet je crois, parce que finalement elle ne supportait pas ce corps étranger et donc qui avait demandé à ce qu'on lui retire. C'est moi qui avais fait la consultation et finalement j'ai pris mon temps car mon planning me permettait de faire des consultations assez longues donc j'ai profité de ça. Et ça s'est très bien passé, elle était très satisfaite. C'est très plaisant quand ça se passe comme ça. Le stage s'est très bien fini et j'étais même limite triste de partir car je me disais que j'aurais pu apprendre encore plus. En SASPAS, j'en ai fait aussi un peu mais c'était

toujours à des moments où je ne m'y attendais pas. D'ailleurs je peux aussi te dire que les patientes savent auparavant que je suis un homme et je suis présenté comme médecin remplaçant, pas comme un interne. Pour mon premier examen dans ce fameux stage, c'est une patiente qui est venue, et dont je n'étais pas au courant, et son motif de consultation était une consultation gynécologique de suivi donc j'ai refait un examen gynéco complet. Et la dernière consultation que j'ai faite, c'était une personne âgée que j'ai vu initialement au domicile et qui se plaignait de démangeaisons vulvaires dans un contexte de ménopause. Et donc je l'ai faite venir au cabinet pour lui faire un examen gynéco complet et ça s'est bien passé. Et d'ailleurs est-ce que l'âge jouait sur le refus ? Je t'avoue que peut-être un peu mais j'ai été assez surpris parce que certaines patientes, je pensais qu'elles allaient dire non et en fait c'était oui et inversement. Globalement, je pense que les femmes un peu plus âgées sont peut-être plus à l'aise mais pas forcément toutes. Et à part l'âge, je pense qu'il y a aussi le milieu culturel qui peut entrer en compte. Je pense que j'ai été plus mis à l'écart par des patientes avec peut-être un milieu social précaire ou avec des origines spécifiques sans vouloir entrer dans un jugement.

(R) : D'accord, merci. Je n'ai pas d'élément à te demander en plus donc on peut passer à la question suivante : que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I4) : Je pense avoir en partie répondu à cette question à travers les précédentes (*sourire*). Donc je pense que c'est une pratique qui est indispensable pour tout médecin généraliste mais qui n'est pas facile à faire. D'une part, parce qu'on n'a pas forcément les connaissances qu'il faut et d'autre part, parce que le fait d'être un homme je pense que c'est une barrière à la pratique de la gynécologie pour les praticiens et pour les femmes. Mais on va être amené dans les années à venir à devoir pratiquer de la gynéco d'une manière plus importante parce qu'il y en a de moins en moins de gynécologues. Après les sages-femmes peuvent maintenant faire des choses qu'elles ne pouvaient pas faire avant mais ça me semble indispensable que les médecins généralistes aient une base solide en gynéco. Après je pense qu'il y a des nuances dans la pratique entre prescrire la base de la base c'est-à-dire les contraceptions et les utiliser, les traitements de base de pathologies gynéco. Et avec la pratique des examens gynéco et la pose de stérilets ou d'implants parce que c'est encore autre chose. Après, la partie dépistage, le tact qu'on peut avoir et l'appréhension de la gynéco, je pense que c'est quelque chose d'indispensable que tout médecin généraliste devrait avoir. Par rapport à l'autre partie, je pense que ce n'est pas quelque chose d'excusable dans le sens où on n'a le droit de ne pas avoir les connaissances, on a le droit de ne pas savoir poser un stérilet parce qu'on n'a pas appris. Mais par contre, on n'a pas le droit de passer à côté de la partie psychologique de la gynéco. Et pour ma pratique future, je n'ai pas de projet d'installation encore ça reste assez flou ; je pense que ça sera un peu au feeling et de comment se passent les premières années. Parce que quand je suis en libéral je me dis le libéral c'est bien et quand je suis en hospitalier je me dis que c'est très

intéressant aussi. Mais je pense que si je fais du libéral notamment dans les prochaines années, je ferai des remplacements pour commencer et ben ça ne me dérangera pas de faire de la gynéco. Après c'est comme toutes les spécialités qu'on a en médecine générale, il faut les pratiquer régulièrement pour être à l'aise, se sentir bon et concerné. Et puis il faut se mettre à jour régulièrement sur les connaissances.

(R) : Très bien, merci. Alors la question suivante est : quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Euh ben premièrement le fait d'être un homme, ça a été une difficulté en soi parce que ça crée une barrière qu'on le veuille ou non vis-à-vis de l'intimité. Et donc comme je le disais au niveau du ressenti, ça m'a bien bousculé au départ ; mais j'ai su je pense passer outre et montrer que je pouvais répondre au besoin. Deuxièmement, c'est le manque de connaissances qui a été une barrière au départ, ne serait-ce que l'examen clinique et les spécificités de la gynéco. Et donc pour ça, à part bosser il n'y a pas grand-chose d'autre à faire (*rires*). D'ailleurs j'ai oublié de te dire que j'ai été amené à faire des échographies pelviennes et endo-vaginales durant mon stage. J'ai toujours eu quelqu'un au bout du fil si besoin. Après le fait d'être un interne, je ne sais pas si ça a été un frein parce que finalement je n'ai jamais été trop présenté comme un interne mais plutôt comme médecin remplaçant ou médecin en formation donc est-ce que ça a posé soucis, je ne sais pas. Après le côté formation a peut-être posé problème parce que le fait d'être passif lors d'un examen gynéco et d'avoir une tête au-dessus de la personne qui fait l'examen, d'autant plus quand c'est un homme je pense que ça peut être perturbant. Alors que quand c'est moi-même qui faisais l'examen, ben y'a plus le côté étudiant qui reste derrière et qui regarde d'un coin de l'œil et donc c'est peut-être moins perçu comme gênant par la patiente. Après au début d'une consultation quand elles savent qu'on est en formation ou interne, il peut y avoir une certaine réticence mais à partir du moment où on met la personne à l'aise en début de consultation et qu'elle sent que je gère et ben ça roule.

(R) : Et ben on peut passer à la sixième question : quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations gynécologiques durant l'internat ?

(I6) : (*Rires*) Ah ben de toute façon, je n'ai pu que progresser vu que je partais de zéro. Donc les progrès ça a été d'être à l'aise et de discuter sur le plan gynéco, que ce soit sur le plan pathologique, sur le plan ressenti, sur le plan psy, sur le plan physique, sur les connaissances. J'avais une connaissance théorique mais entre la théorie et la pratique ben ce n'est pas la même donc j'ai pas mal appris. Et puis pratiquer l'examen clinique gynéco, je ne savais pas faire. Les poses d'implants je ne savais pas faire donc c'est un progrès aussi. Discuter contraception j'avais des notions mais là ça m'a permis d'être beaucoup plus clair dans ma tête ; sur les IST aussi, et comme je le disais aussi tout à l'heure sur les violences conjugales. Et de discuter autour de ça, c'est quelque chose de très important pour moi et j'ai pu me

sentir de plus en plus à l'aise au cours des consultations. Après tout ce qui tournait autour des interruptions de grossesses, ne serait-ce que connaître les différentes problématiques autour des interruptions médicales de grossesses sur le plan légal, comment ça se passe, à qui adresser les patientes si on ne les pratique pas nous au cabinet, je parle des interruptions médicamenteuses et comment leur venir en aide là-dessus. Et le domaine de la transsexualité aussi j'ai appris pas mal là-dessus notamment sur le rapport qu'on peut avoir vis-à-vis des patients transsexuels et l'absence de jugement qu'on peut leur apporter justement. Après ce que j'aimerais apprendre, la pose de stérilets si je peux mais j'y crois pas trop parce que c'est durant mon stage de gynéco que j'aurais pu le plus le faire et malheureusement je n'ai pas eu l'opportunité. Après, une chose que je n'ai pas encore abordé c'est tout ce qui est grossesse et suivi de grossesse, j'en ai vu quelques-uns avec une sage-femme mais pas assez pour me sentir à l'aise et le faire tout seul. Donc tout ce qui est obstétrique, je ne suis pas encore assez à l'aise là-dessus globalement. Je n'ai pas encore les réflexes de savoir quoi prescrire, les examens à effectuer, les traitements préventifs à mettre en place, les sérologies. Je connais les grandes lignes mais je ne suis pas encore au point là-dessus. Les rares consultations que j'ai eues je me suis aidé de « gestaclic » (rires).

(R) : D'accord. Merci pour tes réponses. On continue. Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : Et ben du coup pour la formation, ça dépend des domaines. Pour tout ce qui est contraception je trouve que je suis plutôt pas mal, IST je suis plutôt pas mal, enfin je pense. La gestion globale de l'univers de la gynéco, je trouve que ça va. Par contre comme je viens de le dire, je ne pense pas être capable d'en faire de manière correcte, j'aurais trop peur de faire des bêtises. Et après, je trouve que ça dépendra vraiment du motif de consultation. Mais je ne me sentirai pas de dire à mes patientes « oui, je fais de la gynéco tout-venant, n'ayez pas de gynéco à côté par ce que je serai capable de tout faire ». Parce qu'il y a des choses sur lesquelles je suis à l'aise mais d'autres pas du tout. Après pour les formations complémentaires, pourquoi pas. Après faire le DU gynéco c'est peut-être un peu lourd pour l'instant et je vais peut-être plus me former auprès de confrères qui pratiquent, des formations continues, ça ne me posera pas forcément soucis. Après si j'ai la possibilité de faire le DU pourquoi pas. Dernière chose, je n'ai pas encore fait mon dernier stage et je ne sais pas encore comment les choses vont se passer donc je pourrais peut-être refaire de la gynéco en plus et donc me former dans les domaines où je ne suis pas encore à l'aise.

(R) : Ok merci. Et ben dernière question : pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : Et ben je dirai : bienveillance. Parce que peu importe le motif de consultation, quand ça touche à la gynécologie, mon ressenti premier c'est d'être bienveillant. Après c'est le cas dans la médecine en général, mais particulièrement en gynéco.

(R) : *Super, merci beaucoup pour ta participation !*

Entretien interne M

(Responsable) : *Pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?*

(Interne1) : Alors, je suis interne en 5^{ème} semestre de médecine générale à Grenoble. J'ai 27 ans. J'effectue actuellement mon stage libre. Au niveau de mon parcours d'internat, j'ai fait un UPL en semi rural, un stage aux urgences, un stage couplé gynéco-pédiatrie et un stage de médecine polyvalente. Je ne suis pas passé en gynécologie durant l'externat. Et mon stage de gynéco pendant l'internat était hospitalier. En tant qu'interne, nous tournions entre suites de couche, urgences gynécologiques et consultations. J'ai fait aussi un petit peu de consultations gynéco au cours de mon UPL.

(R) : *Très bien, merci pour ta présentation. Peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?*

(I2) : Euh... En tant qu'interne masculin, je trouve que ce n'est pas forcément facile de se faire accepter. Personnellement, la gynécologie m'intéresse, surtout l'obstétrique. L'obstétrique je trouve ça très intéressant mais je dirai que c'est quand même assez difficile de se faire accepter. J'ai eu un peu de tout. Bien sûr, il y a les extrêmes. Il y en a chez qui ça posait pas de problème et d'autres qui ne voulaient absolument pas que ce soit un homme. Mais je dirai que dans 50 % des cas, il fallait s'imposer un petit peu en disant « Ben si c'est moi le médecin, et non il n'y a pas de femme pour vous examiner ». Ça, ça vaut pour l'UPL et pour le stage de gynéco-pédia. Quand on recevait les patientes aux urgences « Ben oui je suis un interne mec et je fais de la gynéco; Rien de personnel et on va faire en sorte que ça se passe bien ». Après je me souviens pas de consultations qui se soient mal passées, où c'était catastrophique sur le plan relationnel. J'ai en mémoire une consultation où je faisais les échographies. Je commençais justement à être à l'aise pour faire les échographies des femmes qui venaient aux urgences gynécologiques. J'ai une femme qui vient pour des métrorragies du premier trimestre de grossesse. Je fais une échographie endo-vaginale et je lui dis un peu précipitamment « Bon bah là, on va entendre le cœur de votre bébé » car je voyais à l'échographie le cœur battre; mais j'ai eu du mal à régler mon curseur, on a rien

entendu. Il y a eu un gros blanc. J'ai senti l'ambiance pesante d'un coup dans la salle, et je peux te dire que je me suis dépêché de retrouver le cœur. Et ça allait beaucoup mieux après. Non mais globalement, ça s'est toujours bien passé même s'il fallait un petit peu s'imposer auprès des dames pour avoir accès aux consultations de gynéco.

Je trouve que c'est embêtant car en tant que médecin généraliste, faire de la gynéco, c'est un peu la base quoi; donc je pense que je suis moins bien formé que mes collègues féminines qui ont peut-être moins à faire des pieds et des mains pour faire des consultations gynéco. Ce n'est que mon ressenti.

Je vais prendre un autre exemple. J'ai en mémoire une autre consultation lors de mon stage en UPL. Une dame était venue pour, je me souviens plus très bien, je crois pour un frottis. J'étais avec une maîtresse de stage féminine et c'est moi qui faisais ses consultations ce jour-là. Et je suis tombé sur cette femme qui avait besoin de faire un frottis; et elle m'a demandé « Où était son docteur habituel ? ». Je lui ai répondu « Ben elle est pas là, c'est moi qui vais assurer la consultation; pourquoi vous venez ? » « Pour un frottis ». « Ce n'est pas un problème, je peux vous le faire votre frottis ». « Oui mais je préférerais que ce soit ma médecin habituelle ». « Oui mais là elle est occupée avec d'autres patients ». « Vous êtes sûr que je peux pas la voir ». « Non c'est moi ». « On peut remettre ça à une autre fois, c'est pas grave ». « Oui mais je vous dis que je peux le faire maintenant ». « Bon ben d'accord on va y aller ». « Merci ». Du coup, on a fait le frottis, ça s'est très bien passé. Et à la fin, elle m'a avoué que c'était pas si terrible; certes, se mettre à nu devant un médecin homme, ce n'est peut-être pas forcément plaisant. Mais comment j'apprends la gynéco moi sinon? (*rires*).

Au niveau des gestes en pratique, j'ai posé des stérilets, des implants. Lorsque j'étais en UPL, j'avais suivi une formation avec un organisme auquel adhéraient mes praticiens. Cet organisme organisait une soirée sur la pose d'implant. Et ma praticienne, qui y participait, m'a proposé de venir et donc lors de cette soirée, j'ai posé et retiré des implants sur des mannequins. Puis j'en ai posé et retiré en consultation par la suite. En UPL, j'avais un de mes maîtres de stage qui aimait bien la gynéco. Donc j'en ai eu un petit peu mais j'avais pas l'impression que ce soit une activité majoritaire pour lui. Après j'étais avec lui un jour par semaine donc je n'ai peut-être pas eu de chance.

J'ai fait aussi des frottis, des examens gynéco de base avec spéculum, touchers vaginaux, ça j'ai fait aussi. J'ai fait aussi des échographies endo-vaginales aux urgences qui restaient très compliquées à interpréter pour moi. J'ai réalisé aussi des échographies pelviennes beaucoup plus intuitives pour moi.

(R) : Très bien. As-tu des choses à ajouter ?

(I3) : Ben non, j'ai déjà parlé de ce qui m'avait dérangé en gynéco. C'était de se faire accepter en tant qu'interne homme. Non sinon, je vois pas pour l'instant donc je vais me laisser guider par les autres questions.

(R) : Quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I4) : Ben au début de mon internat, je dirai que c'était un peu comme tout; on découvre tout. On n'est pas forcément à l'aise au début. Après moi, ça me dérangeait pas, c'est une consultation comme une autre. A la limite si c'est de l'obstétrique, là c'est un peu différent car on passe du diptyque médecin-patient au triptyque médecin-patiente-bébé, donc c'est un poil différent. Mais ça me dérangeait pas. Je suis toujours intéressé par la gynéco. Ce n'est pas ma matière préférée mais ce n'est pas celle que je déteste non plus. Je vais pas dire que je me sens à l'aise, mais ça me rebute pas. C'est de la gynéco, ça me fait pas peur. Ça me fait plus peur en tout cas.

(R) : Ok. Que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(I5): *(rires)*. Déjà il faudrait que j'ai une idée de ma pratique future. Si je fais de la médecine générale classique, la gynéco de base je peux m'en tirer. Faire des frottis, faire la différence entre ce qui est normal de ce qui est pathologique, faire un examen clinique gynécologique, parler de contraception, poser un implant, stérilet..., ça je sais faire alors pourquoi pas. Je dirai que pour la gynéco de base, oui oui je pourrais en faire. Est-ce qu'on en demande beaucoup plus à un médecin généraliste? On peut en demander plus, il y en a qui s'investisse plus. Mais je pense que je maîtrise les bases.

Je pense que c'est une nécessité de faire de la gynéco. Je l'ai bien vu aux urgences, les femmes sont assez inquiètes quand elles ont un problème gynéco. Non je pense que c'est bien d'avoir les idées claires entre ce qui est normal de ce qui ne l'est pas. Bon comme tout généraliste, il faut être accueillant, empathique, ne pas stigmatiser et pouvoir débrouiller dans son cabinet ce qui est normal de ce qui ne l'est pas. Donc oui pour moi, c'est important de maîtriser les bases en gynécologie. C'est une formation de base importante à avoir comme tout en médecine générale. Ça touche les organes reproducteurs; il y a quelque chose d'un petit peu sacré derrière, que ce soit pour les femmes en âge de procréer ou les femmes enceintes. Donc ça serait quand même con de louper un truc important. Donc oui il faut bien maîtriser les bases.

(R) : D'accord, merci. Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I6) : Ben déjà, il faut en avoir de la gynéco, c'est pas tout le temps je trouve. Ça n'a pas été une activité majoritaire de mes praticiens en UPL. Ils faisaient de la gynéco de base. Après en UPL, j'avais un de mes praticiens qui était un homme et qui était devenu le référent gynéco du cabinet. C'était un praticien homme, il avait réussi à se

faire accepter. Bon en général, les patientes qu'il avait suivi enfant et qui arrivait à l'âge de l'adolescence, les questions de contraception, elles préféraient changer de docteur. Donc l'un des obstacles majeurs, c'est le recrutement je dirai. Il y en a pas tout le temps, et par-dessus c'est se faire accepter en tant qu'interne du sexe opposé. Je me répète mais pour moi, c'était la principale difficulté. Je me sens pas mal à l'aise avec la gynéco mais si les dames ne veulent absolument pas que ce soit moi qui fasse l'examen ben...

A l'hôpital, je trouvais que c'était plus facile. Je trouve que c'était plus facile parce que notamment quand on était interne aux urgences, ben c'est moi qui suis de garde aujourd'hui et c'est comme ça désolé. Si vous pensez que ça peut attendre, revenez un autre jour. Après si vous voulez le choix du praticien, allez dans le privé. Ici c'est public donc c'est moi. Après dans l'ensemble, ça s'est toujours bien passé. Je me souviens d'une patiente avec qui j'avais terminé l'entretien, à qui je demande de se déshabiller et qui me demande « j'enlève même ma culotte? » « Ben oui je pense que ça va être plus pratique pour faire l'examen » (*rires*). Après souvent, j'essaye de parler d'autre chose, de dédramatiser la situation, de paraître un peu plus humain. Certes, je suis un médecin homme mais vous n'êtes pas la première femme que je vois en consultation gynéco et vous serez vraisemblablement pas la dernière. Je peux comprendre que ça vous gêne, mais déjà c'est important pour moi d'être formé. Et d'autre part, il y a pas d'hommes, il y a pas de femmes, y'a que des médecins.

Quand j'étais refusé de consultation, ça me cassait un peu les pieds. Je comprends. Je peux comprendre, mais ça me casse les pieds parce que c'est une consultation de gynéco de moins et il y en a déjà pas des masses.

Après la gynéco à l'hôpital pour se former, c'est assez variable. Je n'ai pas trouvé le service de suites de couches très intéressant. Très répétitif, beaucoup de paperasses. Les consultations aux urgences, c'était plus la boîte de chocolat. C'était plus rigolo, motifs variés. Je trouve que les urgences, ça pouvait être intéressant car ce sont des consultations qui s'inscrivent dans du premier recours de médecine générale. J'ai fait aussi un peu des consultations avec les gynécologues; d'ailleurs, il y a des patientes qui m'ont envoyé à la porte.

Pour quantifier les refus au cours de mon internat, je dirai que j'étais refusé d'une consultation sur huit environ. Quelque chose comme ça. Dans ces eaux-là, ce n'était pas la majorité mais ça reste conséquent, ce n'était pas étonnant que ça arrive.

(R) : Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?

(I7) : J'ai été formé sur les gestes. Déjà j'ai eu la chance de les voir en vrai et de les pratiquer en vrai. Ce qui est déjà pas mal; après je trouve qu'on pourrait toujours être mieux former évidemment. Mais j'ai eu la chance de les faire plusieurs fois chacun.

On va dire qu'avant l'internat, la gynécologie je l'avais appris surtout dans les livres car je n'y étais pas passé en stage. Je dirai que j'ai vraiment pratiqué la gynéco durant l'internat. Donc oui c'est là où j'ai pu m'entraîner, découvrir les gestes. Oui j'ai

fait des progrès en gynéco durant mon internat. Après, est-ce que je suis pour autant devenu bon en gynéco ? Ça, je sais pas. Mais au moins ça me fait plus peur. Je me sens apte à faire des consultations de gynécologie.

Faire des consultations de gynécologie m'a aussi permis d'aborder plus librement le thème des violences sexuelles. Je me posais la question de comment bien amener la question justement. En général, c'est plutôt une question que je posais en fin d'entretien, une fois qu'on avait fait connaissance avec la patiente. On va dire que j'abordais le sujet en réfléchissant à comment l'aborder pour que les femmes ne se braquent pas directement car ça reste un sujet sensible.

(R) : D'accord. Te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I8) : Euuuh, est-ce que je me trouve suffisamment formé en gynécologie ? Je dirai que c'est passable pour la gynéco de base. Je n'envisage pas d'effectuer un DU de gynéco. Si je dois faire des DU, ça ne sera pas le DU de gynéco. Ça aurait pu m'intéresser mais je pense que le temps n'est pas extensible et que ce n'est pas mon sujet de prédilection. Je vais déjà essayer de me former dans les sujets qui m'intéressent plus que la gynéco. C'est pas que la gynéco est inintéressante mais il y a des choses qui m'intéressent plus.

(R) : Et du coup, dernière question: pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot?

(I9): Pragmatisme. On est là, face à face maintenant. Il y a la demande d'une patiente, et il y a les connaissances et compétences du médecin. Et on va essayer de répondre à la demande de la patiente du mieux possible. Avoir aussi une écoute empathique. Et puis maintenant il faut faire. Certes, je suis un homme mais c'est pas pour autant que je suis moins bon en gynécologie.

La formation de médecine générale est pensée pour accueillir de la gynécologie, il faut donc bien qu'on se forme, qu'on soit interne féminin ou masculin. Maintenant que je suis formé, on va mettre en pratique et je vais tâcher de répondre aux demandes des patientes.

Honnêtement, je pense qu'il est important que les internes passent en stage de gynécologie durant l'internat. Je pense qu'en 3 mois, j'ai été formé aux bases de la gynécologie. Je ne suis pas un expert mais je sais me démerder. Et si je n'avais pas fait ce stage, je n'aurais pas été confronté à beaucoup de gynéco au cours de mon internat. Au moins maintenant, je sais réfléchir en gynécologie. Le stage couplé est un bon entre deux pour les internes masculin car six mois de stage de gynécologie me semblent long. C'est un milieu très féminin quand même. Il faut se faire accepter par l'équipe aussi.

Je pense que le stage que j'ai fait en gynécologie est suffisant pour être formé en gynéco. Ça pourrait toujours être mieux mais je pense que c'est suffisant au moins pour dégrossir la matière et la dédramatiser. C'est une matière comme une autre, c'est pas si grave même si ça concerne les organes génitaux des femmes. On peut s'en sortir.

(R) : D'accord, ça marche. Merci pour ta participation.

Entretien interne N

(Responsable) : Alors pour commencer, peux-tu te présenter personnellement puis ensuite présenter ton parcours de stage durant ton internat ?

(Interne1) : Et ben du coup je suis en 5^{ème} semestre. Durant mon parcours, j'ai effectué un stage d'UPL qui reste un stage sympa globalement. Sur le plan gynécologique, j'ai dû voir 2 frottis, une pose de stérilet et une d'implant. D'ailleurs c'était un peu la catastrophe parce que j'étais mis dehors de manière quasi systématique. Donc hormis les implants qui ne gênaient pas trop les femmes que ce soit pour les poser ou les retirer; les frottis j'ai pu en faire un quoi. Mes praticiens étaient des femmes et des hommes. L'homme lui par principe n'en faisait pas de toute façon parce que pour lui, proposer un suivi gynéco à une femme pouvait être vu comme des avances.

Pour en revenir à mon parcours durant l'internat, je suis également passé aux urgences ; j'ai trouvé ce stage vraiment chouette. J'ai fait un stage de médecine polyvalente qui était bien cool, où j'ai pu apprendre plein de trucs. J'ai fait un stage de gynéco-pédiatrie aussi, où j'ai trouvé que la gynéco c'était génial ; c'était un stage uniquement composé de consultations pour la partie gynéco. On avait à la fois des consultations avec des gynécologues et aussi des consultations sur notre propre planning où je faisais donc des journées seul de consultations pour du suivi notamment voilà. Après il y avait un peu de tout globalement, c'était les mêmes consultations que celles dédiées aux remplaçants. Mais pour nous en tant qu'internes, il y avait beaucoup de suivi de la femme jeune ou plus âgée, beaucoup de contraception avec pose de stérilets et implants. On avait des consultations pour saignements ; parfois on avait également des urgences gynéco avec des avis échographiques demandés par le médecin traitant et donc là aussi on les voyait également. Du coup c'était très varié et pas très difficile avec les chefs à proximité. J'ai oublié de te dire qu'on faisait aussi du suivi de grossesses. Et pour tout ce qui était suites de couches notamment, ben c'était à la carte mais on y allait une journée pas plus par semaine parce que ce n'était pas « ouf ». Ah oui aussi durant ce stage, on faisait des échographies systématiques donc on a été assez bien formé là-dessus. Et par contre, on pouvait également aller au bloc pour voir quelques trucs et ça globalement c'était cool parce qu'après ça peut permettre plus tard de pouvoir

expliquer aux patientes comment ça se passe. Puis enfin mon stage de SASPAS où j'ai également des praticiens femmes et hommes. Et dans ce stage, j'ai quelques consultations de gynéco, pas énorme mais quelques-unes sachant que je ne sais pas si les femmes sont prévenues que je suis un homme. Voilà tout.

(R) : Ok très bien, merci. Alors on va passer à la deuxième question : peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne de médecine générale de sexe masculin ? Et as-tu un exemple concret à donner ?

(I2) : Ben c'est assez varié du coup et toujours un peu différent. Après tout dépend du motif. Lors d'une première consultation, on discute de plein de choses sous forme d'un interrogatoire. Durant mon SASPAS, je fais assez peu de suivi donc je ne peux pas trop te dire pour toute la partie geste par exemple. Mais globalement, j'ai pu faire pose d'implants et de stérilets. On voyait aussi en consultation les échecs de retraits de stérilets. Durant mon stage de gynéco, j'ai pu faire des échographies et même des biopsies de polypes. J'ai pu faire des frottis aussi. Je pense que j'ai fait un petit peu de tout et que c'était un stage hyper complet. J'ai fait aussi des biopsies endométriales chez une femme ménopausée. Dès qu'il y avait un geste à faire, les gynécos se mettaient derrière nous et nous montraient comment il fallait faire, et par la suite on les faisait. Je pense vraiment que je suis allé à la limite des gestes qu'on peut faire en médecine générale franchement. Après la gynéco, ça dérive très vite au bloc de toute façon.

(R) : Et ben super merci. Du coup on va pouvoir passer à la question suivante qui est : quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Et ben, j'ai vu qu'il y avait une très grande amélioration et une très grande autonomie que j'ai pu acquérir entre mon stage en UPL et la fin de mon stage de gynéco-pédiatrie. Je suis maintenant plus à l'aise et quand c'est difficile, tu sais que tu peux adresser, et tu sais justifier ta demande. Parce que quand tu n'y arrives pas, c'est assez délicat. Et du coup, je sais que je peux adresser surtout qu'en consultations tu te poses toujours plein de questions. Du coup, j'ai bien vu quelles étaient les limites de la gynéco en médecine générale et je sais que c'est parfois difficile. Je sais que parfois on se sent à l'aise mais il faut quand même adresser. Il y a forcément des situations où je me sens plus à l'aise et donc où je me pose moins de questions mais ça c'est parce que mon stage a été très formateur. Avant par exemple, j'avais une crainte énorme de perforer un utérus dès que je posais un stérilet. Maintenant j'ai bien vu comment ça se passait donc voilà. Donc avec ce stage, je suis plus à l'aise dans l'ensemble des gestes et j'ai moins de craintes je trouve. Et surtout j'adresse de manière plus raisonnée et surtout avec plus d'assurance je dirai. Après tout ce qui est contraception ça a mis beaucoup plus de temps pour jouer avec tous les dosages, jouer entre les différentes hormones et switcher. Donc voilà, je me sens plus à l'aise dans les gestes mais aussi dans les prescriptions. Et j'ai des documents souvent sous le nez, j'ai un dossier gynéco et si

j'ai besoin je vais chercher les infos. J'ai beaucoup de consultations de gynéco où je vais voir tout le listing des pilules avec tous les dosages. Pour les stérilets, j'ai un tableau avec tous les types de stérilets et leurs formes etc. J'ai beaucoup de fiches d'informations type aussi : la conduite à tenir devant une mycose et ça du coup j'essaye d'être un peu plus complet dans ma pratique à la fois sur les préventions, le traitement et surtout sur l'information. Donc en gynéco, je me sens hyper à l'aise grâce à mon stage de gynéco et j'ai trouvé que c'était très bénéfique pour mes consultations de gynéco à venir. Et ça donne envie de s'investir encore plus voilà.

(R) : Merci. Du coup, la quatrième question est : que représente la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future?

(14) : Oui ça me branche carrément d'en faire d'autant que j'aime la pédiatrie et que c'est souvent assez lié. Après je pense que j'en ferai vraiment quand je serai installé parce qu'au final en tant que remplaçant homme, on en fera pas tant que ça... Je pense qu'il faut du temps pour avoir une bonne relation médecin-patiente et qu'au fur et à mesure la confiance s'installe. Parce que pour ce genre de consultations, elles ne pensent pas aux médecins généralistes mais plutôt aux gynécologues ou aux sages-femmes. Donc oui à terme si je m'installe, j'aimerais bien en faire parce que je trouve ça intéressant. Et avec des prescriptions assez simples, on peut rendre d'énormes services et on soulage des symptômes qui peuvent être hyper handicapants. Et pour la première question, je pense que l'importance en médecine générale, c'est propre à chacun. Pour moi c'est important parce que j'aime la diversité des pratiques au quotidien. Après franchement, mettre de côté toute la sphère gynéco, je trouve qu'en tant que médecin généraliste on met un trait sur beaucoup de situations. Et il y a beaucoup de choses dont les femmes peuvent nous parler si on fait de la gynéco et du coup on n'ira pas dans une prise en charge globale je trouve. Donc pour moi pour prendre en charge les patientes dans leur globalité ça reste une sphère importante.

(R) : Très bien. Alors pour la question suivante, quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(15) : *(Rires)*... Oh ben pour nous c'est simple ; en tant qu'interne mec, c'est de se faire mettre dehors. Ça se comprend carrément mais ça fout quand même la rage. C'est tout, c'est comme ça, il faut l'accepter. Et pour une fois je trouve qu'on est désavantagé par rapport aux femmes. Donc ça c'est le principal obstacle. Après je n'ai même pas le souvenir d'avoir été mis dehors quand j'étais à l'hôpital. Parce qu'en ville c'est différent ; même si les femmes sont prévenues de notre présence ça coince un peu. Et le fait d'être interne je n'ai pas trop l'impression que ça ait posé problème. Mais par contre j'avais toujours des réflexions sur mon physique, du genre : « ce n'est pas possible un grand interne brun » ou « un grand monsieur machin », ou « un beau monsieur » ou « un moche monsieur » enfin bref y'avait toujours une réflexion, « non ça me gêne... » et après y'avait toujours quelque chose

sur mon physique. Ça m'est égal mais bon... Après sur tout ce qui est geste : en ville, je n'ai pas fait trop de gestes donc je n'ai pas eu l'occasion de me retrouver en difficulté et à l'hôpital au moindre problème, j'avais le chef ; parfois c'était le gynéco d'astreinte donc fallait attendre. Donc oui, je me suis trouvé un peu embêté parfois sur des échographies parce que ça reste particulier et avec une grosse responsabilité. Donc si tu dis échographie normale voilà...

(R) : D'accord. Ensuite, quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique lors de tes consultations durant l'internat ?

(I6) : Ben ça rejoint un peu ce que je disais tout à l'heure ; maintenant, c'est plus fluide, j'ai plus de bagages technique et théorique. Parce qu'au final les connaissances de l'ECN c'est la pré-éclampsie, c'est la grossesse extra-utérine donc que des trucs hyperspécialisés. Et donc je trouve qu'il y avait peu de choses sur la gynéco de suivi de médecine générale. Et donc les stages apportent un bagage technique dans les gestes. Après pour les formations théoriques, y'a plein de fiches d'informations avec des algorithmes donc c'est assez cool. Donc en terme de progrès, je trouve que dans les consultations je suis plus fluide. Et je trouve que le fait d'être plus à l'aise et de ne plus réfléchir au biomédical, ça permet d'être plus à l'écoute, d'être plus humain et de se recentrer sur la relation médecin-patient. Parce que dans les situations où en biomédical je ne suis pas très à l'aise, je me rends compte que je vais plus me concentrer sur : quel traitement ? Quelle posologie ? Et au final, je néglige le reste. Donc une relation plus classique, ça permet d'être plus concentré sur une relation de qualité. Voilà.

(R) : Ok, très bien. Question suivante : te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Et envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie par un DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : On n'est jamais assez formé. Je me sens assez formé pour en faire un petit peu quotidiennement. Après assez formé non, j'aurais toujours besoin de plus de formation. Donc si je peux avoir d'autres formations pour commencer ben ouais. Donc je pense que j'aurais besoin de plus de formations. Et après une fois que je serai installé si ma pratique s'oriente avec de la gynéco, je pense faire un DU. Parce que je pense pouvoir prendre le temps. Mais si j'en fais de manière occasionnelle ben ça me suffit, je n'aurais pas besoin de faire de DU. Avant de faire le DU de gynéco, je pense que je ferais un DU d'échographie, qui sera complémentaire. Mais dans un premier temps, pour faire des échographies endo-vaginales ou sus-pubiennes en complément il faut avoir une bonne assurance échographique, je veux dire être plus à l'aise dans la pratique. Parce que moi je pense qu'il faut faire une échographie à tout le monde. Donc si on a l'échographe sous la main, ben faut la faire, ne serait-ce pour la découverte d'un kyste ou pour le suivi. Parce que par exemple, sur un simple suivi j'ai découvert un kyste avec des végétations « dégueux » et du « jus » dans le Douglas et si j'avais fait un suivi classique chez

une patiente qui n'avait pas de douleur et un frottis normal ben... Donc c'est pour ça je pense d'abord le DU d'échographie. Mais après si j'ai l'occasion de faire une FMC d'une demi-journée ou d'une journée ben j'irais oui.

(R) : Ok merci. Et ben dernière question : si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : Je dirai « rendre service » pour plusieurs raisons. Déjà, je ne peux pas comprendre parce que je suis un gars mais il y a des symptômes qui sont inconfortables. Je prends l'exemple d'une mycose ou de trucs récidivants, et ben prescrire des choses qui peuvent être ultra simples ben ça peut aider. Une femme qui a des douleurs également et ben des fois le suivi avec un gynéco il est hyper long donc du coup c'est cool de pouvoir la voir rapidement, de faire un premier bilan, de pouvoir l'orienter plus rapidement si besoin, de passer un coup de fil si besoin etc.

(R) : Et ben super merci pour ta participation, on a fini l'entretien.

Entretien interne O

(Responsable) : Pour commencer, peux-tu te présenter en évoquant ton parcours de stage durant l'internat ?

(Interne1) : Alors, je suis interne en médecine générale à Grenoble. Je suis en 5^{ème} semestre. J'effectue actuellement mon stage libre. Mes autres stages d'internat ont été: un stage d'UPL en semi-rural avec une patientèle variée, un stage aux urgences, un stage de gynéco-pédiatrie, et un stage de médecine polyvalente. Je ne suis pas passé en gynécologie durant mon externat. Pendant mon internat, j'ai fait 3 mois de gynécologie en ambulatoire. Durant mon internat, j'ai assisté à quelques consultations de gynécologie en UPL avec des femmes qui venaient consulter pour des problèmes gynécologiques. Mais on est assez souvent mis dehors en tant qu'interne masculin. En tout cas, personnellement j'ai eu beaucoup d'expériences où j'ai été mis dehors. J'ai finalement fait très peu d'examen gynéco chez la femme. J'ai dû faire une dizaine de consultations en UPL, j'ai fait une demi-journée avec une gynécologue libérale pendant mon stage en UPL. Elle faisait de l'échographie, du suivi de femme enceinte, pose de stérilet...Donc activité assez variée, c'était intéressant. Puis j'ai refait de la gynéco pendant mon stage couplé. J'ai pu assister à des frottis, quelques suivis de femme enceinte, pose de DIU, et voilà.

(R) : Très bien, merci. Question suivante: peux-tu me décrire comment se déroulent tes consultations de gynécologie en pratique en tant qu'interne masculin de médecine générale ? Peux-tu me donner un exemple concret ?

(I2) : Alors euh... Un exemple concret, là de tête je vois pas.

Ah si, en UPL, j'ai eu effectivement une patiente qui venait pour un frottis, il me semble. Dès que la patiente voyait qu'il y avait un interne masculin; enfin moi, je l'ai ressenti comme ça, il y avait une gêne qui s'installait dès le début de la consultation. À ce moment-là, en général, mes maîtres de stage essayaient quand même de dire que j'étais médecin, que je serai amené à suivre des femmes enceintes, enfin des femmes globalement ; et que si ça les gênait, je pouvais sortir mais que pour ma formation, c'était quand même intéressant. J'avais quand même souvent la possibilité de participer à l'interrogatoire, mais par contre au moment de l'examen gynécologique, c'est vrai que les femmes me demandaient de ne pas participer dans la plupart des cas. Mais il y a quand même une bonne moitié des patientes qui acceptaient finalement que je fasse l'examen, ou du moins que je regarde.

Après mon ressenti personnel, moi je suis pas gêné. Je suis plutôt content quand une patiente me fait confiance et qu'elle me laisse l'examiner, et puis éventuellement faire le frottis, si frottis il faut faire.

Bien sûr le premier examen, c'est toujours compliqué. On fait des petites erreurs techniques ou de communication. L'examen gynécologique, ce n'est quand même pas un examen comme les autres. Il faut savoir l'amener au cours de la consultation. Au début c'est pas facile mais au fur à mesure, on s'améliore. Et c'est en pratiquant qu'on s'améliore.

Dans l'ensemble pour moi, ça se passait bien et même les femmes disaient que tout s'était bien passé, qu'elles n'avaient pas rencontré de problèmes. Elles étaient agréablement surprises dans la majorité des cas.

(R) : D'accord. Et quelle est ton expérience personnelle concernant les consultations de gynécologie au cours de ton internat ?

(I3) : Moi, ce que ça m'a apporté ? Au début, je n'étais pas à l'aise du tout sur les consultations gynécologiques parce que j'avais pas fait de stage pendant l'externat. Donc au départ, c'était toujours gênant autant pour la femme qui était en face de moi que pour moi-même. Et après au fil du temps, quand certaines patientes nous font confiance, et qu'on a un maître de stage qui nous guide un petit peu, je pense que je me suis amélioré sur les examens. Ça m'a permis d'apprendre à amener les examens gynéco plus facilement, de discuter ouvertement de certains sujets.

Donc j'ai quand même l'impression de m'améliorer.

J'ai effectué des consultations de gynécologie tout seul où j'ai dû retirer un stérilet car la femme souhaitait un retrait rapide, elle était gênée, elle n'avait pas adhéré à la pose. Et donc j'ai eu à le retirer et tout s'est très bien passé. J'ai eu la confiance de la patiente et tout s'est bien passé.

Donc je pense que sur ce stage ambulatoire, même s'il y a peu de consultations gynéco, et qu'on m'a parfois mis dehors, ça m'a permis sur les quelques consultations que j'ai faites d'aborder des sujets qui me paraissaient compliqués auparavant et d'aborder mes consultations plus serein et plus confiant.

Au niveau des gestes, j'ai fait des frottis, des touchers vaginaux, des poses de spéculum. Je n'ai pas posé de DIU ni d'implant. J'ai fait des palpations mammaires,

retiré des stérilets. Globalement, c'est à peu près tout. Je n'ai pas fait d'échographies car les médecins avec qui je suis passé en stage n'avaient pas d'échographe.

Au jour d'aujourd'hui, je me sentirais à l'aise si je devais poser un stérilet, ça ne me dérangerait pas même si je ne l'ai jamais fait. Si j'arrive à avoir la confiance de la patiente, ça me dérangerait pas d'amener ça tout doucement en lui disant que je l'ai jamais fait.

(R) : D'accord, c'est noté. Pour continuer, que représente la pratique de la gynécologie pour toi ? Penses-tu l'exercer dans ta pratique future ?

(14) : Je pense que ça ne sera pas une part majoritaire de ma patientèle, un peu comme tous les médecins généralistes masculins, surtout si on s'installe avec des femmes. Mais ça me ferait plaisir quand même de garder quelques suivis de la femme, de parler contraception, de prendre en charge tous les patients qui me viennent et de ne pas devoir les renvoyer vers des spécialistes, sage-femme ou gynécologue pour finalement des problèmes qui pourraient être pris en charge par leur généraliste. On doit prendre en charge le patient dans sa globalité. De multiples motifs gynécologiques appartiennent à la médecine de premier recours, soit celle du généraliste. Je pense que ça fait partie intégrante du travail du médecin généraliste, autant l'introduction d'une contraception que le suivi de la femme enceinte. Et ça fait partie de ce que j'ai envie de faire plus tard dans ma pratique.

La gynécologie est une part entière de la santé finalement. Ce n'est pas parce que c'est un homme ou une femme qu'on ne doit pas le prendre en charge dans sa globalité.

Pour en revenir à la contraception par exemple, c'est le travail du médecin généraliste selon moi. En tout cas, la contraception de première ligne. Si dans un second temps, on rencontre des problèmes, on peut faire appel aux spécialistes mais l'introduction dépend du généraliste. Pour ma part, je n'ai pas assisté à énormément de consultations pour l'introduction d'une contraception. J'ai pu aborder le sujet quelques fois et surtout avec des adolescentes. Ce qui complique encore plus les choses je trouve. J'ai eu à expliquer la différence entre les différents types de contraception et finalement j'ai été rapidement perdu entre les différentes pilules, les stérilets, les implants, leurs avantages, leurs inconvénients, et tout. Ça reste très flou dans ma tête et dans mon discours aussi je pense.

J'ai une patiente en consultation une fois qui m'a dit clairement qu'elle en avait marre d'avoir des enfants et qu'elle souhaitait avoir une contraception en me demandant de lui expliquer tous les types de contraceptions existantes. Bien sûr, je connais les différents types de contraception mais de là à expliquer aux patientes, les avantages, les inconvénients de chacune des méthodes, et d'orienter la patiente vers la contraception qui lui conviendrait le mieux, j'en suis encore très loin. Cette consultation a été très floue, dans ma tête et dans ce que j'ai raconté je pense. Mais j'ai fait comme j'ai pu ce jour-là et j'ai redonné rendez-vous à la patiente avec ma maître de stage. Et du coup, on a revu ensemble avec ma maître de stage et on en a rediscuté. Est-ce que c'était moins flou dans les suites ou pas, je sais pas (*rires*).

Mais en tout cas, ça ne m'a pas dérangé de la reconvoquer pour en rediscuter et de lui dire que j'étais pas super calé sur le sujet.

J'ai passé aussi quelques jours au planning familial où on a un peu discuté contraception, surtout d'IVG avec les conseillères conjugales. J'ai eu une petite formation là-dessus. J'ai eu un aperçu d'un peu tout mais il faut quand même que je continue à me former pour approfondir les choses.

(R) : D'accord. Quels sont les difficultés et obstacles à la pratique de la gynécologie auxquels tu as pu te confronter au cours de ton internat ? Quel a été ton ressenti face à ces difficultés ?

(I5) : Alors, le refus des patientes est un véritable frein, au fait qu'on ait plus d'expérience. Après si on veut, on peut quand même en discuter avec les praticiens et voir ce qu'ils ont fait, ce qui s'est passé pendant le reste de la consultation quand on participe juste à l'interrogatoire. En général, ils sont assez ouverts et nous disent. Pour quantifier les refus, c'était assez variable en fait. Pendant mon UPL, ça concernait 70 % des consultations gynéco. Après pendant mon stage couplé, j'ai eu beaucoup moins de refus. Je pense que ça dépend de la patientèle et des maîtres de stage qui étaient plus autoritaires avec leurs patientes. Je ne sais pas si ça vient d'un ressenti de maturité ou d'expérience de la part des patientes, ou si elles ont vu 8^{ème} ou 9^{ème} années de médecine. La façon dont on est présenté joue beaucoup aussi. Le fait qu'on soit tout seul ou qu'on soit deux, ça joue aussi. Quand on est tout seul, ben elles ont pas trop le choix. Elles ont le choix de ne pas prendre de rendez-vous ce jour-là. Dans le cadre de mon stage couplé, les patientes étaient prévenues des consultations assurées par l'interne au préalable. Alors elles ne connaissaient probablement pas le genre de l'interne mais elles savaient que la consultation serait assurée par un interne.

En UPL, comme on est souvent doublé, les patientes me refusaient fréquemment pour l'examen gynéco ; ce qui est compréhensible car ce n'est déjà pas agréable avec un médecin alors deux.... Donc je faisais l'interrogatoire et dès que c'était l'examen clinique, je sortais.

Dans la majorité des cas, mes praticiens négociaient pour que j'assiste au moins à l'interrogatoire.

Pendant mon stage couplé, j'ai vraiment été agréablement surpris car j'ai eu peu de refus. J'ai même pu assister à des examens gynéco à deux avec mon praticien. Mais je ne sais pas quelle est la différence entre mon stage d'UPL et le stage couplé pour expliquer cette différence de refus.

Après pour en avoir discuté avec des co-internes, certains ont été confrontés à des soucis avec les maris des patientes. Comme quoi, ils ne voulaient pas d'hommes pendant les consultations gynécologiques de leurs épouses. Mais personnellement je n'ai pas rencontré ce type de problème.

Face aux refus des patientes, au début je ressentais de la frustration car je me disais « ce n'est pas comme ça que je vais apprendre », « ils sont bêtes ces patients » (*rires*). Puis après, j'ai accepté car je m'y suis fait et quand je voyais une consultation

sur le planning avec pour motif « problème gynéco », je savais que j'allais aller boire un café (*fou rire*). A la fin de mon semestre, c'était plus ça que je me disais, j'avais accepté.

(R) : Très bien, merci pour ta réponse. Quels progrès as-tu effectué vis-à-vis de ta pratique de la gynécologie en consultation durant l'internat ?

(I6) : J'ai acquis un peu plus d'expérience sur le versant communication; j'ai plus de facilités pour aborder des sujets avec les femmes sur le plan gynéco que lors de mon premier semestre. J'ai aussi plus de facilités à amener l'examen gynéco dans le déroulement de la consultation. Et puis, je suis plus à l'aise pour réaliser l'examen gynécologique. J'ai progressé en terme de gestes techniques aussi même s'il persiste des lacunes, j'en suis bien conscient.

(R) : Ok, très bien. Ensuite, te trouves-tu suffisamment formé pour assurer des consultations de gynécologie ? Envisages-tu d'approfondir ta formation en gynécologie en ayant recours à des DU par exemple ? Sur quels arguments et pourquoi ?

(I7) : Alors euh... La consultation de gynécologie, c'est quand même assez vaste. On va dire que pour ce qui est du suivi de la femme comme les dépistages du cancer du sein, du col de l'utérus, ça je me sens capable et assez formé, pour faire des frottis par exemple. Après niveau contraception, je pense que je dois me former un peu plus mais je n'envisage pas de faire une formation avec la fac. Il faut que je bouquine le sujet pour me former plus. Concernant le suivi de grossesse, j'en ai eu très très peu donc je me suis pas posé plus de questions. Mais je pense qu'au moment venu, je me formerai personnellement.

J'envisage pas de DU de gynécologie car je veux pas forcément faire de l'échographie. Je ne cherche pas à faire de la gynécologie pointue. Je veux plutôt faire du suivi, et répondre aux premières demandes des patientes. Je cherche pas à faire plus que du suivi classique de la femme.

Quand je dis me former personnellement, je pense plutôt à lire des recommandations, me former plutôt sur des choses théoriques. Dans la pratique, je pense savoir maintenant amener les choses si je consolide ma formation théorique.

(R) : Très bien. Dernière question : pour finir, si tu devais définir ton ressenti face aux patientes lors de tes consultations de gynécologie en un mot, quel serait ce mot ?

(I8) : Euh... (*rires*). J'ai envie de dire confiance. Dans le sens confiance mutuelle ou partage de confiance.

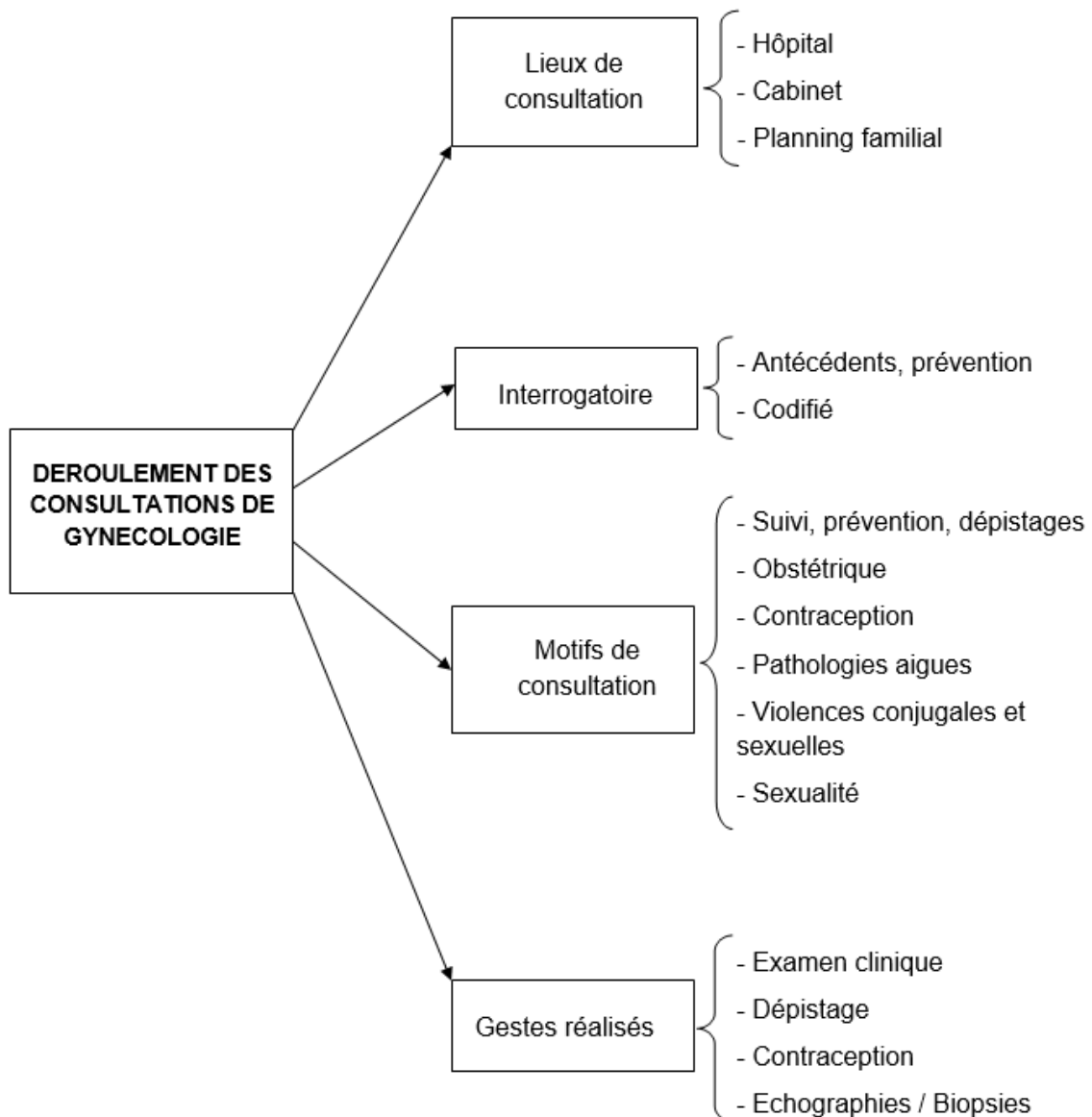
(R) : As-tu d'autres choses à ajouter ?

(I9) : Euh... Non. Hormis bon courage pour la thèse (*rires*).

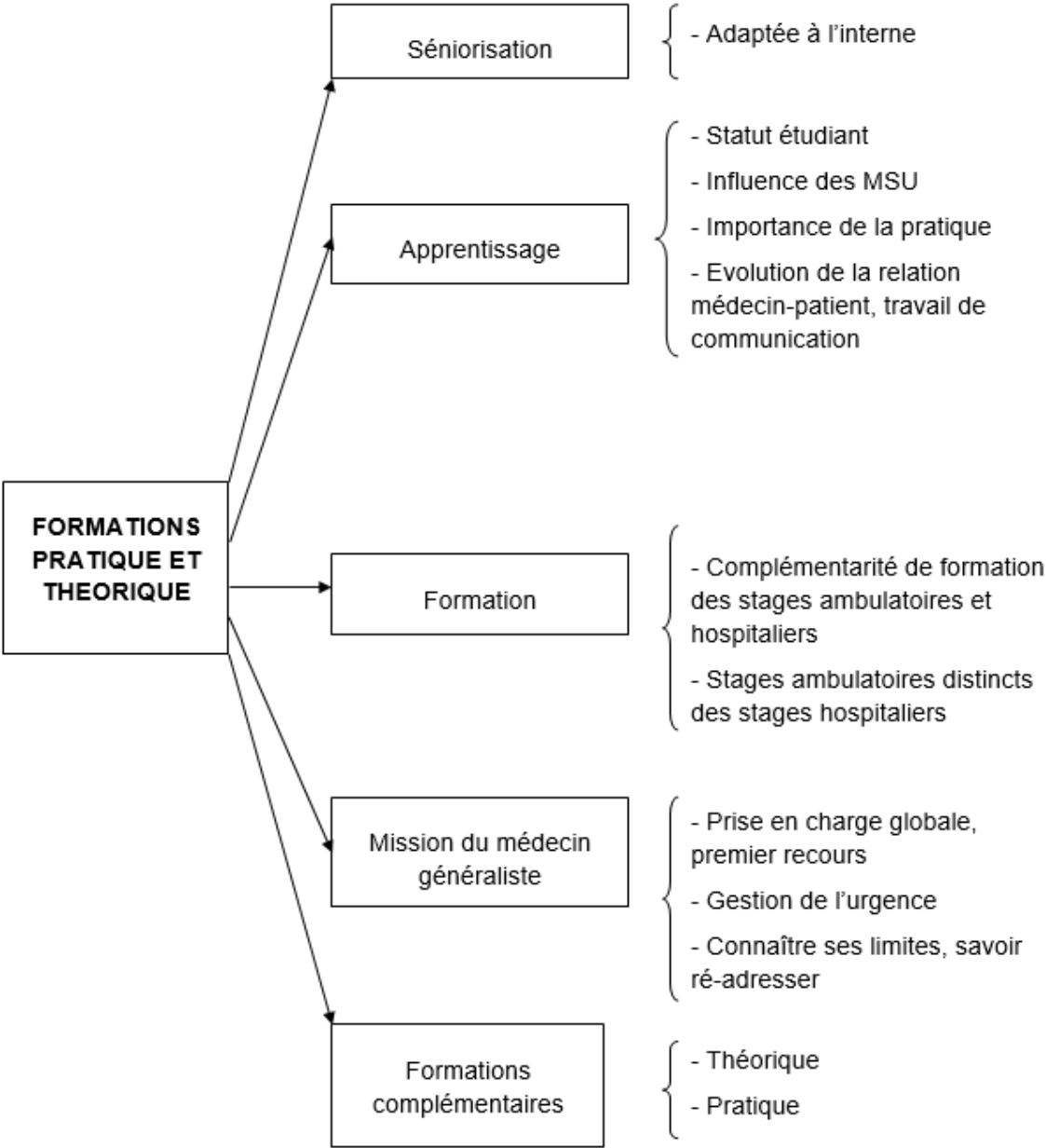
(R) : Merci et je te remercie pour ta participation et pour le temps que tu m'as accordée.

Annexe 5 : Arbres de codage

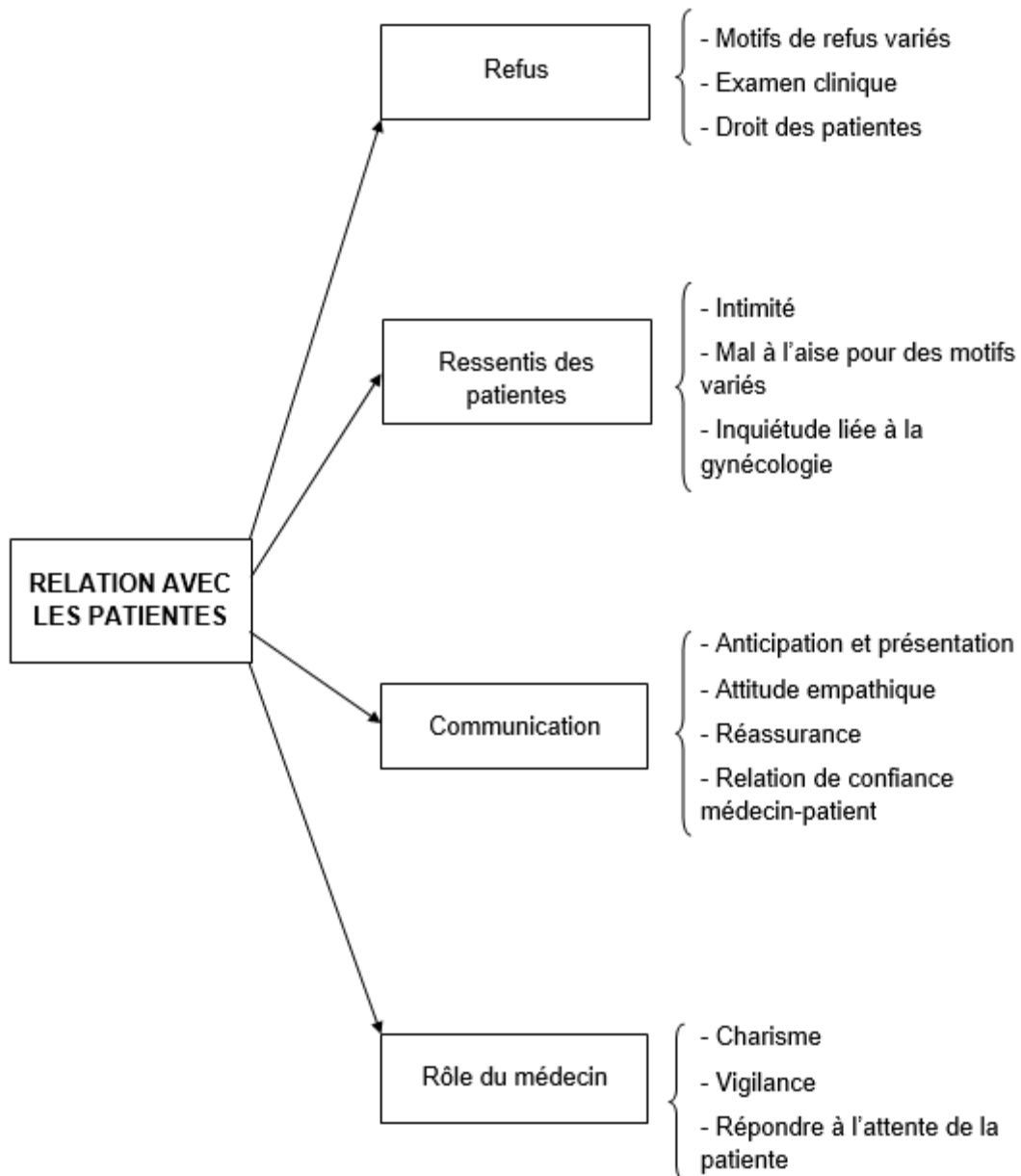
Arbre de codage 1 : Déroulement des consultations de gynécologie



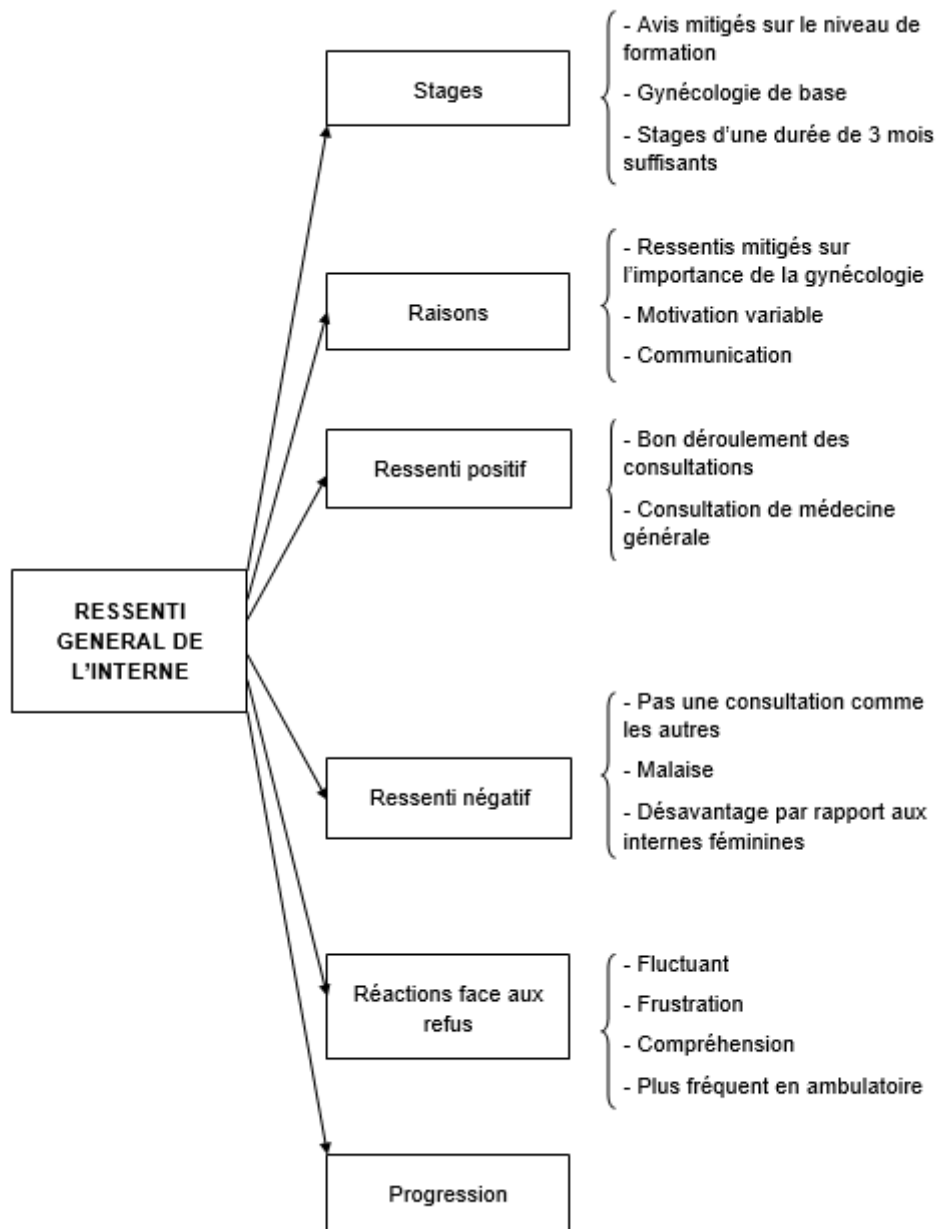
Arbre de codage 2 : Formations théorique et pratique



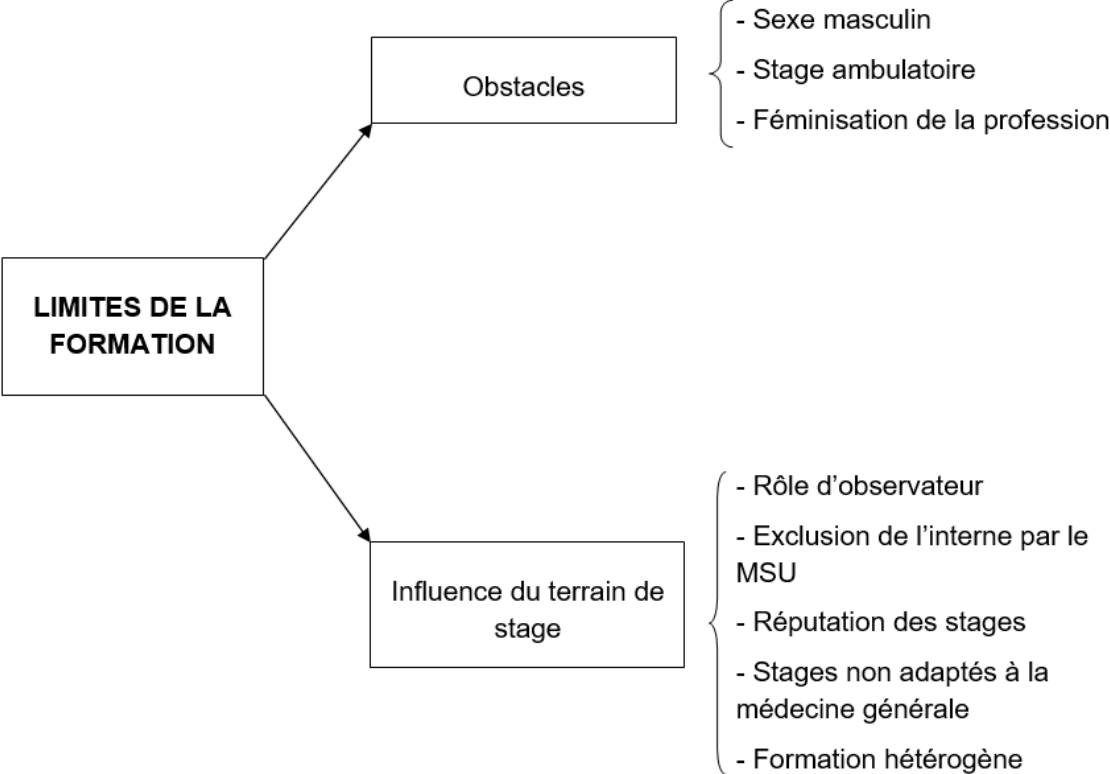
Arbre de codage 3 : Relation avec les patientes



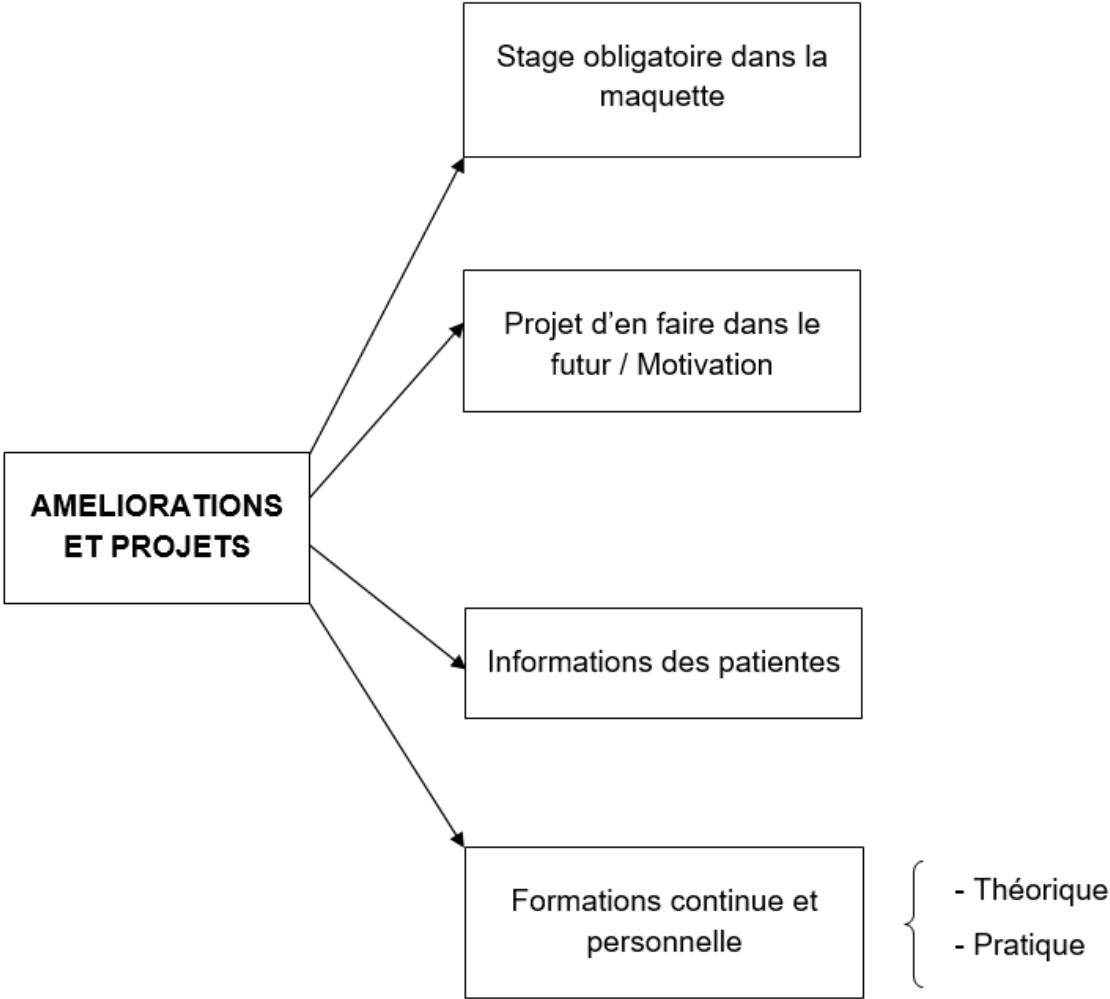
Arbre de codage 4 : Ressenti général des internes



Arbre de codage 5 : Limites de la formation



Arbre de codage 6 : Améliorations possibles et projets post-internat



THÈSE SOUTENUE PAR : Leslie POINTET et Anaïs MONDON

TITRE :

Evaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative

CONCLUSION :

Le médecin généraliste, spécialiste des soins de premier recours, assure pour les patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Il tient donc une place légitime dans le suivi gynécologique des patientes.

Le nombre de spécialistes de gynécologie médicale diminue régulièrement. La place de la gynécologie dans l'exercice du généraliste s'accroît. La profession de médecin se féminise. Néanmoins, la place des généralistes masculins reste cruciale dans le suivi gynécologique des femmes. Lors de nos recherches bibliographiques, il ressortait que les internes masculins de médecine générale semblaient moins intéressés et surtout moins à l'aise vis-à-vis de l'examen gynécologique. Dans ce contexte, nous avons étudié le ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs formations en gynécologie durant l'internat dans la subdivision de Grenoble, et recherché les obstacles potentiels.

Nous avons réalisé une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés auprès de 15 internes masculins. Le recrutement des internes s'est effectué par courriel. Le consentement écrit des participants a été recueilli avant chaque entretien en leur notifiant la pseudonymisation des données. Une analyse qualitative thématique a été réalisée par les 2 investigatrices ainsi que la directrice de thèse pour chaque entretien séparément, puis mise en confrontation pour assurer une triangulation analytique des données.

Les formations théorique et pratique des internes étaient capitales, puisque le suivi de la femme constitue une des missions du généraliste. Si la formation théorique gynécologique est acquise, la formation pratique semble hétérogène selon les terrains de stage. La complémentarité ville-hôpital est évoquée. Cependant, ces stages couplés ne sont pas encore majoritairement développés.

La formation pratique est influencée par le MSU de par sa pratique personnelle et le niveau de séniorisation. Les MSU ont un rôle évident de communication vis-à-vis de la présentation de l'interne et d'informations de sa patientèle pour augmenter le recrutement de patientes. Le genre masculin, le statut d'étudiant et l'atteinte à l'intimité rendaient la relation patiente-interne complexe.

Le ressenti des internes sur leur formation en gynécologie semblait donc mitigé. Ils soulignaient le défaut de formation des internes, une influence parfois négative des MSU, la difficulté d'accès aux consultations de gynécologie, l'exclusion des internes des consultations, et une relation interne-patientèle parfois complexe.

Ainsi, notre travail a permis de mettre en lumière plusieurs axes d'amélioration notamment sur la communication, l'encadrement et la formation pratique des internes. Si les résultats de cette étude soulignent la nécessité de consolider la formation à la gynécologie et l'encadrement des internes masculins, le point de vue des patientes, elles-mêmes, est à relever afin de développer d'autres pistes d'amélioration.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 31/01/22

LE DOYEN DE L'UFR DE MÉDECINE



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DU JURY

Pr. IMBERT Patrick

SERMENT D'HIPPOCRATE

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ 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 les 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 seront 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. ”

RESUME

Titre : Evaluation du ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs pratiques en gynécologie au cours de leur internat dans la subdivision de Grenoble : étude qualitative

Introduction : Du fait de l'évolution de la démographie médicale, la pratique de la gynécologie tend à se développer en médecine générale. Elle requiert des praticiens formés et nécessite l'adaptation de la formation des internes de médecine générale. De plus, la profession de médecin généraliste se féminise. Dans ce contexte, quel est le devenir de la pratique gynécologique par les médecins généralistes masculins? **Objectif :** Evaluer le ressenti des internes masculins de médecine générale sur leurs formations en gynécologie durant l'internat, étudier les obstacles et proposer des améliorations. **Matériel et méthode :** Etude qualitative conduite par des entretiens semi-dirigés auprès d'internes masculins de la faculté de Grenoble ; avec une analyse thématique manuelle et une triangulation des données afin d'augmenter sa fiabilité. **Résultats :** La gynécologie fait partie des missions du médecin généraliste. Pour cela, les formations théorique et pratique des internes étaient primordiales. Cependant, la formation pratique paraissait hétérogène selon les terrains de stage. La séniorisation et le « debriefing » renforçaient la qualité de cette formation, tout comme la combinaison de terrains de stage hospitalier (accessibilité) et ambulatoire (influence du maître de stage). Les éléments limitant l'apprentissage de la discipline étaient le défaut d'accès aux consultations avec l'exclusion des internes par les patientes. **Conclusion :** Cette étude montre un ressenti mitigé des internes masculins de médecine générale concernant leur apprentissage et leur pratique de la gynécologie durant l'internat. Des améliorations concernant l'encadrement, l'accessibilité aux consultations et la relation « interne-patiente » sont à développer.

Mots-clés MeSH : médecine générale, ressenti, gynécologie, formation

Auteurs : MONDON A, POINTET L, LALLE N

Filière : Médecine générale

ABSTRACT

Title : Assessment of male medicine students' feelings about gynecologic practice during their medical internship in Grenoble district : qualitative study

Introduction : Due to a decrease of doctors per patients and more women representation in general medicine, general practitioners tend to do more gynecology. This requires intensive gynecology training to general medicine interns. In this context, how would male general practitioners practice gynecology in the future? **Goal :** To evaluate the perception of male general medicine interns about their gynecology training, as well as uncover difficulties and suggest improvements. **Methods :** Qualitative study based on semi-structured interviews with male interns of Grenoble University Hospital, thematic analysis, and data triangulation to improve reliability. **Results :** Gynecology is part of general practitioners' duties, and as such, theoretical courses and applied training is crucial for interns. However, there is a lack of consistency in the applied part of the intern training, because of the nature of their internships. Debriefings with supervisors help strengthen the quality of the applied training, as well as combining hospital and ambulatory internships. However, the main issue is the difficulty for interns to attend consultations, especially for male interns due to female patients not permitting them to attend. **Conclusion :** This study shows that male general medicine interns have mixed feelings about their gynecology training during their internships. Improvements are much needed regarding student supervision, accessibility to consultations and the relationship among interns and patients.

MeSH terms : general medicine, perception, gynecology, training

Autors : MONDON A, POINTET L, LALLE N

Pathway : General medicine